

Temanotat

**Eritrea: 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 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 2013

**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](mailto:landinfo@landinfo.no)

[www.landinfo.no](http://www.landinfo.no)

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

---

## **SUMMARY**

Political and financial challenges in combination with poverty threaten people's health in Eritrea. The Eritrean health sector is severely limited in terms of facilities, competence, equipment and pharmaceuticals.

Basic medicine is available more or less all over Eritrea and is free or cheap. This also includes ARV-medication, for which supply is relatively good.

There is an increase of tuberculosis and diabetes in Eritrea. Treatment of TB and diabetes is free of charge.

Medication to treat heart disease, cancer and chronic diseases are difficult to obtain.

## **SAMMENDRAG**

Politiske og økonomiske utfordringer i kombinasjon med utbredt fattigdom er trusler mot folkehelsen i Eritrea. Tilgangen på helsepersonell, helsefasiliteter, medisinsk utstyr og medikamenter er svært begrenset.

Basismedisiner eksisterer stort sett i hele landet, og er gratis eller billig. Det gjelder også ARV-medisiner, og dekningsgraden på slike medikamenter er relativt god.

Eritrea opplever en økning av tuberkulose og diabetes. Behandling for TB og diabetes er gratis i Eritrea.

Medisiner mot hjertelidelser, kreft og kroniske sykdommer er vanskelig tilgjengelig.

# INNHold

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Innledning .....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>2. Helse i Afrika sør for Sahara .....</b>                           | <b>6</b>  |
| 2.1    Kort om sammenhengen mellom fattigdom og folkehelse .....        | 6         |
| 2.2    Tilgang til medikamenter.....                                    | 6         |
| 2.3    Sykdommer og behandlingsmuligheter .....                         | 7         |
| <b>3. Generelle helsefakta for Eritrea .....</b>                        | <b>7</b>  |
| 3.1    Menneskerettslig kontekst .....                                  | 7         |
| 3.2    Leger og legetjenester.....                                      | 8         |
| 3.3    Forbehold.....   | 8         |
| 3.4    Demografi og helse.....  | 9         |
| 3.4.1    Tilgang til helsetjenester .....                               | 10        |
| 3.4.2    Tilgang på medisiner.....                                      | 11        |
| 3.4.3    Generell vurdering .....                                       | 12        |
| <b>4. Hiv og aids.....</b>  | <b>12</b> |
| 4.1    Utbredelse.....  | 13        |
| 4.2    Behandlingsmuligheter i Eritrea.....                             | 14        |
| 4.2.1    CD4-målinger, resistensutvikling og andrelinjebehandling ..... | 16        |
| 4.2.2    Følgesykdommer .....   | 16        |
| 4.3    Sosiale forhold og hiv/aids .....                                | 17        |
| 4.3.1    Stigmatisering og diskriminering av homofile .....             | 17        |
| 4.3.2    Sikker sex.....  | 18        |
| 4.3.3    Kjønn og vold.....   | 18        |
| <b>5. Tuberkulose .....</b>   | <b>19</b> |
| 5.1    Utbredelse.....  | 19        |
| 5.2    Behandlingsmuligheter i Eritrea.....                             | 19        |
| 5.3    Sosiale forhold.....   | 20        |
| <b>6. Diabetes .....</b>  | <b>20</b> |
| 6.1    Utbredelse.....  | 21        |
| 6.2    Behandlingsmuligheter i Eritrea.....                             | 21        |
| 6.3    Sosiale forhold.....   | 22        |
| <b>7. Andre aktuelle sykdommer og helselaterte forhold .....</b>        | <b>22</b> |
| 7.1    Kreft.....   | 22        |
| 7.2    Dialyse.....   | 23        |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 7.3       | Helseforhold i fengslingsinstitusjoner .....   | 23        |
| 7.4       | Kvinner og helse .....   | 23        |
| 7.4.1     | <i>Fistel/Fistula i Eritrea</i> .....  | 24        |
| <b>8.</b> | <b>Referanser</b> .....  | <b>25</b> |
| <b>9.</b> | <b>Vedlegg</b> .....   | <b>30</b> |
| 9.1       | Vedlegg 1: Liste over tilgjengelige medikamenter for hiv/aidsbehandling i Eritrea pr. mai 2013 ..... | 30        |

## 1. INNLEDNING

Dette temanotatet omhandler primært hiv/aids, tuberkulose og diabetes. I tillegg omtales kort andre sykdommer og aktuelle helserelaterte forhold som blant annet kreft, fistula<sup>1</sup> og helseforhold i fengsler. Innledningsvis gis det også kort informasjon om helsesituasjonen i Afrika sør for Sahara.

Notatet bygger på offentlig tilgjengelig informasjon i form av trykte publikasjoner og nettpublikasjoner, og på intervjuer med diplomater, fagpersoner og internasjonale organisasjoner i Eritrea i 2009-2010 og i januar/februar 2013.

Eritrea er svært lukket land. Det vil blant annet si at kildetilfanget er relativt begrenset, ikke oppdatert, og at det er vanskelig å kvalitetssikre mottatt informasjon. Deler av informasjonen i notatet bærer preg av det.

Statistikk knyttet til demografi og helse i Eritrea er sammenlignet med tilsvarende tall i Norge der denne informasjonen er tilgjengelig.

## 2. HELSE I AFRIKA SØR FOR SAHARA

### 2.1 KORT OM SAMMENHENGEN MELLOM FATTIGDOM OG FOLKEHELSE

Det er store forskjeller mellom landene i Afrika sør for Sahara når det gjelder sosiale, kulturelle, politiske og økonomiske forhold. Tilsvarende forskjeller eksisterer når det gjelder kvaliteten og tilgjengeligheten på helsetjenester mellom land, og regionalt i landene.

De fleste land i Afrika sør for Sahara preges av stor ulikhet mellom fattige og rike. Fattigdom har generelt en negativ innvirkning på blant annet folks muligheter til utdanning. Den reduserer dermed også de fattiges sjanser til en stabil jobb, trygg inntekt og god helse.

Fattigdom, lavt utdanningsnivå og analfabetisme påvirker altså folkehelsen da fattige generelt mangler kunnskap om sykdommer og forebygging. De har ofte også en høyere terskel enn andre for å oppsøke lege og helsetjeneste. Dette skyldes blant annet kostnader slike besøk påfører familien eller den enkelte. Dermed reduseres muligheten til å forebygge sykdom. Med fattigdom følger ofte også feil- og underernæring, som ytterligere reduserer den enkeltes immunforsvar, og dermed øker sannsynligheten for sykdom.

### 2.2 TILGANG TIL MEDIKAMENTER

Å få tak i nødvendige medikamenter for fattige i Afrika kan være vanskelig. Det påfører familien ekstra utgifter til innkjøp, til reise til å fra utsalgssted, og det kan være vanskelig å komme til utsalgsstedet på grunn av avstand og redusert

---

<sup>1</sup> Fistel eller fistula er skader på fødselskanalen (se pkt. 7.4.1)

helsetilstand. Problemet i mange afrikanske land er derfor ikke bare hvorvidt et legemiddel er tilgjengelig på markedet:

*[I] de fleste tilfeller er legemidler i etablert bruk å få, i alle fall 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).*

Der kronisk sykdom krever langtidsmedisinering kan en oppleve at medisiner ikke eksisterer. Hvorvidt medisiner virker som de skal, avhenger blant annet av riktig merking, riktig oppbevaring på utsalgssted, tilfredsstillende oppbevaring under frakt og kjennskap til og etterlevelse av medikamentets holdbarhetsdato. Falske medisiner er også utbredt i Afrika.<sup>2</sup>

## **2.3 SYKDOMMER OG BEHANDLINGSMULIGHETER**

Som følge av de nevnte faktorene er det en relativt høy forekomst av flere smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer i de fleste land i Afrika sør for Sahara.<sup>3</sup> Forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer som diabetes, astma, kreft og hjerte- og karsykdommer har blant annet sammenheng med industrialisering og urbanisering, og øker dermed merkbart flere steder i Afrika sør for Sahara (IDF 2012). Samtidig er også dødelighetsraten for flere sykdommer høy sammenliknet med resten av verden. Dette gjelder også for sykdommer som er relativt enkle å forebygge, behandle og kurere.

Der sykdom krever sykehusbehandling, vil økonomi ofte være avgjørende. Valget om å gå til lege, kjøpe medikamenter og eventuelt få nødvendig behandling, vil i praksis være et valg mellom egen eller familiemedlemmers helse og muligheten til å dekke matutgifter.

I land og områder hvor internasjonale hjelpeorganisasjoner står for det meste av helsetilbudet, vil kvaliteten på helsetjenestene som tilbys generelt være bedre. Samtidig har ikke hjelpeorganisasjoner kapasitet og ressurser til å dekke behovet som finnes i hele befolkningen. At sykehus og helsetjeneste driftes av hjelpeorganisasjoner, sier i seg selv noe om mangelen på helsetjenester og om kvaliteten på det offentlige helsetilbudet.

## **3. GENERELLE HELSEFAKTA FOR ERITREA**

### **3.1 MENNESKERETTLIG KONTEKST**

Menneskerettighetsbrudd er vanlig i Eritrea. Myndighetene legger sterke restriksjoner på blant annet presse- og ytringsfrihet, - religions- og forsamlingsfrihet. Muligheter til deltakelse i politiske beslutningsprosesser er fraværende for

---

<sup>2</sup> For mer informasjon om tilgang på medikamenter, kvalitet på tilgjengelige medisiner, m.m., se Landinfo 2007.

