

Temanotat  
**Irak: Helsetjenester**



**LANDINFO**  
Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

© Landinfo 2019

**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 2098 Vika

0125 Oslo

Tel: 23 30 94 70

E-post: [landinfo@landinfo.no](mailto:landinfo@landinfo.no)

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

Iraq's health care capacity has been severely weakened through decades of sanctions, war and conflict. The health care system, which once was a flagship in the Middle East, today is marked by havoc, neglect, shortcomings and understaffing.

Most diseases may be treated at public hospitals in Iraq, but due to lack of capacity, many are forced to seek treatment in the private health sector or abroad.

There is a significant medical shortage in Iraq, and if public hospitals do not have medicine available, the patient will have to buy it himself from a pharmacy. Iraqis are among those with the highest out-of-pocket expenditure on health care in the world (78 %), in spite of near-free health services in the public sector.

The primary health care centers are spread around the country, but they are better equipped and managed in urban areas compared to rural areas. Hospitals are, to a large extent, centralized, which hinders access to large parts of the population.

Mental health services are still largely unavailable despite a growing need.

The UN and other organizations fill some of the gaps between what is offered in the public sector and real needs, especially in areas with many internally displaced and returned.

## SAMMENDRAG

Kapasiteten i Iraks helsesektor har blitt kraftig svekket gjennom flere tiår med sanksjoner, krig og konflikt. Helsevesenet, som en gang var et flaggskip i Midtøsten, fremstår i dag sterkt preget av ødeleggelser, forsømmelse, mangler og underbemanning.

De fleste sykdommer kan behandles ved offentlige sykehus, men på grunn av kapasitetsmangelen, tvinges svært mange til å oppsøke private sykehus eller reise til utlandet for behandling.

Det er stor medisinmangel, og dersom offentlige sykehus ikke har medisin tilgjengelig, må pasienten kjøpe det selv fra et apotek. Irakere er blant dem som betaler aller mest for helsebehandling fra egen lomme (78 %), selv om offentlige helsetjenester er nær gratis.

Primærhelsetjenesten er spredt rundt i landet, men den er bedre utstyrt og bemannet i byene enn på landsbygda. Sykehusene er i stor grad sentralisert hvilket hindrer tilgangen for store deler av befolkningen.

Psykiske helsetjenester er fortsatt lite tilgjengelig på tross av et økende behov.

FN og andre organisasjoner fyller noe av gapet mellom det som tilbys i offentlig sektor og reelt behov, spesielt i områder med mange internt fordrevne og returnerte.

## INNHold

<b>1. Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Kildetilfang .....	7
<b>2. Bakgrunn</b> .....	<b>8</b>
<b>3. Den generelle helsetilstanden i befolkningen</b> .....	<b>9</b>
<b>4. Organisering av helsevesenet</b> .....	<b>10</b>
4.1 Primærhelsetjenesten .....	10
4.2 Sekundær- og tertiærhelsetjenester .....	11
<b>5. Kvalitet og kapasitet</b> .....	<b>12</b>
5.1 Praktisering av henvisningssystemet .....	12
5.2 Manglende kapasitet ved sykehusene .....	13
5.3 Legemangel .....	14
5.3.1 Trusler og vold mot leger .....	14
5.4 Medisinmangel .....	15
5.4.1 Medisinsituasjonen i KRI .....	16
5.5 Mangel på medisinsk utstyr .....	17
5.6 Årsaker til manglene .....	17
5.6.1 Ressurssituasjonen .....	17
5.6.2 Sikkerhetsutfordringer .....	18
5.6.3 Sentralstyrt innkjøpssystem .....	18
<b>6. Vilkår for behandling i det offentlige helsevesenet</b> .....	<b>18</b>
6.1 Kostnad .....	18
6.2 Bosted .....	19
6.3 ID-kort .....	20
<b>7. Ikke-offentlig sektor</b> .....	<b>20</b>
7.1 Privat sektor .....	20
7.2 Kostnader i privat sektor .....	21
7.3 Tilbud fra internasjonale og nasjonale organisasjoner .....	22
7.4 Kvalitet i privat og ideell sektor .....	22
<b>8. Behandlingstilbud</b> .....	<b>23</b>
8.1 Hjerne- og karsykdommer .....	23
8.2 Kreftbehandling .....	24
8.3 Diabetes .....	25
8.4 Dialyse ved nyresvikt .....	26
8.5 Mødre/barn-helse .....	26
<b>9. Psykisk helsetjeneste</b> .....	<b>27</b>

9.1	Mangel på psykiatrisk helsepersonell.....	27
9.2	Ikke-offentlige tjenester.....	28
9.3	Stigma knyttet til psykiatri .....	28
9.4	Tilbud til autister .....	29
<b>10.</b>	<b>Behandling av rusavhengige .....</b>	<b>30</b>
<b>11.</b>	<b>Betaling fra egen lomme .....</b>	<b>30</b>
<b>12.</b>	<b>Referanser .....</b>	<b>32</b>

# 1. INNLEDNING

Dette notatet omhandler Iraks helsevesen. Målet er å gi en generell beskrivelse av det offentlige helsevesenet, med vekt på de relevante kilder anser som dets styrker og svakheter. I tillegg redegjøres det i korte trekk for enkelte viktige behandlingstilbud.

Tilbudet i privat sektor er så vidt berørt, men ønsket fra utlendingsforvaltningen var å vektlegge forholdene i offentlig sektor, da behandling i privat sektor er relativt dyrt og dermed lite tilgjengelig for store deler av befolkningen.

Irak har et offentlig tilbud som i prinsippet skal være gratis og som tar sikte på å gi nødvendig behandling til landets befolkning. Det er imidlertid innført mindre kostnader også i offentlig sektor.

## 1.1 KILDETILFANG

Notatet bygger i stor grad på møter Landinfo hadde med helsemyndigheter, leger, sykehusdirektører og FN-organisasjoner i Bagdad og Erbil i mars og april 2019. Landinfo besøkte ett sykehus i Bagdad og tre i Erbil. Tre av dem er offentlige, mens ett er privat.

Sykehusene ble delvis valgt ut fra et ønske om mer inngående kjennskap til behandling av barn og av kreftpasienter og delvis av praktiske hensyn.

Rapporten tar ikke sikte på å gi et komplett bilde av helsetjenestene i Irak. Til det er kildetilfanget vi har for lite og variasjonene lokalt for stor. Kildene vi har konsultert, gir imidlertid et forholdsvis likt bilde av den generelle situasjonen, hvilket gir en viss trygghet på at situasjonsbeskrivelsen som her gjengis, i all hovedsak er godt forankret i virkeligheten.

I Bagdad møtte Landinfo følgende helsefaglige kilder:

- **Dr. Hazem Al-Jumaily**, en av tre viseministre i Helsedepartementet<sup>1</sup>. I dette møtet var også lederen for departementets internasjonale avdeling, Kareema al-Fatlawi, samt et par andre ansatte. I notatet vil al-Jumaily og hans medarbeidere bli referert til som visehelseministeren eller Helsedepartementet.
- **Al-Amal sykehus**. Dette er et spesialsykehus for kreftbehandling. Landinfo fikk en omvisning på sykehuset og et møte med direktøren.
- **WHOs stedlige representant i Bagdad**, Adham Abdel Monheim
- En **barnelege** som jobber på et sykehus i Sadr City
- **Norges Røde Kors'** stedlige representant i Irak.

I Erbil møtte Landinfo en representant for Helsedirektoratet i Erbil, samt leger og direktører ved følgende sykehus:

- **Helena Center for Handicapped Children**. Dette er et poliklinisk sykehus som behandler barn med funksjonsnedsettelse, deformasjoner, leddproblemer og vekstproblemer. Sykehuset har neurologer, ortopeder og barneleger, og

---

<sup>1</sup> Det er tre viseministre i Helsedepartementet: en for tekniske forhold, en for administrative forhold og en for bygg og anlegg (building and construction): [https://www.researchgate.net/publication/281207196\\_Iraq\\_health\\_care\\_system\\_An\\_overview](https://www.researchgate.net/publication/281207196_Iraq_health_care_system_An_overview). Al-Jumaily har ansvar for tekniske forhold.

behandlingen består hovedsakelig av fysioterapi og fysisk opptrening, men mindre kirurgiske inngrep kan òg foretas her. Barn som trenger større kirurgiske inngrep, blir henvist til andre sykehus for operasjon. Helena-senteret tilbyr ortoser og hjelpeapparater til barn som trenger det. Disse produseres i et eget verksted på stedet.

- **Rizgary Hospital.** Dette er et spesialistsykehus som behandler kreftpasienter med tumor.
- **Sardam Private Hospital.** Sardam tilbyr det meste av kirurgi, slik som ortopediske inngrep, neurokirurgi og plastisk kirurgi. Sykehuset gjennomfører derimot ikke hjertekirurgi.

Landinfo var også på et kort uanmeldt besøk ved Erbils Emergency Hospital og snakket med en lege der. Besøket ga oss et lite innblikk i tilstanden ved sykehuset, men notatet baseres ikke på kilder derfra. Derimot ble noe av informasjon vi innhentet fra andre kilder, for eksempel om ressursituasjonen, bekreftet ved dette besøket.

I tillegg hadde vi et møte med organisasjonen SEED Foundation, som bl.a. bistår internt fordrevne med psykiske helsetjenester.

Foruten de muntlige kildene benyttes også skriftlig materiale fra FN og andre ekspertmiljø, samt relevante nyhetsartikler.

Mye av materialet er hentet fra WHO, som over flere år har vært en viktig premiss-leverandør og bistandsaktør i utviklingen av Iraks helsesektor.

## 2. BAKGRUNN

Helsevesenet i Irak var ansett som ett av de beste i Midtøsten på 70- og tidlig 80-tall (Shabila et al. 2010; EPIC 2017; al-Bayan Center 2018, s. 7; World Bank 2017, s. 82). Det ble imidlertid kraftig svekket som følge av langvarig krig mot Iran på 80-tallet og FN-sanksjonene som ble innført mot Irak etter landets invasjon av Kuwait i august 1990. Høye oljeinntekter og utreisenekt for leger hadde tidligere bidratt til at helse-tjenestene holdt seg på et høyt nivå.

Ettersom Iraks inntekter stupte som følge av sanksjonene, ble helsebudsjettet kuttet med rundt 90 % (EPIC 2017; IRFAD 2014). Mange leger, med flere, flyktet fra landet hvilket svekket helsevesenet ytterligere.

Først i 1996 fikk FN i stand en avtale med Irak som ga landet mulighet til å eksportere olje for å få tilgang til import av mat og andre essensielle varer, inkludert medisiner (Woertz 2019; Office of the Iraq Programme Oil-for-Food 2003a). I sanksjons-perioden, som vedvarte helt til 2003, stoppet utviklingen i helsevesenet. Olje-for-mat-programmet bidro imidlertid til en positiv utvikling i befolkningens helsetilstand sammenlignet med årene fra 1990 og frem til programmet ble iverksatt (Office of the Iraq Programme Oil-for-Food 2003b).

Perioden etter regimeskiftet i 2003 har vært preget av krig og konflikt, med en ytterligere negativ innvirkning på helsesektoren, i form av store ødeleggelser i infra-struktur, legefukt og manglende gjenoppbygging og videreutvikling (WHO u.å.a).



Ifølge WHO (2018) er flere sykehus fortsatt stengt, mens litt over halvparten av de ødelagte klinikkene har blitt rehabilitert.

Den stedlige representanten for WHO i Bagdad uttalte i møte med Landinfo (mars 2019) at dagens helsevesen i Irak bærer preg av de siste 15–20 år med full kollaps.

Ifølge siste tilgjengelige tall fra WHO (2019c, s. 11; 2019d) går 6,5 % av totale offentlige utgifter i Irak til helse. Dette utgjør, i henhold til viseministeren i Helsedepartementet, 4 % av BNP (møte mars 2019).

Irak rangerer i nedre sjikt på Transparency Internationals liste over verdens mest korrupte land,<sup>2</sup> hvilket kan forklare manglende utvikling på tross av relativt høy pengebruk.

