

Temanotat

Nigeria: Psykisk helsevern



© Landinfo 2017

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

E-post: landinfo@landinfo.no

www.landinfo.no

Om Landinfos temanotater

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon (Landinfo) innhenter og analyserer informasjon om samfunnsforhold og menneskerettigheter i land som Utlendingsdirektoratet (UDI), Utlendingsnemnda (UNE) og Justis- og beredskapsdepartementet har behov for kunnskap om.

Landinfos temanotater er basert på opplysninger fra nøye utvalgte kilder. Opplysningene er behandlet i henhold til [anerkjente kvalitetskriterier for landinformasjon](#) og [Landinfos retningslinjer for kilde- og informasjonsanalyse](#).

Temanotatene bygger på både skriftlig og muntlig kildemateriale. En del av informasjonen som formidles, er innhentet gjennom samtaler med kilder på informasjonsinnhentingsreiser. Landinfo tilstreber bredde i kildetilfanget, og så langt mulig er det innhentet informasjon fra kilder som arbeider uavhengig av hverandre. Alt benyttet kildemateriale er fortløpende referert i temanotatene. Hensyn til enkelte kilders ønske om anonymitet er ivaretatt.

Notatene gir ikke et uttømmende bilde av temaene som undersøkes, men belyser problemstillinger som er relevante for UDIs og UNEs behandling av utlendingssaker.

Landinfo er en faglig uavhengig enhet, og informasjonen som presenteres, kan ikke tas til inntekt for et bestemt syn på hva praksis bør være i utlendingsforvaltningens behandling av søknader. Landinfos temanotater gir heller ikke uttrykk for norske myndigheters syn på de forhold og land som omtales.

About Landinfo's reports

The Norwegian Country of Origin Information Centre, Landinfo, is an independent body within the Norwegian Immigration Authorities. Landinfo provides country of origin information (COI) to the Norwegian Directorate of Immigration (Utlendingsdirektoratet – UDI), the Immigration Appeals Board (Utlendingsnemnda – UNE) and the Norwegian Ministry of Justice and Public Security.

Reports produced by Landinfo are based on information from carefully selected sources. The information is collected and analysed in accordance with [common methodology for processing COI](#) and [Landinfo's internal guidelines on source and information analysis](#).

To ensure balanced reports, efforts are made to obtain information from a wide range of sources. Many of our reports draw on findings and interviews conducted on fact-finding missions. All sources used are referenced. Sources hesitant to provide information to be cited in a public report have retained anonymity.

The reports do not provide exhaustive overviews of topics or themes, but cover aspects relevant for the processing of asylum and residency cases.

Country of Origin Information presented in Landinfo's reports does not contain policy recommendations nor does it reflect official Norwegian views.

SUMMARY

In Nigeria, the perception of the causes of mental disorders differs from the explanation promoted in academic medicine. Mental disorders will be interpreted as the work of invisible forces like spirits or demons that create imbalances in the patient's mind. This leads to two courses of treatment for mental disorders in Nigeria: Treatment within conventional psychiatry, and treatment within a religious and/or traditional framework. Both forms of treatment are briefly described in this report.

SAMMENDRAG

I Nigeria er oppfatningen av hva som forårsaker psykiske lidelser forskjellig fra de årsakssammenhengene som fremmes i et skolemedisinsk perspektiv. Psykiske lidelser vil forklares med at usynlige krefter, som ånder eller demoner, virker i personen og skaper ubalanse. Dette medfører at det finnes to behandlingsløp for psykiske lidelser i Nigeria: behandling innenfor konvensjonell psykiatri, og behandling innenfor en religiøs og/eller tradisjonell ramme. Begge behandlingsløpene beskrives kort i dette notatet.

INNHold

1. Innledning	6
2. Forståelse av psykisk sykdom i Nigeria	6
3. Offentlig behandlingstilbud for psykiske lidelser	7
3.1 Legemidler.....	9
3.2 Tilgang til psykisk helsevern.....	10
3.3 Kostnader for behandling	11
4. Tradisjonell og religiøs behandling av psykiske lidelser	12
5. Sosialt stigma knyttet til psykiske lidelser	14
5.1 Overgrep mot personer med psykiske lidelser.....	15
6. Referanser.....	17
7. Vedlegg.....	19

1. INNLEDNING

Med nesten 180 millioner innbyggere er Nigeria et av Afrikas mest folkerike land. Landet har betydelige oljeinntekter, men ressursene er svært skjevfordelt mellom en velstående elite og en fattig befolkning hvor rundt halvparten lever under fattigdomsgrensa. Myndighetene har investert lite i helseinfrastruktur sett opp mot folketall, og den vedvarende underfinansieringen av det offentlige helsevesenet har gjort det til et av verdens dårligste.

Det offentlige helsevesenet tilbyr helsetjenester av dårlig kvalitet. På lokalplan er tilbudet stort sett begrenset til enkel behandling med lett tilgjengelige, generiske medikamenter. Spesialhelsetjenesten finner man kun i de største byene. Det finnes et forholdsvis godt utbygd privat helsevesen i de urbane delene av Nigeria, men det er for kostbart for folk flest.

Nigerias første handlingsplan for psykisk helse ble formulert i 1991. Gjeldende lov om mental helse er den såkalte Lunacy Act, en arv fra kolonitida, sist endret i 1958. En ny lov om psykisk helsevern (Mental Health Act) ble vedtatt i 2003, men den ble trukket tilbake i 2009, og ligger nå til behandling i parlamentet (Westbrook 2011).

Psykiatri er ikke prioritert i nigeriansk helsevesen. Det er ikke satt av egne midler til psykiatri i det nasjonale helsebudsjettet, som i utgangspunktet er svært lavt. Et sted mellom 1 og 3 prosent av helsebudsjettet brukes på psykiatri, hovedsakelig gjennom bevilgninger til Nigerias ni psykiatriske sykehus, og kun i begrenset grad til primærhelsetjenesten (Abdulmalik et al. 2013; Gureje et al. 2007).