<sup>3</sup> Det gjelder særlig hiv/aids og tuberkulose.

majoriteten av befolkningen og opposisjonell politisk aktivitet forbudt (U.S. Department of State 2013). Fattigdom og under- og feilernæring er svært utbredt (FAO 2012, s. 44; UNDP 2009, s. 188). Frigjøringskrigen og den uavklarte grensekonflikten med Etiopia brukes av eritreiske myndigheter som forklaring på den kritiske situasjonen i landet. De avviser at den humanitære situasjonen er prekær, slik mange internasjonale organisasjoner understreker (internasjonal kilde a, e-post november 2009; diplomatisk kilde, e-post mars 2013).

Ifølge ulike Eritrea-eksperter har internasjonal isolasjon og langvarig krigføring tappet staten for ressurser, men isolasjonen er primært et resultat av myndighetenes egne valg. Menneskerettighetssituasjonen og de vanskelige humanitære forholdene kan trolig bedre forklares med presidentens personlighet og totalitære lederstil, enn med referanser til en uavklart grensetvist (Kibreab, samtale i Bern november 2009; Tronvoll, foredrag i Oslo oktober 2009). Både president Isaias Afwerki og justisminister Fawzia Hashim har ved flere anledninger uttalt at menneskerettigheter ikke er noe du er født med i Eritrea, men noe du gjør deg fortjent til (Tronvoll, foredrag i Oslo oktober 2009).

### **3.2 LEGER OG LEGETJENESTER**

Leger utdannes ved Oroti. I 2010 studerte omkring 200 studenter ved Oroti. Erfarne leger ved eritreiske sykehus har lave lønninger, noe som påpekes å være en demotiverende faktor for dem (internasjonal kilde b, e-post november 2009; internasjonalt helsepersonell, samtale i Eritrea januar/februar 2013).

Også ferdig utdannede leger må gjennom Nasjonaltjenesten hvor lønningene er meget lave. Halvparten av ferdig utdannede eritreiske leger forlater landet hvert år. Dette skyldes trolig lav lønn og misnøye med forholdene i nasjonaltjenesten. I nasjonaltjenesten tjener en lege mellom 500 og 1500 Nakfa<sup>4</sup> Grunnet dårlig lønn er også legene lite effektive (internasjonalt helsepersonell, samtale i Eritrea januar/februar 2013).

I 2011 ble det forbudt å drive private hospitaler/helseklinikker og egne private legepraksiser i Eritrea. Det eksisterer imidlertid en ordning hvor offentlig leger, etter ordinær arbeidstid, kan arbeide og bruke utstyr og lokaler på sykehusene. Her kan de ta imot pasienter og ta seg betalt. Denne formen for ”privatpraktiserende helsetjeneste” er lovlig, og gir leger en mulighet til å øke sin ellers lave lønn. Leger som har denne muligheten, viser gjerne større effektivitet når de kan ta seg betalt for pasientbehandling etter vanlig arbeidstid (internasjonalt helsepersonell, samtale i Eritrea januar/februar 2013).

### **3.3 FORBEHOLD**

Omfattende begrensninger på ytrings- og pressefrihet, samt sterke reaksjoner på det som oppfattes som myndighetskritisk aktivitet, gjør at offentlig informasjon som angår menneskerettighetsforhold i Eritrea er begrenset og i stor grad kontrollert av myndighetene. Følgelig er også statistikken som sier noe om helseforholdene i Eritrea primært basert på selvrapportering fra myndighetene. Eritreiske myndigheter

---

<sup>4</sup> 1 Nakfa tilsvarer ca. NOK 0,44 (april 2013).



kan ha interesse av å tegne et skjevt bilde av disse forholdene. Statistikken og tallene i dette notatet må derfor leses med forbehold.

### 3.4 DEMOGRAFI OG HELSE

Eritrea har en ung og hurtig voksende befolkning. Gjennomsnittsalderen er 18 år, og innbyggertallet øker med 3,7 % i året.<sup>5</sup> I snitt får hver kvinne 4,5 barn (WHO 2012, s. 160).

Eritrea er et av verdens fattigste land og er rangert som nummer 181 av 186 land i *Human Development Report 2013*, som er utgitt av FNs utviklingsprogram (UNDP 2013, s. 146). Til sammenlikning, er Norge rangert som nummer én. EUs departement for humanitær bistand oppsummerte sin presentasjon av det eritreiske helsevesenet på følgende måte i april 2009: “The health system in Eritrea suffers from a lack of qualified staff, equipment and medicines” (ECHO 2008). Det samme ble sagt av kilder Landinfo traff i Eritrea i 2013 (internasjonal organisasjon 4, 2013; internasjonalt medisinsk helsepersonell, januar/februar 2013).

Tabellene 1 til 3 viser statistikk knyttet til helsesektoren og folkehelsen i Eritrea, og sammenliknet med tilsvarende tall i Norge der denne informasjonen er tilgjengelig. Tallene er hentet fra Verdens helseorganisasjon (WHO 2012) med mindre annet er angitt.

**Tabell 1: Levealder og dødelighet**

|         | Forventet levealder ved fødsel | Barnedødelighet (antall barn som dør før fylte fem år pr. 1000 levende fødte) | Mødredødelighet (pr. 100 000 levende fødte) | Voksen dødelighetsrate (sannsynligheten for å dø i aldersspennet 15-50 år pr. 1000 innbygger) <sup>6</sup> |
|---------|--------------------------------|---|---|--|
| Eritrea | 66 <sup>7</sup>                | 61  | 450 <sup>8</sup><br>240 <sup>9</sup>        | 179  |
| Norge   | 81                             | 3   | 7   | 50   |

<sup>5</sup> Estimer for populasjonen i Eritrea varierer sterkt. FN viser til 5,6 millioner innbyggere (UNDP 2013, s. 196), mens det eritreiske helsedepartementet (Ministry of Health 2011, s. 9) anslår 3,84 millioner. En diplomatisk kilde (e-post mars 2013) oppgir ca. 3,5 millioner, og viser til at enkelte etnografer sier tallet trolig er enda lavere.

<sup>6</sup> Voksen dødelighetsrate angir sannsynligheten for at innbyggere mellom 15 og 60 år vil dø før fylte 60 år. Den er følgelig korrigert for barnedødelighetstall. I land der barnedødeligheten er høy, påvirker dette gjennomsnittlig forventet levealder sterkt.

<sup>7</sup> I 1990 var forventet levealder for begge kjønn 36 år, i 2000 var forventet levealder for begge kjønn 60 år.

<sup>8</sup> Det eritreiske helsedepartementet (Ministry of Health 2011), som bruker tall fra UNICEF 2005.

<sup>9</sup> Tilsvarende tall har Landinfo fra en diplomatisk kilde (e-post 2. mars 2013). Trolig har antall døde mødre i barsel gått betydelig ned siden 2005. Landinfo kan imidlertid vanskelig uttale seg om hvor sikre tallene er.

**Tabell 2: Arbeidsstyrke i helsesektor, sykehussenger**

|         | Leger pr. 10 000 innbygger (i parentes totalt antall leger) | Sykepleiere/jordmødre pr. 10 000 innbyggere (i parentes totalt antall sykepleiere) | Sykehussenger pr. 10 000 innbyggere |
|---------|---|--|-------------------------------------|
| Eritrea | <1 (215) <sup>10</sup>                                      | 6 (2505) <sup>11</sup>   | 7                                   |
| Norge   | 41.6 (19 579)   | 319,3 (150 334)  | 33                                  |

**Tabell 3: Offentlige midler til helse**

|         | Offentlige midler brukt på helse som prosentandel av totale offentlige midler | Offentlige midler brukt på helse som prosentandel av totale midler brukt på helse | Offentlige midler brukt på helse pr. innbygger |
|---------|---|---|--|
| Eritrea | 3,6   | 47,7  | USD 11   |
| Norge   | 17,4  | 84,1  | USD 7533                                       |

Eritrea er rangert som nummer 78 av 79 land på International Food Policy Research Institute (IFPRI 2012, s. 19) sin *Global Hunger Index*, kun etterfulgt av Burundi.<sup>12</sup> Ca. 65 % av befolkningen er underernærte (FAO 2012, s. 46).<sup>13</sup> 34,5 % av barna under fem år er undervektige (UNDP 2013, s. 169). Forholdene er verre på landsbygda enn i urbane strøk (World Bank 2009).

Ifølge blant annet Verdensbanken har Eritrea likevel lykkes på enkelte områder i helsesektoren. Dødelighetsraten som følge av malaria er redusert med 80 % i perioden 1999 til 2009 (World Bank 2009). Helsedepartementet i Eritrea (Ministry of Health 2012, s. 119) hevder at malaria er ytterligere redusert de siste årene.

Hiv/aidsepidemien sies å være under kontroll (World Bank 2009). Ifølge det eritreiske helsedepartementet (Ministry of Health 2012, s. 116) var forekomsten av hiv i befolkningen 1,28 % i 2007.<sup>14</sup>

### 3.4.1 Tilgang til helsetjenester

Behandling og opphold på sykehus er generelt ikke gratis, verken på private eller offentlige. Det er vanlig at pasientenes familiemedlemmer sørger for mat og stell av pasientene. Halibet og Orotta beskrives som sykehus med moderne utstyr.<sup>15</sup>

<sup>10</sup> Tallene er 2009-tall fra Verdens helseorganisasjon (WHO 2009), da tilsvarende oppdatert rapport (WHO 2012) ikke oppgir tall.

<sup>11</sup> Tallene er 2009-tall fra Verdens helseorganisasjon (WHO 2009), da tilsvarende oppdatert rapport (WHO 2012) ikke oppgir tall.

<sup>12</sup> 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 2012, s. 7).

<sup>13</sup> I 2006 var ca. 75 % av befolkningen underernært (FAO 2012).

<sup>14</sup> Se kapittel 4.

<sup>15</sup> Hva som ligger i ”moderne utstyr” sies det intet om.