### 3. DEN GENERELLE HELSETILSTANDEN I BEFOLKNINGEN

Irak, et land med om lag 39 millioner innbyggere, rangerer som nummer 120 på FNs indeks for menneskelig utvikling (UNDP 2018, s. 24). I løpet av de siste 25 årene har man sett en positiv utvikling på enkelte helseindikatorer. I perioden har den gjennomsnittlige levealderen økt fra 68,1 til 70,3<sup>3</sup> (WHO 2019b). Samtidig har dødelighet blant spedbarn i løpet av de første 28 levedøgn (neonatal mortality) sunket fra 27 til 17 per 1000 levendefødte, og dødelighetsraten på barn under 5 år har sunket fra 54 til 30 per 1000 levendefødte (WHO 2019b). Tilstanden på flere av indikatorene er imidlertid dårligere enn gjennomsnittet for MENA (World Bank 2017, s. 82).

Det er påvist en økning i antall krefttilfeller. Flere setter bruk av utarmet uran i krigføring i sammenheng med økt kreftfare (Omar 2017; Saadon 2019). Miljøforurensning bl.a. fra oljeutvinning og krigføring etter 2003, skal ha forsterket problemet (Omar 2017; Saadon 2019).

Kreft samt hjerte- og karsykdommer (cardiovascular diseases<sup>4</sup>) er de fremste dødsårsakene i Irak, ifølge statistikk fra Iraks helsedepartement (2018, s. 2; WHO 2019a).

Infeksjonssykdommer er imidlertid også blant de viktigste årsakene til sykdom og død i Irak (World Bank 2017, s. 82; Iraks helsedepartement 2018, s. 2).

Kolerautbrudd kan forekomme, og senest i 2015 ble over 2800 tilfeller fra 17 provinser bekreftet ved et laboratorium i Bagdad. Myndighetene iverksatte, med bistand fra WHO og UNICEF, en vaksinasjonskampanje for å forhindre ytterligere spredning (WHO 2015). Man har ikke oppdaget større utbrudd i senere tid.

Ellers er det store forekomster av diabetes i befolkningen, og følgesykdommer som bl.a. nyresvikt er utbredt.

---

<sup>2</sup> I indeksen for 2018 rangerer Irak som nr. 168 av 180 land. Indeksen er basert på oppfatningene til eksperter og personer i næringslivet om korrupsjon i offentlig virksomhet. Skalaen som brukes, går fra 0 til 100, der 0 er svært korrupt og 100 er svært ren. Irak har en score på 18 (Transparency International 2018).

<sup>3</sup> Forventet levealder er 69 for menn og 72 for kvinner (WHO u.å.b).

<sup>4</sup> Hjertelidelser omfatter både infarkt, slag med mer. For beskrivelser av hvilke lidelser som faller inn under begrepet, se WHO: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).

Det er registrert relativt få tilfeller av tuberkulose<sup>5</sup> og hiv/aids (World Bank u.å.), og behandling av disse sykdommene blir derfor ikke nærmere omtalt.

## 4. ORGANISERING AV HELSEVESENET

Det irakiske helsevesenet er underlagt Helsedepartementet. Departementet står for den sentrale planleggingen av landets helsetjenester, mens hver provins har sitt eget helsedirektorat med ansvar for administrasjonen av helsetjenestene lokalt. I Bagdad finnes det to helsedirektorater (Karrada og Rusafa). Landet har totalt 118 helsedistrikter, og hvert distrikt dekker 200 000–300 000 innbyggere (BAO 2017).

Den irakiske Kurdistanregionen (KRI), med provinsene Dohuk, Erbil og Sulaymaniya, har en egen regional regjering og eget helsedepartement, som ikke er underlagt helsedepartementet i Bagdad. Helsevesenet er bygget opp på samme måte der som i resten av landet, og hver provins har sitt eget helsedirektorat.

I 2009 vedtok myndighetene å gradvis innføre en basis helsetjenestepakke (Basic Health Service Package) (WHO 2009). Denne var ment å sikre befolkningen en helhetlig og standardisert helsetjeneste formet for å møte de grunnleggende behovene til befolkningen på lokalt nivå. Primærhelsetjenesten skal tilbys på ulike nivåer fra kommunehelsetjenesten lokalt til sekundærhelsetjenesten på distriktsnivå. Primærhelsetjenesten inkluderer kommunale helsesentre, undersentre og hovedsentre, mens sekundærhelsetjenesten tilbys ved sykehus i byene (WHO 2009, s. 12). Personer som trenger helsehjelp, skal først oppsøke primærhelsetjenesten lokalt og bli behandlet der dersom det er mulig, og deretter bli henvist videre i systemet ved behov.

Per i dag er Iraks helsevesen fortsatt dominert av et offentlig tilbud, mens det i utviklingsplanene ligger an til en videreutbygging av privat sektor. Det kreves imidlertid politisk tilrettelegging og avklaringer før en slik endring kan finne sted (barnelege i Bagdad, møte april 2019).

### 4.1 PRIMÆRHELSETJENESTEN

Primærhelsetjenesten er organisert på tre nivåer, fra kommunehelsehus, til undersentre og hovedsentre (WHO 2009, s. 12 og 21; BAO 2017; WHO u.å.a).

I henhold til WHO (u.å.a) finnes det 1146 helsesentre med helsepersonell som ikke er utdannet leger og 1185 helsesentre med minst en utdannet lege.

Kommunehelsehus skal være bemannet av mannlig og kvinnelig personell, og fungere som en rådgivende støtte for lokalmiljøet opp mot primærhelsesentrene. De skal tilby følgende (WHO 2009, s. 21; BAO 2017):

- opplæring/opplysningstjeneste (information education and communication activities (IEC))
- utdeling av kondomer og annen prevensjon
- utdeling av ernæringstillegg

---

<sup>5</sup> Ifølge UNDP (2018, s. 52) er forekomsten av tuberkulose 40 per 100 000 innbygger. WHO's tall for 2017 antyder 20 per 100 000 (2018, s. 9).

- opplysning om vaksinasjon
- vekstovervåkning
- oppfølging av gravide/svangerskapskontroll
- begrenset kurativ helsetjeneste

Undersentrene (sub-centres) finnes på mindre steder og skal tilby følgende (WHO 2009, s. 21; BAO 2017):

- helsetjenester for mor/barn
- bistand ved normale fødsler
- opplæring/opplysningstjeneste (information education and communication activities (IEC))
- vaksiner
- kurativ behandling
- noen essensielle medisiner
- enkelte laboratorietjenester

Hovedsentrene finnes i byer og tettbygde strøk, og skal tilby følgende tjenester (WHO 2009, s. 22; BAO 2017):

- helsetjenester for mor/barn
- vaksiner
- behandling for overførbare sykdommer
- behandling/konsultasjon for ikke-overførbare sykdommer
- psykiske helsetjenester
- akutt hjelp
- tannlege
- laboratorietjenester
- essensielle medisiner

Noen av hovedsentrene har fødestuer og mulighet til å gjennomføre enkle medisinske inngrep og kirurgi og enkle akutte obstetriske inngrep (behandling av mødre og fostre under graviditet og fødsel). Sentrene har imidlertid svært begrenset kapasitet for innleggelse av pasienter (WHO 2009, s. 23, 27).

Det er ingen jevn fordeling av sentrene innen primærhelsetjenesten. Det er langt færre helsesentre i rurale og fjerntliggende områder (BAO 2017).

## 4.2 SEKUNDÆR- OG TERTIÆRHELSETJENESTER

Personer med behov for sekundærhelsetjenester, skal henvises til distriktssykehus. Disse skal være i stand til å utføre kompliserte operasjoner og skal ha egne akuttavdelinger, blodbank, laboratorier med mer. I henhold til WHO (u.å.a) finnes det totalt 229 offentlige sykehus i Irak<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Al-Bayan Center opplyser (2018, s. 14–15) at det finnes ulike tall på antall offentlige sykehus. Helsedepartementet rapporterte i 2015 at det fantes 212 offentlige og 95 private sykehus, hvorav henholdsvis 207 og 93 var operative. I 2016 rapporterte departementet at det fantes 260 offentlige og 121 private sykehus. Al-Bayan Center mener den rapporterte økningen er urealistisk gitt situasjonen landet befant seg i. UNAMI og OHCHR (2016, s. 11) rapporterer imidlertid at det ifølge Helsedepartementets årsrapport for 2015 var 253 offentlige sykehus og 119 private.

Spesialisthelsetjenester tilbys innenfor tertiærhelsetjenesten, som i hovedsak tilbys ved et av landets 61 universitetssykehus. Der skal det finnes kompetanse innen alle medisinske fagfelt. Disse sykehusene finnes i hovedsak i provinshovedstedene.

Iraks helsetjenester er i hovedsak sentrert rundt urbane strøk (Bertelsmann Stiftung 2018, s. 23; Al Hilfi et al. 2013).

## 5. KVALITET OG KAPASITET

Ifølge World Bank (2017, s. 82, 83) lider primærhelsetjenesten i Irak generelt under dårlig organisering, underbemanning og medisinmangel. De peker på at henvisningsordningen ikke fungerer spesielt godt, fordi sykehusene ikke er jevnt fordelt utover landet. Folk på landsbygda må reise langt for å få spesialisthelsetjenester, hvilket innebærer store kostnader. Det estimeres at kun 40 % av Iraks befolkning har tilgang til sykehusbehandling (sekundær- og tertiær-helsetjenester), fordi tjenestene er for sentralisert og har for dårlig kapasitet. Mange er derfor i realiteten prisgitt tilbudet primærhelsetjenesten kan gi lokalt.

Det er store variasjoner innen primærhelsetjenesten. Dette skyldes først og fremst strukturen i tilbudet, som innebærer at klinikkene i byene er bedre utstyrte enn undersentrene på landsbygda (Cetorelli & Shabila 2014). Hovedklinikkene skal være bemannet av leger, mens de andre kun har annet helsepersonell. Ifølge WHO (u.å.a.) er bare rundt halvparten av alle primærhelseentre bemannet med utdannede leger.

Visehelseministeren (møte mars 2019) vedkjente et kapasitetsproblem i helsesektoren, og at personer med tilstrekkelige ressurser reiser til utlandet for behandling.

At Iraks helsevesen er preget av store mangler og lav kapasitet, fremgikk også av samtalen Landinfo hadde med WHO's representant i Irak og leger ved sykehusene vi besøkte.

Ifølge Norges Røde Kors i Irak, som bistår Irak med diverse helserelaterte prosjekter (møte mars 2019), varierer kvaliteten på helsetjenestene fra provins til provins. Ulike provinser har ulike utfordringer. Eksempelvis har de regionale myndighetene i KRI hatt problemer med å betale lønninger, mens rurale strøk i Basra har manglet ambulansetjeneste. Andre steder mangler det helsearbeidere, og noen områder sliter mer enn andre med medisinmangel.

Nedenfor omtales det som, generelt sett, oppfattes som de største utfordringene i Iraks offentlige helsevesen.

### 5.1 PRAKTISERING AV HENVISNINGSSYSTEMET

Ifølge Helsedepartementet (møte april 2019) har hver provins et godt system for å prioritere pasienter som står i kø for behandling. Det ble hevdet at pasienter blir prioritert i henhold til sykdommens alvorlighetsgrad.

Flere av Landinfos kilder i Bagdad og Erbil påpekte imidlertid at en av de største utfordringene med systemet er manglende tillit til primærhelsetjenesten (direktør ved Rizgari sykehus, Erbil, møte mars 2019; Hazan Talat Mama, møte april 2019). De

mente at dette fører til at folk oppsøker sykehusene direkte i stedet for å gå veien om primærhelsetjenesten, selv for en enkel forkjølelse.

Problemet kan også være motsatt, ifølge direktøren ved kreftsykehuset Rizgari i Erbil (møte mars 2019). Han mente at altfor mange pasienter blir henvist til spesialistbehandling. Rizgari sykehus er et slikt spesialistsykehus. Ifølge ham skulle om lag 60 % av sykehushets pasienter ikke vært henvist dit, men heller blitt behandlet i primærhelsetjenesten.

Årsakene til at en utilsiktet stor andel pasienter går direkte til sykehus/spesialistbehandling, kan være flere: mangel på utstyr, medisiner og kapasitet i primærhelsetjenesten kan forklare noe, men det er også grunn til å tro at leger eller annet medisinsk personell ved klinikkene blir presset av pasienten til å henvise dem videre til sekundær- og tertiærtjenesten.

