

Temanotat
Tsjetsjenia og Ingusjetia:
Helsetjenester



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

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

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

© Landinfo 2012

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

Alle henvendelser om Landinfos rapporter kan rettes til:

Landinfo
Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Storgata 33 A

Postboks 8108 Dep

N-0032 Oslo

Tel: 23 30 94 70

Fax: 23 30 90 00

E-post: landinfo@landinfo.no

www.landinfo.no

Temanotat **Tsjetsjenia og Ingusjetia: Helsetjenester**

SUMMARY

The Russian health care system consists of primary care, secondary care and specialised services. The hospital sector is especially big. Private health service providers have become more common. According to Russian law, health services should be free of charge and not dependant on where the person has his/hers permanent residence. However, in reality unofficial payment for health services is widespread and it can be hard to get treatment free of charge outside the place of permanent residence. The health system in Chechnya has been largely rebuilt since the two wars. The hospitals are new and the equipment modern, but the quality of the services given are described as low. This is largely due to lack of qualified personnel. The health system in Ingushetia is not as new and modern as in Chechnya. Treatment is available for a variety of illnesses, but there is lack of treatment for specialised services. The quality of equipment and personnel is described as low.

SAMMENDRAG

Det russiske helsevesenet er hierarkisk oppbygget med førstelinje- og andrelinjetjenester, samt spesialisthelsetjenester. Særlig andrelinjetjenesten, dvs. sykehussektoren, er stor og landet har et stort antall sykehus og helsepersonell. Private helsetjenesteleverandører har blitt mer vanlig de senere årene. Ifølge russisk lov skal helsetjenester være gratis og uavhengig av hvor man er bostedsregistrert. I praksis er det svært utbredt med uformell betaling for helsetjenester, og regioner vegrer seg mot å behandle personer fra andre områder av frykt for ikke å få refundert utgiftene fra sentralt hold. Helsevesenet i Tsjetsjenia er i all hovedsak bygget opp etter krigsødeleggelsene på 1990- og 2000-tallet. Infrastrukturen og utstyret er moderne, men kvaliteten på tjenestene og personellet er preget av mangler. Ingusjetias helsevesen er mindre utbygget og moderne enn i Tsjetsjenia. Mye behandles, men spesialiserte helsetjenester må man til andre deler av føderasjonen for å få. Kvaliteten på utstyr og personell blir beskrevet som mangelfull.

INNHold

1. Innledning	5
2. Generelt om det russiske helsevesenet	5
2.1 Organisering	5
2.1.1 Førstelinjetjenesten	6
2.1.2 Andrelinjetjenesten: sykehus	7
2.1.3 Spesialistbehandling.....	8
2.2 Medisiner	8
2.3 Finansiering og korrupsjon	8
2.4 Henvisning til behandling andre steder	10
2.5 Tilgang og kvalitet på helsetjenester	11
3. Spesielt om helsetilbudet i den tsjetsjenske delrepublikken	12
3.1 Bakgrunn	12
3.2 Infrastruktur og organisering	12
3.3 Korrupsjon.....	13
3.4 Kvaliteten på helsetjenester	14
3.5 Spesifikke sykdommer	15
3.5.1 Tuberkulose	15
3.5.2 Hiv/aids	15
3.5.3 Psykiske lidelser	16
3.5.4 Behandlingstilbud for barn	17
3.5.5 Andre sykdommer	18
4. Spesielt om helsetilbudet i den ingusjetiske delrepublikken.....	19
4.1 Bakgrunn	19
4.2 Infrastruktur og organisering	20
4.3 Korrupsjon og kvaliteten på behandlingstilbudet	20
4.4 Spesifikke sykdommer	20
4.4.1 Hiv/aids	21
4.4.2 Psykiske lidelser	21
4.4.3 Behandlingstilbud for barn	22
5. Referanser	23

1. INNLEDNING

Russisk helsevesen står overfor mange utfordringer. Grunnleggende helsetjenester er underfinansiert, de fleste tjenester sørges for av sykehussektoren, uformell betaling og korrupsjon er utbredt og det er få konkrete tiltak rettet mot befolkningens allmenne helsetilstand. Dødeligheten for menn er særlig høy sammenlignet med land med tilsvarende økonomi og utviklingsnivå. Dette skyldes særlig livsstilsproblemer som hjerte- og karsykdommer, samt alkoholisme (Gerry 2011; Balmforth & Feifer 2011; Popvich, Potapchik, Shishkin, Richardson, Vacroux & Mathivet 2011, s. 10-12).

Ettersom Tsjetsjenia og Ingusjetia er en del av Russland, har helsevesenet der mange av de samme utfordringene som i andre deler av landet. Tsjetsjenia skiller seg likevel fra øvrige Russland ved at helsevesenet ble helt ødelagt under krigene. Det tsjetsjenske helsevesen har nylig blitt bygget opp, men det er fortsatt mangler, særlig knyttet til kvaliteten på helsetjenestene. Ingusjetia, som ble en egen delrepublikk i 1992, har hatt utfordringer med å bygge opp et helsevesen, blant annet som følge av internflyktningbefolkning og sikkerhetsproblematikk.

Den første delen av notatet gir en beskrivelse av oppbygging, samt tilgang og kvalitet på helsetjenester i Russland som helhet. Bakgrunnen for dette er at som føderasjonssubjekter i den russiske føderasjonen, er helsevesenet i Tsjetsjenia og Ingusjetia bygget opp og regulert på samme måte som i resten av føderasjonen. Temanotatet redegjør deretter for tilgang og kvalitet på helsetjenester i Tsjetsjenia og Ingusjetia, og helt konkret beskrives behandlingstilbudet for visse typer sykdommer. Redegjørelsene er på ingen måte uttømmende. Utvalget av sykdommer det utredes om er basert på forespørslene Landinfo har mottatt fra Utlendingsdirektoratet og Utlendingsnemnda.

Temanotatet baserer seg både på skriftlige og muntlige kilder. De muntlige kildene er i hovedsak kilder Landinfo møtte på en tjenestereise til Moskva og Nord-Kaukasus i november 2011. Kildene er stort sett representanter for NGOer med god kunnskap om helsevesenet i Tsjetsjenia og Ingusjetia. I tillegg besøkte Landinfo fødselssykehuset i Nazran, Ingusjetia, hvor vi intervjuet assisterende overlege ved sykehuset. Noen av kildene er anonymisert, da de ikke ønsket å bli sitert.

2. GENERELT OM DET RUSSISKE HELSEVESENET

2.1 ORGANISERING

Helsevesenet i Russland har arvet sin infrastruktur fra Sovjetunionen. Helsevesenet under sovjettiden gikk under betegnelsen Semashko-systemet.¹ Semashko-systemet var organisert rundt prinsippet om universell tilgang til gratis helsetjenester. Det var

¹ Nikolai Semashko var en russisk politiker som tjente som kommissær for offentlig helse fra 1918 til 1930. Det var under hans ledelse at grunnlaget for det sovjetiske helsevesenet ble lagt (Wikipedia).

et skattebasert system med en sentralisert planlegging av ressurser og personell, basert på en hierarkisk oppbygging av behandlingstilstander på alle politisk-administrative nivåer i unionen. Selv om organiseringen og styringsprinsipper har utviklet seg de siste 20 år, dominerer fremdeles tankegangen om et sentralisert system med universell tilgang til grunnleggende tjenester (Popovich et al. 2011, s. 13-15). Behandling for helseplager under sovjettiden var mye basert på sykehusinnleggelse, noe som fremdeles preger behandlingssystemet i Russland i dag (Jevloeva, møte november 2011). Mange ble lagt inn for små plager, og sykehussektoren sysselsatte svært mange.

I henhold til den russiske føderasjons grunnlov deles det lovgivende ansvaret for helse mellom den russiske føderasjonen og føderasjonssubjektene (Popovich et al. 2011, s. 21).²

Helseinstitusjonssystemet i Russland er hierarkisk oppbygget. På føderalt nivå er det følgende sentrale institusjoner som styrer russisk helsevesen; ministeriet for helse og sosial utvikling (MoHSD), med tilhørende føderale organer som Rospotrebnadzor (det føderale organet for forbrukerrettigheter og velferd), Roszdravnadzor (det føderale organet for tilsyn av helse og sosial utvikling), det føderale medisinske og biologiske byrået (FMBA) og det føderale helseforsikringsfondet (MHI).

Hvert region har sin helseadministrasjon som styrer regionale helseinstitusjoner, slik som regionsykehus (både spesialistsykehus og sentralsykehus), behandlingstilstander for dagpasienter, sentre for diagnostikk og spesialiserte akuttmottak. Den regionale helseadministrasjonen kontrollerer også den kommunale helseadministrasjonen og behandlingstilstander underlagt denne (Popovich et al. 2011, s. 13).

Kommunene/distriktene fører kontroll med helseinstitusjoner på kommunalt/distriktsnivå. Den føderale loven om lokalt selvstyre sier at distriktene er ansvarlige for tilveiebringelse av primærhelsetjenester og akutt behandling, samt barnefødsler. Mer enn 75 % av sykehusene (for innleggelse) befinner seg på distriktsnivå (Popovich et al. 2011, s. 112).

2.1.1 Førstelinetjenesten

Primærhelsetjenesten i distriktene består av helsestasjoner/jordmorposter (*feldshersko-akusherskiy punkt - FAP*) og helsesentre (*ambulatorija*) i rurale områder, og av poliklinikker (avdelinger for dagpasienter) ved distriktssykehus i urbane strøk.

FAP dekker befolkningsgrupper på ca. 4000 personer i grisgrendte strøk. FAP bemannes vanligvis av en jordmor og spesialistsykepleier og foretar vaksinerings, blodprøver, vanlige helseundersøkelser, samt fødselskontroller. FAP administreres av det nærmeste distriktssykehuset (Popovich et al. s. 114; Jevloeva, møte november 2011).