Myndighetene rapporteres å satse på modernisering av helsesektoren. Samtidig er det et problem at kvalifisert personell er mangelvare og at intern organisering og innskriving av pasienter er tilfeldig (internasjonal kilde, e-post november 2009b).

Semmel er det dyreste sykehuset i Asmara, fulgt av Orotta. Ved sykehuset Halibet skal prisene være såpass lave at tilbudet er tilgjengelige for de fleste.

Ifølge en velorientert kilde (internasjonal kilde b, e-post november 2009) har eritreere med posisjoner og kontakter til maktsjiktet fordeler når det gjelder tilgang på medisinsk vurdering og behandling. Myndighetspersoner i seniorstillinger drar til utlandet hvis mulig, særlig Tyskland, dersom deres medisinske tilstand tilsier at det er nødvendig eller ønskelig.

Eritreiske og sudanske helsemyndigheter har ellers innledet et samarbeid som gjør det mulig for utvalgte eritreere med spesielle lidelser å reise over grensen for å få behandling i Sudan. Landinfos kilde understreker at dette er et tilbud som trolig er forbeholdt et mindretall (internasjonal kilde b, e-post november 2009). Bruk av helsetjenester i utlandet ble også nevnt under landinfos tjenestereise til Eritrea i januar/februar 2013 (tidligere ansatt i internasjonal ikke-statlig organisasjon, samtale i Eritrea januar/februar 2013).

### 3.4.2 Tilgang på medisiner

Tilgangen på medisiner i Eritrea varierer. Ifølge en velorientert internasjonal kilde er mange av medisinene som selges over disk i Eritrea, smuglet inn i landet, både med og uten myndighetenes tillatelse. Tilgangen på medikamenter kan derfor variere ettersom hvor streng grensekontrollen er, og periodevis kan utvalget av medikamenter være relativt godt. Enkelte eritreere har også muligheten til å kjøpe medisiner fra utlandet gjennom internett. Det er ikke kjent hvor utbredt slik handel er (internasjonal kilde, e-post januar 2010).

U.S. Department of State (2012) omtaler det eritreiske helsevesenet som meget begrenset. De anbefaler derfor besøkende å ta med reseptbelagte medikamenter og forebyggende medisiner ved reiser. Britiske myndigheter understreker i sitt reiseråd for Eritrea at reseptbelagte medikamenter må medbringes, og at tilgangen på medisiner er særlig vanskelig i rurale områder (Government of United Kingdom, 2013). Det australske utenriks- og handelsdepartementet (Australian Department of Foreign Affairs and Trade 2013) omtaler eritreisk helsevesen på tilsvarende måte, og understreker også at medisiner – dersom de er tilgjengelige – kan være svært dyre.

Eritreere med nettverk i utlandet vil kunne ha tilgang til økonomisk assistanse via dette nettverket, og noen ganger kunne få tilsendt medikamenter utenfra (internasjonal kilde, e-post januar 2010).

Informasjon mottatt i Eritrea i 2013, fra flere internasjonale organisasjoner og fagpersoner i helsesektoren, indikerer at medisintilgangen er tilfredsstillende på basisnivå (for eks. smertestillende og blodtrykksmedisin), og at dette gjelder stort sett i hele landet. Basismedisinene er vanligvis gratis. Medisiner som har gått ut på dato destrueres. Situasjonen er lang mer prekær når det gjelder nødvendig medisin for hjertelidelser, sykdom relatert til alderdom, kreft og kronisk sykdom (internasjonal organisasjon 5 og internasjonalt helsepersonell, samtaler i Eritrea januar/februar 2013).

### 3.4.3 Generell vurdering

Helsesektoren i Eritrea er begrenset når det gjelder helsefasiliteter, medisinsk-kompetanse og utstyr. Også tilgang på medikamenter er mangelfull, unntatt basismedisiner (internasjonal organisasjon 2013, internasjonalt medisinsk personell 2013). Til tross for dette, hevder eritreiske myndigheter i sine innberetninger at landet ligger relativt godt an til å nå enkelte av tusenårsmålene som angår helse. Forholdene er særlig vanskelige utenfor byene, hvor 80 % av befolkningen bor (Australian Department of Foreign Affairs and Trade 2013; ICRC 2011, s. 7; WHO 2009; World Bank 2009; internasjonal organisasjon 3 og 4, samtaler i Eritrea januar/februar 2013).

Politiske og økonomiske utfordringer i Eritrea, i kombinasjon med utbredt fattigdom, er en stor trussel mot folkehelsen i landet. Fattigdom påvirker mulighetene til å følge opp sykdom med legebek, medisiner og helsetjenester generelt. Samtidig begrenses den reelle tilgangen på mat for den enkelte og familien. Feil- og underernæring leder, som nevnt i punkt 2.1, til et svekket immunforsvar, som igjen øker risikoen for sykdom. Feil- og underernæring kan også forårsake sykdomsutvikling. At myndighetene i Eritrea i svært begrenset grad tillater utenlandske internasjonale organisasjoner som arbeider med helse å arbeide i landet,<sup>16</sup> forverrer situasjonen ytterligere. Det er imidlertid positivt at myndighetene tillater utenlandske spesialister som for eksempel anestesileger, kirurger og sykepleiere å arbeide i landet (internasjonal organisasjon 4, samtale i Eritrea januar/februar 2013). Blant annet kommer tyske leger regelmessig til Eritrea. De gjennomfører ulike typer av operasjoner som landets egne leger vanskelig kan gjøre (blant annet hjerte- og kreftoperasjoner). De bringer med seg eget medisinsk utstyr, som de lar være igjen når de forlater landet (internasjonalt helsepersonell, samtaler i Eritrea januar/februar 2013).

Enkelte internasjonale organisasjoner og medisinsk fagpersonell i Eritrea uttrykker en viss optimisme i forhold til helsesituasjonen i landet. De hevder at midler tilført fra eksterne donorer til landets helsesektor brukes godt, og at utviklingen går i riktig retning (internasjonalt helsepersonell, samtaler i Eritrea januar/februar 2013; internasjonal organisasjon 4, samtale i Eritrea januar/februar 2013). En annen kilde hevder imidlertid at situasjonen ikke går i riktig retning, og baserer synet sitt på uttalelser fra kubanske leger som har arbeidet i landet over tid (diplomatisk kilde i Eritrea, samtale januar/februar 2013).

## 4. HIV OG AIDS

Hiv er en forkortelse for *Human Immunodeficiency Virus*. Det vil si et virus som angriper og svekker menneskets immunforsvar. Over tid blir immunforsvaret hos

---

<sup>16</sup> Ved utgangen av 2012 var det ingen internasjonale ikke-statlige organisasjoner (NGOs) igjen i Eritrea. Myndighetene i landet hadde bestemt at alle nevnte organisasjoner måtte forlate landet (tidligere ansatt ved internasjonal ikke-statlig organisasjon, samtale i Eritrea januar/februar 2013).

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.b).

Kort tid etter smitteoverføringen opplever mange å få symptomer som kan minne om symptomene som oppstår ved influensa eller hjernehinnebetennelse. Deretter følger den klinisk latente fasen som er symptomfri, men hvor hiv-viruset bryter ned deler av immunforsvaret.

I de fleste tilfeller vil hiv over tid føre til aids. Aids er en forkortelse for *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, eller ervervet immunsviktsyndrom. Begrepet *syndrom* tilsier at aids er en tilstand med en gruppe symptomer som til sammen utgjør lidelsen aids. Følgelig er “[aids] et samlebegrep for en rekke sykdommer som har det til felles at de skyldes et nedsatt immunforsvar som følge av hiv” (HivNorge u.å.a). 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 hivpositive og aidssyke.<sup>17</sup>

#### 4.1 UTBREDELSE

Mange eritreere vet ikke, eller ønsker ikke å vite, om de er smittet. Dette skyldes blant annet sosial sanksjonering av hivsyke i det eritreiske samfunnet (NATCoD 2008, s. 24; NATCoD 2012, s. 1). Mange lar være å teste seg fordi behandlingsmulighetene likevel er små (Ministry of National Development 2005, s. 24).<sup>18</sup> Til tross for at langt flere lar seg teste i dag (Ministry of Health 2012) er estimatene over omfanget av hiv/aidsepidemien i landet usikre.

Tallene under er hentet fra UNAIDS (2011) hvis ikke annet er nevnt:

---

<sup>17</sup> Se kapittel 5.

<sup>18</sup> Se kapittel 4.2 om behandlingsmuligheter.

- Utbredelse av hiv/aids blant voksne i alderen 15-49 år: 0,60 % [0,30-1,50 %]<sup>19</sup>
- Dødsfall forårsaket av aids i 2011: 1400 [<1000 – 3500]<sup>20</sup>
- Dødsfall forårsaket av hiv/aids som andel av total barnedødelighet (barn som dør før fylte fem år): 2,0 % (WHO 2012, s. 68)
- Antall barn under 15 år med hiv/aids: 4000 [2500 – 7700]
- Kvinner over 15 år med hiv: 12 000 [6600 -27000]
- Voksne over 15 år som har hiv: 19 000 [11000 – 45000]
- Antall barn som har mistet foreldrene som følge av aids: 19 000 [10 000-42 000]
- Hivprevalens blant tuberkulosepasienter: 34,3 % (UK Home Office 2009a, s. 107)

Som tidligere nevnt er helsestatistikk i Eritrea meget usikker. Ifølge UNAIDS (2008, s. 214-215) hadde antall voksne som lever med hiv/aids økt fra 25 000 i 2001 til 35 000 i 2007. Nyere tall fra UNAIDS (2011) estimerer antall hiv-smittede totalt til 23 000. Over 70 % av alle rapporterte hivsmittede er i aldersspennet 20 til 39 år (Rena 2008).