Det er ikke uvanlig at en lege ved Rizgari mottar 60 pasienter om dagen. «Vi kan ikke la være å ta imot dem», uttrykte direktøren der. Sykehuset opererer imidlertid med to køer, en for time med leger under utdanning/medisinstudenter («registrars») og en for spesialister. Medisinstudentene fungerer som allmennleger.

## 5.2 MANGLENDE KAPASITET VED SYKEHUSENE

Irak har 0,7 primærhelsesentre<sup>7</sup> og 13,2 sykehussenger<sup>8</sup> per 10 000 innbygger (WHO 2019c, s. 14; UNDP 2018; 85). Lav kapasitet har ført til at folk med ressurser reiser til utlandet for medisinsk behandling, fortrinnsvis til Amman, Beirut, Istanbul, Teheran eller Dehli – eller til KRI (EPIC 2017).

Mange av landets sykehus og klinikker har blitt ødelagt som følge av krig og konflikt etter 2003, spesielt i tidligere ISIL-kontrollerte områder. Helsesektoren i Ninewa og Salah al-Din ble særlig hardt rammet, og behovet for helsepersonell og operative sykehus og klinikker er spesielt stort der (WHO 2018). Ødeleggelse har også rammet driften på klinikker og sykehus i Kirkuk og Anbar (UNOCHA 2018, s. 33).

F.eks. ble det hjertemedisinske senteret i Mosul fullstendig ødelagt (Helsedepartementet, møte mars 2019). Pasienter som skulle ha fått behandling der, blir henvist til Bagdad eller Erbil. Ifølge viseministeren i Helsedepartementet er sykehusene i Mosul fortsatt preget av store ødeleggelse, og kun en fjerdedel av de offentlige sengepostene der er tilgjengelige (1000 av 4000).

Da sikkerhetssituasjonen har vært bedre i KRI det siste tiåret sammenlignet med i resten av Irak, har det blitt etablert flere nyere sykehus der, særlig i privat sektor.

Det offentlige helsevesenet bruker i dag store ressurser på å behandle sårede soldater, noe som også går utover kapasiteten. Før kampen mot ISIL ble disse behandlet av leger ansatt i forsvarsdepartementet (Helsedepartementet, møte mars 2019).

Mangel på kapasitet i helsesektoren ble trukket frem som et hovedproblem av flere av Landinfos kilder (barnelege; direktør Rizgari sykehus; direktør ved Al Amal sykehus, møter mars 2019; Hazhen Talat Mama, møte april 2019). Barnelegen Landinfo snakket

---

<sup>7</sup> Til sammenligning har Jordan, som er et land med langt mindre ressurser enn Irak, 6,9 primærhelsesentre per 10 000 innbygger, mens Iran har 2,8 (WHO 2019c, s. 14).

<sup>8</sup> Til sammenligning har Jordan, 14,7 sykehussenger på 10 000 innbygger, mens Iran har 15,6 og Norge 33 (WHO 2019c, s. 14; UNDP 2018, s. 83).

med, hevdet at nepotisme og korrupsjon har hindret etablering av nye offentlige sykehus på tross av at det allerede var bevilget penger til formålet.

### 5.3 LEGEMANGEL

Foruten mangel på sykehus og primærhelseklinikker, er det også stor legemangel (Helsedepartementet; barnelege i Bagdad; WHO i Bagdad, møte mars 2019). Anslagsvis halvparten av Iraks leger flyktet i tidsrommet 2003–2013 (Skelton 2013, s. 2). 20 000 leger skal ha flyktet i løpet av de siste 15 årene, i henhold til en studie gjennomført av International Committee for the Red Cross, Iraks helsedepartement og andre medisinske organisasjoner (AFP 2019).

Ifølge viseministeren i Helsedepartementet (møte mars 2019) har landet kun en tredjedel av legene de har behov for. Rekruttering av nye leger står på ingen måte i forhold til befolkningsveksten, hevdet han. Ifølge ham fødes det 1,2 millioner barn per år, mens 200 000 personer dør.

UNDPs rapport om menneskelig utvikling fra 2018 bekrefter dette: Ifølge den har Irak kun 8,5<sup>9</sup> leger per 10 000 innbyggere (2018, s. 85). Det er riktignok en økning fra 2009 da Irak hadde 6,7 leger per 10 000 innbyggere (WHO 2011, s. 7). Økningen kan skyldes både nyrekruttering og at noen leger har returnert, men Landinfo har ingen tall eller annen informasjon til å belyse dette. Norge har til sammenligning 44 leger per 10 000 innbygger, mens Jordan har 34 og Iran 15 (UNDP 2018, s. 83–84).

Foruten generell legemangel er den regionale fordelingen ujevn, idet hovedvekten av legene finnes i byene (Al Hilfi et al. 2013).

Ifølge viseministeren i Helsedepartementet er det ingen sykepleiermangel. Derimot ønsker departementet å forbedre kvaliteten i sykepleien, og jobber nå med en strategi for å forbedre sykepleierutdanningen.

#### 5.3.1 Trusler og vold mot leger

Kildene Landinfo møtte, var samstemte i at manglende personlig sikkerhet for legene er en av grunnene til legemangelen. Leger og sykepleiere i Irak har i flere år blitt utsatt for trusler og vold fra sørgende familier, mektige klaner og militsledere (EPIC 2017; Habib 2017; Rudaw 2018; AFP 2019). Opphør av lov og orden, spesielt i kjølvannet av ISILs erobringer sommeren 2014, satte legene der i en spesielt vanskelig situasjon.

I et land med få fungerende organer å rette sinne, sorg og frustrasjon mot, står legene i førstelinjen i sykehuskorridorene hvor ofrene fra krig og terrorhandlinger har søkt tilflukt (EPIC 2017). Dette er et vedvarende problem, ifølge kildene Landinfo snakket med. I møtet hos Helsedepartementet kom det frem at leger utsettes for trusler og vold på daglig basis. Det ble hevdet at det knapt finnes en lege som ikke har blitt utsatt for trusler. De erkjente samtidig at legene er ubeskyttet på sykehusene.

Ifølge barnelegen Landinfo møtte, er det et stort problem at det ikke finnes noen lov som beskytter dem (møte mars 2019). Han hevdet videre at manglende beskyttelse fører til at nyutdannede leger heller reiser til utlandet enn å jobbe i Irak. I mangel av et lovverk som beskytter legene, ønsker mange å forlate Irak. Når en lege blir utsatt for trusler eller vold på sykehuset, hevder sykehusledelsen at dette ikke er sykehusets

---

<sup>9</sup> I henhold til WHO (2019c) har Irak 9,4, leger per 10 000 innbygger.

problem. Legene blir derimot bedt om å løse problemet med pasientens klan selv. I en artikkel om vold mot leger i Irak (AFP 2019), antydes det at landets voldshistorikk og høye andel private våpen, er med på å forklare fenomenet.

På spørsmål om legers anseelse er preget av forhold før 2003, svarte barnelegen i Bagdad at leger var mer respektert under Baath-regimet, selv om de da hadde lave lønninger. I ettertid har lønningene steget, men anseelsen sunket.

Sykehusdirektøren ved Rizgari sykehus mente at folk generelt har liten innsikt og kunnskap om helse og helsevesenet. Pasientene forventer behandling, og forstår ikke at enkelte sykdomssymptomer ikke skal behandles. Om du ikke behandler dem, tipser de media eller truer legen. Folk forstår heller ikke at man må vente på en MR-time. Man forventer umiddelbar tjeneste, eller maksimum to–tre dagers ventetid.

Visehelseministeren bekreftet i møtet med Landinfo at vold mot leger var et sosialt problem, og han trakk også frem at media var med på å fremme hat mot leger. Han erkjente også at vold mot leger fra pasienters pårørende er en av årsakene til at leger forlater Irak.

Trusler og overgrep mot leger skjer særlig i forbindelse med at liv ikke kan reddes. Pårørende kan mene at legene ikke har gjort nok for å redde pasienten. Legene Landinfo traff i KRI, hevdet at leger var utsatt for trusler fra pårørende også der.

Følgende eksempel på hva som kan utløse en voldshendelse, ble nevnt:

Et foreldrepar bringer inn et barn som har fått et akutt epileptisk anfall (a sudden attack of convulsion) og har mistet bevisstheden. Foreldrene kan bli bedt om å dra på apotek for å kjøpe medisin, fordi det ikke finnes noe på sykehuset. Dersom sen medisiner skader barnet, kan foreldrene anklage legen for at barnet ikke fikk den akutte hjelpen barnet trengte. Familien skjønner ikke at det er myndighetene som har feilet ved ikke å ha sørget for at det finnes tilstrekkelig med medisiner på offentlige sykehus.

Leger kan også bli angrepet i eget hjem (visehelseministeren, møte mars 2019). Dersom legen anmelder forholdet til politiet, risikerer han alvorlige problemer med hele klanen til overgriperen.

WHOs stedlige representant i Irak bekreftet at legeflukten fra Irak har vært betydelig. Han la imidlertid til at flere har returnert, og at det er et av de mest positive utviklingstrekkene de siste årene. Landinfo har ingen tall på hvor mange leger som kan ha returnert.

## 5.4 MEDISINMANGEL

Irak har ifølge viseministeren i Helsedepartementet en liste<sup>10</sup> med 550 essensielle medisiner som hele tiden skal være tilgjengelige i landet (møte mars 2019). Det er myndighetenes ansvar at disse medisinene finnes. Medisiner som ikke inngår i listen over de essensielle medisinene, kjøpes inn etter initiativ fra lokale myndigheter og privat sektor. WHOs liste over essensielle medisiner inneholder imidlertid 1259 medisiner (WHO 2011, s. 27).

Ifølge WHO (møte med stedlig representant, mars 2019) er 80 % av medisinene på listen over essensielle medisiner, ikke tilgjengelige på sykehus i Irak. Derimot har Irak

---

<sup>10</sup> Helsedepartementet har publisert listen over essensielle medisiner her: <http://kimadia.iq/en/article/detail/6228>.

et stort svartebørsmarked, og medisiner er tilgjengelige ved private apotek. Hovedproblemet med apotekene, ifølge WHO, er at mye av medisinen der er av dårlig kvalitet. Det er ingen kvalitetskontroll i den private medisinimporten.

Årsrapporten fra Iraks helsedepartement for 2018 (2019) bekrefter WHO's beskrivelse av medisinmangelen.

Mangelen på medisiner og medisinsk utstyr generelt varierer fra by til by, og fra tid til annen. I tillegg er det store mangler på de fleste typer (generelle) medisiner i hele landet, inkludert smertestillende. Det gjelder også for medisiner som kronisk syke pasienter har bruk for, inkludert insulin for diabetes (Helsedepartementet; WHO, møte mars 2019). Budsjettet er ikke stort nok til å dekke utgiftene til medisiner (Helsedepartementet, møte mars 2019).

Selv livreddende medisiner er det tidvis mangel på. Per mars 2019 (møte med Helsedepartementet) manglet f.eks. hydrokortison og adrenalin. Det brukes substitutter, men dette er ikke ideelt.

Noen medisiner er svært dyre, hvilket er en av årsakene til mangelen. Spesielt dyre er anti-immun-medisiner og medisiner brukt etter en transplantasjon (post transplantation drugs). Disse er ofte mangelvare, hevdet Helsedepartementet (møte mars 2019).

Ved Rashid-sykehuset i Bagdad, som behandler kreftpasienter, er mangel på enkelte typer cellegift et stort problem. Ifølge sykehusdirektøren mangler de 33 av cellegiftmedisinene som finnes på listen over essensielle medisiner (møte mars 2019).

Visehelseministeren bekreftet i møtet med Landinfo at det hender at pasienter dør som følge av medisinmangel. Den er aller størst på landsbygda, der også helt vanlig medisin ofte er mangelvare.

#### **5.4.1 Medisinsituasjonen i KRI**

Situasjonen er imidlertid langt bedre i KRI, ifølge WHO i Bagdad (møte mars 2019). Myndighetene der kan gjøre egne innkjøp og er dermed ikke avhengige av medisinene fra Bagdad. Helsedirektoratene distribuerer medisin til de offentlige sykehusene og klinikkene (direktør ved Helena hospital Hazhen Talat Mama, møte mars 2019).