² Det er 83 føderasjonssubjekter i den russiske føderasjonen; 46 regioner (*oblast*), 21 delrepublikker, 9 provinser (*krai*), 4 autonome distrikter (*okrug*), 2 føderale byer og en autonom region. Tsjetsjenia og Ingusjetia har status som delrepublikker i føderasjonen.

Helsesentre (*ambulatorija*) dekker større rurale befolkningsgrupper på 7000 personer eller flere. Disse sentrene er bemannet av en indremedisiner, en barnelege, en gynekolog og sykepleiere/jordmødre. På slike sentre tilbys en rekke primærhelsetjenester. I tillegg utføres små enkle operasjoner og barnefødsler (Popovich et al. 2011, s. 114-115).

Poliklinikker dekker urbane områder, som igjen er inndelt i mindre administrative områder på ca. 4000 personer hver. Noen ganger er poliklinikkene en del av bysykehuset. Poliklinikker består vanligvis av allmennpraktiserende leger, i kombinasjon med spesialister. Poliklinikkene er vanligvis utstyrt med røntgenapparater, og det kan gis førstelinjebehandling for akutte og kroniske lidelser. Spesialistbehandling som gis ved poliklinikker er gynekologi, hjertesykdommer, reumatologi, onkologi, øyesykdommer og øre-, nese- og halssykdommer (Popovich et al. 2011, s. 115).

På poliklinikkene har pasienter selv rett til å velge hvilken lege de ønsker konsultasjon hos, men praktiserer sjelden denne rettigheten. Formelt sett må man ikke innom en allmennlege før man konsulterer en spesialist, men i praksis oppsøker mange allmennlegen først (Popovich et al. 2012, s. 116).

2.1.2 Andrelinjetjenesten: sykehus

Andrelinjetjenesten består av små distriktssykehus (*utsjastkovaja bolnitsa*), distriktssykehus (*raionnaja bolnitsa*), bysykehus, regionsykehus, regionale spesialsykehus, føderale sykehus og føderale spesialsykehus (Popovich et al. 2011, s. 119-120; Jevloeva, møte november 2011).

Små distriktssykehus består av i gjennomsnitt ca. 30 sengeplasser, og er som regel bemannet av en kirurg, en indremedisiner og en barnelege. I tillegg til henvendelser for ukompliserte forhold, utføres enkle kirurgiske inngrep. Ukompliserte kroniske og akutte tilstander kan også behandles. De fleste slike sykehus er nå nedlagt, og en del av dem er omgjort til helsesentre (se del 2.1.1) (Popovich et al. 2011, s. 119; Jevloeva, møte november 2011).

Distriktssykehus kan deles inn i to kategorier; rurale og sentrale distriktssykehus. Gjennomsnittskapasiteten ved rurale distriktssykehus er ca. 130 sengeplasser, og gir sengepasienter tilbud om behandling innen basisområder som podiatri³, kirurgi, obstetrikk (fødselsvitenskap) og gynekologi. De fleste slike sykehus har avdelinger for dagpasienter (poliklinikk). Sentrale distriktssykehus befinner seg i de politisk-administrative sentrene i et distrikt. Gjennomsnittskapasiteten for slike sykehus er ca. 200 sengeplasser, og de skal betjene befolkningsgrupper på 40 000 – 150 000 mennesker. Disse sykehusene gir tilbud om behandling innenfor en lang rekke medisinske områder, som for eksempel podiatri, kirurgi, obstetrikk, gynekologi, smittsomme sykdommer, mv. Også disse sykehusene har avdelinger for dagpasienter som fungerer som poliklinikk for lokalbefolkningen (Popovich et al. 2011, s. 119; Jevloeva, møte november 2011).

I byene finner man såkalte bysykehus med kapasitet på 150 til 800 senger for voksne og 100 til 300 sengeplasser for barn. I tillegg har byene sykehus for akuttbehandling,

³ Behandling og diagnostisering av sykdomstilfeller og skader i ben og føtter.

og spesialistsykehus for smittsomme sykdommer, tuberkulose (TB), fødsler, psykiatri, psykonevrologi, mv. (Popovich et al. 2011, s. 119; Jevloeva, møte november 2011).

Hver region har et sentralsykehus med 500-1000 sengeplasser for voksne og et sentralsykehus for barn med om lag 300-600 sengeplasser. Ettersom disse sykehusene skal gi behandling til alle som bor i regionen, tar de imot henvisninger i kompliserte tilfeller fra distriktssykehus og poliklinikker. De fleste spesialistområdene skal kunne behandles her, og kvalifikasjonene til de ansatte er generelt høyere enn i distriktene. Sentralsykehuset i regionene driver som regel med undervisning av legestudenter (Popovich et al. 2011, s. 120).

Det finnes i tillegg spesialistsykehus i regionene innenfor ulike helseområder (Popovich et al. 2011, s. 120; Jevloeva, møte november 2011).

2.1.3 Spesialistbehandling

Sykehus på føderalt politisk-administrativt nivå er primært institusjoner med forskningsvirksomhet og som tilbyr behandling for kompliserte og spesialiserte tilfeller. Pasienter henvises til slike sykehus i alvorlige sykdomstilfeller (Popovich et al. 2011, s. 120; Jevloeva, møte november 2011).

2.2 MEDISINER

I henhold til lovverket skal medisiner være gratis/dekket for sykehuspasienter, mens medisiner for dagpasienter må dekkes selv. I praksis ender imidlertid sykehuspasienter ofte opp med å kjøpe sine egne medisiner. Dette kan være på grunn av mangel på medisiner eller at pasientene ikke stoler på medisinene som sykehusene tilbyr. Noen grupper som kvalifiserer for trygd og støtteordninger kan få helt eller delvis dekket utgifter til reseptbelagte medisiner.⁴ Visse helseplager danner også grunnlag for å få dekket utgifter til reseptbelagte medisiner; cerebral parese, cystisk fibrose, hiv/aids, diabetes, kreft, spedalskhet, TB, mv. Listen over sykdommer som gir grunnlag for dekning av utgifter til medisiner lages av ministeriet for helse og sosial utvikling (Popovich et al. 2011, s. 125; IRRICO 2009, s. 5). På spørsmål om i hvilken grad utgifter til slike medisiner faktisk blir dekket, svarte en representant for WHO i Nord-Kaukasus i e-post september 2010 at på grunn av knapphet på økonomiske overføringer til russiske regioner har det vært problemer med forsyninger av medisiner. Dette gjør at det vil kunne være vanskelig å få tak i slike medisiner gratis, og en del ender opp med å kjøpe medisin på det kommersielle markedet.

2.3 FINANSIERING OG KORRUPSJON

Artikkel 41 i den russiske grunnloven garanterer at helsetjenester skal være gratis for russiske statsborgere. Gratis helsetjenester skal sikres gjennom en ordning med obligatorisk helseforsikring (MHI). Staten inngår avtaler med forsikringsselskaper i hvert føderasjonssubjekt. I tillegg velger en del russere å ha en frivillig tilleggsforsikring. Arbeidstakere får den obligatoriske helseforsikringen gjennom sin

⁴ Slike grupper er blant annet krigsveteraner, helter fra Sovjetunionen, etterlatte etter drepte soldater, barn under tre år, barn under seks år i store familier, funksjonshemmede, mv. (Popovich et al. 2011, s. 125).

arbeidsgiver, mens de som ikke er i arbeid får forsikringen gjennom myndighetene på stedet de er bostedsregistrert. Forsikringen dokumenteres gjennom et forsikringskort, som må fremvises ved behandling, sammen med innenrikspasset som viser hvor personen er bostedsregistrert. Nødhjelp/akuttbehandling utføres uten å kreve dokumentasjon på bostedsregistrering og helseforsikring. Offisielt er det svært få helsetjenester i det offentlige helsevesenet som det skal betales for.⁵ Medisiner for dagpasienter utgjør den største offisielle egenbetalingen i det russiske helsevesen (IRRICO 2009, s. 4-5; Popovich et al. 2011, s. 86).

Korrupsjon er utbredt i Russland. Russland scoret 2.4 på Transparency Internationals korrupsjonsindeks fra 2011, der resultatet 10 gis til land med lavt korrupsjonsnivå. Russland scoret likt som land som Aserbajdsjan, Nigeria og Uganda (Transparency International 2011).⁶ Tidligere president Dimitrij Medvedev erklærte kort tid etter at han kom til makten i 2008 at han ønsket å bekjempe korrupsjon og undertegnet en nasjonal anti-korrupsjonsplan (NAP) i juli 2008. Flere konkrete forsøk på å bekjempe korrupsjon er påbegynt, men implementeringen av dette arbeidet byr på diverse utfordringer (Popovich et al. 2011).

Korrupsjon er blant annet utbredt innenfor helsesektoren. Selv om den russiske grunnloven fra 1993 stadfester at helsetjenester i offentlig sektor skal være gratis, er det i realiteten mange statlige og regionale helseinstitusjoner som tar seg betalt for tjenester.

Under sovjettiden var uformell betaling og gaver utbredt. Det fungerte som en slags "takk" til legen etter behandling, eller som en måte å kompensere for generelt underbetalte leger. I tillegg var uformell betaling en metode for raskere å avansere fremover i køen, eller å sikre seg bedre behandling (Popovich et al. 2011, s. 86). Mange av de samme årsakene til uformell betaling gjør seg også gjeldende i dag. Popovich et al. (2011, s. 86-87) mener imidlertid at forskjellen i dag sammenlignet med sovjettiden er at satsene for uformell betaling mange steder har blitt "institusjonalisert" og at betaling kreves i forkant av behandling. Uformell betaling er mer vanlig på sykehus enn på poliklinikker (dagpasienter). Det er også mer utbredt å betale for tjenester som av pasienter oppfattes som kritiske, slik som kirurgi og fødsler (obstetrikk). Russere som en diplomatkilde (2010) har snakket med, bekrefter at de må betale for helsetjenester til tross for at de er i besittelse av obligatorisk helseforsikring.