#### 4.2 BEHANDLINGSMULIGHETER I ERITREA

Hiv-viruset finnes i svært mange varianter og muterer ofte. Hiv kan ikke kureres, men med riktig behandling kan viruset holdes i sjakk. For å hindre at viruset utvikler resistens, brukes flere typer medikamenter samtidig i behandlingen (HivNorge u.å.c). Antiretroviral (ARV) behandling kan bremse sykdomsforløpet og virke livsforlengende. ARV-behandling iverksettes først etter at hiv har utviklet seg til en tilstand der behandling er nødvendig.<sup>21</sup> Når behandlingen er påbegynt, må bestemte medisiner brukes hver dag resten av livet for at behandlingen skal være effektive:

*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).*

<sup>19</sup> Anslagene for hvor utbredt hiv/aids er i Eritrea, er meget usikre, og varierer sterkt fra mellom 38 000 (UNAIDS, UNICEF & WHO 2008) til 70 000-100 000 (NATCoD 2008). WHO (2009c, s. 51) anslår at 1264 pr. 100 000 voksne over 15 år er hivsmittet, UNAIDS, UNICEF & WHO (2008) viser til en utbredelsesrate på 1,3 % i aldersgruppen 15-49 år, mens NATCoD (2008) rapporterer om en utbredelsesrate på 1,3 % i befolkningen totalt. Ifølge UNICEF Eritrea (e-post mars 2010) hadde 47 880 eritreere hiv/aids. Ifølge UNAIDS (2011) hadde 23 000 hiv.

<sup>20</sup> Ifølge WHO (2012) skyldes 33 dødsfall pr. 100 000 innbygger hiv/aids.

<sup>21</sup> Det vil si at ikke alle som har fått diagnosen hiv/aids har et umiddelbart behov for ARV-behandling.

Ifølge en internasjonal organisasjon i Eritrea (internasjonal organisasjon 4, samtale i Eritrea januar/februar 2013) er dekningsgraden i landet relativt god når det gjelder medisiner (80 %). Det er 19 ulike steder i Eritrea, primært henvisningssykehus, som kostnadsfritt gir ut hiv/aids-medisiner.

Hovedinitiativet til eritreiske myndigheter i kampen mot hiv/aids, var HAMSET-prosjektet. Verdensbanken finansierte prosjektet, som startet i 2001. HAMSET er et akronym for *hiv/aids, malaria, sexually transmitted diseases* og *tuberculosis* (UK Home Office 2009a, s. 107). HAMSET-prosjektet ble trolig nedlagt i 2011.<sup>22</sup> Ifølge en diplomatisk kilde i Eritrea (e-post april 2013) eksisterer fortsatt et prosjekt som blant annet arbeider med hiv/aids. Prosjektet kalles "Round ten" og støttes av Global Fund. Totalbudsjettet for 2012 var 14 mill. US\$.

Eritreiske myndigheter har en egen etat, National Aids and Tuberculosis Control Division (NATCoD), som arbeider med problemstillinger knyttet til hiv/aids.

I oversikten under presenteres statistikk over omfanget og dekningsgraden av hiv/aidsbehandlingstilbudet i Eritrea. Estimatenes er hentet fra NATCoD 2012 med mindre annet er oppgitt.

- ARV-dekning: 30,6 %<sup>23</sup>
- Antall gravide som fikk ARV-behandling for å hindre smitteoverføring fra mor til barn (såkalt PMTCT-behandling): 561
- Antall gravide som hadde behov for ARV-behandling for å hindre smitteoverføring fra mor til barn: 1834
- Estimert ARV-dekning for gravide: 3,7-7 %<sup>24</sup>
- Av 304 barn født av hiv-positive mødre på sykehus/helsestasjon, fikk 280 av mødrene (92,1 %) ARV-behandling.<sup>25</sup>
- 174 barn født av hiv-positive mødre ble testet for hiv etter 18 måneder. 12 ble erklært hiv-positive

Ifølge ulike kilder er hiv/aidsbehandling gratis for alle med et medisinsk begrunnet behov for behandling (NATCoD 2008 s. 22, UNICEF Eritrea, e-post mars 2010, internasjonal organisasjon 4, samtale i Eritrea januar/februar 2013; internasjonal organisasjon, e-post mai 2013).

<sup>22</sup> Informasjon fra diplomatisk kilde i Eritrea (e-post april 2013) er ikke entydig. Men trolig er HAMSET-prosjektet nedlagt. Kilden har innhentet informasjonen fra en internasjonal organisasjon i Asmara.

<sup>23</sup> Tallmaterialet for antallet hiv-pasienter som mottar ARV-behandling og ARV-dekningsgrad i Eritrea varierer sterkt. Eldre kilder, blant annet UNAIDS, UNICEF & WHO (2008), anslår antallet eritreere med langt fremskreden hiv/aids og med behov for ARV-behandling til å være 10 000, mens 1300 anslås faktisk å få slik behandling. Dette tilsvarer en dekningsgrad på 13 %. NATCoD (2008, s. 9) skriver at 3062 personer fikk ARV-behandling i 2007, av 12 940 eritreere med behov, hvilket tilsvarer en dekningsgrad på 24 %. UNICEF Eritrea (e-post mars 2010) skriver at 5573 eritreere med hiv/aids mottar ARV-behandling i Eritrea, men nevner ikke behov eller dekningsgrad. Nyere kilder som UNAIDS Eritrea (e-post mai 2013) sier at 6037 mottar ARV-behandling. WHO (2012, s 101) skriver at 42 % av personer med langt fremskreden hivsmitte, får ARV-behandling.

<sup>24</sup> Tallet er tatt fra UNAIDS, UNICEF & WHO (2008). Ifølge eritreiske myndigheter fikk 3,7 % av gravide kvinner ARV i 2007 (NATCoD 2008, s. 9). UNAIDS, UNICEF & WHO (2008) anslår dekningsgraden for PMTCT-behandling å være 7 %. WHO (2012, s. 101) skriver at 3 % av gravide hivsmittede kvinner fikk ARV-behandling.

<sup>25</sup> De fleste kvinnene i Eritrea føder ikke på sykehus eller helsestasjoner.

I vedlegg 1 følger en liste over tilgjengelige hiv/aidsmedikamenter i Eritrea (UNICEF Eritrea, e-post mai 2013). Samme kilde sier ARV-medikamentene er generiske legemidler kjøpt av WHO-godkjente produsenter.

UNAIDS (2008, s. 322) skriver at 93 % av hivsmittede eritreere under ARV-behandling, fortsatt er under behandling ett år etter behandlingsstart. Oppfølgingen av hiv-pasienter ved sykehuset Orola er god (internasjonal kilde b, e-post november 2009).

Eritrea har stort behov for utdannet personell, bedret logistikk og utvikling av rutiner for tidlig hiv diagnostisering av nyfødte (UNICEF Eritrea, e-post desember 2009)

#### **4.2.1 CD4-målinger, resistensutvikling og andrelinjehandling**

CD4-målinger er en forutsetning for tilfredsstillende behandling av hiv/aids. Målingene kontrollerer immunforsvarets styrke, og benyttes for å vurdere behov for å starte ARV-behandling, og for å vurdere behandlingens effekt etter den er initiert.<sup>26</sup> Uten tilgang på CD4-målinger risikerer man i langt større grad at alvorlige og potensielt dødelige hiv-relaterte sykdommer utvikles (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. Det innebærer at resistens oppdages på et svært sent tidspunkt og vanskeliggjør behandlingen (HivNorge, telefonsamtale desember 2009).

I Eritrea er 12 fungerende CD4-målingsmaskiner i drift (UNICEF Eritrea, e-post mai 2013). Maskinene driftes av velkvalifisert personale.

Som tidligere nevnt kan pasienter under ARV-behandling utvikle resistens mot en eller flere av medikamentene som benyttes. Ved resistensutvikling er det nødvendig å bytte ut ett eller flere av medikamentene. Medikamentene som erstatter preparatene pasienten har utviklet resistens mot, inngår i det som kalles andre- og tredjelinjehandling. Ifølge en internasjonal organisasjon (internasjonal organisasjon 4, samtale i Eritrea januar/februar 2013) er første og andrelinjehandling tilgjengelig. Det er noe mer usikkert om også tredjelinjehandling eksisterer. Erfaren internasjonal helsearbeider i Eritrea sier at også tredjelinjehandling eksisterer (internasjonalt helsepersonell, samtale i Eritrea januar/februar 2013). Usikkerhet om tredjelinjehandling eksisterer eller ikke kan tyde på at eventuell behandling i svært liten grad er kjent, eller lite tilgjengelig.

#### **4.2.2 Følgesykdommer**

Kreft er i økende grad en viktig dødsårsak for mennesker med hiv/aids, og hiv/aids er forbundet med en økt risiko for å utvikle en rekke kreftsykdommer (Carter 2009; Grulich 2009, s. 183; norsk kreftspesialist, e-post 18. mars 2013). Dersom hiv/aids-pasienter utvikler kreft eksisterer ikke muligheten for cellegift eller

---

<sup>26</sup> WHO (2009) oppdaterte anbefalingene for hiv-behandling etter nyere og omfattende forskning på effekten av behandlingen. Tidligere retningslinjer fra 2006 anbefalte at alle pasienter får ARV-behandling når resultatet fra CD4-målingen faller under 200 celler/mm<sup>3</sup>. Siden den gang har studier entydig vist at dødelighet og risiko for sykdomsutvikling reduseres dersom ARV-behandling startes tidligere. WHO anbefaler nå at ARV-behandlingen påbegynnes allerede ved CD4-målinger under 350 celler/mm<sup>3</sup>. Dette gjelder også gravide, og uavhengig av om symptomer har gjort seg gjeldende eller ikke.



strålebehandling i Eritrea, kun vanlig medisinerer som blant annet smertestillende (internasjonal kilde a, e-post november 2009; internasjonal organisasjon 4, samtale i Eritrea januar/februar 2013). Den internasjonale kilden (internasjonal kilde a) har i samtaler med en svært erfaren internasjonal overlege i Eritrea fått høre at legen aldri hadde sett så mange alvorlige og langt framskredne krefttilfeller som ved sykehusene i Asmara (se punkt 7.1).