Ifølge en representant for Helsedirektoratet i Erbil (møte mars 2019) er det imidlertid utfordringer med medisintilgangen også der. Det samme mente ledelsen ved de tre sykehusene Landinfo besøkte i Erbil (Rizgari hospital, Helena hospital og Sardam private hospital).

Direktøren ved Helena hospital meddelte Landinfo at Helsedirektoratet planlegger å innføre en ny distribusjonsordning for medisiner til sykehusene som skal bøte på medisinmangelen. Den nye ordningen kommer i stand som følge av en avtale Helsedirektoratet var i ferd med å inngå med legemiddelfirmaene. Avtalen skal gå ut på at legemiddelfirmaene leverer medisiner, og at de først blir betalt etter som medisinene blir brukt. På den måten risikerer ikke myndighetene å betale for medisiner som ikke blir benyttet, og det er mindre risikabelt for Helsedirektoratet å bestille større kvantum av medisiner til sykehusene. Direktøren ved Helena hospital mente dette ville føre til en bedring av situasjonen.

Et annet problem, som ble nevnt i KRI (lege, tidligere medlem av helsekomitéen i KRIs parlament, møte mars 2019), er at «mektige politikere» (VIP-politikere) intervensjoner i legemiddelinnkjøpene. Flere av dem eier legemiddelfirmaer og



importerer falske eller lav-kvalitetsmedisiner for å tjene penger. Ved ett tilfelle resulterte dette i at 39 mennesker ble blinde som følge av dårlig medisin. Alle fikk riktignok kompensasjon i ettertid, hvilket indikerer at noen tok ansvar for hendelsen. I henhold til samme kilde har noen av de mektige politikere ofte eierinteresser i privat helsesektor også, og de har angivelig interesse av at kvaliteten på medisinene i offentlig sektor er dårligere enn i privat sektor.

Representanter ved det amerikanske konsulatet i Erbil mente også at det er en problematisk sammenheng mellom politiske partier og næringsliv (møte april 2019).

## **5.5 MANGEL PÅ MEDISINSK UTSTYR**

Foruten medisinmangel lider helsevesenet også under mangel på medisinsk utstyr. Dette ble bekreftet både av Helsedepartementet i Bagdad, WHO og på sykehusene Landinfo besøkte i Bagdad og Erbil.

Ifølge Helsedepartementet mangler spesialsenger for premature barn som trenger akutt behandling og spesialistsykepleiere. Kirurgiske inngrep på små barn blir derfor henvist til sykehus i utlandet. Staten dekker utgiftene for disse barna.

Helsedepartementet trakk også frem mangel på proteser. Behovet er langt større enn tilbudet. Derimot er det nok medisinsk personell til å behandle denne pasientgruppen.

Rent generelt er situasjonen best i Bagdad, Basra, Babil, Najaf og Kerbala (Helsedepartementet, møte mars 2019).

Barnesykehuset Landinfo besøkte i Erbil, eksemplifiserte hvordan utstyrsmangel gjør situasjonen vanskelig for pasientene: Mangel på røntgenfilm gjør at må reise til et annet sykehus og ta bildene. Helena hospital har egen røntgenmaskin, men det er ikke penger til filmen. Noen ganger får sykehuset røntgenfilm i gave fra private donorer. Under vårt besøk ventet sykehuset på at de lokale helsemyndighetene i Erbil skulle ferdigstille en avtale med en leverandør, men det ville antakelig ta flere måneder før filmen kom sykehuset i hende.

Visehelseministeren påpekte også mangler ved sykehusene, f.eks. at det i Mosul kun finnes én MR-maskin. Han sa videre at det også er stor mangel på utstyr til å gjennomføre strålebehandling for kreftpasienter, noe som fører til mange måneders venteliste. Dette ble bekreftet av direktøren ved kreftsykehuset Landinfo besøkte i Bagdad. Der ble det hevdet at det kun finnes ett gammakamera for bruk innen nukleærmedisin<sup>11</sup> i Irak, og den finnes ved Al Amal National Hospital i Bagdad.

## **5.6 ÅRSAKER TIL MANGLENE**

### **5.6.1 Ressurssituasjonen**

Visehelseministeren fremhevet i møtet med Landinfo at manglene i helsevesenet først og fremst skyldes pengemangel. Siden kampen mot ISIL ble intensivert i 2015m har budsjettsituasjonen har vært spesielt prekær. I løpet av den tiden har infrastrukturen innen helsevesenet flere steder blitt ødelagt. Kostnadene til gjenoppbyggingen av

---

<sup>11</sup> Gammakamera er et apparat som benyttes innen nukleærmedisinen til å gi et scintigrafisk bilde av den akkumulerte gammastrålingen i et organ eller vevsområde fra et radioaktivt legemiddel som er gitt til pasienten. Den forbigående strålingen som sendes ut fra vevsområdet, fanges opp av detektorer utenfor pasienten, såkalte gammakamera, og gir et bilde av stråleaktiviteten i organet (Store medisinske leksikon 2019).

sykehus og klinikker kan ikke tas fra de generelle budsjettene, men må komme i tillegg og fra donorer, hevdet han (Helsedepartementet, møte mars 2019).

### **5.6.2 Sikkerhetsutfordringer**

Sikkerhetsutfordringene i Irak er en annen årsak til manglende gjenoppbygging og nyetablering av helseinstitusjoner, ifølge visehelseministeren.

### **5.6.3 Sentralstyrt innkjøpssystem**

Mye av ineffektiviteten i det irakiske helsevesenet skyldes et sentralisert innkjøpssystem for medisiner og medisinsk utstyr, ifølge WHO i Bagdad (møte mars 2019). Helsedepartementet har gitt ansvar for all import og fordeling av medisiner og medisinsk utstyr til bruk i offentlig sektor til selskapet KIMADIA<sup>12</sup>. WHO forsøker å bistå Irak i å desentralisere systemet, men fortsatt går alle innkjøp av medisiner og medisinsk utstyr til Sentral- og Sør-Irak gjennom KIMADIA.

Innkjøpsordningen til KIMADIA ble også trukket frem som et problem av barnelegen Landinfo møtte i Bagdad (mars 2019). Han hadde elleve års erfaring som lege i Bagdad, og jobbet nå også innen legemiddelindustrien. Denne legen så det som problematisk at medisiner i det offentlige helsevesenet må bevilges fra det offentlige, fordi prosessen for å importere nye medisiner er langdryg. I henhold til gjeldende regelverk må et legemiddelfirma registrere seg for å bli importør, hvilket kan ta to–tre år. Etter det må firmaet få godkjenning for å importere en bestemt medisin, hvilket kan ta nye to år. Ifølge denne legen kan det ta opptil sju år å få importert et legemiddel.

Et annet problematisk aspekt ved KIMADIA er, ifølge barnelegen, at institusjonen er underlagt militseres kontroll, og at de favoriserer enkelte firma fremfor andre. Landinfo mener det er relevant å påpeke at dette utsagnet høyst sannsynlig må forstås ut fra at Helsedepartementet i noen år var styrt av en minister som representerte Badr-organisasjonen, som foruten den politiske grenen også har en væpnet gruppe med stor innflytelse i Irak. Som tidligere nevnt, er landet et av verdens mest korrupte, der kontraktsinngåelser i liten grad er gjenstand for transparente og rettferdige anbudsrunder.

## **6. VILKÅR FOR BEHANDLING I DET OFFENTLIGE HELSEVESENET**

Alle irakere har rett til offentlige helsetjenester. Staten skal i henhold til grunnloven (art. 31) opprettholde et offentlig helsevesen som både tilbyr forebyggende helsetiltak og kurativ behandling på sykehus og andre helseinstitusjoner.

### **6.1 KOSTNAD**

Helsetjenestene i offentlig sektor er i hovedsak gratis, men pasienter betaler en liten andel for konsultasjon (viseminister i Helsedepartementet, møte mars 2019). Ifølge

---

<sup>12</sup> KIMADIA, er et statlig selskap tilknyttet Helsedepartementet i Bagdad med ansvar for import og distribusjon av alle famasøytiske produkter, medisinsk utstyr, laboratoriumsutstyr m.m. som benyttes i det irakiske helsevesenet (<http://kimadia.iq/en/cms/about>).

informasjon innhentet av MedCOI, er avgiften for konsultasjon ved et primærhelse-senter 1000 IQD (ca. 0,8 USD) og opp mot 5000 IQD (ca. 4,5 USD) ved sykehus (BAO 2017).

I 2016 innførte myndighetene også betaling for blodprøver, røntgen og lignende på grunn av budsjettproblemer (MEMO 2016; BAO 2017).

Viseministeren i Helsedepartementet omtalte pasientenes utgifter som minimale («nominelle»), ved at de kun utgjør rundt 5 % av kostnadene i privat sektor (møte mars 2019).

Foruten de såkalte minimale utgiftene, kan man velge å betale mer for raskere og bedre service på sykehusene. I henhold til visehelseministeren er rundt en fjerdedel av sykehussengene i såkalte private suiter, som man får tilgang til via betaling. Utgiftene ligger da på ca 40 % av tilsvarende sykehusseng i privat sektor (Helsedepartementet, møte april 2019). Landinfo antar at private suiter innebærer enerom.

Representanten for Helsedirektoratet i Erbil (møte mars 2019) fortalte Landinfo at man også der kan betale for mindre kø og dermed raskere sykehusbehandling. Private suiter ble ikke nevnt, men pasienter kan oppsøke sykehusene på ettermiddagen mot å betale en liten avgift. Størrelsen på avgiften ble ikke presisert.

Barn under 15 år skal være fritatt for betaling for samtlige medisinske tjenester i det offentlige helsevesenet (visehelseministeren, møte mars 2019).

Kronisk syke har også rett til nær gratis behandling. Denne gruppen får en pasientbok som inneholder bilde og navn samt pasientens diagnose og medisinbehov. Personen får månedlig oppfølging med undersøkelse og medisiner ved oppmøte ved en klinikk (BAO 2017). Behandling og medisiner er nærmest gratis (koster 500 IQD = 0,4 USD), men dersom medisinene ikke er tilgjengelige ved klinikken, må pasienten enten få en alternativ godkjent medisin eller kjøpe selv fra et privat apotek.

Kreftbehandling er gratis ved Al Amal National Hospital i Bagdad. Der betaler man ingenting for cellegiftbehandling eller stråling (møte, mars 2019).

Det finnes ingen offentlig helseforsikring i Irak. Kun en svært liten andel av befolkningen, rundt 1–3 %, har helseforsikring tilknyttet jobben (lege ved Sardam, møte april 2019). Viseministeren i Helsedepartementet opplyste at man arbeider med å få på plass en helseforsikringsordning. Han håpet en ordning ville være på plass i løpet av våren 2020. Dette vil redusere kostnadene i helsesektoren, mente han.

## 6.2 BOSTED

Offentlige sykehus i hele Irak er tilgjengelige for alle irakere uavhengig av bosted.

Det kan imidlertid være enkelte unntak. Spesialistsykehuset Landinfo besøkte, Helena hospital i Erbil, som behandler barn med misdannelser, prioriterer pasienter som er bostedsregistrert i Erbil. På grunn av konflikten i Mosul og andre omstridte områder har de gjort unntak for pasienter derfra. Kirkuk ble også nevnt spesielt. Ved Helena hospital kan man imidlertid bare få spesialutstyr som rullestol og veksthormonbehandling dersom man er registrert i Erbil eller andre områder i KRI. En registrert internt fordrevet midlertidig bosatt i Erbil, vil også kunne få spesialutstyr og hormonbehandling ved behov. Dette krever en bekreftelse på at pasienten er registrert som internt fordrevet i KRI.

Årsakene til innstramningen er at man har sett at barns foreldre har misbrukt sykehusets tillit ved at de har gått til flere behandlingssteder og videresolgt utstyr de har fått. Det samme gjelder medisiner. En veksthormonsprøyte koster 180 USD og ble, ifølge direktøren ved Helena hospital, solgt på det svarte markedet for 60 USD. Dette er en sprøyte som er attraktiv i kroppsbyggingsmiljøet.

Landinfo har ikke oversikt over eventuelle andre unntak.