Den beste måten ifølge mange russere på å få god behandling, er å kjenne noen eller å betale. Mange ser ikke på dette som korrupsjon, men mer som en måte å takke for tjenestene på (Krainova 2011; Balmforth & Feifer 2011). En internasjonal organisasjon Landinfo møtte i Moskva i november 2011 sa at folk også betaler uoppfordret for helsetjenester, fordi de tror at betaling er pålagt.

Ifølge informasjon innhentet på flere tjenestereiser til Russland de siste ti årene har en rekke kilder uttalt at ingen blir nektet behandling ved akutte tilfeller, selv om de ikke har penger. En internasjonal organisasjon Landinfo møtte i Moskva i november

⁵ For en oversikt over hvilke tjenester dette innebærer, se Popovich et al. (2011, s. 77).

⁶ Transparency Internationals korrupsjonsindeks rangerer land i forhold til utbredelsen av korrupsjon i offentlig sektor. Informasjonen som ligger til grunn for indekseringen er vurderinger og oversikter gjennomført av uavhengige og vel ansatte institusjoner (Transparency International 2011).

2011 opplyste på samme måte at selv om folk ikke kan betale, vil de få akutt og nødvendig behandling.

2.4 HENVISNING TIL BEHANDLING ANDRE STEDER

Henvising til føderal spesialistbehandling gis på grunnlag av årlige kvoter tildelt føderasjonssubjektene. Kvoteplassene gis til behandling ved offentlige sykehus, og behandlingen skal være gratis. Det er obligatorisk for sykehusene å behandle pasienten dersom pasienten er tildelt en kvoteplass (ICRC, møte november 2011; Internasjonal organisasjon, møte i Moskva november 2011; MSF, møte november 2011). Ifølge Popovich et al. (2011) brukes ikke alltid tildelingene like rasjonelt, og personer kan bli henvist til føderale behandlingsinstitusjoner til tross for at behandlingen er tilgjengelig på et sykehus i føderasjonssubjektet. I tillegg mangler leger kunnskap om hvordan søknader om kvoteplasser vurderes, og nøler med å søke om plass for sine pasienter av frykt for at prosessen vil ta tid eller ikke føre frem. Det skjer også at pasienter som mottar kvoteplass avslår plassen på grunn av at de ikke har råd til ekstrakostnader forbundet med å få behandling andre steder, slik som transport og overnatting. Flere kilder med kunnskap om det russiske helsesystemet sa at kvoteplassene er begrenset i antall og ikke dekker det faktiske behovet (MSF, møte november 2011; ICRC, møte november 2011; Internasjonal organisasjon, møte i Moskva november 2011). Ifølge en velinformert kilde (møte i Moskva, november 2011) blir man satt på venteliste dersom kvoteplass ikke er tilgjengelig, og barn prioriteres på slike ventelister. Assisterende overlege ved fødeklirikken i Nazran i Ingusjetia, Fatima Jevloeva (møte, november 2011), opplyste at i akutte tilfeller der kvoten er full, kan man søke helseministeriet i føderasjonssubjektet om en ekstra kvoteplass. Jevloeva kjente både til innvilgelse og avslag på slike søknader.

Kvoten dekker heller ikke nødvendigvis alle utgiftene for behandlingen. En ryggoperasjon kan koste 300 000 RUB, mens kvoten kun dekker 250 000 RUB. Pasienten må da selv dekke mellomlegget, og dette vil ikke være et offisielt beløp (MSF, møte november 2011). Jevloeva (møte, november 2011) mente at selve operasjonen nok vil være dekket, men at man må betale for andre tjenester knyttet til behandlingen. En velinformert kilde (e-post, desember 2011) mente at selve behandlingen, oppholdet på sykehuset og medisiner nok vil være dekket, men ikke reisekostnader til behandlingsstedet.

I tillegg til ovennevnte kvoter, finnes det ifølge flere kilder et system med *henvisninger* for behandling av pasienter til andre steder enn der de er bostedsregistrert. Til forskjell fra kvoteplasser, er man med henvisning ikke garantert behandling. Dette henger sammen med at antall sykehussenger er knyttet til befolkningstallet/antall bostedsregistrerte i føderasjonssubjektet, og det er begrenset med plasser til folk som er bostedsregistrert andre steder (MSF, møte november 2011; Internasjonal organisasjon, møte i Moskva november 2011; ICRC, møte november 2011). MSF og ICRC opplyste at man etter all sannsynlighet må betale for behandling med en henvisning. Ifølge Popovich et al. (2011, s. 121) er det vanskelig å få behandling i et annet føderasjonssubjekt enn der man er bostedsregistrert. Dette skyldes forskjeller i helsebudsjett på tvers av føderasjonssubjektene. Noen behandlingsinstitusjoner er varsomme med å ta imot pasienter som ikke er bostedsregistrert i subjektet, av frykt for at de ikke vil få refundert utgiftene til behandling fra helseforsikringsfondet.

2.5 TILGANG OG KVALITET PÅ HELSETJENESTER

Manglende bostedsregistrering skal ifølge russisk lov ikke begrense borgernes rettigheter. Lokale instruksjoner og bestemmelser avgjør imidlertid hvordan lover og regler blir praktisert. Dette er informasjon som Landinfo er kjent med gjennom en rekke reiser til Russland. Et eksempel på dette er at det i praksis er vanskelig å få behandling (utover akuttbehandling) utenfor føderasjonssubjektet hvor en person er bostedsregistrert (Diplomatkilde 2010). I en rapport skrevet av kanadiske immigrasjonsmyndigheter vises det til en rekke ulike kilder som opplyser at det kreves en permanent bostedsregistrering for å få tilgang til helse- og omsorgstjenester. Videre vises det til at personer med midlertidig registrering kun er berettiget til akutt hjelp (Immigration and Refugee Board of Canada 2009).

Forskjellen i tilgang til tjenester er også geografisk betinget, ettersom helsebudsjettene er ulikt fordelt mellom regionene. Slike regionale forskjeller har økt de senere årene. Tilgangen til helsetjenester for befolkningen i rurale områder er generelt dårligere enn for befolkningen i urbane strøk.

Kvaliteten på helsetjenester i Russland har blitt langt dårligere etter oppløsningen av Sovjetunionen. Fra å ligge høyt på verdensstatistikken hva gjelder kvalitet og tilgang på tjenester, sank antallet sykehus og såkalte institusjoner for dagpasienter gradvis på 1990- og 2000-tallet. Det har i tillegg vært lite investering i vedlikehold av ulike typer helseinstitusjoner. Antallet helsepersonell og leger, som under sovjettiden var høyt per capita, sank også i perioden etter oppløsningen (Popovich et al. 2011). I en spørreundersøkelse nylig gjennomført av det russiske meningsmålingsinstituttet Levada, opplyste nærmere 60 % av de spurte at de var misfornøyd med det medisinske behandlingstilbudet.

Når det gjelder kvaliteten på helsetjenester er det stor forskjell mellom Moskva og andre store byer (St. Petersburg) og resten av Russland. I mange regioner er sykehus fremdeles utstyrt med utstyr fra sovjettiden. Selv i Moskva er det sykehus som ikke har luftkondisjonering for å holde sommervarmen ute (Popovich et al. 2011; Balmforth & Feifer 2011). Hva gjelder behandlingsinstitusjoner for barn, har mange institusjoner blitt nedlagt etter Sovjetunions fall, som følge av at det bevilges mindre penger til slike institusjoner. For lite ressurser påvirker også kvaliteten på tjenestene til de eksisterende institusjonene. Dette gjør at mange foreldre foretrekker å ha barna sine hjemme. På grunn av at sosiale velferdsordninger også er preget av underfinansiering, er det lite oppfølging av foreldre som har pleietrengende barn hjemme (Velinformert kilde, e-post januar 2012).

Det har de senere årene vært gjort flere forsøk på å reformere helsesektoren. I januar neste år trer det i kraft en ny helsereform. Reformen tar sikte på å få bukt med korrupsjonen som eksisterer i helsevesenet i Russland. Målet er at reformen skal erstatte gratis helsetjenester med et program med statsgarantier for de fleste typer medisinsk hjelp. Noen helsetjenester skal imidlertid også måtte betales for. En annen viktig endring som skisseres berører finansieringssystemet. Fra at kommunale myndigheter har ansvaret for helsetjenester, skal ansvaret i større grad overføres til regionale myndigheter. Reformen skal også erstatte dagens helseforsikringsordninger med nye forsikringer (Krainova 2011).

3. SPESIELT OM HELSETILBUDET I DEN TSJETSJENSKE DELREPubLIKKEN

3.1 BAKGRUNN

Store deler av Tsjetsjenia ble ødelagt som følge av krigshandlinger i forbindelse med den første tsjetsjenske krigen (1994-96) og den andre tsjetsjenske krigen (1999-2000). Hovedstaden Groznyj blir av ulike kilder beskrevet som helt ødelagt, og nesten ikke et hus var uskadet av bombing. Ifølge en rapport fra den østerrikske landinformasjonsenheten (BAA 2011) ble opptil 70 % av den medisinske infrastrukturen ødelagt, særlig i byene. I tillegg var det en akutt mangel på diagnostisk utstyr, kvalifisert medisinsk personell og medisiner. Gjenoppbyggingen startet for alvor omkring 2005. Føderale økonomiske midler ble pumpet inn i delrepublikken. Hovedstaden Groznyj ble først gjenoppbygget, deretter tok man for seg distriktene.