#### **4.3 SOSIALE FORHOLD OG HIV/AIDS**

Det er særlig fem sosiale forhold som gjør seg gjeldende i forhold til hiv/aids i Eritrea:

- diskriminering av hivpositive;
- diskriminering av homofile;
- lite utbredt bruk av kondom som prevensjonsmiddel;
- kvinner og kjønnsbasert vold;
- fattigdom og underernæring.

I 2005 sa eritreiske myndigheter at utbredt stigmatisering av aidssyke var en stor utfordring i kampen mot hiv/aidsepidemien. Stigmatisering og et begrenset omsorgs- og behandlingstilbud fører blant annet til at mange vegrer seg mot testing (Ministry of National Development 2005, s. 24). Også ifølge U.S. Department of State (2010) var diskriminering mot hiv- positive et problem. Samtaler i Eritrea i 2013 kan tyde på at stigmatiseringen er noe redusert (internasjonal organisasjon 4, samtale i Eritrea januar/februar 2013).

Det foretas frivillig testing på ca. 250 steder i landet, støttet av Global Fund.<sup>27</sup> Før inngåelse av ekteskap har det blitt vanlig å teste seg, og enkelte kirkesamfunn ber ekteparet teste seg før vielse (internasjonal organisasjon 4, samtale i Eritrea januar/februar 2013)

##### **4.3.1 Stigmatisering og diskriminering av homofile**

Den etiopiske straffeloven av 1957, som også gjelder i Eritrea, men med enkelte endringer, forbyr homoseksuelle handlinger – eller “unaturlige, kjødelige forbrytelser” (ILGA 2009, s. 18, U.S. Department of State 2013). Slike handlinger kan straffes med fengsel. Myndighetene har ved flere anledninger og i full åpenhet gitt uttrykk for homofobi og anklaget andre stater for å promotere homofili for å underminere den eritreiske staten. Homofile utsettes også for omfattende sosiale sanksjoner og stigmatisering, ifølge U.S. Department of State (2010). Det er sannsynlig at disse forholdene ytterligere hever terskelen for homofile til å oppsøke helseapparatet for hiv-behandling eller for testing ved mistanke om hivsmitte.

---

<sup>27</sup> NATCoD (2012, s. 5) oppgir 239 teststeder i landet, og at det stadig åpnes nye steder.

### 4.3.2 Sikker sex

UNAIDS (2008, s. 295) rapporterer at 37 % av eritreiske kvinner i alderen 15-24 år besitter omfattende og korrekt kunnskap om hiv og aids.<sup>28</sup> Tilsvarende tall for unge menn er ikke kjent. Eritreiske myndigheter sier at over halvparten (54 %) av eritreiske kvinner i en undersøkelse om hiv/aids, visste at hiv/aidssmitte kunne forhindres ved bruk av kondom (Ministry of National Development 2005, s. 24). Samtidig peker eritreiske myndigheter på utfordringer knyttet til langsom atferdsendring, som kommer til uttrykk i det at svært få seksuelt aktive bruker kondom.<sup>29</sup> NATCoD (2012, s. 17) sier at spredning og bruk av kondomer er sterkt økende i Eritrea.

Prostitusjon er forbudt i Eritrea, men er likevel utbredt (U.S. Department of State 2010). I en undersøkelse fra 2007 svarte 76 % av de spurte kvinnelige prostituerte at de brukte kondom (UNAIDS 2008).

### 4.3.3 Kjønn og vold

59 % av de rapporterte hivsmittede i Eritrea er kvinner (Rena 2008). Ifølge Suwera (2009), en Sudan-basert menneskerettighetsorganisasjon som arbeider med forholdene i Eritrea, sprer aids seg fort blant jenter og kvinner i alderen 15-24 år. Suwera anslår forekomsten i denne gruppen til å være 7,4 %. Blant jenter og kvinner som jobber i barer, på hoteller og shoppingsentre er forekomsten 11,9 %.<sup>30</sup>

Kvinner og jenter utgjør en spesielt sårbar gruppe ettersom de i mindre grad enn menn har utdanning, er lesekyndige, eller har økonomiske midler (UNDP 2009, s. 184). Kjønnsbasert vold er svært utbredt i Eritrea, og seksualisert vold er sterkt underrapportert (U.S. Department of State 2010). Voldtekt er forbudt ved lov i Eritrea, men det finnes ingen informasjon om omfanget. U.S. Department of State skriver i sin 2012-rapport om menneskerettighetsforholdene i Eritrea at myndighetene ofte svarer på voldtektsanklager ved å oppmuntre overgriperen til å gifte seg med den voldtatte.

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, da blødninger lettere oppstår når reproduksjonssystemet ikke er ferdig utviklet (MSF 2009, s. 12). Etter voldtekt kan en spesiell ARV-behandling kalt PEP (post-exposure prophylaxis) forhindre hiv-infeksjon. For at PEP-behandlingen skal virke, må den starte senest 72 timer etter 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, s. 15). Landinfo kjenner ikke til hvorvidt kunnskap om og mulighetene for

---

<sup>28</sup> Omfattende, korrekt kunnskap forstås som kjennskap til hvordan hivsmitte kan oppstå, avfeiring av de lokalt mest utbredte vrangforestillinger om hivsmitte og anerkjennelse av også sunt utseende kan være hivsmittet.

<sup>29</sup> Ifølge UNAIDS, UNICEF & WHO (2008, s. 10) var det i 2002 bare 0,6 % av de spurte i en eritreisk undersøkelse som bruker kondom under seksuelt samleie. Det kommer imidlertid ikke frem av rapporten hvilket utvalg av befolkningen spørreundersøkelsen gjaldt. Landinfo har ikke funnet nyere tall som angir hvor utbredt kondombruk er.

<sup>30</sup> Suwera benytter seg av et noe annet tallgrunnlag for sine observasjoner, da de opplyser at forekomsten av hivsmitte på landsbasis er på 2,4 % – altså noe høyere enn estimatene Landinfo har referert til. Det er grunn til å tro at også blant prostituerte er hiv-prevalensen synkende da informasjon og kondombruk er økende.

PEP-behandling i Eritrea er utbredt, eller hvor, for hvem og til hvilken pris slik behandling er tilgjengelig.

## 5. TUBERKULOSE

Tuberkulose (TB) er en bakteriesykdom primært forårsaket av *mycobacteria tuberculosis*. TB kan ramme ulike organer, men den vanligste formen for TB rammer lungene. Lungetuberkulose er den eneste smittsomme formen for TB, og smitter gjennom dråpesmitte via utånding, hoste og lignende. Én tredjedel av verdens befolkning har TB-bakterier latent i kroppen, men i gjennomsnitt vil bare én av ti utvikle aktiv tuberkulose. Aktiv lungetuberkulose utvikler seg særlig hos personer med et svekket immunforsvar, og i områder preget av fattigdom, høy befolkningstetthet og utbredt underernæring. På verdensbasis er TB, med rundt to millioner dødsfall årlig, den vanligste dødsårsaken forårsaket av smittsom sykdom. De vanligste symptomene er kraftig hoste, noen ganger med blod, brystmerter, feber og vekttap (Folkehelseinstituttet 2013; WHO 2007).

### 5.1 UTBREDELSE

På verdensbasis synker TB-insidensraten med 1 % årlig, men grunnet befolkningsveksten øker det absolutte antallet TB-syke. 9 millioner nye tilfeller rapporteres hvert år, hvorav 30 % er i Afrika (NATCoD 2012). Særlig i Afrika sør for Sahara øker antallet TB-syke, og økningen skyldes primært hiv-epidemien (Folkehelseinstituttet 2013).

Tallene under, som dekker forekomst av og dødelighet som følge av TB i Eritrea, er hentet fra WHO's rapport *World Health Statistics* (2012):

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Utbredelse av TB: 128 pr. 100 000 innbygger<sup>31</sup></li><li>• Dødsfall forårsaket av TB: 12 pr. 100 000 innbygger<sup>32</sup></li></ul> |
|---|

Ifølge WHO (2009, s. 211)<sup>33</sup> var det nesten dobbelt så mange menn som kvinner som ble diagnostisert med TB i 2007 (309 menn, mot 141 kvinner pr. 100 000 innbygger). Tall for 2010 (WHO 2011, s. 142) viser at forskjellen mellom menn og kvinner er betydelig mindre. Totalt er 441 menn, mot 391 kvinner.

### 5.2 BEHANDLINGSMULIGHETER I ERITREA

Aktiv tuberkulose behandles med en kombinasjon av medisiner (isoniazid, rifampicin og pyrazinamide) over seks måneder. Denne behandlingen er del av en internasjonalt anerkjent og anbefalt strategi for TB-kontroll, kalt DOTS (*Directly*

<sup>31</sup> En nedgang fra 245 pr. 100 000 innbyggere i 1990. Det eritreiske helsedepartementet (Ministry of Health 2012, s. 122) sier at utbredelsen er 50/100 000. NATCoD (2012, s. 33) oppgir totalt antall TB-smittede i 2011 til 3089.

<sup>32</sup> Inkluderer ikke hivpositive TB-pasienter.

<sup>33</sup> WHO 2009 er ikke lenger tilgjengelig via nettet.

*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 2013; WHO 2006).