### 6.3 ID-KORT

Tilgang til primærhelsetjenester og rutinekontroller ved sykehus krever i praksis ikke fremvising av et ID-kort (NRC 2019, s.13; NRC et al. 2019<sup>13</sup>). Ved sykehusinnleggelse må en imidlertid legitimere seg med et nasjonalt ID-kort.

Det kreves fire typer ID-kort for å føde ved sykehus i Salah al Din provins, ifølge en studie utført av Den norske og danske Flyktningehjelpen samt International Rescue Committee (NRC et al. 2019), basert på intervjuer og fokusgrupper med både internt fordrevne, returnerte og lokalbefolkning i tre provinser (Ninewa, Anbar og Salah al Din). I tillegg til det nasjonale ID-kortet må en legge frem statsborgerskapsbevis, matrasjoneringskort (PDS) og bostedsbevis. Studien viste at 23 % av de spurte hadde blitt nektet helsehjelp på grunn av manglende ID-kort. Problemet var størst i Ninewa provins der 36 % hevdet dette, sammenlignet med kun 4 % i Salah al Din<sup>14</sup>. Selv 10 % av personer som faktisk er i bestiltelse av ID-kort, hevdet å ha blitt nektet helsehjelp.

Ved sykehusene Landinfo besøkte i Erbil, kunne enhver oppsøke sykehusene for konsultasjon, også uten ID-kort. Sykehusinnleggelse og enkelte former for avansert medisinsk behandling krever imidlertid registrering og fremlegging av et ID-kort (direktøren ved Helena Hospital, møte mars 2019).

## 7. IKKE-OFFENTLIG SEKTOR

### 7.1 PRIVAT SEKTOR

Før 2003 var all helsetjeneste i Irak i offentlig regi. Utbygging av privat sektor startet så smått i perioden etter regimeskiftet, men det er først de siste fem årene at denne sektoren har hatt noen betydelig vekst. I dag utgjør den private sektoren om lag 20 % av den samlede helsesektoren (visehelseministeren, møte mars 2019).

De private klinikkene skiller seg fra offentlige sykehus ved at førstnevnte i hovedsak sistnevnte kun gjennomfører operasjoner og fødsler (Expat Arrivals u.å.). De driver med andre ord i liten grad med klinisk behandling, slik offentlige sykehus gjør.

WHO beskrev i 2013 at manglende tilrettelegging i nasjonalt regelverk hindrer fremveksten av privat helsesektor. Ifølge barnelegen Landinfo møtte i Bagdad (mars 2019)

---

<sup>13</sup> Ikke tilgjengelig elektronisk, men den er omtalt her på side 6–7:

[https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/2019\\_04\\_18\\_npc\\_mom.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/2019_04_18_npc_mom.pdf).

<sup>14</sup> NRC et al. (2019) opplyser i rapporten at grunnet sensitiviteten i dette spørsmålet, hoppet mange av respondentene i undersøkelsen over spørsmålet om de ble nektet helsehjelp med eller uten ID-kort. I alle tilfeller, bortsett fra ett, gjaldt dette kun i Anbar provins.

er dette et vedvarende problem. Han hevdet at det ikke finnes noen klar policy for privat sektor. I dag, hevdet han, må alle leger jobbe et visst antall timer ved offentlige sykehus, og først etter det kan de jobbe ved private klinikker eller sykehus.

Både visehelseministeren og WHO's representant i Irak at hevdet at det per i dag ikke er noen offentlig kontroll med helsetjenesten i privat sektor (møte mars 2019).

I KRI er en langt større andel av helsesektoren privatisert sammenlignet med i Sentral- og Sør-Irak. En bedre sikkerhetssituasjon har gjort at forholdene der har vært bedre tilrettelagt for investeringer enn i resten av landet.

En lege ved det private sykehuset, Sardam, i Erbil, som også er leder for den offentlige Helena-klinikken, hevdet at de private sykehusene i KRI er et nødvendig tillegg til offentlig sektor. Ifølge ham oppsøker mange i KRI private sykehus fordi de ikke har tillit til tjenestene i offentlig sektor.

Etter at den økonomiske krisen i KRI for alvor slo inn fra 2014, kuttet regjeringen i KRI lønningene til ansatte i offentlig sektor, inkludert legene. Krisen inntraff som følge av kutt i budsjettoverføringene fra Bagdad og kostbar krigføring mot ISIL. Selv om legene i hovedsak fortsatte arbeidet sitt, måtte mange i tillegg ta seg jobber i privat sektor for å forsørge seg selv og sine familier (Hazhen Talat Mama, lege i Erbil, møte mars 2019). Dette gikk ut over kapasiteten ved de offentlige sykehusene, fordi legene ikke kunne forventes å jobbe full dag der.

## 7.2 KOSTNADER I PRIVAT SEKTOR

Kostnadene for konsultasjon og behandling i privat helsesektor varierer enormt etter hvilken type behandling man har behov for. Legen ved det private sykehuset Landinfo besøkte i Erbil, kunne ikke angi hvor stor del av befolkningen der som har råd til behandling ved private sykehus. Han fortalte at mange tar kontakt med private klinikker/sykehus for konsultasjoner og for å forhøre seg om kostnader.

En konsultasjon koster 20–25 USD (25 000–30 000 IQD) (BAO 2017).

Behandling ved private sykehus er dyrt. Her er et noen eksempler:<sup>15</sup>

- Én behandling med cellegift koster 1500 USD (1, 8 millioner IQD) (BAO 2017).
- Behandling av et komplisert benbrudd (fracture tibia), som inkluderer operasjon og implantat, koster ca. 1500 USD (lege ved Sardam sykehus, møte Erbil 2019). På direkte spørsmål om hvor stor andel av Erbils befolkning som har råd til å betale en slik sum, svarte legen at han antok at rundt 70 % har råd til det. Dette kan Landinfo ikke bekrefte, men siden kompliserte benbrudd krever akutt behandling, kan en tenke seg at familier får hjelp av slektninger til slik behandling.
- En sesjon med dialyse koster 200–250 USD (238 000–300 000 IQD) (visehelseministeren, møte mars 2019). I det offentlige er dette gratis, mens helsemyndighetenes kostnad er 70 USD (83 000 IQD) per sesjon/behandling.
- Konsultasjon med hjertespesialist koster 20 USD (25 000 IQD) (BAO 2017, s. 34).

---

<sup>15</sup> Merk at mange av eksemplene er hentet fra en rapport fra 2017. Det kan ha endret seg noe siden den gang, og prisene kan variere fra sted til sted.

- Ekkokardiogram koster 50 USD (60 000 IQD) (BAO 2017, s. 34).
- EKG koster 13 USD (15 000 IQD) (BAO 2017, s. 34).
- Diagnose og terapi med hjertekateter koster 840–2500 USD (1–3 millioner IQD) (BAO 2017, s. 34).
- Bypass-operasjon koster ca. 5000 USD (6 millioner IQD) (BAO 2017, s. 34).
- Skifte av hjerteklaff koster ca. 6700–8400 USD (8–10 millioner IQD) (BAO 2017, s. 34).

Ifølge legen ved Sardam hospital ser mange seg nødt til å oppsøke private helse-tjenester fordi det ikke er nok kapasitet i det offentlige. Han hevdet at den offentlige helsesektoren har et dårlig rykte, fordi legene der har for liten tid til hver pasient. Ved hans klinikk settes det derimot av minst 20 minutter per pasient/konsultasjon. Ved private helsetjenester må pasienten kjøpe medisinene de trenger selv.

### 7.3 TILBUD FRA INTERNASJONALE OG NASJONALE ORGANISASJONER

Foruten klinikker og sykehus i offentlig og privat regi, finnes det òg behandlingssentre etablert av ideelle organisasjoner, som Leger uten grenser,<sup>16</sup> og WHO (2019c; 2019d; 2019e; 2019f). I tillegg er det en rekke større og mindre aktører som er delaktige i helsetjenestetilbudet på ulikt vis. For å koordinere en del av innsatsen til både FN-organisasjoner og andre lokale og internasjonale organisasjoner, er det etablert et såkalt Health Cluster<sup>17</sup>. Dette organet representerer 33 partnere og opererer i 12 av Iraks provinser. Tilbudene som koordineres via Health Cluster, er i stor grad rettet mot internt fordrevne og returnerte.

Bistand fra frivillige lokale og internasjonale aktører er et viktig bidrag for å fylle gapet mellom de offentlige tjenestene som tilbys og behovet som har oppstått på grunn av krig og konflikt. Ødeleggelsler på sykehus og klinikker, legefukt og store folkeforflytninger har gitt det offentlige tjenestetilbudet store utfordringer. Dette fortalte Røde kors sin representant i Bagdad (møte mars 2019). Han la forøvrig til at stor pressedekning av konflikten medførte store donasjoner fra giverland i en lang periode, men at dette ikke er bærekraftig.

### 7.4 KVALITET I PRIVAT OG IDEELL SEKTOR

Landinfo har ikke tilstrekkelig med informasjon til å vurdere om det er store kvalitetsforskjeller på tjenestene i offentlig og privat sektor. De følgende observasjonene er ikke ment som en beskrivelse av de generelle forholdene, men er inntrykk vi fikk ved noen få institusjoner.

De fleste legene som praktiserer i privat sektor, jobber også i offentlig sektor. Derfor er det nærliggende å anta at den medisinfaglige standarden i det offentlige ikke er dårligere enn i privat. Barnelegen Landinfo snakket med (møte mars 2019), hevdet at spesialistene ofte er mer kvalifiserte i offentlig sektor enn i privat. Det kan være

<sup>16</sup> For en oversikt over Leger uten grensers aktiviteter i Irak, se her: <https://www.doctorswithoutborders.org/what-we-do/countries/iraq>.

<sup>17</sup> For en detaljert oversikt over den samlede innsatsen til Health Cluster, se dette interaktive dashboard for 2019: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojYTRkYzAzOTMtOTZlOS00ZGJmLWJmMzYtYzBhYWV5NGY1YzEyIiwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQ0NGZlOS00MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCI6ImMiOjB9>.

forbundet med at det er statlig oversyn og kontroll i det offentlige helsevesenet, men ikke i privat sektor.

Man må kunne anta at kvaliteten i privat sektor varierer. F.eks. kan private sykehus kjøpe inn medisiner på egen hånd uten å gå gjennom den offentlige innkjøpsordningen i KIMADA. Det kan bety at medisintilgangen er bedre i privat sektor, men baksiden ved det er manglende kvalitetskontroll.

En konsekvens av at mange leger jobber i både privat og offentlig sektor, er at pasienter, på grunn av legenes kapasitetsmangel i det offentlige, kan bli presset til å oppsøke samme lege i privat sektor.

Landinfos observasjoner ved de tre offentlige og det ene private sykehuset vi besøkte, er at forskjellen mellom offentlig og privat sektor først og fremst gjelder kapasiteten og standarden på fasilitetene. Det er langt mindre ventetid i privat sektor, og legene gir pasientene mer tid per konsultasjon. De ytre fasilitetene og interiøret ved det private sykehuset fremsto som nyere og av høyere standard enn på de tre offentlige sykehusene. Det var også mindre trengsel og pågang av pasienter ved det private sykehuset.

Det er grunn til å anta at leger ved private sykehus generelt har bedre tid til konsultasjon og behandling per pasient enn ved offentlige sykehus. Dette ble også påpekt av legen Landinfo møtte i Erbil, og som jobbet i begge sektorer.

Når det gjelder kvaliteten på sykepleien, uttalte en av kildene (barnelege, møte mars 2019) at den var bedre i privat sektor enn i offentlige.

## **8. BEHANDLINGSTILBUD**

De aller fleste diagnoser kan behandles i Irak, ifølge visehelseministeren (møte mars 2019), men det er store variasjoner mellom by og land og fra by til by. Behandlings-tilbudet, hevdet han, avhenger i stor grad av hvilke krigsødeleggelser som preger byen. Mosul ble trukket frem som en by med et sterkt svekket tilbud som følge av krigs-ødeleggelser. Foruten KRI er tilbudet best i Bagdad, Basr, Babil, Najaf og Kerbala.