De første årene etter konfliktene stod internasjonale humanitære organisasjoner for driften av helseinstitusjoner, sykehus, mv. Nå har de i stor grad trukket seg ut og overlatt ansvaret til tsjetsjenske helsemyndigheter. Det er fremdeles humanitære organisasjoner til stede i Tsjetsjenia; ICRC, som blant annet driver med opplæring av helsepersonell, og MSF, som har hatt fokus på å bekjempe tuberkulose.

Hva gjelder befolkningens generelle helsesituasjon, opplyste en representant for en internasjonal humanitær organisasjon i Nord-Kaukasus i et møte med Landinfo i 2009 at det er lite tradisjon i Tsjetsjenia (og Russland for øvrig) for å drive forbyggende helsearbeid. Det å tenke forebyggende var lite utbredt også under sovjettiden. Dette gjør blant annet at godt over halvparten av alle gravide kvinner i Tsjetsjenia (2009-tall) har jernmangel. Den samme representanten viste til at en god del lider av dårlig ernæring, som følge av at det er mange fattige som sliter med å få endene til å møtes. Videre er det mange som sliter med psykiske ettervirkninger etter ulike opplevelser under krigene. Blant annet er det fremdeles mange familier som savner mannlige slektninger som forsvant i løpet av krigene, som aldri har kommet til rette.

3.2 INFRASTRUKTUR OG ORGANISERING

I dag er helsevesenet i Tsjetsjenia i all hovedsak bygget opp igjen (ICRC, møte november 2011; MSF, møte november 2011). Det er bygget nye sykehus og eldre sykehus har blitt renovert. Selv distrikter i sør (fjellområdene) har fått nye sykehus (ICRC, møte november 2011). Ifølge MSF er helsesystemet i Tsjetsjenia nesten tilbake på samme nivå som før krigene, og på noen områder er det faktisk bedre som følge av den generelle utviklingen innenfor legevitenenskapen.

Den tsjetsjenske helseministeren (som sitert i BAA 2011) opplyste at det er 368 medisinske fasiliteter i Tsjetsjenia i dag. Det er medisinske fasiliteter i alle deler av republikken. Ifølge informasjon fra det tsjetsjenske helsedepartementet er det 22

helseinstitusjoner på distriktsnivå og 32 institusjoner på republikknivå. I Groznyj er det 26 medisinske fasiliteter.⁷

Organiseringen av helsesystemet i Tsjetsjenia er det samme som i resten av føderasjonen. Primærhelsetjenesten består av helsestasjoner (FAP) og poliklinikker (del av distriktssykehus). Sekundærhelsetjenesten består av distriktssykehus og sentrale distriktssykehus i regionsentrene (sentralsykehus). Derne st finnes republikksykehus. I Groznyj har man i tillegg bysykehus (ICRC, møte november 2011; MSF, møte november 2011). MSF sa at folk bryr seg lite om strukturen i helsevesenet når de skal oppsøke lege. Man går gjerne rett til et sykehus, og ikke innom en poliklinikk først. Representanten for MSF som Landinfo snakket med mente at behandlingssystemet i Tsjetsjenia er mer fleksibelt enn andre steder i Nord-Kaukasus. Man kan nærmest oppsøke hvilken som helst lege i hvilket som helst distrikt.

3.3 KORRUPSJON

Korrupsjon er utbredt i Nord-Kaukasus. Helsevesenet er et av de områdene der korrupsjon forekommer hyppigst (Diplomatkilde 2010). Ifølge tsjetsjenske helsemyndigheter har ca. 90 % av befolkningen i Tsjetsjenia obligatorisk helseforsikring (Ibragimov 2010c). I forbindelse med den østerrikske landinformasjonsenhetens besøk til Groznyj i 2011, ble det ved alle institusjonene delegasjonen besøkte opplyst at medisinsk behandling er gratis for innbyggerne, og at kostnadene refunderes gjennom helseforsikringen (BAA 2011, s. 47).⁸ En internasjonal humanitær organisasjon med svært god kjennskap til forholdene i Tsjetsjenia opplyste til Landinfo i november 2011 at offisielt er all behandling gratis, men at man i praksis må betale for behandling. Det gis ingen kvittering for det man har betalt for. Intervjuer gjort i media med representanter for lokalbefolkningen vitner også om at det er utbredt å måtte betale for legetjenester, til tross for at det står skilt på behandlingsinstitusjonene om at behandling er gratis. I praksis må det betales for nærmest alle tjenester; prøvetaking, røntgen og bleier på fødselsklinikker. Pasienter har måttet ta med seg eget sengetøy og tepper ved sykehusinnleggelse. Lokalbefolkning rapporterer også at selv om behandlingsinstitusjoner informerer om at medisiner er tilgjengelige, er det ikke uvanlig at de ikke er tilgjengelige likevel (Ibragimov 2010c; Ibragimov 2010a; Akhmadov 2008; Ibragimov & Ivanov 2012). Flere kilder opplyser imidlertid at pasienter får behandling i akutte tilfeller dersom de ikke kan betale (Internasjonal humanitær organisasjon, møte november 2011; Internasjonal organisasjon, møte i Moskva november 2011).

Praksisen med å ta betalt skyldes for en stor del lave lønninger hos helsepersonell. Dette gjelder ikke bare i Tsjetsjenia, men over hele den russiske føderasjonen. Ifølge en overlege ved et sykehus i Tsjetsjenia tjener han 6600 RUB i måneden (som sitert i BAA 2011). Det er ved flere anledninger rapportert i uavhengige nyhetsmedier at sykehusansatte har fått redusert lønn, eller at deler av lønnen har blitt utbetalt i form av annen kompensasjon. På Kurchaløj sentrale distriktssykehus ble det i 2009

⁷ Når det gjelder de 22 helseinstitusjonene på distriktsnivå består disse av både sentrale distriktssykehus og distriktssykehus. De 32 institusjonene på republikknivå er i hovedsak spesialiserte sykehus/institusjoner. De 26 nevnte institusjonene i Groznyj består både av bysykehus og poliklinikker..

⁸ Delegasjonen snakket med helseministeren og ansatte ved flere sykehus (BAA 2011).

rapportert om at ansatte på sykehuset fikk trukket 750 RUB (ca. 150 NOK) fra lønnen sin, uten begrunnelse (Ibragimov 2009b). Ansatte ved bysykehus nr. 9 i Groznyj meldte til nettavisen Kavkazkij-uzel i 2010 at de hadde fått deler av lønnen utbetalt i form av høner (Ivanov 2010). Alle sykehus må betale inn til Akhmad Kadyrovs pengefond.⁹

3.4 KVALITETEN PÅ HELSETJENESTER

Den generelle holdningen blant kildene Landinfo har konsultert om helsevesenet i Tsjetsjenia, er at infrastrukturen er god, men at det er svakheter hva gjelder kvaliteten på behandlingen. En internasjonal humanitær organisasjon uttrykket det slik i en e-post fra juni 2011:

[..]Groznyj has been completely rebuilt in the past five years and the medical facilities which were destroyed are now largely rebuilt. However whilst the physical infrastructure is in place there are massive gaps in access to quality health care, and drug supply. Most people will leave the republic to find treatment in one of the neighbouring republics if they can afford it.

Hovedgrunnen til at det er kvalitative svakheter ved behandlingen er ifølge kildene at helsepersonell ikke er kompetente nok (ICRC, møte november 2011; MSF, møte november 2011; Velinformert kilde, møte november 2011; Internasjonal organisasjon, møte november 2011). ICRC mente at utdanningen av leger og sykepleiere i delrepublikken er mangelfull, og det er generelt også for få spesialister. Mangel på spesialister gjør at det ikke er kompetanse til å betjene nytt medisinsk utstyr, og at pasienter kan bli feildiagnostisert. At nivået på høyt kvalifisert helsepersonell ikke er bra nok, ble også bekreftet av representanter for ministeriet for arbeid, sysselsetting og sosial utvikling overfor den østerrikske landinformasjonsenheten. For å heve det faglige nivået sendes det medisinsk personell på opplæring i andre deler av føderasjonen og til utlandet (BAA 2011).

Ifølge MSF bidrar også mangelfull tilgang til medisiner til at kvaliteten på helsetjenester blir dårligere. En velinformert kilde (møte, november 2011) opplyste at tilgang til medisiner er dårligere på landsbygda enn i byene. Den samme kilden opplyste at helsevesenet er bedre i byene enn i distriktene, og at det er få leger i distriktene. Dette viser også at den tsjetsjenske landsbygda er svært forskjellig fra byene. Ifølge IOM (møte, november 2011), som blant annet følger opp returnerte asylsøkere fra Østerrike, har de ikke hatt vanskeligheter med å få tak i medisiner for returnerte.

Den russiske nettavisen Kavkazkij-uzel refererte i en artikkel fra 2010 (Ibragimov 2010b) til en undersøkelse fra 2009 blant brukere av helseinstitusjoner i delrepublikken. Undersøkelsen ble foretatt av det obligatoriske helseforsikringsfondet i Tsjetsjenia. Over 60 % av respondentene (utvalget bestod av 3995 respondenter) uttrykte tilfredshet med kvaliteten på tjenestene. I en kommentar til undersøkelsen opplyste en lokal NGO-ansatt at de fleste sykehusene i delrepublikken fungerer bedre i dag enn for noen år siden; lokalitetene er reparert og

⁹ Akhmad Kadyrovs pengefond er et fond opprettet av tsjetsjenske myndigheter. Det er lite åpenhet og informasjon omkring inntektskildene til fondet. Det er på det rene at offentlige institusjoner, private forretningsmenn og vanlige personer må betale inn til fondet, sistnevnte som skatt som trekkes av lønnen. Fondet bidrar blant annet til gjenoppbygging og til folk i nød (Diplomatkilde, e-post juni 2012).

det er renere og mer komfortabelt, men at det fremdeles er frustrasjon i befolkningen blant annet knyttet til profesjonaliteten til helsepersonell. ICRC (møte, november 2011) mente at befolkningen har liten tillit til helsevesenet i Tsjetsjenia, og at det er noe av grunnen til at de som har penger reiser til andre områder av føderasjonen for å få behandling.