WHO (2009, s. 205) anslår en påvisningsrate under DOTS i Eritrea på 35 %. Det vil si at en drøy tredjedel av de estimerte TB-syke i landet blir oppdaget og diagnostisert under DOTS-programmet. 90 % av TB-pasientene som behandles under DOTS blir friske eller fullfører DOTS programmet (WHO 2009, s. 209). Behandling for TB er gratis i Eritrea.

### 5.3 SOSIALE FORHOLD

Aktiv lungetuberkulose utvikler seg lettere hos mennesker med svekket immunforsvar og kan oppstå som følge av under- og/eller feilernæring, eller hiv/aids. Ifølge Folkehelseinstituttet (2013) har WHO estimert at ca. 15 % av de ni millionene som hvert år blir syke av tuberkulose, også er hivpositive. I Eritrea har 16 % av de diagnostiserte TB-pasientene på landsbasis også en hiv-diagnose (WHO 2009, s. 201).<sup>34</sup>

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).

## 6. DIABETES

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

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

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

---

<sup>34</sup> WHO (2011, s. 63) oppgir ikke nye tall for TB-pasienter med hiv-diagnose. Dette skyldes trolig at nye tall ikke er innrapportert fra Eritrea.

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 av 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).

## 6.1 UTBREDELSE

International Diabetes Federation (IDF 2006, s. 16) anslår at 7,1 millioner afrikanere i alderen 20-79 år har diabetes. 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 viktig å være klar over at dette tallet viser til *diagnostiserte* barn. Mange barn dør uten behandling og uten diagnose. På grunn av fattigdom og manglende insulintilførsel, er diabetes type 1 forbundet med svært høy dødelighetsrate (IDF 2006, s. 21).

Seyum et al. (2010) viser i en forskningsartikkel at diabetes har en utbredelsesprosent på 2,2 % i den eritreiske befolkningen, hvorav to tredjedeler antas å ha diabetes type 2. IDF (2012) anslår at 94 600 eritreere i alderen 20-79 år har diabetes, som tilsvarer en utbredelsesprosent på ca. 3,4 %. 1182 av dem vil ifølge IDF (2012) trolig dø som følge av sykdommen. Det eritreiske helsedepartementet (Ministry of Health 2012, s. 135) sier derimot at 72 904 nye diabetestilfeller er registret siden 1998. 857 er meldt døde. 591 amputasjoner er foretatt som følge av diabetes siden 2006.

IDF (2012) opplyser at det trolig er over 78 000 eritreere som lever med diabetes uten å vite det. Det viser at sykdommen er et økende problem i landet. I 2011 skyldtes 3,5 % av alle dødsfall i Eritrea diabetes (Ministry of Health 2012, s. 135).

## 6.2 BEHANDLINGSMULIGHETER I ERITREA

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

I Afrika sør for Sahara påvirker analfabetisme og fattigdom den enkeltes muligheter til å forstå og forholde seg riktig til en diabetesdiagnose. For å holde sykdommen i sjakk, er det nødvendig å spise riktig mat til riktig tid. Fattigdom, medikamenttilgang og mattilgang kan være store utfordringer. Helseforsikringer er sjeldne, og for mange familier er utgiftene til insulin og andre medikamenter uoverkommelige. Dette øker risikoen for alvorlige komplikasjoner på sikt. Glukosemålingsutstyr er generelt ikke tilgjengelig (IDF 2006, s. 19).

I et intervju sier Dr. Berhane Seyoum (2007) behandlingstilbudet er gratis for diabetikere i Eritrea og diabetikers blodsukkernivå måles hver tredje måned.<sup>35</sup> at WHO (2011) bekrefter at behandlingstilbudet for diabetes er gratis. I samtaler i Eritrea i januar/februar 2013 fikk Landinfo informasjon som er sammenfallende med Seyoum og WHO. Medisiner mot diabetes er enten gratis, eller kan kjøpes meget rimelig. Eritreiske myndigheter bruker betydelig med ressurser for å sikre tilgang på

---

<sup>35</sup> Dr. Berhane Seyoum er en USA-basert eritreisk lege med diabetes som ekspertise.

medisiner. Insulin er ifølge kilden alltid tilgjengelig ved sykehusene Halibet og Orota i Asmara (tidligere ansatt i ikke-statlig internasjonal organisasjon, samtale i Eritrea januar/februar 2013).

En undersøkelse blant diabetikere i Eritrea i 2004 viste at 33 % av de spurte med diabetes type 2 hadde utviklet retinopati<sup>36</sup> (Seyum et al. 2010).

### **6.3 SOSIALE FORHOLD**

Diabetes kan påføre individer, familier, og samfunnet betydelige økonomiske utgifter. Ifølge IDF (2006, s. 15) kan diabetes for mange være ensbetydende med fattigdom. Mulig stigmatisering, diskriminering, og fare for at den enkeltes ekteskapsmuligheter synker, påpekes. Uten behandling kan som nevnt diabetes lede til blindhet og/eller amputasjoner, med påfølgende konsekvenser for den enkelte og vedkommendes familie.

## **7. ANDRE AKTUELLE SYKDOMMER OG HELSERELATERTE FORHOLD**

I mange Afrikanske land sør for Sahara er flere smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer svært utbredt.

I Eritrea er dødelighetsraten pr. 100 000 innbygger for ikke-smittsomme sykdommer 670. Av disse utgjør dødsfall som følge av hjerte/karsykdommer 306, kreft 119, og ulykker 92 (WHO 2012, s. 69). Tilsvarende tall for Norge er 363 dødsfall pr. 100 000 innbygger, hvorav 74 skyldes hjerte/karsykdommer, 138 kreft og 36 skyldes ulykker (WHO 2012, s. 73). Det finnes ikke et nasjonalt behandlingstilbud for pasienter med hjerte/karsykdommer.

### **7.1 KREFT**

Ifølge en velorientert internasjonal kilde (internasjonal kilde a, e-post november 2009) finnes det ikke et akseptabelt behandlingstilbud for personer med kreft i Eritrea. Som tidligere nevnt har denne kilden fått opplyst i samtaler med en internasjonalt svært erfaren overlege i Eritrea, at legen aldri hadde sett så mange alvorlige og langt framskredne krefttilfeller som ved sykehusene i Asmara. Kreften ser også ut til å utvikle seg ved andre betingelser enn i vår del av verden. 60 % av krefttilfellene er trolig infeksjonsbetenget, mens i Norge gjelder det kun ca. 10 % av krefttilfellene (norsk kreftspesialist, e-post april 2013).<sup>37</sup>

Kreftpasienter får verken tilbud om strålebehandling eller cellegift. Det har vært arbeidet i flere år for å etablere en avdeling for strålebehandling ved Orota. Sykehuset planlegger også å starte med cellegiftbehandling på sikt. Avdelingen skulle ha stått ferdig i 2011, men fortsatt finnes ingen adekvat kreftbehandling i

---

<sup>36</sup> Retinopati er en synsskade som følge av diabetes.

<sup>37</sup> Kreftspesialisten hevder at det er all grunn til å tro at forholdene er tilsvarende i Eritrea.

Eritrea ut over medisinerer (tidligere ansatt i ikke-statlig internasjonal organisasjon i Eritrea, samtale januar/februar 2013).

Det finnes eksempler på at enkelt individer med økonomisk mulighet og behov for kreftbehandling reiser utenlands for behandling, for eks. Khartoum eller Nairobi.

## 7.2 DIALYSE

Ifølge den statlige nyhetstjenesten Shabait (2008), ble dialysebehandling for pasienter med nyresykdommer introdusert i Eritrea i 2008. Det er ikke redegjort for kvaliteten, kostnader, dekningsgrad eller reell tilgjengelighet dette behandlingstilbudet har. Ut fra samtaler Landinfo hadde med person med lang erfaring i Eritrea og medisinsk kompetanse (internasjonalt helsepersonell, samtale i eritrea januar/februar 2013), er bruk av dialysebehandling usikker.

## 7.3 HELSEFORHOLD I FENGLINGSINSTITUSJONER

Fengselsforholdene i Eritrea er trolig svært sparsommelige, enkle og potensielt livstruende (Kibreab, seminar i Bern november 2009; Tronvoll, foredrag i Oslo oktober 2009; UK Home Office 2009b).

Menneskerettighetsorganisasjonen Suwera (2009) rapporterer at det ikke finnes helsetjeneste eller helsefasiliteter i eritreiske fengsler, og i særdeleshet ikke i fengslene med hemmelig beliggenhet:

*Prisoners do not get any medical attention even if they suffered from serious diseases which caused many deaths which remained secret [throughout 2008]. [...]Provision of food to prisoners consists of two little meals served daily without meat or vegetables. This makes the prisoners prone to many diseases due to malnutrition in addition to the physical and mental torture they were systematically subjected to and the denial to see their families. Some of the prisoners are detained in solitary confinement which makes it worse, besides they do not know for how long they will be detained. Due to all these factors mental illnesses are wide spread in those prisons and they are left without any medical services.*

## 7.4 KVINNER OG HELSE

Ifølge Suwera (2009) gikk helsetjenestetilbudet for kvinner gjennom en drastisk forverring i 2008. Mens én av 280 medisinske institusjoner hadde et helsetilbud til gravide kvinner i 2004, var det kun én av 530 institusjoner som hadde det samme i 2005, ifølge samme organisasjon.

I samtaler Landinfo hadde med ulike internasjonale organisasjoner og fagpersoner som arbeidet med helse i Eritrea i 2013, fikk vi ikke inntrykk av at tilgang på helsetjenester generelt eller rettet mot gravide kvinner spesielt, var forverret. Blant annet har mødredødeligheten i forbindelse med fødsler gått ned siden 1990. Dette kan tyde på at helsetilbudet for kvinner er noe bedret (internasjonal organisasjon 2, samtale i Eritrea januar/februar 2013).<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Det eritreiske helsedepartementet (Ministry of Health 2012) refererer til UNICEF, som presenterer statistikk som viser at mødredødeligheten lå på 1400 i 1990, 998 i 1995 og 450 i 2005).