Det finnes begrenset informasjon om psykisk helsevern i Nigeria, særlig hva angår statistikk. Det finnes, så langt Landinfo har kunnet bringe på det rene, ingen systematisk kartlegging av psykiatrifeltet av nyere dato. Notatet bygger derfor på ulike anekdotiske kilder, en del av dem tilårskomne (som WHO's kartlegging av psykisk helsevern fra 2006 og studien til Gureje et al. fra 2007), men som til sammen gir et visst bilde av forholdene innen psykisk helsevern i Nigeria. Informasjonen fra skriftlige kilder er supplert med informasjon fra to muntlige kilder, en psykolog og en psykiater, innhentet under en informasjonsinnhentingsreise til Nigeria i 2016.

Notatet gir kun generell informasjon om noen overordnede forhold knyttet til psykisk helsevern i Nigeria. Informasjon om tilgang til en bestemt behandling – herunder tilgang til legemidler – i enkeltsaker, må undersøkes konkret i hvert enkelt tilfelle. Saksbehandlere i utlendingsforvaltningen som arbeider med saker hvor psykisk helse er et tema, må derfor ta direkte kontakt med Landinfo, som vil innhente informasjon om tilgang til konkret behandling i det enkelte tilfelle.

2. FORSTÅELSE AV PSYKISK SYKDOM I NIGERIA

I Nigeria, og i Vest-Afrika forøvrig, er oppfatningen av hva som forårsaker psykisk sykdom forskjellig fra den årsakssammenhengen som fremmes i et skolemedisinsk perspektiv, hvor man antar at psykiske lidelser skyldes genetiske, fysiokjemiske, psykologiske og/eller sosiale forhold. I Nigeria, og i Vest-Afrika generelt, vil psykiske lidelser forklares med at usynlige krefter, som ånder eller demoner, virker i en person

og skaper ubalanse. Hvilken form åndene antas å ha, hvordan de virker og hvorfor de griper inn, varierer i ulike etniske og religiøse grupper (Collignon 2015; Gerety 2013; Nigerian Psychologist Association (NPA), møte i Abuja juni 2016).

Forståelsen av hva psykisk sykdom er og hva som er årsaken til sykdommen, vil være bestemmende for hva slags behandling pasientene og deres pårørende velger. I Nigeria vil mange velge en religiøs eller tradisjonelt forankret behandling av psykiske lidelser, ettersom en slik behandling i større grad enn en konvensjonell, skolemedisinsk behandling forholder seg til den åndelige og spirituelle dimensjonen ved psykisk sykdom. Dermed finnes det to behandlingsløp av psykiske lidelser i Nigeria: behandling innenfor konvensjonell psykiatri, og behandling innenfor en religiøs og/eller tradisjonell ramme. Begge løpene presenteres kort i dette notatet.

3. OFFENTLIG BEHANDLINGSTILBUD FOR PSYKISKE LIDELSER

Legetettheten i Nigeria er generelt lav, og spesielt lav på psykiatrifeltet. I tabellen nedenfor har vi samlet nøkkeltall på antall helsearbeidere innenfor psykisk helsevern i henholdsvis Nigeria og Norge (WHO 2014a,b). Tallene er basert på 100 000 innbyggere:

	Nigeria	Norge
Befolkning (2013)	178 516 906	5 091 923
Utgifter til helse pr. innbygger (2013)	115 USD	9715 USD
Antall helsearbeidere	0.9	240.8
Psykiatere	0.10	29.69
Psykologer	0.02	54.28
Sykepleiere	0.70	123.08
Sosialarbeidere	0.04	26.45
Atferdsterapeuter	0.01	(ikke oppgitt)
Andre helsearbeidere	(ikke oppgitt)	43.83
Antall psykiatriske sykehus	8	19
Antall sengeplasser / innleggelses	1.3/4.8	84.5/1.100.9

Som det fremgår av tabellen over, er det svært få helsearbeidere på psykiatrifeltet i Nigeria, sett opp mot det høye folketallet.¹

Det nigerianske helsevesenet er et desentralisert system med fem nivåer (nigerianske helsemyndigheter, som sitert i Ajikobi 2017):

Nivå	Institusjon	Ansvarlig myndighet
1	Lokale helsestasjoner som dekker en landsby eller bydel med inntil 500 innbyggere	LGA (Local Government Area)
2	Primærhelseklinikker (Primary Health Clinics, PHC) som dekker flere landsbyer eller bydeler med 2000 til 5000 innbyggere	LGA
3	Primærhelsesentre i alle Nigerias 774 LGA	LGA
4	Sentralsykehus (General Hospital) og spesialiserte sykehus (Specialty Hospitals)	Delstaten
5	Universitetssykehus	Føderale myndigheter

Det finnes, så langt Landinfo har klart å bringe på det rene, ni føderalt drevne nevro-psykiatriske sykehus i Nigeria: i Abeokuta, Benin City, Calabar, Enugu, Kaduna, Lagos, Maiduguri, Port Harcourt og Sokoto (Federal Ministry of Health 2017b).² I tillegg er det psykiatriste med særlig fokus på akuttpsykiatri på sentralsykehusene. Det finnes også et ukjent antall offentlige og private (kommersielle eller NGO-drevne) klinikker og dagtilbud (WHO 2014).

Ifølge Nigerian Psychologist Association (NPA) (møte i Abuja juni 2016) er ikke psykiatrifeltet integrert i primærhelsetjenesten (nivå 1–3 i tabellen over) i dag. Det er lite kunnskap og kompetanse på psykiatrifeltet i primærhelsetjenesten, hvor de fleste ansatte er ufaglærte eller med helsefaglig utdanning på videregående skolenivå, uten grunnleggende kompetanse i psykiatri. Dette medfører at få får behandling lokalt, og at få henvises videre fra primærhelsetjenesten til spesialhelsetjenesten (nivå 4–5). En undersøkelse blant personer med en DSM-IV-diagnose³ fra 2007 viste at under 10 % hadde fått behandling siste ti måneder (Gureje et al. 2007).