3.5 SPESIFIKKE SYKDOMMER

Det gjennomgående inntrykket Landinfo fikk etter å ha snakket med eksperter på helseområdet i Tsjetsjenia, er at mye kan behandles av det tsjetsjenske helsevesenet. Men dersom en person trenger avansert behandling, som for eksempel spesialisert kirurgi/kompliserte operasjoner, må vedkommende etter all sannsynlighet til andre deler av føderasjonen for å få dette. Ifølge en velinformert kilde (e-post, desember 2011) er det vanlig praksis i Russland at man blir henvist til et større sykehus/universitetssykehus ved avansert og komplisert medisinsk behandling. I slike tilfeller skal det være mulig å falle innenfor helsemyndighetenes kvoteordning for behandling andre steder. Flere kilder Landinfo snakket med mente imidlertid at slike kvoteplasser er begrenset i antall og dekker ikke det faktiske behovet (se del 2.4) (MSF, møte november 2011; ICRC, møte november 2011).

3.5.1 Tuberkulose

Antallet syke med tuberkulose (TB) i Tsjetsjenia har økt kraftig de siste 20 årene. År med krig og konflikt har svekket befolkningens generelle allmenntilstand, og dannet grobunn for spredning av sykdommen. Under krigene var det også vanskelig å få tak i medisiner, hvilket gjorde at allerede smittede personer ikke fikk medisin og smittet andre rundt seg (Kirilenko 2010). Befolkningen har en lav bevissthet rundt sykdommen, hvilket gjør at de slutter med medisiner for tidlig. Dette gjør at man lettere utvikler multiresistent TB. I tillegg vegrer folk seg for å søke behandling på grunn av det sosiale stigmaet forbundet med sykdommen, siden sykdommen ofte forbindes med fattigdom og dårlig hygiene (Bigg 2010).

Ifølge MSF (møte, november 2011), som har jobbet med bekjempelse av TB i Tsjetsjenia siden 2004, er om lag 5000 personer registrert smittet med TB. Det reelle tallet på smittede er i henhold til MSF sannsynligvis høyere. Det er antatt at rundt 50 % av alle som har TB har utviklet multiresistent TB. Organisasjonen begynte sin aktivitet i Tsjetsjenia med å behandle personer med lettere former for TB. Ved hjelp av bistand fra MSF er det nå etablert et laboratorium i Tsjetsjenia for å diagnostisere multiresistent TB. MSF bistår tsjetsjenske helsemyndigheter med behandling av sykdommen i alle deler av delrepublikken; det finnes behandlingssteder for TB i Gudermes, Naderetchnyj, Shali, Shelkovskyj og Groznyj. Det republikanske tuberkulosepsykehuset åpnet i Groznyj i 2010. Sykehuset har en egen barneavdeling.

En velinformert kilde (møte, november 2011) opplyste at når det gjelder TB, så finnes det kvalifiserte leger.

3.5.2 Hiv/aids

Nord-Kaukasus har vært relativt forskånet for hiv/aids, sammenlignet med resten av Russland. De senere årene har antall hiv-smittede økt i Nord-Kaukasus, også i Tsjetsjenia. Det føderale forskningscenteret for forebygging og kontroll av aids

opplyser at det per mai var 2012 registrert 1745 hiv-smittede personer i Tsjetsjenia. Antallet registrerte hiv-smittede har økt de senere årene. I 2008 var det registrert 1103 hiv-smittede, mens det i 2010 var registrert 1510 smittede. Økningen i antallet registrerte skyldes nok at flere personer faktisk har blitt smittet, men trolig også at flere allerede smittede personer har latt seg teste. Av 1745 smittede skal 83 ha utviklet aids, og 64 personer skal så langt ha dødd av aids i delrepublikken. De fleste hiv-smittede er menn, men det er også registrert en del smittede kvinner. Ifølge det føderale aids-senteret er det per i dag registrert 62 hiv-smittede barn. Det reelle tallet på antall smittede er sannsynligvis høyere enn det offisiell statistikk viser. Dette skyldes blant annet lav bevissthet rundt sykdommen, men også at det er en tabubelagt sykdom, som folk ønsker å holde skjult (Føderale aids-senter 2012; Ibragimov 2011a; Asueva 2012). Det er flest smittede i Groznyj-regionen, og færrest i fjelldistrikter som Itum-Kali og Shatoy (IDMC 2008).

En representant for en internasjonal humanitær organisasjon i Nord-Kaukasus opplyste til Landinfo i 2009 at kvinner blir smittet av menn, som gir det videre til barn gjennom fødsler. Hovedårsaken til smitte er sprøytenarkomani og uforsiktig bruk av sprøyter. Den samme humanitære organisasjonen mente at det gis lite informasjon om forebygging av sykdommen. Det er først de senere år at man har begynt å ta tak i dette helseproblemet.

I 2007 ble det åpnet et behandlingssenter for hiv/aids i Groznyj – det nasjonale senteret for forebygging og kontroll av aids. Det har et laboratorium, en klinikk for pasienter, en avdeling for gravide og psykologisk veiledning (IDMC 2008). I møter med internasjonale humanitære organisasjoner både i 2009 og i 2011 har Landinfo fått bekreftet at dette senteret fremdeles er i drift, og at det er mulig å få tak i antiretrovirale (ARV) medisiner for hiv ved senteret. Kildene mente at slike medisiner er gratis.

I 2010 bestemte tsjetsjenske myndigheter at for å kunne gifte seg muslimsk må man fremvise en helseattest som viser at man ikke har alvorlige smittsomme sykdommer, slik som TB eller hiv/aids.¹⁰ Formålet med tiltaket, som har vekket oppsikt internasjonalt, er å fremme en sunn befolkning, og blant annet hindre at kvinner blir smittet av hiv/aids (Ibragimov 2010d; Ibragimov 2011a; Asueva 2012).

3.5.3 Psykiske lidelser

MSF (møte, november 2011) opplyste at det har vært en økning i antall personer med psykiske lidelser i Tsjetsjenia de senere årene, og at dette skyldes konfliktene som har funnet sted i delrepublikken. Nå som krigshandlinger ikke lenger forekommer, kommer de psykiske ettervirkningene til overflaten.

Jevnt over beskrives behandlingstilbudet for personer med psykiske lidelser som begrenset.¹¹ Det er et noe bedre tilbud for psykiske lidelser i Tsjetsjenia sammenlignet med Ingusjetia. Dette skyldes at Tsjetsjenia har fått mye bistand fra internasjonale humanitære organisasjoner i forbindelse med krigene, noe som til dels

¹⁰ Dette er en lokal tsjetsjensk bestemmelse, uten forankring i russisk lov. Landinfo er ikke kjent med at andre delrepublikker i Nord-Kaukasus har tilsvarende bestemmelser, men kjenner til at presiden Junus Bek-Jevkurov i Ingusjetia har vært positiv til å innføre en tilsvarende bestemmelse i Ingusjetia.

¹¹ I hele Russland har psykiske helsetjenester tradisjonelt hatt en lav prioritet (Popovich et al. 2011, s. 133-134).

har blitt videreført av myndighetene i ettertid (WHO, e-post 2010). Det er stor mangel på psykologer. Som i andre deler av Russland, består behandlingen for psykiske lidelser i hovedsak av medisiner, og nesten ikke av samtalerterapi (Velinformert kilde, møte i Moskva november 2011; ICRC, møte november 2011; MSF, møte november 2011).

Det er få behandlingsinstitusjoner for psykiske lidelser. I henhold til det tsjetsjenske helseministeriet er det et republikkssykehus for psykisk helse i Samashki i Atsjkoi-Martan distriktet (180 senger), og et i Dabankhi i Gudermes distrikt (250 senger) (BAA 2011). Det finnes også et psykiatrisk sykehus i Groznyj (80 senger). Dette sykehuset har også en poliklinikk med en egen poliklinisk avdeling for barn (Helseministeriet i Tsjetsjenia 2012).

I henhold til en undersøkelse Flyktningshjelpen i Sveits (Kuthan 2011) har gjort angående behandlingstilbudet for posttraumatisk stressyndrom (PTSD) i Tsjetsjenia, finnes det per i dag ingen behandlingsinstitusjoner som spesialiserer seg på behandling av PTSD. En representant for MSF som den sveitsiske flyktningshjelpen har vært i kontakt med (via kontaktperson) opplyser at det vil være veldig vanskelig for en person med en slik diagnose å få behandling i Tsjetsjenia.

Svært få tar kontakt med lege grunnet psykiske lidelser, ettersom dette er et tabubelagt tema som man ikke vil at andre skal vite om. Som regel håndteres slike problemer innad i familien og i familiens nettverk (ICRC, møte november 2011; MSF, møte november 2011; WHO, e-post 2010). Det er skam i forhold til lokale tradisjoner og normer å ha et psykisk sykt familiemedlem, og heller ikke myndighetene er spesielt ivrige etter å legge til rette for behandlingstilbud for psykiske lidelser (WHO, e-post 2010). En velinformert kilde som jobber for en organisasjon som blant annet driver psykologisk veiledning i delrepublikken, opplyste at det nesten bare er kvinner som oppsøker dem for hjelp (møte, november 2011).