Selv om det finnes ekspertise og medisinsk utstyr i landet til å behandle de fleste sykdomstilfeller, betyr ikke det at all behandling er allment tilgjengelig. Det skyldes kapasitetsproblemene, men også at de fleste spesialiserte tilbud kun finnes i byene, og spesielt i Bagdad og provinshovedstedene i KRI.

Nedenfor kommenteres behandlingstilbud for noen av de mest utbredte og/eller kritiske sykdomstilfellene.

### **8.1 HJERTE- OG KARSYKDOMMER**

Da kreft og hjerte- og karsykdommer leder til flest dødsfall i Irak, er behandling av slike lidelser et prioritert område (WHO, møte mars 2019).

Visehelseministeren meddelte Landinfo at Irak har gode behandlingstilbud til personer med hjertelidelser. Et av de fremste sentrene i landet ligger i Nasseriya. Generelt mente ministeren at sykehusdekningen for behandling av hjertelidelser er god i Irak. Han la imidlertid til at det kardiologiske sykehuset i Mosul var fullstendig ødelagt, og at pasientene derfra måtte henvises til Erbil eller Bagdad.

Åpne hjerteoperasjoner gjennomføres i Irak, og kun på offentlige sykehus (BAO 2017, s. 34). I Sentral- og Sør-Irak gjennomføres slike operasjoner kun i Bagdad, Basra, Nasseriya og Najaf (visehelseministeren, møte mars 2019).

Ifølge MedCOI (BAO 2017, s. 34) er det kun ett offentlig hjertekirurgisk sykehus i Bagdad, Ibn al-Bitar Hospital for Cardiac Surgery. Der er all behandling gratis, men det leder også til lange ventelister.

Det finnes også private hjertekirurgiske sykehus i Bagdad, men de gjennomfører ikke åpen hjertekirurgi (BAO 2017, s. 34).

Hjertekirurgi på barn er en utfordring, og en del av pasientene blir sendt til Tyrkia for behandling på statens regning (visehelseministeren, møte mars 2019). Dette gjelder særlig nyfødte med hjertefeil (congenital heart diseases) og barn med genfeil. Slike sjeldne tilfeller krever svært dyre medisiner, noe som ikke alltid er tilgjengelig.

Ifølge en representant for Kurdistan Save the Children (KSC) i Erbil (møte april 2019), er ikke hjertekirurgi helt gratis i KRI. Han kalte det «semi-privat». Pasientene må betale rundt 2,5 millioner IQD (2000 USD) for en operasjon. KSC bistår enkelte barn med finansiering. Dersom pasienten ikke kan opereres i KRI, hjelper de pasienten med transport til India. Det koster 4000 USD. At barn må betale for hjertekirurgi, strider mot informasjonen fra visehelseministeren om at all medisinsk behandling av barn skal være gratis. Det kan være forskjell på KRI og resten av Irak, men det har Landinfo ikke funnet informasjon om. Ifølge visehelseministeren ble barn sendt til utlandet på statens regning, men det gjelder kanskje, av kapasitetshensyn, kun noen barn.

KSC gjorde Landinfo oppmerksom på at de kun kan bistå enkelte tilfeller, og at behovet er større enn tilbudet.

## 8.2 KREFTBEHANDLING

Det finnes flere kreftsykehus i Irak. Det største er Al Amal National Cancer Center i Bagdad (Skelton et al. 2016), som Landinfo besøkte. Andre relevante sykehus i Bagdad er Al-Qanat kreftsykehus og et sykehus i Medical City (direktøren ved Al Amal, møte mars 2019). De sistnevnte sykehusene tilbyr kreftoperasjoner. Al Amal tilbyr etterbehandling i form av cellegift og stråling.

Kreft kan også behandles i KRI. Det største og fremste kreftsykehuset i KRI er Hiwa kreftsykehus i Sulaymaniya. Det er førøvrig det nest største kreftsykehuset i hele Irak (Grodzovsky 2019; Skelton 2016).

Rizgari sykehus i Erbil, som Landinfo besøkte, behandler pasienter med harde svulster. Pasienter med blodkreft behandles ved Nanakali sykehus.

Kreftbehandling ved offentlige sykehus er gratis. Men dersom sykehuset ikke har cellegift, kan pasienten velge å kjøpe dette selv. En del reiser til utlandet for behandling (Al Amal kreftsykehus, møte mars 2019; Skelton 2013). Dersom en pasient kjøper cellegiften selv, kan man ta den med til sykehuset, slik at helsepersonell kan foreta og administrere behandlingen.

Ved Al Amal finnes det 160 senger og 49 stoler til pasienter som får cellegift. Sykehuset behandler 70–80 pasienter daglig. Pasientene kommer fra hele Irak, og de som bor langt unna, kan bo på sykehushotellet under behandlingen. Oppholdet inkluderer kost og mulighet for å ha med seg et familiemedlem (møte mars 2019).



Når man kjøper cellegift selv, har man ingen garanti for kvaliteten og lagringsmåte. Sykehuset kan bistå med behandling av egen innkjøpt cellegift, eller annen medisin, dersom den er autorisert som godkjent medikament (Al Amal, møte mars 2019).

Al Amal sykehus har kun to strålemaskiner, ifølge direktøren. Da Landinfo var på besøk, var den ene maskinen ute av drift. Maskinen kunne ikke bli operativ igjen før de hadde mottatt en ny del fra Europa, og det ville ta to–fire uker. Det er ca. seks måneders venteliste på stråling. Vanlig behandling er stråling hver dag i to–tre uker, avhengig av type kreft.

I Basra finnes det kun ett kreftsenter (Saadon 2019). Dette senteret har 400 senger, men kun halvparten av disse er i brukbar stand. Senteret er gammelt og trenger renovering. Det mangler også spesialisert helsepersonell.

Mangel på cellegift og strålemaskiner gjør at kreftpasientene ikke sikres et godt behandlingstilbud. Lederen for menneskerettighetskommisjonen i Irak, Mahdi al-Tamimi, har uttalt til Al Monitor at 90 % av kreftpasientene i Basra dør på grunn av dette (Saadoun 2019). Hovedproblemet, ifølge al-Tamimi, er ikke at medisinen ikke finnes i landet, men sendrektighet i distribusjonen og dermed lang ventetid for pasientene.

Rizgari sykehus i Erbil har to MR-maskiner. Ved akutte tilfeller kan de behandle pasienter på dagen, men ellers er det venteliste på to måneder (møte mars 2019). Samme sykehus har kun én strålebehandlingsmaskin, og denne er gammel og må byttes ut. Dette er den eneste maskinen i Erbil og Dohuk, mens det finnes to i Sulaymaniya. Det foreligger planer om å bygge en spesialavdeling for stråling ved Rizgari, men det er uvisst når denne blir ferdig. Foreløpig er det bevilget fem millioner USD til å oppgradere den gamle maskinen.

Det offentlige helsetilbudet har ikke noe psykososial støtte til kreftammede barn, men KSC tilbyr dette ved følgende tre sykehus i KRI: Nanakali i Erbil, Hiwa kreftsykehus i Sulaymaniya og Jinzheen sykehuset i Dohuk (møte med KSC, mars 2019).

### **8.3 DIABETES**

Mer enn 1,4 millioner voksne irakere har diabetes, ifølge Den internasjonale diabetesføderasjonen (IDF 2019). I aldersgruppen 20–79 år har nær 9 % utviklet diabetes. WHO's (u.å.c) estimerer tilsier at antallet vil nå 2 millioner innen 2030.

Det finnes sentre som behandler personer med diabetes over hele Irak, ett eller flere per provins (Helsedepartementet, møte mars 2019). Bagdad har flere sentre.

Diabetespasienter har et eget pasientkort for kronisk syke pasienter. Hver måned går de til nærmeste sykehus (egen diabetesavdeling) for å måle blodsukkeret og eventuelt ta andre prøver. Der mottar de, om tilgjengelig, insulin og eventuelle andre medisiner de trenger på grunn av komplikasjoner tilknyttet diabetes for en måneds bruk (BAO 2017, s. 36). Det er innført kostnader for oppmøte (5000 IQD = 4,7, USD) og konsultasjon (1000 IQD = 0,8 USD). Analyse av blodprøver koster 1000 IQD per prøve (0,8 USD) (BAO 2017, s. 37).

Visehelseministeren hevdet at det ikke er kapasitetsproblemer ved diabetessentrene, men at det er mangel på insulin. Insulinmangelen ble bekreftet av WHO i Bagdad (møte mars 2019). Det samme er tilfellet i Erbil (lege ved Sardam private sykehus, møte april 2019).

Insulinmangel vil bli et verdensomspennende problem på grunn av en drastisk økning i antall diabetespasienter og vedvarende høye priser. Dette kommer frem i en artikkel i *The Lancet Diabetes and Endocrinology Journal* (sisert av BBC, Biswas 2018). Viseministeren i Helsedepartementet erkjente at ressursmangel ligger bak mangelen på medisiner i Irak.

Al Kindi-sykehuset i Bagdad har et spesialisert tilbud for diabetespasienter med følgesykdommer (BAO 2017, s. 36).

Ved private sykehus og klinikker koster en insulinbehandling 100 000–500 000 IQD<sup>18</sup> (84–418 USD) (BAO 2017, s. 36).

#### 8.4 DIALYSE VED NYRESVIKT

De fleste tilfellene av nyresvikt i Irak skyldes høyt blodtrykk og diabetes (Helsedepartementet, møte mars 2019).

Man kan få transplantert inn ny nyre ved et sykehus i Irak. De aller fleste som får operert inn ny nyre, får et organ fra en slektning, ifølge visehelseministeren.

Vanlig behandlingsform for pasienter med nyresvikt er å rense blodet for avfallsstoffer og overskuddsvæske gjennom dialyse. Ca. 20 000 personer får dialyse i Irak i dag (visehelseministeren, møte mars 2019). Dialyse er en svært kostbar tjeneste, hver behandling koster det offentlige 70 USD. Ved de offentlige dialysesentrene i Irak er tjenesten gratis, men behovet er langt større enn kapasiteten.

For å bøte på kapasitetsproblemet, foreligger det planer om å øke bruken av hver dialysemaskin fra to pasienter daglig til seks.<sup>19</sup> Noen pasienter får dessuten redusert antall dialysesesjoner fra tre per uke til to (visehelseministeren, møte mars 2019).

I Ninewa provins finnes det kun 10 dialysesenger. I hele Sentral- og Sør-Irak finnes det totalt 15 dialysesentre, en per provins. Som følge av kapasitetsmangelen er det mange som ikke får behandlingen de trenger, og av den grunn ender opp på akuttten. Dialyse koster USD 200–250 ved private sentre (Visehelseministeren, møte mars 2019).

#### 8.5 MØDRE/BARN-HELSE

På tross av store svakheter i helsevesenet har de alle fleste indikatorene på mødre/barnhelse forbedret seg siden 2000. WHO, UNDP og Verdensbanken opererer med noe ulikt datamateriale, men alle viser en forbedring både med hensyn til dødelighetsraten for spedbarn og barn under fem år (UNDP 2018, s. 52; WHO 2019c; UNICEF u.å.; World Bank u.å.<sup>20</sup>).

Dødelighet blant fødende har også gått ned i samme periode, men er fortsatt relativt høy. Ifølge siste tilgjengelige tall dør fortsatt 50 fødende kvinne per 100 000 levende-fødte barn (UNDP 2018, s. 52; WHO 2019c s. 8). UNFPA (u.å.) peker på følgende medvirkende årsaker til at kvinner fortsatt dør i barsel i Irak: mangelfull

---

<sup>18</sup> Tall fra 2014 (BAO 2017, s. 36).

<sup>19</sup> Akershus Universitetssykehus anbefaler at pasienter får dialyse tre ganger per uke og anslår at hver sesjon tar fire timer. Ved å benytte en dialysemaskin til seks pasienter per dag, må en nødvendigvis ta i bruk hele døgnnet: <https://www.ahus.no/avdelinger/medisinsk-divisjon/nyresykdommer/dialysen#les-mer-om-dialyse>.

<sup>20</sup> Viser ikke tall på spedbarnsdødelighet.

svangerskapskontroll (poor birth practices), mangel på velfungerende henvisningsordninger og tilgang til akutt spesialisthelsetjeneste, og høy andel gravide med anemi (35 %). Disse forholdene rammer især kvinner i rurale strøk og i Sentral- og Sør-Irak.