De fleste innleggelsene på de psykiatriske sykehusene er tvangsinnleggelse. Den viktigste innleggingsårsaken er schizofreni eller relaterte lidelser (52 %) og ulike affektive lidelser, som for eksempel depresjon (31 %). Et betydelig, men ukjent antall pasienter innlegges på grunn av rusrelaterte lidelser. Mange av pasientene er alvorlig

¹ Tallene på tetthet av medisinsk personell varierer noe fra kilde til kilde, men endrer ikke det overordnede bildet, som forteller at antall helsearbeidere generelt, og psykiatriske helsearbeidere spesielt, er svært lavt i Nigeria, og dessuten ujevnt geografisk fordelt (se punkt 3.2 under).

² To ligger i sørvest-regionen (Abeokuta og Lagos), tre i sørsør (Benin City, Port Harcourt og Calabar), ett i sørøst (Enugu), to i nordvest (Kaduna og Sokoto) og ett i nordøst (Maiduguri). Det er ingen slike sykehus i nordsentral-regionen.

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, en manual publisert av American Psychiatric Association som inkluderer alle anerkjente psykiske lidelser. Manualen er i stor grad overlappende med WHO's manual International Classification of Diseases (ICD-10), og man arbeider for å sikre samordning mellom de to klassifiseringene.

psykisk syke bostedsløse personer, som sendes til sykehuset av den lokale sosialtjenesten (Tayo, møte i Abuja juni 2016; Gerety 2013).

Behandlingen av psykiske lidelser innenfor en skolemedisinsk kontekst vil i Nigeria stort sett være av medikamentell, og ikke terapeutisk, art. Psykoterapeutisk behandling, som for eksempel kognitiv atferdsterapi, finnes i Nigeria, men tilbudet er begrenset til enkelte institusjoner i de største byene, hovedsakelig i sør:

Psychological interventions are so rare as to be unavailable for the vast majority of patients in West African countries. Though occupational therapy and group therapy were implemented in some psychiatric hospitals in the 1960s and 1970s [...] – talking therapies, psychologists, social workers, and occupational therapists means that care in psychiatric hospitals is largely focused on the management of aggressive and agitated patients, and psychotic disorders are treated predominantly through psychotropic medication. Thus, the psychosocial care of those with serious mental illness is largely the domain of the patient's family, religious practitioners, and traditional healers (Read et al. 2015, s. 95).

Det finnes, så langt Landinfo har kunnet bringe på det rene, ingen offentlige miljøarbeidertjenester som tilbyr for eksempel tilrettelagte og tilpassede bo- eller aktivitetsløsninger for psykisk syke i Nigeria. Slike tjenester kan kjøpes av private tilbydere i urbane områder, men få har økonomiske ressurser til det. Omsorg og nødvendig tilrettelegging er det derfor familien, og da særlig kvinnelige slektninger, som står for.

3.1 LEGEMIDLER

Nigeria har en liste over essensielle legemidler, Essential Medicines List, sist revidert i 2010 (Federal Ministry of Health 2017a). De fleste standardlegemidler innenfor kategoriene antidepressiva, angstdempende legemidler, sedativer, stemningsstabiliserende medisiner og antiepileptika skal finnes på denne lista (WHO 2007).

Psykiater Daramola Tayo (møte i Abuja juni 2016) opplyser at de fleste medisiner, både originallegemidler og generiske legemidler, er tilgjengelige i urbane strøk i Nigeria, så fremt pasienten kan betale for dem. Pasientene betaler selv for medisiner, uten noen form for subsidier fra myndighetene (WHO 2015). Dette innebærer at de færreste, og særlig dem som lever under fattigdomsgrensa, har økonomi til å kjøpe medisiner, ikke minst dersom behandlingen er langvarig. Kun et mindre antall offentlig ansatte og ansatte i private bedrifter som er med i en frivillig ordning, har helseforsikring (U.S. Social Security Administration 2015).

National Agency for Food and Drug Administration and Control (NAFDAC) har det nasjonale ansvaret for legemidler i Nigeria, og har ansvar for implementeringen av den nasjonale legemiddelstrategien. I henhold til tall fra Pharmacists Council of Nigeria (som sitert i Khan 2015), finnes det 128 registrerte medisinprodusenter, 1534 apotek, 724 medisindistributører og 300 medisinimportører i Nigeria.

Ifølge samme kilde antar man at det finnes anslagsvis 10 000 uregistrerte medisinutsalg som ulovlig selger reseptbelagte medisiner. De fleste slike utsalg ligger i avsidesliggende og/eller fattige områder, hvor det ikke finnes autoriserte farmasøyer. I tillegg er salg av medisiner av dårlig kvalitet og rene forfalskninger en utfordring (WHO 2015).

Mangel på kvalifisert helsepersonell, ikke bare psykiatere men også psykiatriske sykepleiere og farmasøyter, særlig i primærhelsetjenesten, fører til utfordringer med både foreskrivning av medisiner og oppfølging av medisineren, både hva gjelder regelmessighet og dosering, av profesjonelle helsearbeidere med kompetanse om psykisk helse (Read et al. 2015). Langvarig medisinbruk uten oppfølging, brudd på behandlingen og/eller bruk av medisiner av dårlig kvalitet eller forfalskninger kan ha store helsemessige konsekvenser for pasienten.

3.2 TILGANG TIL PSYKISK HELSEVERN

Man antar at rundt 20 millioner nigerianere lider av en eller annen form for psykisk lidelse, men at kun 10 % av dem får en eller annen form for konvensjonell, medisinsk behandling for lidelsene (sjefpsykiater Ephraim Oluwanuga, intervjuet i Al Jazeera 2015).