I 2010 åpnet det et islamsk helsesenter i Groznyj. ICRC opplyste at en del personer med psykiske lidelser har fått behandling ved dette senteret. Behandlingen er gratis og består av å lese fra Koranen. Kilder med medisinsk fagkunnskap stiller spørsmål ved velegnetheten til denne behandlingsmetoden.

3.5.4 Behandlingstilbud for barn

Hva gjelder behandlingsinstitusjoner for barn, finnes det ifølge det tsjetsjenske helseministeriet et republikkssykehus for barn i Groznyj med 455 senger. Det finnes i tillegg et lokalt barnesykehus i Groznyj (Barnesykehus nr. 2) med 195 senger. Sykehuset spesialiserer seg på kirurgisk patologi og traumatologi (også fysiske skader som benbrudd), og har også en poliklinikk (som sitert i BAA 2011).

Behandlingstilbudet for barn med funksjonshemminger eller spesielle behov er ikke særlig utbredt, og omfatter noen få institusjoner. Det finnes et rehabiliteringssenter for barn i Groznyj, det republikanske senteret for medisinsk og psykologisk rehabilitering av barn. Senteret åpnet i 2009 og har 120 senger. Senteret tilbyr blant annet behandling for barn med cerebral parese, og har i den forbindelse knyttet til seg spesialister fra Kina som benytter akupunktur som behandlingsform. Senteret

mottar finansiell støtte fra Akhmad Kadyrov-fondet (Ibragimov 2009a; Groznyj-inform 2011).¹² I Groznyj finnes i tillegg et psykonevrologisk barnesykehus (Barnas hus nr. 2) som blant annet behandler barn med cerebral parese, Downs syndrom og autisme. Ifølge informasjon om sykehuset formidlet til den østerrikske landinformasjonsenheten i Groznyj i 2011, er det kun i sjeldne tilfeller at senteret mottar barn med psykiske traumer. Pasientene kommer fra hele delrepublikken og hovedsakelig fra fattige familier som lever under vanskelige sosiale forhold. Barn opp til ti år behandles ved senteret. Gjennomsnittlig oppholdstid ved klinikken er tre måneder, men det er også barn som oppholder seg der over lengre tid. De fleste barna bor på senteret hele døgnet, men noen barn er der kun på dagtid. Behandlingen på senteret skal være gratis. Senteret har ca. 120 ansatte; barneleger, nevrologer, psykiatere, fysioterapeuter, logoped, massører, samt sykepleiere og pedagoger (BAA 2011). I tillegg finnes det en skole/behandlingshjem for døve eller tunghørte barn, samt en skole/behandlingshjem for blinde/svaksynte barn. Begge ligger i Groznyj (Barnehus.ru u.å).

MSF opplyste til Landinfo (møte, november 2011) at barn med funksjonshemming er et tabubelagt tema. Folk ønsker ikke at det skal bli kjent at man har et funksjonshemmet barn. Hva gjelder spesialoppfølging på skoler for barn med spesielle behov er dette begrenset. Det finnes noen opplegg for ekstraundervisning, basert på egenbetaling.

I forbindelse med et besøk den østerrikske landinformasjonsenheten avla på barnesykehus nr. 2 i Groznyj i 2011, ble det fortalt at det er mangel på barneleger ved sykehuset. Sykehusets ledelse opplyste videre at det tekniske utstyret ved sykehuset er ganske dårlig, men at det skal oppgraderes i 2012 med støtte fra helsedepartementet. Det ble også påpekt at utdannelsen til det tekniske personalet er et problem, uten at det fremgår noen flere detaljer om dette (BAA 2011)

3.5.5 Andre sykdommer

MSF opplyste (e-post juni 2011; møte november 2011) at kirurgi for alle typer kreft utføres, men at det ikke finnes et tilbud om strålebehandling. For å få strålebehandling må man til andre områder av føderasjonen. Medisiner til cellegiftbehandling er tilgjengelige, men må kjøpes av pasienten selv.

Ifølge MSF står hjertelidelser for mer enn 62 % av alle dødsfall i Tsjetsjenia. I 2010 etablerte MSF et program for behandling av hjerteproblemer ved akuttsykehuset (Emergency Hospital) i Groznyj. Frem til da hadde sykehuset ingen defibrillator eller EKG-maskin. Programmet omfatter bare akuttbehandling. Per november 2011 utføres det ingen hjerteoperasjoner i delrepublikken (ICRC, møte november 2011; MSF 2012; MSF, møte november 2011).

Hva gjelder rehabiliteringssentre for voksne, opplyste ICRC (møte, november 2011) at tilbudet er begrenset. Det er ett rehabiliteringssenter i Argun, som gir psykologisk veiledning og fysikalsk behandling. Kvaliteten på behandlingen er ikke spesielt god. Det er flere rehabiliteringssentre for barn enn for voksne.

¹² Det har i tsjetsjenkse nyhetsmedier stått en del om at det skal bygges et nytt behandlingssenter for barn med cerebral parese, hvor blant annet akupunktur skal være en behandlingsmetode. Landinfo er ikke kjent med hvor langt dette prosjektet har kommet (Groznyj-inform 2011).

Fysioterapibehandling finnes, både på sykehus og i poliklinikker (MSF, e-post juni 2011).

Dialysebehandling ved nyresvikt er tilgjengelig og gjøres ved sykehus i Groznyj og Gudermes (Internasjonal organisasjon, e-post juni 2012).

Det finnes også nevrokirurger i delrepublikken.

4. SPESIELT OM HELSETILBUDET I DEN INGUSJETISKE DELREPubLIKKEN

4.1 BAKGRUNN

Frem til 1992 var Ingusjetia en del av republikken Tsjetsjeno-Ingusjetia. Tsjetsjenia og Ingusjetia splittet lag da Tsjetsjenia erklært seg uavhengig av Russland. Groznyj (i Tsjetsjenia) var hovedstad og regionsentrum i den tsjetsjensk-ingusjetiske delrepublikken. Det var den tsjetsjenske delen av republikken som var industrialisert. Ingusjetia var i all hovedsak jordbruksområder og manglet bysentra (Landinfo 2008). Dette innebar at det aller meste av offentlige institusjoner befant seg i Groznyj. Som ny delrepublikk i 1992 manglet Ingusjetia erfaring da den skulle bygge opp sin egen administrasjon og infrastruktur. Ifølge sjefslegen ved fødselsklinikken i Nazran, Fatima Jevloeva (møte, november 2011) ble det meste av helseinstitusjoner værende i Tsjetsjenia da republikken ble splittet. Ingusjetia satt kun igjen med tre distriktssykehus, og måtte bygge opp et behandlingssystem nesten fra bunnen av. ICRC opplyste (møte, november 2011) at Ingusjetia mistet kvalifisert helsepersonell da det ble en egen delrepublikk i 1992.

Ingusjetia har hatt en utfordrende oppstart som egen delrepublikk. Dette har bidratt til at utvikling av økonomien og oppbygging av infrastrukturen har gått svært sakte. På 1990-tallet var den største utfordringen mottagelsen av internflyktninger fra Prigorodnyj-konflikten i 1992.¹³ Under den første krigen i Tsjetsjenia (1994-1996) mottok Ingusjetia på nytt internflyktninger, og dette gjentok seg igjen under den andre tsjetsjenske krigen som startet i 1999. I 2000 huset Ingusjetia ca. 240 000 internflyktninger. Dette innebar nesten en fordobling av Ingusjetias egen befolkning (Landinfo 2008; Jevloeva, møte november 2011).

Som følge av at Ingusjetia huset en større befolkning av internflyktninger, etablerte en rekke humanitære organisasjoner seg i delrepublikken. Deres tjenester til internflyktningene kom også lokalbefolkningen til gode. De humanitære organisasjonene trakk seg ut av Ingusjetia i forbindelse med at internflyktingleirene stengte i løpet av 2004. Dette etterlot til en viss grad et vakuum i helsetjenestetilbudet i Ingusjetia.

¹³ Prigorodnyj kraj er i dag et område som ligger nord, øst og sør for hovedstaden Vladikavkaz i Nord-Ossetia. Da Tsjetsjeno-Ingusjetia ble oppløst i 1944, ble den østlige delen av Prigorodnyj lagt til Nord-Ossetia. I 1957 ble Tsjetsjeno-Ingusjetia gjenopprettet, men ikke med helt de samme grensene. Blant annet ble den østlige delen av Prigorodnyj værende i Nord-Ossetia. Konflikten dreier seg om det østlige Prigorodnyj (med en liten del av Vladikavkaz) skal tilhøre Nord-Ossetia eller Ingusjetia. Det kom til krig mellom de to delrepublikkene i 1992 og anslagsvis 60 000 internflyktninger kom til Ingusjetia (Landinfo 2008).

4.2 INFRASTRUKTUR OG ORGANISERING

Organiseringen av helsesystemet i Ingusjetia er den samme som i resten av føderasjonen. Primærhelsetjenesten består av helsestasjoner (FAP) og poliklinikker (del av distriktssykehus). Sekundærhelsetjenesten består av distriktssykehus og sentrale distriktssykehus i regionsentrene (sentralsykehus). Derne st finnes republikksykehus.

Ingusjetia er inndelt i fem distrikter; Malgobek, Karabulak, Sunzha, Nazran og Dzheyrahk. Distriktene, unntatt Dzheyrahk, har et distriktssykehus og et til to nummererte sykehus. I tillegg finnes et sykehus for kreft (onkologi), et sykehus for hjerte- og karsykdommer (kardiologi), ett tuberkulosesykehus. Disse er alle republikksykehus og befinner seg i Nazran (Nasjonale register for helseinstitusjoner i Russland u.å.). I Nazran finnes det i tillegg en fødselsklinikk (Maternity Hospital) (ICRC, møte november 2011; Jevloeva, møte november 2011). Ifølge assisterende overlege ved fødselsklinikken i Nazran, Fatima Jevloeva, er det et problem at mange fasiliteter holder til i leide avdelinger, og må flytte rundt.