#### 7.4.1 Fistel/Fistula i Eritrea

Fistel eller fistula er en graviditetsrelatert skade som kan oppstå i forbindelse med kompliserte fødsler, som for eksempel keisersnitt, der det ikke er tilgang til nødvendig medisinsk utstyr og pleie. Fistula kan oppstå ved sterkt og langvarig press mot bekkenet som følge av at barnets hode er for stort, morens bekken er for lite, eller barnet ligger i en vanskelig posisjon. Resultatet er store skader på fødselskanalen, som blant annet kan føre til inkontinens, svært sterke smerter, infeksjoner og andre alvorlige medisinske tilstander (Fistula Foundation, u.å).

Fistula rammer mellom 50 000-100 000 kvinner hvert år. Mer enn to millioner kvinner i u-land lever med ubehandlet fistula i dag (Wikipedia, sist endret 9. mars 2013).

I tillegg til at fistula er et medisinsk problem, er det også sosiale stigma knyttet til det. Mange kvinner med fistula blir avvist av sine ektemenn eller partnere og utstøtt av lokalsamfunnet på grunn av blant annet sterk lukt som følge av at de mister kontroll over urin og avføring. Fistula kan helbredes ved et kirurgisk inngrep og kan forhindres ved god fødselsomsorg.

Fistula er godt kjent innen helsevesenet i Eritrea. En internasjonal organisasjon startet i samarbeid med helsemyndighetene et eget fistulaprogram i 2004. Programmets målsetting er å forebygge, gjennomføre operasjoner og reintegrere personer med fistula i lokalsamfunnet. Flere av fistulapasientene er unge jenter i 13-14-års alderen. Ekstern medisinsk kompetanse fra Stanford i USA kommer en til to ganger i året til landet for å gjennomføre de mest kompliserte inngrepene. Over 1000 kvinner er fistulaoperert siden programmets start. Et eget fistula-hostel er etablert i Mendefera, regionhovedstaden i Debub, ca. 60 km sør for Asmara (internasjonal organisasjon 2, samtale i Eritrea januar/februar 2013).

Flertallet av unge jenter og kvinner i Eritrea føder ikke på sykehus. Anslagsvis 70 % av fødslene skjer hjemme (internasjonal organisasjon 1, samtale i Eritrea januar/februar 2013). Ifølge eritreisk tradisjon og kultur skal den førstefødte fødes hjemme på mors hjemsted.



## 8. REFERANSER

### Skriftlige kilder

- Australian Department of Foreign Affairs and Trade (2013, sist oppdatert 22. januar). *Travel Advice Eritrea*. Barton: Australian Department of Foreign Affairs and Trade. <http://www.smartraveller.gov.au/zw-cgi/view/Advice/Eritrea> [lastet ned 18. april 2013]
- Carter, M. (2009, 8. oktober). CD4 cell count below 500 increases cancer risk for patients with HIV. *Aidsmap News*. Tilgjengelig fra <http://www.aidsmap.com/en/news/A57BE1EB-27E6-4B8F-BCD6-22FCF71EEAF6.asp> [lastet ned 3. mai 2013]
- ECHO, dvs. European Commission's Humanitarian Aid department (2008, oktober). *Eritrea*. Brussel: ECHO. Tilgjengelig via ReliefWeb [http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/437ADAE33FB8ABFE8525759A00603671-Full\\_Report.pdf](http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/437ADAE33FB8ABFE8525759A00603671-Full_Report.pdf) [lastet ned 7. mai 2013]
- FAO, dvs. Food and Agriculture Organization of the United Nations (2012, november). *The State of Food Insecurity in the World. Economic growth is necessary but not sufficient to accelerate reduction of hunger and malnutrition*. Roma: FAO. Tilgjengelig fra <http://www.fao.org/docrep/016/i3027e/i3027e.pdf> [lastet ned 30. april 2013]
- Fistula Foundation (u.å). *The Global Problem of obstetric Fistula*. California: Fistula Foundation. Tilgjengelig fra <http://www.fistulafoundation.org/pdf/TheGlobalProblemofObstetricFistula.pdf> [lastet ned 18. april 2013]
- Folkehelseinstituttet (2013, 2. mai). *Tuberkulose*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6493&Main\\_6157=6287:0:25,5499&MainContent\\_6287=6493:0:25,6833&Content\\_6493=6441:82882::0:6446:125::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6493&Main_6157=6287:0:25,5499&MainContent_6287=6493:0:25,6833&Content_6493=6441:82882::0:6446:125::0:0) [lastet ned 7. mai 2013]
- Government of United Kingdom (2013, 30. januar). *Foreign travel advice Eritrea*. London: Government of United Kingdom. Tilgjengelig fra <https://www.gov.uk/foreign-travel-advice/eritrea> [lastet ned 18. april 2013]
- Grulich, A. E. (2009). Cancer: the effects of HIV and antiretroviral therapy, and implications for early antiretroviral therapy initiation. *Current Opinion in HIV and 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](http://journals.lww.com/co-hivandaids/Abstract/2009/05000/Cancer_the_effects_of_HIV_and_antiretroviral.6.aspx) [lastet ned 3. mai 2013]
- HivNorge (u.å.a). *Hva er aids?* Oslo: HivNorge. Tilgjengelig fra <http://www.hivnorge.no/id/184> [lastet ned 18. april 2013]
- HivNorge (u.å.b). *Hva er hiv?* Oslo: HivNorge. Tilgjengelig fra <http://www.hivnorge.no/id/150> [lastet ned 18. april 2013]
- HivNorge (u.å.c). *Hvordan behandler man en hivinfeksjon?* Oslo: HivNorge. Tilgjengelig fra <http://www.hivnorge.no/id/85> [lastet ned 18. april 2013]
- ICRC, dvs. International Committee of the Red Cross (2011). *Eritrea: Facts and figures 2011*. Geneve: ICRC. Tilgjengelig fra <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/field-newsletter/2012/eritrea-newsletter-2011-04-30.htm> [lastet ned 3. mai 2013]
- IDF, dvs. International Diabetes Federation (2006, 4. desember). *The diabetes declaration and strategy for Africa: A call to action and plan for action to prevent and control diabetes and related chronic diseases*. Brussel: IDF. Tilgjengelig fra [http://www.idf.org/webdata/docs/Diabetes%20Declaration%20&%20Strategy%20for%20Africa\\_full.pdf](http://www.idf.org/webdata/docs/Diabetes%20Declaration%20&%20Strategy%20for%20Africa_full.pdf) [lastet ned 3. mai 2013]

- IDF (2012). *IDF Diabetes Atlas*. Brussel: IDF. Tilgjengelig fra [http://www.idf.org/sites/default/files/5E\\_IDFAtlasPoster\\_2012\\_EN.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/5E_IDFAtlasPoster_2012_EN.pdf) [lastet ned 26. april 2013]
- IFPRI, dvs. International Food Policy Research Institute (2012, oktober). *2012 Global hunger index. The challenge of hunger: Ensuring sustainable food security under land, water and energy stresses*. Washington, D.C.: IFPRI. Tilgjengelig fra <http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ghi12.pdf> [lastet ned 22. april 2013]
- ILGA, dvs. International Lesbian and Gay Association (2009, mai). *State-sponsored homophobia. A world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*. New York: ILGA. Tilgjengelig fra [http://www.ilga.org/statehomophobia/ILGA\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_2009.pdf](http://www.ilga.org/statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2009.pdf) [lastet ned 3. mai 2013]
- Landinfo (2007, 15. juni). *Helse – tilgang på medikamenter*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra [http://www.landinfo.no/asset/601/1/601\\_1.pdf](http://www.landinfo.no/asset/601/1/601_1.pdf) [lastet ned 3. mai 2013]
- Ministry of Health (2012, mai). *Annual Health Service Activity report of Year 2011*. Asmara: Ministry of Health. Upublisert manuskript

Landinfo mottok rapporten i forbindelse med tjenestereise januar/februar 2013.

- Ministry of National Development (2005, juli). *Millennium Development Goals Report*. Asmara: Ministry of National Development & UNDP Eritrea. Tilgjengelig fra [http://www.er.undp.org/mdgs/docs/mdgr\\_pub\\_eritrea.pdf](http://www.er.undp.org/mdgs/docs/mdgr_pub_eritrea.pdf) [lastet ned 2. mai 2013]
- MSF, dvs. Medecins Sans Frontieres (2009). *Shattered lives. Immediate medical care for sexual violence victims*. Geneve: MSF. Tilgjengelig fra [http://www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/2009/MSF\\_Shattered-Lives\\_Sexual-Violence.pdf](http://www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/2009/MSF_Shattered-Lives_Sexual-Violence.pdf) [lastet ned 2. mai 2013]
- NATCoD, dvs. National Aids and Tuberculosis Control Division (2008, januar). *The state of Eritrea. UNGASS report 2008*. Asmara: Ministry of Health. Tilgjengelig fra [http://data.unaids.org/pub/Report/2008/eritrea\\_2008\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/eritrea_2008_country_progress_report_en.pdf) [lastet ned 3. mai 2013]
- NATCoD (2012). *Country progress report 2012*. Asmara: Ministry of Health. Tilgjengelig fra [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce\\_ER\\_Narrative\\_Report.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_ER_Narrative_Report.pdf) [lastet ned 3. mai 2013]
- Nijland, H.M.J. Ruslami, R., Stalenhoef, J.E., Nelwan, E.J., Alisjahbana, B., Nelwan, R.H., van der Ven, A.J., Danusantoso, H., Aarnoutse, R.E., & van Crevel R. (2006). Exposure to Rifampicin Is Strongly Reduced in Patients with Tuberculosis and Type 2 Diabetes. *Clinical Infectious Diseases*, 43, 848-854. Tilgjengelig fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16941365> [lastet ned 2. mai 2013]
- Norsk diabetesforbund (2008, 21. oktober). *Fakta om diabetes*. Oslo: Norsk diabetesforbund. Tilgjengelig fra [http://www.diabetes.no/no/Om\\_diabetes/](http://www.diabetes.no/no/Om_diabetes/) [lastet ned 2. mai 2013]
- Rena, R. (2008). The Impact of HIV/AIDS on Women in Africa: A Case Study on Eritrea. *Icfai Journal of Applied Economics*, 7(1), 120-129. Tilgjengelig fra [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1600351](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1600351) [lastet ned 25. november 2009 [lastet ned 7. mai 2013]
- Seyoum, S. (2007, 19. november). Interview with Diabetes Specialist Dr. Berhane Seyoum. *Shaebia*. Tilgjengelig fra <http://redsea1.forumchitchat.com/post?id=2305474> [lastet ned 7. mai 2013]
- Seyum, B., Mebrahtu, G., Usman, A., Mufunda, J., Tewolde, B., Haile, S., Kosia, A., & Negassi, E. (2010). Profile of patients with diabetes in Eritrea: results of first phase registry analyses. *Acta diabetologica* 47(1), 23-27. Tilgjengelig fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19183840> [lastet ned 2. mai 2013]