I 2013 gjennomførte helseforskerne Omi Jack-Ide Izibeloko og Leana Uys en kvalitativ case-studie på tilgangen til behandling for psykisk helse i Niger Delta-regionen i Sør-Nigeria. I denne regionen finnes det ifølge forfatterne kun ett nevropsykiatrisk sykehus – Rumuigbo Neuro-Psychiatric Hospital i Port Harcourt – for en befolkning på rundt fire millioner. Respondentene trekker frem følgende hovedårsaker som hindrer tilgang til behandling for psykiske lidelser:

- Fravær av behandlingstilbud lokalt
- Dårlig kjennskap til og kunnskap om eksisterende tilbud
- Transportutgifter, kostnader til behandling og tapt arbeidsinntekt for pårørende
- Stigma knyttet til psykisk sykdom, skam over psykisk syke familiemedlemmer, negative holdninger til helsevesenet generelt
- Liten tro på at konvensjonell psykiatri er en effektiv behandling for psykiske lidelser
- Ventetid ved sykehuset

Psykiatriressursene er, som tidligere nevnt, i all hovedsak sentralisert i urbane områder, og befolkningen i rurale områder har derfor mer begrenset tilgang til psykisk helsevern enn folk i urbane strøk, selv om tilgangen er begrenset også der.

I tillegg til den geografiske skjevfordelingen, har tilgangen til psykisk helsevern også en sosioøkonomisk dimensjon. Ifølge NPA (møte i Abuja juni 2016) har den urbane middelklassen lettere tilgang til behandling av psykiske lidelser enn andre grupper, ettersom de har større økonomiske midler til å betale kostnadene til behandling. I rurale områder finnes det få eller ingen behandlingstilbud, og det er derfor store kostnader – som transportkostnader og tapt arbeidsinntekt – knyttet til å oppsøke behandlingstilbud langt hjemmefra.

Geografisk og sosioøkonomisk tilhørighet gjenspeiles også i holdninger til psykisk sykdom, som igjen er bestemmende for i hvilken grad man søker behandling for psykiske lidelser, og hva slags type behandling man i tilfelle søker. Ifølge NPA preges den urbane middelklassen – i alle fall deler av den – av et annet og mindre negativt holdningssett til psykisk sykdom enn økonomisk ressursvake miljøer i rurale eller semi-rurale strøk, noe som gjør at det ikke er knyttet et like stort stigma ved å oppsøke psykiatriske behandlingstilbud for førstnevnte gruppe. I tillegg har økonomisk

privilegerte sjikt mulighet til å velge private alternativ, som i folks oppfatning tilbyr bedre behandling, og ikke minst større diskresjon enn de offentlige sykehusene.

I tillegg til skjevfordeling av offentlige ressurser mellom urbane og rurale områder, kjennetegnes Nigeria av et viktig økonomisk og kulturelt skille mellom det fattige nord og det mer velstående sør. I sør er infrastrukturen – også den medisinske – langt bedre utbygget enn i nord, hvor det finnes områder uten medisinsk infrastruktur overhodet.

I den nordøstre delen av Nigeria har konflikten mellom nigerianske myndigheter og terrororganisasjonen Boko Haram hatt betydelig negativ innvirkning på helsesektoren. Boko Haram antas å være ansvarlig for å ha ødelagt flere hundre helseinstitusjoner siden 2012. Mange helsearbeidere har forlatt området, og mange helseinstitusjoner har måttet stenge på grunn av den utfordrende sikkerhetssituasjonen. Dette vanskeliggjør befolkningens tilgang til helsebehandling i dette området, og forårsaker brudd i tilførsel av medisin i enkelte områder på enkelte tidspunkt (HRW 2016, s. 27). Det eneste føderale nevropsykiatriske sykehuset i nordøst ligger i Maiduguri, hovedstad i delstaten Borno, som er særlig preget av konflikten med Boko Haram.

Når det er sagt, og dersom man ser bort fra praktiske og økonomiske utfordringer, vil ingen pasient bli avvist på et psykiatrisk sykehus eller psykiatripost, selv om det kan være ventetid (NPA og Tayo, møter i Abuja juni 2016). Det at mange nigerianere ikke oppsøker psykiatriske sykehus eller andre psykiatriske behandling sinstitusjoner skyldes ikke nødvendigvis og utelukkende de høye kostnadene knyttet til slik behandling, men er først og fremst en konsekvens av at pasientene eller deres nærmeste anser konvensjonell psykiatri som lite egnet til å behandle psykiske lidelser. De oppsøker derfor heller en religiøs og/eller tradisjonell behandler, med et syn som ligger nærmere deres egen forståelse av hva psykisk sykdom er og hvordan den best kan behandles.

3.3 KOSTNADER FOR BEHANDLING

En konsultasjon på et offentlig psykiatrisk sykehus koster 2400 naira (63 kr). Når sosialmyndighetene bringer inn pasienter for tvangsinnleggelse, betaler myndighetene kostnadene (Tayo, møte i Abuja juni 2016).

Hos private tilbydere varierer prisene avhengig av hvilken standard som velges. Ved en privatklinik i Abuja som Landinfo besøkte i juni 2016, varierer prisen fra 20 000 naira (530 kr) for et døgn innleggelse i trippelrom, til 40 000 naira (1060 kr) i enkeltrom.

I tillegg til kostnader til konsultasjon eller innleggelse, kommer utgifter til medisiner. Mens generiske legemidler er relativt rimelige, er nyere originalpreparater kostbare. Til illustrasjon koster ett sett Risperdal Consta⁴ 37.5 mg. injeksjonsvæske 60 000 naira (1500 kr). Dette er et kostnadsnivå som svært få nigerianere kan bære over tid (Tayo, møte i Abuja juni 2016). De høye kostnadene er én av årsakene til at mange med psykiske lidelser ikke oppsøker behandling, eller avslutter påbegynt behandling for tidlig:

Service users experience financial burden in accessing mental health care, keeping follow-up appointments and paying for treatment. The need to pay for services results in many individuals being unable to sustain treatment, with the

⁴ Et medikament som gis til schizofrene, vanligvis med injeksjoner annenhver uke (Felleskatalogen 2016).

continuous use of prescribed medications being necessary to maintain an improved mental state. [...] Evidence has shown that poverty and the absence of a social welfare net for mental health service users increases the burden of mental disorders, with poor mental health outcomes (Izibeloko & Uys 2013).