4.3 KORRUPSJON OG KVALITETEN PÅ BEHANDLINGSTILBUDET

Hva gjelder utbredelsen av korrupsjon i helsevesenet er situasjonen i Ingusjetia i hovedsak den samme som i Tsjetsjenia (se del 3.3). Offisielt skal det meste være gratis gjennom ordningen med obligatorisk helseforsikring, men i realiteten betaler befolkningen for det aller meste. Ifølge en internasjonal humanitær organisasjon som Landinfo møtte i november 2011, kan det meste kjøpes for penger, trolig også legelisenser. Organisasjonen kjenner til at det jobber sykepleiere i Ingusjetia som har falske dokumenter på at de er utdannet som sykepleiere.

Ifølge en velinformert kilde med god kjennskap til helsevesenet i Ingusjetia (e-post, mai 2011) er nivået på helsetjenestene lavt. Det er mangel på spesialisthelsetjenester. Det mangler spesialister, sykehusene er i dårlig forfatning og det mangler utstyr på sykehusene. Kilden mente likevel at behandlingstilbudet ikke nødvendigvis er dårligere enn i mange andre mindre byer i Russland.

4.4 SPESIFIKKE SYKDOMMER

Sykdommer som det ikke finnes behandlingsmuligheter for, eller hvor behandlingstilbudet er svært begrenset, er først og fremst sykdommer som krever høyteknologisk behandling. Dette omfatter for eksempel kirurgi for kreft, skjelettsykdommer, hjertesykdommer (innsetting av pacemaker og arterieoperasjoner) og nevrokirurgi. Det er heller ikke tilbud om assistert befruktning. For å få behandling for ovennevnte må man ut av Ingusjetia, og for at behandlingen noenlunde skal dekkes av myndighetene må pasienten få en kvoteplass (se del 2.4). Kvoteplass gis bare til høyteknologisk behandling. Eksempelvis for hjerteoperasjoner gis det bare kvoter til innsetting av pacemaker, og ikke til arterieoperasjoner, da dette ikke vurderes som høyteknologisk behandling. Likevel mangler Ingusjetia spesialister på arterieoperasjoner. Ingusjetia er tildelt fire til fem kvoteplasser per år innenfor det enkelte helseområdet (Jevloeva, møte november 2011).

4.4.1 Hiv/aids

Som i Tsjetsjenia, sprer hiv/aids seg også i Ingusjetia. Det er sprøytenarkomani som er hovedsmitekilden, og deretter skjer spredning gjennom ubeskyttet sex. Tall fra det føderale aids-senteret (2012) viser at det er totalt 865 hiv-smittede personer i Ingusjetia.¹⁴ Spesialister på sykdommen mener det reelle antallet smittede trolig er en del høyere (Bigg & Sultanov 2012). Assisterende overlege ved fødselsklinikken i Nazran, Fatima Jevloeva, opplyste (møte, november 2011) at det er ca. 12-14 nye sykdomstilfeller i året. I henhold til en velinformert kilde fra Ingusjetia med god kjennskap til både samfunnsforhold og helsetilbudet i delrepublikken (e-post, juli 2010) er hiv/aids en tabubelagt sykdom som det generelt snakkes lite om.

Det finnes et senter for forbygging og bekjempelse av aids. Senteret ligger i Nazran (Nasjonalt register for helseinstitusjoner u.å.). Ifølge den velinformerte kilden fra Ingusjetia (e-post, juli 2010) er senteret underfinansiert og man kan ikke påregne hjelp utover ARV-medisiner. Assisterende overlege ved fødselsklinikken i Nazran, Fatima Jevloeva, opplyste at ARV-medisiner finnes i Ingusjetia og at disse skal være gratis. Utfordringen er imidlertid at det ikke alltid er nok medisin. Den samme velinformerte kilden som det vises til i begynnelsen av avsnittet, mente at på området hiv/aids er helsetjenester faktisk gratis og det betales trolig ingenting uoffisielt.

Etter det Landinfo kjenner til har ikke myndighetene i Ingusjetia innført krav om helseattest for giftemål, slik som i Tsjetsjenia. Ingusjetias president, Junus Bek-Jevkurov, skal likevel ha vist interesse for tiltaket, blant annet for å hindre spredning av hiv-smitte (Bigg & Sultanov 2012).

4.4.2 Psykiske lidelser

Ifølge en representant for WHO (e-post, desember 2010) er behandlingstilbudet for psykiske lidelser svært begrenset. Det var et visst behandlingstilbud for psykiske lidelser i årene da det befant seg tsjetsjenske internflyktninger i Ingusjetia, men dette forsvant da de humanitære organisasjonene trakk seg ut.

Det finnes ikke psykiatriske sykehus (dvs. med sengeplasser) i delrepublikken. Det er en psykonevrologisk poliklinikk i Nazran, hvis aktivitet i all hovedsak begrenser seg til å registrere pasienter med psykiske lidelser (WHO, e-post desember 2010).

Det er generelt få psykologer/psykiatere ved de lokale poliklinikkene. Kvaliteten på tjenester som ytes av helsepersonalet beskrives som tvilsomt. Nyutdannede leger ønsker ikke å praktisere innenfor psykiatri på grunn av lave lønninger, og velger derfor bedre betalte jobber. Som en følge av dette består psykiatrien av eldre leger med lite oppdatert kunnskap (WHO, e-post desember 2010).

Det er mulig å få tak i de fleste medisiner, også for psykiske lidelser. Det er imidlertid knapphet på medisiner som distribueres gjennom helsevesenet, som blant annet skyldes svakheter i systemet med distribusjon til regionene. Man kan imidlertid få tak i de fleste medisiner på lokale private apotek (WHO, e-post desember 2010).

¹⁴ Totalt 9 personer er hittil registrert døde av aids i Ingusjetia (Føderale aids-senter 2012).

Som i resten av regionen holdes psykiske lidelser skjult, da det er forbundet med skam å ha et psykisk sykt familiemedlem. Folk oppsøker generelt ikke helsevesenet for behandling for psykiske lidelser og psykisk syke holdes som regel isolert fra omverdenen. Det er generelt en manglende forståelse i lokalsamfunnet for denne typen lidelser (WHO, e-post desember 2010).

4.4.3 Behandlingstilbud for barn

Ifølge flere kilder har ikke Ingusjetia et eget pediatrik sykehus. Barn behandles på sykehus for voksne (ICRC, møte november 2011; Jevloeva, møte november 2011).

Det er et ganske begrenset behandlingstilbud for barn med fysiske og psykiske funksjonshemminger. Det finnes en institusjon/behandlingshjem (boarding school) for barn med fysisk og psykisk handikap i Troitskaija i Ingusjetia. Barn med cerebral parese behandles blant annet ved institusjonen. Institusjonen har plass til 45 barn. Her jobber det leger og sosialpedagoger. Dersom det er behov for andre spesialister, blir disse brakt inn fra andre steder i Ingusjetia, eller at barna tas med til sykehus. Barna bor ikke fast ved institusjonen (Velinformert kilde, e-post februar 2012).

Det finnes også en spesialklasse på skole nr. 10 i Nazran, hvor foreldre kan ta med barna sine for undervisning. Den spesialiserte undervisningsmetoden som brukes er først og fremst brukt på barn med lettere former for cerebral parese. Klassen åpnet i 2011, og har per februar 2012 35 elever og 7 lærere. Planen er at den skal utvides til 138 elever og 68 lærere. Dette er et program som er finansiert av myndighetene. Det er også planer om at lærerne kan gi undervisning til barn hjemme (Velinformert kilde, e-post februar 2012).

En velinformert kilde fra Ingusjetia (e-post, oktober 2011) har opplyst at det er svært begrenset assistanse til familier som har barn med fysisk eller psykisk funksjonshemming. Ifølge kilden får familiene bevilget noe ekstra sosialtønad. Utover dette er det ingen bistand.

5. REFERANSER

Skriftlige kilder

- Akhmadov, R. (2008, 11. mars). The "hospital business" in Chechnya. *Prague Watchdog*. Tilgjengelig fra <http://www.watchdog.cz/?show=000000-000002-000002-000071&lang=1> [lastet ned 12. juni 2012]
- Asueva, S. (2012, 6. april). Borba so SPIDom po-tsjetsjenskij: bez spravki – njet svadby [Bekjempelse av AIDS på tsjetsjensk: uten helseattest – intet bryllup]. *BBC Russian*. Tilgjengelig fra http://www.bbc.co.uk/russian/russia/2012/04/120406_chechya_hiv_detection.shtml [lastet ned 6. juni 2012]
- Balmforth, T. & Feifer, G. (2011, 14. august). Russian Health Care Provides No Real Safety Net. *RFE/RL*. Tilgjengelig fra http://www.rferl.org/content/russian_health_care_provides_no_real_safety_net/24296527.html [lastet ned 4. mai 2012]
- Barnehus.ru(u.å). *DetskieDomiki.ru* [Barnehus.ru]. Tilgjengelig fra http://www.detskiedomiki.ru/?act=home_reg&id=20&part_id=65 [lastet ned 8. juni 2012]
- Bigg, C. (2010, 6. mars). Inaction, stigma fuel Chechnya's TB epidemic. *RFE/RL*. Tilgjengelig fra http://www.rferl.org/content/Inaction_Stigma_Fuel_Chechnyas_TB_Epidemic/1976386.html [lastet ned 4. juni 2012]
- Bigg, C. & Sultanov, A. (2012, 30. mars). Ingushetia mulls pre-nuptial HIV tests. *RFE/RL*. Tilgjengelig fra http://www.rferl.org/content/ingushetia_mulls_aids_tests_for_married_couples/24532638.html [lastet ned 5. juni 2012]
- BAA, dvs. Bundesasylamt, Østerrike (2011). *Russische Föderation – Republik Tschetschenien*. Wien: BAA. Tilgjengelig via Ecoi http://www.ecoi.net/file_upload/1728_1326196356_russ-baa-bericht-foa-27-12-2011.pdf [lastet ned 13. juni 2011]
- Diplomatkilde (2010). Rapport unntatt offentlighet.
- Føderale aids-senter (2012). *Kolitsjestvo VITSJ-infitsirovannikh v Rossii za 2012 god* [Antallet hiv-smittede i Russland i 2012]. Moskva: Føderale aids-senter. Tilgjengelig fra <http://hivrussia.ru/stat/2012.shtml> [lastet ned 6. juni 2012]
- Gerry, C. (2011, 14. februar). Russian health care: a healthy future? *Modern Russia*. Tilgjengelig fra <http://www.modernrussia.com/content/russian-health-care-healthy-future> [lastet ned 20. juni 2012]
- Groznyj-inform (2011, 21. desember). V 2012 godu v Groznom projdet vserossijskaja naysjno-praktitsjeskaja konferentsija po voprosam letsjenija