Med bistand fra UNICEF har Irak et utbredt vaksinasjonsprogram, og 90 % av alle barn under fem år ble vaksinert mot polio og meslinger i 2018. Derimot fikk under halvparten av barn under ett år vaksinene de har behov for (WHO 2019b). 63 % av spedbarna har fått tre doser DTP-vaksine (UNICEF u.å.).

Tre fjerdedeler av barn med antatt lungebetennelse blir tatt med til en helseinstitusjon, og en fjerdedel av barn under fem år med diaré får saltholdig væske mot dehydrering (oral rehydration salts) (UNICEF u.å.).

## 9. PSYKISK HELSETJENESTE

Behovet for psykiske helsetjenester er stort i Irak, viser en rekke akademiske studier (Al-Shawi 2017; Khaffaf 2018; Freh 2016). En stor andel av befolkningen lider av depresjon, bipolar lidelse, angst og post-traumatiske stresslidelser som følge av erfaringer fra brutale regimer og voldshandlinger. Det samme bekrefter internasjonale humanitære organisasjoner, som Médecins Sans Frontières (MSF) (Slemrod 2017). På et seminar avholdt i KRI om psykisk helse i Irak, arrangert av MSF i 2018, ble det hevdet at 15–20 % av Iraks befolkning har psykiske lidelser (Robinson 2018).

Primærhelsetjenesten er første instans for psykiske lidelser, og tjenestene her skal være gratis med unntak av det visehelseministeren kalte «nominelle» utgifter. Effekten av primærhelsetjenestens psykologiske/psykiatriske behandling er imidlertid uviss (Al-Bayan Center 2018, s. 20). Videre behandling foregår på psykiatriske avdelinger ved distriktssykehusene. Alle provinser har minst ett sykehus med en psykiatrisk avdeling (BAO 2017; s. 47). I tillegg finnes det tre psykiatriske spesialsykehus i Bagdad: Ibn Rushd, Al Rashad og Medical City (BAO 2017, s. 47). I KRI har man fire psykiatriske sykehus: ett i Erbil, ett i Dohuk og to i Sulaymaniya (Robinson 2018). Det ene i Sulaymaniya er Suz, som er kun for kvinner (al-Jaffal 2014).

Det skal også være etablert seks traumesentre i landet: to i Bagdad, ett i Mosul, ett i Basra, ett i Dohuk og ett i Diwaniya (WHO 2013, s. 9).

### 9.1 MANGEL PÅ PSYKIATRISK HELSEPERSONELL

Mangel på psykiatere og psykologer til å behandle denne pasientgruppen er prekær. Ifølge WHO Mental Health Atlas 2017 har Irak 0,34 psykiatere<sup>21</sup> og 0,11 psykologer<sup>22</sup> per 100 000 innbyggere. Totalt har Irak 639 helsearbeidere innen psykiatrien (1.77 per

---

<sup>21</sup> På globalt nivå finnes det 1,3 psykiater per 100 000 innbygger. Høyest er antallet i Europa (9,9) og lavest i Afrika (0,7). I Midtøsten er det samlet sett 1,2 (WHO Mental Health Atlas 2017, s. 32).

<sup>22</sup> På globalt nivå finnes det 0,9 psykologer per 100 000 innbygger. Høyest er antallet i Amerika (5,4), lavest i Afrika og Sør-Øst Asia (0,1, mens Midtøsten har 0,7 (WHO Mental Health Atlas 2017, s. 32).

100 000 innbygger)<sup>23</sup>, hvilket inkluderer ulike typer helsefaglig personell. I hele landet finnes det kun tre barnepsykiatere.

Mangel på psykiatere og psykologer ble også bekreftet av kilder Landinfo møtte i Irak (WHO, møte mars 2019; SEED Foundation, møte april 2019). Det samme fremkommer i MedCOI s rapport om helsetjenester i Irak (BAO 2017, s. 47). I henhold til sistnevnte rapport har landet rundt 400 psykiatere, mens behovet er estimert til rundt 5000. Visehelseministeren (møte mars 2019) hevdet imidlertid at landet kun har rundt 70 psykiatere. Siden KRI har sitt eget helsedepartement, kan det hende diskrepansen mellom MedCOIs rapport og visehelseministerens uttalelse i noen grad skyldes at sistnevnte kun refererte til Sentral- og Sør-Irak.

## 9.2 IKKE-OFFENTLIGE TJENESTER

I områder med mange internt fordrevne er det flere internasjonale organisasjoner som bistår med psykiske helsetjenester. Det nederlandskestøttede Cordaid er en slik organisasjon med klinikker i Sinjar, Seje og Bashiqa. Yeziske kvinner og barn utgjør det største pasientgruppen (Cordaid 2019).

Leger uten grenser (MSF 2019) er en annen stor aktør som bidrar med psykiske helse-tjenester. Hjelporganisasjonen er aktiv i sju av landets provinser, spesielt i områder med mange internt fordrevne. I tillegg bistår de med rehabilitering og etablering av klinikker og sykehusavdelinger. I Ramadi i Anbar provins åpnet organisasjonen i 2018 en ny psykiatrisk avdeling ved Ramadi Universitetssykehus. I Qayyara, sør i Ninewa provins, har de etablert et psykisk helsetilbud ved Qayyarah General Hospital.

Tilbudene fra enkeltstående aktører dekker imidlertid ikke behovene.

## 9.3 STIGMA KNYTTET TIL PSYKIATRI

Tradisjonelt behandles psykiatriske pasienter medikamentelt i Irak, men i den senere tid har det blitt mer åpenhet rundt behov for terapi, og dermed også mer fokus på dette. Man antar at grusomhetene begått av ISIL, har bidratt til åpenheten, og har redusert stigmaet rundt samtaleterapi (Slemrod 2017).

Av MedCOIs rapport fremgår det at psykiatri fortsatt er stigmatisert i Irak, og at personer med behov for psykiske helsetjenester oppsøker privatpraktiserende psykiatere om de har ressurser til det (BAO 2017, s. 47). Barnelegen Landinfo møtte i Bagdad, hevdet også at det var stigma knyttet til psykiatri. Ifølge ham ble folk ansett som psykotiske om de oppsøkte hjelp for psykiske lidelser.

I rapporten fra MedCOI (BAO 2017, s. 47) legges det til at personer som ikke har midler til å betale for private tjenester, bruker offentlige. Atter andre oppsøker alternative behandlingsmetoder fordi de setter psykiske lidelser i sammenheng med overtro. Pressetalsmannen i Rusafa helsedirektorat uttalte til Al Monitor at mange irakere anser personer med psykiske lidelser som «gale», og at psykiatri dermed blir ansett som overflødig (al-Jaffar 2014). Når pasienter ikke oppsøker psykiatere, hevdet han, blir heller ikke psykiatri en lukrativ spesialisering for leger.

Psykiatrisk behandling er i hovedsak basert på medisiner (WHO, møte mars 2019; SEED, møte april 2019). Ifølge SEED koster det 5000 IQD for en konsultasjon med

---

<sup>23</sup> På globalt nivå finnes det 9 helsearbeidere innen psykiatrien per 100 000 innbygger. Høyest er antallet i Europa (50) og lavest i Afrika (0.9). I Midtøsten er det 7.7 (WHO Mental Health Atlas 2017, s. 30)

en psykiater eller psykolog. MedCOI (BAO 2017) opplyser imidlertid at en konsultasjon med en psykiater i det offentlige helsevesenet enten er gratis eller kan koste 10 000–25 000 (8–20 USD), avhengig av avgiften pasienten må betale selv.

I privat sektor koster en konsultasjon med psykiater 25 000 IQD, ifølge informasjon MedCOI har innhentet (BAO 2017, s. 48).

SEED Foundation, som bl.a. bistår personer med traumer i KRI, uttalte i møte med Landinfo (april 2019) at det fortsatt er et stort stigma knyttet til psykiske lidelser også der. Ansatte i organisasjonen hadde erfart at barn med psykiske lidelser hadde blitt lenket i kjetting, og at de blir gjemt bort fordi familiene ikke vet hvordan de skal takle barna. Ikke får familiene god nok hjelp i helsevesenet heller, ble det hevdet. Dette skyldes både kapasitetsmangelen innen psykiatrien og at helsepersonell ikke har god nok kunnskap om faget, noe som leder til feildiagnoser og feilmedisinering. Legene ender ofte opp med å anbefale smertestillende uansett, ble det sagt.

#### **9.4 TILBUD TIL AUTISTER**

Det finnes enkelte institusjoner for barn med autisme i Irak. Landinfo har ingen fullstendig oversikt over tilgjengelige tilbud. Det skal finnes en håndfull sentre for autister i Bagdad (Karadsheh 2012; Bradley 2012). Blant disse er Al Rahman Institute og al-Noor Autism Centre. Al-Noor Autism Centre ble etablert av Iraqi Development Organization i 2011, og bistår både foreldreløse barn og barn med lærevansker. Ved sentrene lærer barna enkle sosialiseringmåter, og for mange har dette bidratt til å dempe sinne.

Det er antatt at det finnes rundt 5000 autister i Irak (Bradley 2012). Man tror imidlertid tallet er langt høyere fordi mange foreldre unnlater å søke hjelp på grunn av kulturelt stigma og mangel på informasjon om eksisterende tilbud (Bradley 2012; Karadsheh 2012). Disse sentrene er avhengige av private donasjoner, inkludert fra familier som bruker senteret (Bradley 2012).

Irakiske myndigheter har vist svært liten vilje til å opprette offentlige tilbud til autistiske barn, uttalte en irakisk barnelege til Al Monitor (Sakr 2014). Legen, som praktiserer i England, var spesialist på neurologiske lidelser, inkludert autisme, og hevdet samtidig at irakiske leger har begrenset kunnskap om autisme.

I KRI finnes det 20 sentre med tilbud til autister (Ekurd Daily 2019; Salimi 2019). De aller fleste er private, mens tre er offentlige. I KRI er det registrert 2800 barn med autisme, men de eksisterende sentrene dekker ikke deres behov for et daglig tilbud for utvikling. De private sentrene er altfor dyre for de fleste.

De private sentrene har dagtilbud der man betaler per dag eller time. Direktøren ved Helena hospital i Erbil kjente til to slike dagsentre. Det ene heter Bahoz Center. Der betaler man per time, og senteret tar imot både barn og voksne med autisme. Ifølge direktøren ved Helena hospital skal dette være et relativt godt tilbud. Prisen er ca. 500 USD per måned, og da inngår to dagopphold med tilrettelagte aktiviteter per uke.

Det andre senteret han kjente til i Erbil, er The Emirates Autism Center, som skal være bygget med støtte fra De Forente Arabiske Emirater. Senteret skal ha blitt etablert i 2017 i samarbeid med Røde Kors i Emiratene og Barzani Charity Foundation (Salimi 2019). Senteret har angivelig 18 aktivitetsrom og kapasitet til 70 autister. Målet er å utvide kapasiteten til 200 pasienter og tilby gratis tjenester. Det er uklart for Landinfo om tilbudet er gratis i dag.

I Erbil provins bor det nær 1000 barn med autisme, men det finnes kun ett offentlig senter der. Det har, ifølge Kurdistan Autism Group, kapasitet til å gi støtte til 32 barn (Ekurd Daily 2019). På grunn av manglende tilbud i KRI skal nær 100 familier i løpet av de siste tre årene ha tatt med barna sine til utlandet for behandling.

Ifølge lederen for Kurdistan Autism Group tilfredsstillers ikke tilbudet til autister i KRI internasjonale standarder. Dette skyldes, hevder han, at man mangler spesialiserte tilbud til denne gruppen og at det er manglende bevissthet knyttet til gruppens behov.

## 10. BEHANDLING AV RUSAVHENGIGE

Rusavhengighet har blitt et stort problem i Irak (viseminister i Helsedepartementet; barnelege i Bagdad, møter mars 2019; Tarzi 2018; Yasin 2019; MEMO 2019). Situasjonen er spesielt prekær i Basra og andre provinser i Sør-Irak, men misbruk forekommer i hele landet (Tarzi 2018; MEMO 2019). Det mest utbredte stoffet er metamfetamin, kjent som «crystal meth», ifølge en talsmann for politiet i Basra, mens opium, cannabis og pillemisbruk også er vanlige rusmidler (MEMO 2019).