4. TRADISJONELL OG RELIGIØS BEHANDLING AV PSYKISKE LIDELSER

Tradisjonell og/eller religiøs behandling⁵ utgjør, som tidligere nevnt, den faktiske primærhelsetjenesten for behandling av psykisk sykdom i Nigeria. I en studie utført av helseforskeren O. A. Abiodun (1995) fremkommer det at 95 % av respondentene som var under psykiatrisk behandling hadde fått tradisjonell eller religiøs behandling før de oppsøkte et konvensjonelt behandlingstilbud. Selv om Abioduns studie er tilårskommen, foreligger det ingen informasjon som tilsier at situasjonen er endret de siste 25 år. Det er derimot grunn til å anta at omfanget av religiøs behandling tvert imot har økt i takt med fremveksten av et stort antall (hovedsakelig evangeliske) kirkesamfunn i hele Sør-Nigeria siste tiår.

Som regel skjer behandling for psykisk sykdom innenfor en religiøs ramme, i kirken eller moskeen, eller i lokale helligdommer (*shrines*). Diagnosen stilles gjerne ved at behandleren tolker signaler eller budskap fra en guddom, gjennom bønn eller åndemaning. Behandlingen består av en kombinasjon av ulike elementer, som bønn, faste, isolasjon, plantebaserte medisiner eller avkok, resitering av bibel- eller koranvers og/eller offerhandlinger. Behandlingen kan også bestå av ulike former for eksorsisme for å drive ut onde ånder. I enkelte ekstreme tilfeller kan behandleren utføre ulike former for kirurgiske inngrep (Gerety 2013). Under følger et par eksempler på diagnostisering og behandling av psykiske lidelser i en slik religiøs/tradisjonell ramme.

Med utgangspunkt i yoruba-kulturen (hjemmehørende i det sørvestre Nigeria) presenterer forskeren Andrew Hudson Westbrook (2011) et vanlig diagnose- og behandlingsløp for en psykisk lidelse på følgende måte:

A family brings the patient, a relative, to the healer. If the patient is excited, or difficult to control, the healer places him in restraints. Healers commonly use the plant Rauwolfia, a relative of orthodox antipsychotic drugs, to sedate patients. Once under control, the healer begins assessing the cause of the illness, which often takes place by simply beginning treatment based on one cause and changing treatment until the patient improves. If the perceived cause of illness is preternatural or supernatural, the patient seeks treatment from a diviner. Diviners use methods such as incantations, rituals, and sacrifices to attempt to remedy their patients' illnesses. In selecting the method of treatment,

⁵ Oversettelsen «tradisjonell behandler» som vi bruker her, dekker flere ulike lokale begreper. På nigeriansk engelsk finner man blant annet begrepene traditional healer, animist complementary medical provider, faith healer og spiritualist (Gerety 2013). Tradisjonelle behandlere behandler ikke utelukkende psykiske lidelser, men også andre plager og sykdommer, som seksualproblemer og barnløshet, og ulike typer sosiale problemer, som familiekonflikter og økonomiske bekymringer (Okello & Musisi 2015). Vi skiller mellom religiøs og tradisjonell behandling her, men i realiteten overlapper de to i mange henseender.

diviners consult the sacred stories of Ifá [a divinity]. Through the divining chain, the healer may relay messages from Ifá to treat the patient (Westbrook 2011, s. 400-401).

I en videoreportasje på Al Jazeera (2015) om behandling av psykisk sykdom i Nigeria, følger vi Hadisa, som hører stemmer som befaler henne å skade seg selv. Familien hennes tar henne med til den tradisjonelle behandleren Amina Aliu for behandling. Amina tror at Hadisa er besatt av onde ånder, og behandler henne med urter. Amina forklarer hvordan hun arbeider:

When people tell me they have a problem with their head, I pray and God tells me the cause of the problem. God shows me that these are the issues in the person life. Through that I know what kind of herbs and leaves to give them. When I give them such herbs, God relieves them from the problem (Al Jazeera 2015).

Pinsemenigheter og karismatiske kirkesamfunn har hatt sterkt framgang i Nigeria de siste tiårene. De har utviklet en egen modell for behandling av psykisk sykdom som blir stadig viktigere i byer i sør med en stor kristen befolkning. Modellen kombinerer kristendom med elementer fra tradisjonell tro (Read et al. 2015, s. 98).

Det at befolkningen i første rekke oppsøker en form for tradisjonell eller religiøs behandling av psykiske lidelser, skyldes, som tidligere nevnt, ikke nødvendigvis at de ikke har tilgang til behandling i psykiatriske institusjoner. Tradisjonell eller religiøs behandling er den behandlingsformen som er historisk forankret i den nigerianske kulturen, og som befolkningen generelt har tillit til. Dessuten oppfattes denne behandlingen i større grad som adekvat med tanke på den bakenforliggende åndelige og spirituelle dimensjonen ved psykisk sykdom. I tillegg er en slik behandling lett tilgjengelig; hver eneste nigerianske landsby har en tradisjonell behandler. I 2002 estimerte Verdens helseorganisasjon at anslagsvis 80 % av vestafrikanere oppsøker tradisjonell behandling for helseutfordringer eller personlige problemer, uavhengig av sosial, økonomisk eller utdanningsbakgrunn (Okello & Musisi 2015):

The services provided by traditional healers are accessible, affordable, flexible, and appropriate to cultural settings. Every African village has a traditional healer, and these healers share the community's concepts of disease and offer clients a more convenient mode of payment than Western health care providers do (Okello & Musisi 2015, s. 253)

Tradisjonelle behandlere tilbyr altså en helhetlig, personlig og kulturelt forankret behandling, sett fra pasientens side. Behandleren deler de samme kulturelle referansene som pasienten, og forholder seg til konsepter som ikke tilgodeses i vestlig medisin, slik som magiske krefter, uflaks og suksess i forhold som forretninger, studier og kjærlighet. Tradisjonelle behandlere oppleves derfor som effektive, særlig med hensyn til å behandle følelsesmessige, spirituelle og sosiale problemer. Som et medlem av lokalmiljøet, kjenner behandleren ofte pasientens personlige historie, familie og nærmiljø, og kan derfor se pasienten i en helhetlig sosial og familiær sammenheng. Dette forenkler kommunikasjonen mellom behandler og pasient, og skaper tillit mellom dem (Okello & Musisi 2015, s. 254).