detei s DTSJP [I Groznyj i 2012 skal det holdes en konferanse om behandling av barn med cerebral parese]. *Groznyj.inform.ru*. Tilgjengelig fra <http://www.grozny-inform.ru/main.mhtml?Part=12&PubID=30954> [lastet ned 13. juni 2012]

- Helseministeriet i Tsjetsjenia (2012, 19. januar). *Respublikanskij psikhonevrologitsjeskij dispanser [Det republikanske psykiatriske sykehuset]*. Groznyj: Helseministeriet i den tsjetsjenske republikk. Tilgjengelig fra <http://minzdravchr.ru/index.php/uchrezhdeniya/lpu-chechenskoj-respubliki.html> [lastet ned 13. juni 2012]
- IDMC (2008, november). *HIV/AIDS in Chechnya and Dagestan (2007)*. Geneve: IDMC. Tilgjengelig fra [http://www.internal-displacement.org/idmc/website/countries.nsf/\(httpEnvelopes\)/710852C4A4D262B2802570B8005AAA6B?OpenDocument](http://www.internal-displacement.org/idmc/website/countries.nsf/(httpEnvelopes)/710852C4A4D262B2802570B8005AAA6B?OpenDocument) [lastet ned 5. juni 2012]
- Ibragimov, M. (2009a, 6. januar). V stolitse Tsjetsjni otrkilsja tsentr reabilitatsii detej [I Tsjetsjenias hovedstad åpnet det et rehabiliteringssenter for barn]. *Kavkazkij-uzel*. Tilgjengelig fra <http://www.kavkaz-uzel.ru/articles/147561/> [lastet ned 7. juni 2012]
- Ibragimov, M. (2009b, 18. april). Employees of hospitals in Chechnya complain of non-payment of part of salaries. *Kavkazkij-uzel*. Tilgjengelig fra <http://www.eng.kavkaz-uzel.ru/articles/9893> [lastet ned 1. juni 2012]
- Ibragimov, M. (2010a, 13. januar). Ministrav Tsjetsjni zaversjil pereattestatsiju glavvratsjej bolnits [Ministeriet i Tsjetsjenia har re-sertifisert sjefsleger ved sykehus]. *Kavkazkij-uzel*. Tilgjengelig fra <http://www.kavkaz-uzel.ru/articles/164175/> [lastet ned 22. juni 2012]
- Ibragimov, M. (2010b, 4. februar). Quality of health services in Chechnya: polls and reality. *Kavkazkij-uzel*. Tilgjengelig fra <http://www.eng.kavkaz-uzel.ru/articles/12417> [lastet ned 1. juni 2012]
- Ibragimov, M. (2010c, 4. juni). Chechen residents complain they have to pay for all medical services. *Kavkazkij-uzel*. Tilgjengelig fra <http://www.eng.kavkaz-uzel.ru/articles/13429/> [lastet ned 12. juni 2012]
- Ibragimov, M. (2010d, 27. desember). Chechnya introduces tougher marriage regulations. *Kavkazkij-uzel*. Tilgjengelig fra <http://www.eng.kavkaz-uzel.ru/articles/15650/> [lastet ned 5. juni 2012]
- Ibragimov, M. (2011a, 8. april). New marriage regulation in Chechnya helped detecting four cases of AIDS. *Kavkazkij-uzel*. Tilgjengelig fra <http://abhazia.eng.kavkaz-uzel.ru/articles/16635/> [lastet ned 5. juni 2012]
- Ibragimov, M. (2011b). In Chechnya, plastic surgeons operate on 42 children for free. *Kavkazkij-uzel*. Tilgjengelig fra <http://ingushetia.eng.kavkaz-uzel.ru/articles/18635/> [lastet ned 7. juni 2012]
- Ibragimov, M. & Ivanov, A. (2012, 31. januar). MPH of Chechnya reports decrease in infant mortality, mothers complain about extortions at maternity homes. *Kavkazkij-uzel*. Tilgjengelig fra <http://www.eng.kavkaz-uzel.ru/articles/19938/> [lastet ned 12. juni 2012]

- Immigration and Refugee Board of Canada (2009, 14. desember). *Russia: Residence registration system; official procedures to change registration; whether registration is required to access government services; police treatment of ethnic minorities and unregistered persons; regional restrictions on registration, particularly in Moscow, St. Petersburg and Yekaterinburg*. Ottawa: Immigration and Refugee Board of Canada. Tilgjengelig via Refworld <http://www.unhcr.org/refworld/country,,IRBC,,RUS,4562d8b62,4b7cee8728,0.html> [lastet ned 22. juni 2012]
- IRRICO, dvs. Information on Return and Reintegration in the Countries of Origin (2009, 13. november). *Returning to Russia. Country Information*. Geneve: IOM. Tilgjengelig fra <http://irrico.belgium.iom.int/images/stories/documents/russia%20edited.pdf> [lastet ned 25. mai 2012]
- Ivanov, A. (2010, 23. februar). Hospital workers in Chechnya get hens as part of their salary. *Kavkazkij-uzel*. Tilgjengelig fra <http://www.eng.kavkaz-uzel.ru/articles/12587> [lastet ned 1. juni 2012]
- Kirilenko, A. (2010, 23. februar). TB morbidity on the rise in Northern Caucasus. *Kavkazkij-uzel*. Tilgjengelig fra <http://www.eng.kavkaz-uzel.ru/articles/12588> [lastet ned 14. juni 2012]
- Krainova, N. (2011, 23. november). Free health care under threat. *Moscow Times*. Tilgjengelig fra <http://www.themoscowtimes.com/news/article/free-health-care-under-threat/448423.html> [lastet ned 3. mai 2012]
- Kuthan, F. (2011, 5. oktober). *Tschétschénie: traitement des PTSD*. Bern: OSAR, dvs Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés. Tilgjengelig via ecoi.net http://www.ecoi.net/file_upload/1788_1318071105_tschetschenien-behandlung-von-ptsd.pdf [lastet ned 18. juni 2012]
- Landinfo (2008, 10.april). *Ingusjetia*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra http://www.landinfo.no/asset/699/1/699_1.pdf [lastet ned 14. juni 2012]
- MSF (2012, 25. januar). *Chechnya: MSF treats cardiac emergencies*. Geneve: MSF. Tilgjengelig fra <http://www.msf.org/msf/articles/2012/01/chechnya-msf-treats-cardiac-emergencies.cfm> [lastet ned 19. juni 2012]
- Nasjonale register for helseinstitusjoner (u.å.). *Respublika Ingusjetia [Den ingusjetiske republikken]*. Moskva: Nasjonale register for helseinstitusjoner. Tilgjengelig fra <http://www.leading-medicine.ru/reestr.php?uid=34> [lastet ned 15. juni 2012]
- Popovich, L., Potapchik, E., Shishkin, S., Richardson, E., Vacroux, A. & Mathivet B. (2011). Russian Federation: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(7), 1-190.. Tilgjengelig fra http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/157092/HiT-Russia_EN_web-with-links.pdf [lastet ned 4. mai 2012]

- Transparency International (2011). *Corruption Perceptions Index 2011*. Berlin: Transparency International. Tilgjengelig fra <http://cpi.transparency.org/cpi2011/> [lastet ned 8. mai 2012]
- Wikipedia. *Nikolai Semashko (medicine)* (sist endret 18. februar 2012). Tilgjengelig fra [http://en.wikipedia.org/wiki/Nikolai_Semashko_\(medicine\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Nikolai_Semashko_(medicine)) [lastet ned 16. mai 2012]

Muntlige kilder

- Diplomatkilde. E-post 14. juni 2012.
- Jevloeva, Fatima. Assisterende overlege ved fødselsklinikken (Maternity Hospital), Nazran, Ingusjetia. Møte november 2011.
- ICRC. Møte i Groznyj november 2011.
- Internasjonal organisasjon. E-post 1. juni 2012.
- Internasjonal humanitær organisasjon i Nord-Kaukasus. Møte juni 2009.
- Internasjonal humanitær organisasjon. E-post juni 2011.
- Internasjonal humanitær organisasjon. Møte november 2011.
- Internasjonal organisasjon. Møte i Moskva november 2011.
- IOM. Møte i Moskva november 2011.
- MSF. Møte i Groznyj november 2011.
- Velinformert kilde. Møte i Moskva november 2011.
- Velinformert kilde. E-post 12. desember 2011, 24. januar 2012 og 2. februar 2012,
- Velinformert kilde fra Ingusjetia. E-post 26. juli 2010, 10. mai 2011 og 22. oktober 2011.
- WHO i Nord-Kaukasus. E-post desember 2010.