- Suwera (2009, 18. august). *The state of human rights in Eritrea 2008*. [s.l.]: Suwera. Tilgjengelig via Asmarino Independent <http://www.asmarino.com/press-releases/281-the-state-of-human-rights-in-eritrea-2008-> [lastet ned 7. mai 2013]
- UK Home Office (2009a, 13. oktober). *Country of Origin Information Report – Eritrea*. London: UK Home Office. Tilgjengelig via UNHCR Refworld <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4adc1b972.html> [lastet ned 26. april 2013]
- UK Home Office (2009b, mars). *Operational Guidance Note*. London: UK Home Office. Tilgjengelig fra <http://www.ukba.homeoffice.gov.uk/sitecontent/documents/policyandlaw/countryspecificasyllumpolicynogs/eritrea.pdf?view=Binary> [lastet ned 12. mars 2010]
- UNAIDS (2008, august). *2008 Report on the global AIDS epidemic*. Geneve: UNAIDS. Tilgjengelig fra [http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp) [lastet ned 3. mai 2013]
- UNAIDS (2011). *Eritrea: Hiv and aids estimates (2011)*. Geneve: UNAIDS. Tilgjengelig fra <http://www.unaids.org/en/Regionscountries/Countries/Eritrea/> [lastet ned 23. mars 2013]
- UNAIDS, UNICEF & WHO (2008, september). *Epidemiological fact sheet on hiv and aids. Core data on epidemiology and response. Eritrea 2008 Update*. Geneve: UNAIDS. Tilgjengelig fra [http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008\\_ER.pdf](http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_ER.pdf) [lastet ned 3. mai 2013]
- UNDP, dvs. United Nations Development Programme (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](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_EN_Complete.pdf) [lastet ned 30. april 2013]
- UNDP (2013). *Human Development Report 2013. The Rise of the South: human progress in a diverse world*. New York: UNDP. Tilgjengelig fra [http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2013\\_EN\\_complete.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2013_EN_complete.pdf) [lastet ned 22. april 2013]
- U.S. Department of State (2010, 11. mars). *2009 Country Reports on Human Rights Practices – Eritrea*. Washington, D.C.: U.S. Department of State. Tilgjengelig fra <http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2009/af/135952.htm> [lastet ned 2. mai 2013]
- U.S. Department of State (2012, 10. desember). *Eritrea. Country Specific Information*. Washington, D.C.: U.S. Department of State. Tilgjengelig fra [http://travel.state.gov/travel/cis\\_pa\\_tw/cis/cis\\_1111.html](http://travel.state.gov/travel/cis_pa_tw/cis/cis_1111.html) [lastet ned 18. april 2013]
- U.S. Department of State (2013, 19. april). *Eritrea: Human Rights report 2012*. Washington, D.C.: U.S. Department of State. Tilgjengelig fra: <http://www.state.gov/j/drl/rls/hrrpt/humanrightsreport/index.htm#wrapper> [lastet ned 25. april 2013]
- 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 3. mai 2013]
- WHO (2006, 27. april). *Tuberculosis factsheets. What is DOTS*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra [http://www.searo.who.int/en/Section10/Section2097/Section2106\\_10678.htm](http://www.searo.who.int/en/Section10/Section2097/Section2106_10678.htm) [lastet ned 15. mars 2010]
- WHO (2007, mars). *Tuberculosis*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html> [lastet ned 3. mai 2013]
- WHO (2008, november). *Diabetes*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html> [lastet ned 26. april 2013]

- WHO (2009). *Global tuberculosis control 2009. Epidemiology, strategy, financing*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2009/pdf/full\\_report.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/pdf/full_report.pdf) [lastet ned 15. mars 2010]
- WHO (2011, oppdatert mai). *Country Cooperation Strategy at a Glance*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccsbrief\\_eri\\_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_eri_en.pdf) [lastet ned 7. mai 2013]
- WHO (2011). *Global tuberculosis control 2011*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564380\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564380_eng.pdf) [lastet ned 1. mai 2013]
- WHO (2012). *World Health Statistics 2012*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra [http://who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2012/en/](http://who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/) [lastet ned 23. mars 2013]
- Wikipedia. *Fistel* (sist endret 9. mars 2013). Tilgjengelig fra <http://no.wikipedia.org/wiki/Fistel> [lastet ned 18. mars 2013]
- World Bank (2009, september). *Country brief*. Washington, D.C.: World Bank. Tilgjengelig fra <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/ERITREAEXT/0,,menuPK:351396~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:351386,00.html> [lastet ned 3. mai 2013]

#### Muntlige kilder

- Abraham, Tedros. Foredrag i Oslo 1. desember 2009.
- Diplomatsk kilde i Eritrea. E-post 2. mars, 24. mars og 29. april 2013.
- Diplomatsk kilde i Eritrea. Samtale januar/februar 2013.
- HivNorge. Telefonsamtale 2. desember 2009.
- Internasjonal kilde. E-post 14. januar 2010.
- Internasjonal kilde a. E-post 3. november 2009.
- Internasjonal kilde b. E-post 4. november 2009.
- Internasjonal organisasjon med tidligere tilstedeværelse i Eritrea, samtale januar/februar 2013.
- Internasjonal organisasjon 1. Samtale i Eritrea januar/februar 2013.
- Internasjonal organisasjon 2. Samtale i Eritrea januar/februar 2013.
- Internasjonal organisasjon 3. Samtale i Eritrea januar/februar 2013.
- Internasjonal organisasjon 4. Samtale i Eritrea januar/februar 2013, e-post 10. mai 2013.
- Internasjonal organisasjon 5. Samtale i Eritrea januar/februar 2013.
- Internasjonalt helsepersonell. Samtale i Eritrea januar/februar 2013.
- Kibreab, Gaim. Samtale i Bern 6. november 2009.
  - Kibreab er professor ved London South Bank University. Samtalen fant sted under et internasjonalt seminar om landinformasjon knyttet til Eritrea, initiert av sveitsiske Federal Office of Migration i Bern.
- Kibreab, Gaim. Seminar i Bern, 5. november 2009.
- Norsk kreftspesialist, e-post 18. mars og 23. april 2013.
  - Vedkommende kreftspesialist har lang erfaring fra Etiopia.
- Ormaasen, Vidar, avdelingsoverlege ved infeksjonsmedisinsk avdeling ved Ullevål universitetssykehus. E-post 27. oktober 2009.

- Tidligere ansatt ved internasjonal ikke-stalig organisasjon. Samtale i Eritrea januar/februar 2013.
- Tronvoll, Kjetil. *The lasting struggle for freedom in Eritrea*. Foredrag i Oslo 22. oktober 2009.  
Tronvoll er professor ved Norsk senter for menneskerettigheter ved Universitetet i Oslo. Foredraget ble presentert i anledning lansering av rapport ved samme navn, publisert av Oslo Center for Peace and Human Rights.
- UNICEF Eritrea. E-post 16. desember 2009, mars 2010 og 7. mai 2013.

## 9. VEDLEGG

Pr. mai 2013 var følgende medikamenter tilgjengelige for hiv/aidsbehandling i Eritrea (UNICEF Eritrea, e-post 7. mai 2013) hvis ikke annet er nevnt:

### 9.1 VEDLEGG 1: LISTE OVER TILGJENGELIGE MEDIKAMENTER FOR HIV/AIDSBEHANDLING I ERITREA PR. MAI 2013

| Kategori            | Navn                           |
|---------------------|--------------------------------|
| Nucleoside RTIs     | Abicavir (ABC)                 |
|                     | Didanosine (ddI)               |
|                     | Lamivurine (3TC)               |
|                     | Starvudine (d4T) <sup>39</sup> |
|                     | Zidovudine (ZDV)               |
| Nucleotide RTI      | Tenovofar (TDF)                |
| Non-Nucleoside RTIs | Evavirenz (EVF)                |
|                     | Nevirapine (NVP)               |
| Protease inhibitor  | Indinavir/ritonavir (IDV/r)    |
|                     | Lopinavir/ritonavir (LPV/r)    |

Eritreiske myndigheter sier i en rapport fra 2005 at tilgangen på hiv/aidsmedikamenter er ustabil (Ministry of National Development 2005, s. 39). Landinfo har grunn til å tro at tilgangen på hiv/aidsmedikamenter åtte år senere fortsatt er ustabil.

---

<sup>39</sup> Starvudine var tilgjengelig i 2010.