Religiøs/tradisjonell behandling og konvensjonell medisinsk behandling er imidlertid ikke nødvendigvis gjensidig utelukkende størrelser, men kombineres i realiteten ofte. Pasienten søker spirituell rådgivning hos religiøse ledere eller tradisjonelle healere

samtidig som vedkommende tar psykofarmaka foreskrevet av en psykiater eller kjøpt i et uregistrert medisinsalg (Gerety 2013; NPA, møte i Abuja juni 2016; Read et al. 2015):

For patients and their families, biomedical and spiritual approaches may not be mutually exclusive, despite their differing epistemologies. A study of the caregivers of patients with diagnoses of schizophrenia in Nigeria found that psychoses were more attributed to the work of Satan, even though the family had sought hospital care (Read et al. 2015, s. 98).

In Ibadan, I spoke to a pharmacist who says he periodically sells Largactil – the anti-psychotic chlorpromazine – to robe-wearing pastors who administer the drugs dissolved as a cocktail in a glass of holy water (Gerety 2013).

Pasienter flest og deres pårørende er fleksible, og endrer gjerne behandlingstype dersom en behandlingsform ikke gir det resultatet de håper på. Lederen av en kristen bønneleir forklarer at pasientene ofte har forsøkt andre behandlingsmetoder før de kommer til leiren:

Many of these people already have tried other things, like traditional healers, herbs and drugs, but the problem didn't go away [...]. Anthropological studies in the region has found that people will often remove a relative from a prayer camp if they are not satisfied and try something else, whether a hospital, a healer, another camp or meditation (Carey 2015).

Kun et lite, økonomisk privilegert sjikt, ofte med utdanning fra vestlige utdanningsinstitusjoner, deler den vestlige, skolemedisinske forståelsen av årsaker til og behandling av psykiske lidelser, og oppsøker konvensjonelle psykiatriske institusjoner, helst private, i første omgang, uten å gå søke tradisjonell eller religiøs behandling først.

5. SOSIALT STIGMA KNYTTET TIL PSYKISKE LIDELSER

Det er knyttet sosialt stigma til psykisk sykdom i Nigeria (Gureje et al. 2014; NPA, møte i Abuja juni 2016).⁶ Imidlertid synes graden av stigma å variere mellom ulike grupper og kulturer i Nigeria, alt ettersom hva man anser å være årsaken til sykdommen.

Ifølge NPA (møte i Abuja juni 2016) er det en utbredt oppfatning at psykisk sykdom er en konsekvens av at en person har blitt forhekset eller er besatt av ånder på grunn av moralsk klanderverdig atferd eller karakterbrist. Psykisk sykdom blir således et bevis på at personen har gjort noe moralsk galt, og vedkommende oppfordres til å arbeide med seg selv for å gjenopprette resultatet av dårlige handlinger, slik at

⁶ Det finnes, så langt Landinfo kjenner til, ingen komparative studier som slår fast hvorvidt det er knyttet større sosialt stigma til psykisk sykdom i Afrika enn i andre deler av verden. Mye kan tyde på at slike holdninger er utbredt i alle kulturer. Selv om det er knyttet sosialt stigma til psykisk sykdom også i Afrika, er det Landinfos observasjon over tid at det også finnes betydelig toleranse og empati overfor personer med psykiske lidelser i vestafrikanske samfunn. Det er et vanlig syn i vestafrikanske byer at personer med tydelige psykiske lidelser beveger seg fritt rundt i byen og får være i fred, så fremt vedkommende ikke er farlig for seg selv eller andre.

forbannelsen kan oppheves og vedkommende kan gjenfinne sin helse. Tanken om at psykiske lidelser er noe selvforskyldt, forsterker stigmaet rundt lidelsen.

På den annen side vil forbedring av tilstanden og bortfall av symptomer tolkes som at pasienten har arbeidet med seg selv og gjort bot for de de dårlige handlingene. Dette fører til sosial rehabilitering av pasienten, og bortfall av sosialt stigma (NPA, møte i Abuja juni 2016).

Det sosiale stigmaet knyttet til psykisk sykdom kan få den syke til å vegre seg for å oppsøke psykiatrisk helsevesen for behandling, for å unngå stigmaet. Mange psykisk syke har derfor ingen konkret diagnose, og kan derfor heller ikke søke adekvat behandling. Respondentene i Izibeloko og Uys (2013) undersøkelse – pasienter og deres pårørende – trekker frem skam som en viktig årsak til at personer med psykiske lidelser kvier seg for å oppsøke behandling på sykehus:

Most caregivers' believe that the belief associated with mental disorders as being due to wicked acts makes many families conceal the illness to avoid community gossip and rejection. This hinders appropriate help-seeking behavior of many families. As one of the caregivers observed: "We took him away from home since this illness started and his community people are not aware of his illness, it's better to keep him away from them."

Caregivers and clients held similar views regarding, with feelings of shame of being seen in the Rumuigbo hospital as being one of the main barriers to accessing services. Psychiatric hospitals were considered to be places for who are crazy, mad, or lunatics, and therefore an abominable place to be seen. An expression from a client: "The outpatient clinic I would have love them to have some little privacy, not to keep everybody in that open hall, like one boy that just saw me, I feel very shameful when people say all sorts and call you names." (Izibeloko & Uys 2013).

Det sosiale stigmaet knyttet til psykisk sykdom kan føre til at en person med en psykisk lidelse ikke kan fylle forventede sosiale roller og ansvar, som for eksempel ekteskap og foreldreskap, som er avgjørende for en persons sosiale stilling i Nigeria, og en nødvendig forutsetning for at en person skal anses som et voksent medlem av samfunnet. Det å ikke kunne fylle sin forventede sosiale rolle i samfunnet kan føre til isolasjon, som igjen kan føre til både reelt og opplevd stigma hos den som lider av psykiske lidelser (Read et al. 2015).

5.1 OVERGREP MOT PERSONER MED PSYKISKE LIDELSER

Religiøs og tradisjonell behandling kan medføre alvorlig og uopprettelig fysisk skade på pasienten, som for eksempel forgiftning, voldsskader eller skader etter amatørmessige kirurgiske inngrep. Andre utsettes for mishandling under behandlingen, i form av blant annet fysisk vold, sult og isolasjon. Dersom pasienten etter en slik behandling søker konvensjonell psykiatrisk behandling, blir helsepersonellets oppgave ofte å behandle følgene av en slik behandling heller enn å behandle selve den psykiske lidelsen (Gerety 2013).

Mange alvorlig psykisk syke lever under svært kritikkverdige forhold i Nigeria. I rurale strøk, hvor det ikke finnes konvensjonelle psykiatritilbud, er det ikke uvanlig at syke med utagerende atferd bindes fast eller sperres inne. Ettersom det ikke finnes adekvat langtidsbehandling for personer med alvorlige psykiatriske diagnoser, er den

enkelte syke helt avhengig av hjelp fra familien. Dersom familie og nettverk ikke kan eller vil ta på seg denne rollen, er den syke helt overlatt til seg selv. Noen ender opp med å bli bostedsløse omstreifere (Read et al. 2015). Andre, såkalte «civil lunatics», ender opp i psykiatriavdelingen i fengslene, hvor de oppbevares – ofte under kritikkverdige forhold – uten å behandles for sin lidelse. Disse innsatte, som ofte ikke har forbrutt seg mot loven eller som kun er dømt for mindre forhold, sperres inne i lang tid, ofte på livstid, med hjemmel i den antikvariske loven Lunacy Act (Walker 2009; Westbrook 2011). Psykisk syke utgjør derfor en sårbar og utsatt gruppe i Nigeria.

6. REFERANSER

Skriftlige kilder

- Abdulmalik, J., Kola, L., Fadahunsi, W., Adebayo, K., Yasamy, M. T., Musa, E., Gureje, O. (2013, 20. august). Country Contextualization of the Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide: A Case Study from Nigeria. *PLoS Med* 10(8). Tilgjengelig fra <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001501> [lastet ned 8. mai 2017]
- Abiodun, O. A. (1995). Pathway to mental health Care in Nigeria. *Psychiatric Services* 46 (8), 823-826. Tilgjengelig fra <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-20984-001> [lastet ned 30. mai 2017]

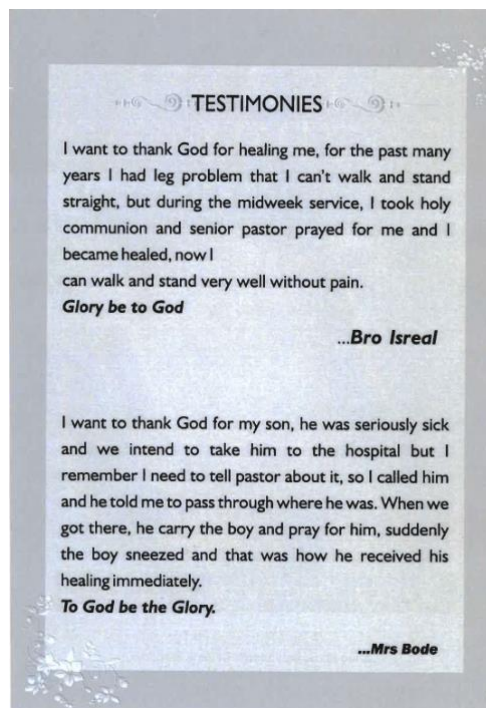
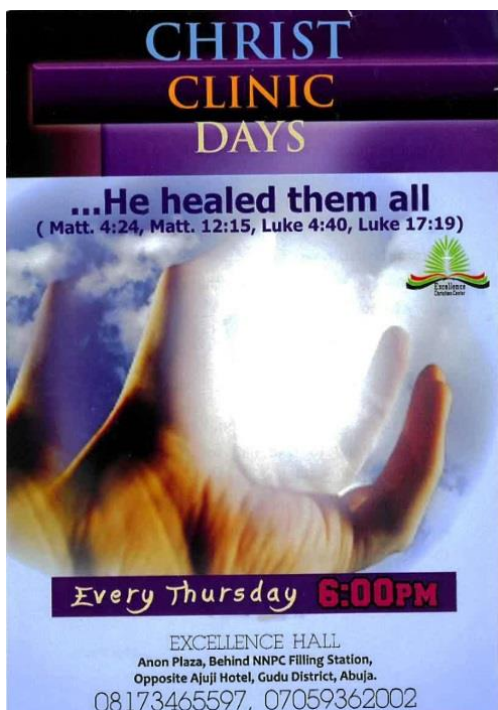
Betalingstjeneste. Sammendrag av artikkelen er tilgjengelig på APA PsycNET (lenke ovenfor).
- Ajikobi, D. (2017, 5. mai). Could Nigeria build 774 health centres with seized US 9.2m? Minister's math off. *Africa Check*. Tilgjengelig fra <https://africacheck.org/reports/could-nigeria-build-774-health-centres-with-seized-us9-2m-ministers-math-off/> [lastet ned 10. mai 2017]
- Al Jazeera (2015, 7. juni). Traditional healers fill Nigeria mental healthcare gap. *Al Jazeera*. Tilgjengelig fra <http://www.aljazeera.com/news/2015/06/traditional-healers-nigeria-mental-healthcare-psychiatric-150606161409127.html> [lastet ned 22. mai 2017]
- Carey, B. (2015, 11. oktober). The Chains of Mental Illness in West Africa. *The New York Times*. Tilgjengelig fra https://www.nytimes.com/2015/10/12/health/the-chains-of-mental-illness-in-west-africa.html?_r=0 [lastet ned 24. mai 2017]
- Collignon, R. (2015). Some aspects of Mental Illness in French-Speaking West Africa. I: Akyeampong, E., Hill, A. & Kleinman, A., *The Culture of Mental Illness and Psychiatric Practice in Africa*. Bloomington, Indiana: Indiana University Press, 163-185.
- Federal Ministry of Health (2017a). *Essential Medicines List – Nigeria (Fifth Revision 2010)*. Abuja: Federal Ministry of Health. Tilgjengelig via <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js19018en/> [lastet ned 22. mai 2017]
- Federal Ministry of Health (2017b). *Department of Hospital Services*. Abuja: Federal Ministry of Health. Tilgjengelig fra <http://www.health.gov.ng/index.php/department/hospital-services> [lastet ned 24. mai 2017]
- Felleskatalogen (2016, 11. januar). *Risperdal Consta*. Oslo: Felleskatalogen. Tilgjengelig fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/risperdal-consta-janssen-563537> [lastet ned 7. juni 2017]
- Gerety, R. M. (2013, 29. november). Medicine Men. *Slate*. Tilgjengelig fra http://www.slate.com/articles/news_and_politics/roads/2013/11/nigeria_s_psychiatric_care_mentally_ill_nigerians_rely_on_spiritual_healers.html [lastet ned 22. juni 2016]
- Gureje, O., Chisholm, D., Kola, L., Lasebikan, V. & Saxena, S. (2007). Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. *World Psychiatry* 6, 42-48. http://cdrwww.who.int/choice/publications/p_2007_cea_mental_health_Nigeria.pdf [lastet ned 30. Mai 2017]
- Gureje, O., Abdulmalik, J., Kola, L., Musa, E., Yasamy, M. T., Adebayo, K. (2014). Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide. *BMC Health Services*. Tilgjengelig fra <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0911-3> [lastet ned 8. mai 2017]
- Human Rights Watch (2016, 2. mai). *No Protection, No Respect. Health Workers and Health Facilities Under Attack 2015 and Early 2016*. New York: Human Rights Watch. Tilgjengelig via <https://www.safeguardinghealth.org/sites/shcc/files/SHCC2016final.pdf> [lastet ned 30. mai 2017]

- Izibeloko, O. & Uys, L. (2013). Barriers to mental health services utilization in the Niger Delta region of Nigeria: service users' perspectives. *The Pan African Medical Journal*, 14(159). Tilgjengelig fra <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/14/159/pdf/159.pdf> [lastet ned 23. mai 2017]
- Khan, J. (2015, 11. august). Nigeria Pharmaceutical Market Share and Growth. *Dr. Jibran Khan* [blogg]. Tilgjengelig fra <https://www.linkedin.com/pulse/nigeria-pharmaceutical-market-share-ang-growth-dr-> [lastet ned 30. mai 2017]
- Okello, E. & Musisi, S. (2015). The Role of Traditional Healers in Mental Health Care in Africa. I: Akyeampong, E., Hill, A. & Kleinman, A., *The Culture of Mental Illness and Psychiatric Practice in Africa*. Bloomington, Indiana: Indiana University Press, 249-261.
- Read, U., Doku, V. & De-Greft Aikins, A. (2015). Schizophrenia and Psychosis in West Africa. I: Akyeampong, E., Hill, A. & Kleinman, A., *The Culture of Mental Illness and Psychiatric Practice in Africa*. Bloomington, Indiana: Indiana University Press, 73-111.
- Walker, A. (2009, 29. april). Locking up Nigeria's 'civil lunatics'. *BBC*. Tilgjengelig fra <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/8023067.stm> [lastet ned 23. mai 2017]
- WHO, dvs. World Health Organization (2014a). *Mental Health Atlas Country Profile Nigeria*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/nga.pdf?ua=1 [lastet ned 31. mai 2017]
- WHO (2014b). *Mental Health Atlas Country Profile Norway*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/nor.pdf?ua=1 [lastet ned 20. juni 2017]
- WHO (2015). *Health Systems and Services Nigeria*. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Tilgjengelig fra <http://www.afro.who.int/en/nigeria/country-programmes/health-systems-support.html> [lastet ned 24. mai 2017]
- WHO & Ministry of Health Nigeria (2006). *WHO-AIMS Report on Mental Health System in Nigeria*. Ibadan: WHO & Ministry of Health Nigeria. Tilgjengelig fra http://www.who.int/mental_health/evidence/nigeria_who_aims_report.pdf [lastet ned 12. mai 2017]
- Westbrook, A. H. (2011). Mental Health Legislation and Involuntary Commitment in Nigeria: A Call for Reform. *Washington University Global Studies Law Review*, 10 (2), 397-418. Tilgjengelig fra http://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1022&context=law_globalstudies [lastet ned 23. mai 2017]
- U. S. Social Security Administration (2015). *Social Security Programs throughout the World – Nigeria*. Woodlawn, Maryland: U. S. Social Security Administration. Tilgjengelig fra <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/2014-2015/africa/nigeria.html> [lastet ned 30. mai 2017]

Muntlige kilder

- Dr. Daramola Tayo, psykiater ved Karu General Hospital, Abuja, og eier av en privat psykiatrisk klinikk i Abuja. Møte i Abuja 2. juni 2016.
- NPA, dvs. Nigerian Psychologist Association. Møte i Abuja 1. juni 2016.

7. VEDLEGG



Flygeblad fra en evangelisk menighet i Abuja som ble delt ut utenfor en privat psykiatrisk klinikk i Abuja i juni 2016. Menigheten tilbyr behandling for somatiske og psykiske lidelser gjennom bønn (Foto: Anne Moseng Knutsen).

© Landinfo 2017

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.