Under Ba'ath-regimet var det svært strenge straffer for bruk og salg av narkotika, og før 2003 var det ikke noe utbredt narkotikamisbruk i Irak (MEMO 2019). Fenomenet har imidlertid blomstret opp som følge av krig og konflikt i senere tid (MEMO 2019; Tarzi 2018). I 2017 ble det vedtatt en ny lov som ga dommere anledning til å idømme rehabilitering for rusmisbrukere eller fengselsstraff inntil tre år (MEMO 2019). Men i mangel av behandlingssentre, blir rusmisbrukerne fengslet. Da loven ble vedtatt, fikk Helsedepartementet to år på seg til å etablere rehabiliteringssentre, men ifølge visehelseministeren finnes det fortsatt ingen slike sentre i landet (MEMO 2019; Helsedepartementet, møte mars 2019).

Lokale helsemyndigheter i Basra lovet å åpne et rehabiliteringssenter med 44 senger i løpet av våren 2019, men Landinfo vet ikke om dette faktisk har åpnet. Uansett er 44 senger altfor lite, i henhold til lokalt politi i Basra (MEMO 2019).

I mangel av spesialiserte tjenestetilbud for denne gruppen, behandles rusavhengige av leger på linje med andre pasienter. De kan få medikamentell behandling, men ingen terapeutisk oppfølging (Tarzi 2018). Barnelegen Landinfo møtte i Bagdad, sa at det stadig kom personer med overdoser inn på sykehuset hvor han jobber. Disse får akutt hjelp, men tilbys ingen behandling utover det. «Enten dør de, eller vi redder dem, og de fortsetter som rusavhengige», uttalte legen.

I KRI har man hatt planer om å etablere to behandlingssentre, i Erbil og Sulaymaniya, men dette har blitt satt på vent grunnet finanskrisen, ifølge talsmannen for Helsedepartementet i KRG (Yasin 2019).

## 11. BETALING FRA EGEN LOMME

På tross av at Irak tilbyr nær gratis helsetjenester i offentlig sektor, dekker irakere 78,5 % av alle helseutgifter selv. Dette fremgår av WHO's Global Health Expenditure

database (WHO 2019g), som viser siste tilgjengelige tall fra 2016.<sup>24</sup> Dette er mer enn fire ganger så mye som gjennomsnittet på globalt nivå (18,5 %) (World Bank 2019). I kostnader betalt fra egen lomme, inngår direkte utlegg ved legebek, medisiner, medisinsk utstyr eller annet som er ment å helbrede eller styrke en persons helse. Til sammenligning betaler man i Norge 14,5 % av totale helseutgifter selv (World Bank 2019).

Den skyhøye andelen som brukes i Irak, er et symptom på manglene i det irakiske helsevesenet. Medisinmangelen og dårlig kapasitet i den offentlige helsetjenesten tvinger mange irakere til å kjøpe medisiner selv og til å benytte seg av private helsetjenester, inkludert behandling i utlandet.

I en rapport fra REACH (2017) fremkommer det at høye kostnader knyttet til helsetjenester, hindrer mange irakere fra å søke behandling.

---

<sup>24</sup> Samme tall fremkommer i årsrapporten til Iraks helsedepartement for 2018, s. 11. Rapporten er på arabisk.

## 12. REFERANSER

### Skriftlige kilder

- AFP (2019, 28. februar). Iraq doctors say vendettas threaten their lives as they save others. *France 24*. Tilgjengelig fra <https://www.france24.com/en/20190228-iraq-doctors-say-vendettas-threaten-lives-they-save-others> [lastet ned 30. september 2019]
- BAO, dvs. Belgium Aliens' Office (2017, mars). *Country Fact Sheet Access to Healthcare: Iraq-Update*. Brussel: Beldium Alien's Office. Tilgjengelig fra MedCOIs database <https://www.medcoi.eu/Source/Detail/10009> (ikke offentlig tilgjengelig).
- Al-Bayan Center (2018, 10. juni). *Restoring the Iraqi Healthcare Sector: The British National Health Service as a Model*. Bagdad: Al-Bayan Center for Planning Studies. Tilgjengelig fra <http://www.bayancenter.org/en/wp-content/uploads/2018/06/786564532.pdf> [lastet ned 8. oktober 2019]
- Bertelsmann Stiftung (2018). *BTI 2018 Country Report - Iraq*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. Tilgjengelig fra [https://www.bti-project.org/fileadmin/files/BTI/Downloads/Reports/2018/pdf/BTI\\_2018\\_Iraq.pdf](https://www.bti-project.org/fileadmin/files/BTI/Downloads/Reports/2018/pdf/BTI_2018_Iraq.pdf) [lastet ned 30. september 2019]
- Biswas, S. (2018, 30. november). Is the world heading for an insulin shortage? *BBC*. Tilgjengelig fra <https://www.bbc.com/news/world-asia-india-46354989> [lastet ned 21. august 2019]
- Bradley, A. (2012, 31. august). Autism center aids Iraqi youth and families, proves humanity. *The Guilfordian*. Tilgjengelig fra <https://www.guilfordian.com/worldnation/2012/08/31/autism-center-aids-iraqi-youth-and-families-proves-humanity/> [lastet ned 17. september 2019]
- Cetorelli, V. & Shabila, N. (2014, 11. september). Expansion of health facilities in Iraq a decade after the US-led invasion, 2003–2012. *Conflict and Health*. 2014; 8: 16. Bethesda: National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine. Tilgjengelig fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4163049/> [lastet ned 30. september 2019]
- Cordaid (2019, 29. mai). "My kids saw a lot of things." *Psychosocial support and mental health care in Iraq*. Haag: Cordaid. Tilgjengelig fra <https://www.cordaid.org/en/news/kids-saw-lot-things-psychosocial-support-mental-health-care-iraq/> [lastet ned 30. september 2019]
- Ekurd Daily (2019, 3. april). 2,800 children diagnosed with autism in Iraqi Kurdistan: statistics. *Ekurd Daily*. Tilgjengelig fra <https://ekurd.net/2800-children-diagnosed-autism-2019-04-03> [lastet ned 30. september 2019]
- EPIC, dvs. Education for Peace in Iraq Centre (2017, 7. mars). *Iraq's Public Healthcare System in Crisis*. Washington D.C.: EPIC. Tilgjengelig fra <https://www.epic-usa.org/healthcare-in-crisis/> [lastet ned 30. september 2019]
- Expat Arrivals (u.å.). Middle East, Iraq. Health care in Iraq. *Expat Arrivals*. Tilgjengelig fra <http://www.expatarrrivals.com/middle-east/iraq/healthcare-iraq> [lastet ned 30. september 2019]
- Freh, Mohammed (2016). PTSD, depression, and anxiety among young people in Iraq one decade after the american invasion. *APA PsycNET. Traumatology*. Tilgjengelig fra <https://psycnet.apa.org/record/2016-03238-001> [lastet ned 30. september 2019]
- Grodzovsky, K. (2019, 24. januar). *Donated Cancer Medication Bolsters Hospital in Iraqi Kurdistan*. Santa Barbara: Direct Relief. Tilgjengelig fra <https://www.directrelief.org/2019/01/donated-cancer-medication-bolsters-iraqi-hospital/> [lastet ned 30. september 2019]
- Habib, M. (2017, 6. august). Medical murders in Iraq: crime wave targets Baghdad doctors. *Niqash*. Tilgjengelig fra <https://www.niqash.org/en/articles/security/5651/crime-wave->



[targets-baghdad-doctors-whose-only-choice-is-to-emigrate.htm](#) [lastet ned 30. september 2019]

- Health Cluster Iraq (2019). *Iraq: Health Cluster Monitoring & Interactive Dashboard 2019*. Bagdad: Health Cluster Iraq. Tilgjengelig fra <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJjoiYTRkYzAzOTMtOTEzOS00ZGJmLWJmMzYtYzBhYW15NGY1YzEyIiwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGIzOS00MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCI6ImMiOjh9> [lastet ned 6. september 2019]
- Al Hilfi, T. K. Y, Lafta, R. & Burnham, G. (2013, mars). Health services in Iraq. *The Lancet* 381 (9870): 939-48(2013). Tilgjengelig via ReseachGate (ikke åpent tilgjengelig) [https://www.researchgate.net/publication/236053437\\_Health\\_services\\_in\\_Iraq](https://www.researchgate.net/publication/236053437_Health_services_in_Iraq) [lastet ned 30. september 2019]
- IDF, dvs. International Diabetes Federation (2019). *IDF MENA members*. Brussel: IDF. Tilgjengelig fra <https://www.idf.org/our-network/regions-members/middle-east-and-north-africa/members/36-iraq.html> [lastet ned 30. september 2019]
- Iraks grunnlov av 2005. Oversatt til engelsk av FNs Office for Consitutional Support, godkjent av irakiske myndigheter. Tilgjengelig via ACE project <http://aceproject.org/ero-en/regions/mideast/IQ/Full%20Text%20of%20Iraqi%20Constitution.pdf/view> [lastet ned 11. oktober 2019]
- [Iraks helsedepartement] (2019). *The health situation in Iraq. Challenges and priorities for action. A report that documents the current situation and priorities for action. For the period from November 2018 to April 2019 and strategic directions for 2019 and beyond* [oversatt med Google]. Bagdad: Ministry of Health. (Powerpointpresentasjon av rapporten finnes her <https://moh.gov.iq/upload/upfile/ar/1023.pdf>)  
Full versjon av rapporten er her <https://moh.gov.iq/upload/upfile/ar/1027.pdf> [lastet ned 8. oktober 2019]
- IRFAD (2014). *Healthcare in Iraq*. Bagdad/Washington D.C.: IRFAD. Tilgjengelig fra <http://www.irfad.org/healthcare-in-iraq/> [lastet ned 30. september 2019]
- al-Jaffal, O. (2014, 29. mai). Iraqis' epidemic of mental illness. *Al Monitor*. Tilgjengelig fra <https://www.al-monitor.com/pulse/originals/2014/05/iraq-increase-mental-illnesses-social-stigma.html> [lastet ned 30. september 2019]
- Khaffaf, Eman (2018, desember). Post-traumatic Stress Disorder among Displaced People in Iraq. *Kufa Journal for Nursing Sciences*. Tilgjengelig via Reseach Gate (ikke åpent tilgjengelig) [https://www.researchgate.net/publication/329842494\\_Post-traumatic\\_Stress\\_Disorder\\_among\\_Displaced\\_People\\_in\\_Iraq\\_a\\_dtrabat\\_mabd\\_alndmt\\_ldy\\_alnazhyn\\_fy\\_alraq](https://www.researchgate.net/publication/329842494_Post-traumatic_Stress_Disorder_among_Displaced_People_in_Iraq_a_dtrabat_mabd_alndmt_ldy_alnazhyn_fy_alraq) [lastet ned 28. juni 2019]
- MSF, dvs. Médecins sans frontières (2019, 14. juni). *MSF in Iraq Annual report 2018*. Genève: Médecins sans frontières. Tilgjengelig fra <https://www.msf.org/msf-iraq-annual-report-2018-iraq> [lastet ned 30. september 2019]
- MEMO, dvs. Middle East Monitor (2016, 25. januar). Iraq cancels free healthcare system. *MEMO*. Tilgjengelig fra <https://www.middleeastmonitor.com/20160125-iraq-cancels-free-healthcare-system/> [lastet ned 30. september 2019]
- MEMO (2019, 9. april). Iraq: Oil rich Basra struggle to tackle drug abuse problem filling its prisons. *MEMO*. Tilgjengelig fra <https://www.middleeastmonitor.com/20190409-iraq-oil-rich-basra-struggle-to-tackle-drug-abuse-problem-filling-its-prisons/> [lastet ned 30. september 2019]
- NRC, dvs. Norwegian Refugee Council (2019). *Barriers from birth. Undocumented children in Iraq sentenced to a life on the margins*. Bagdad: NRC. Tilgjengelig fra <https://www.nrc.no/resources/reports/barriers-from-birth/> [lastet ned 30. september 2019]
- NRC, DRC, dvs. Danish Refugee Council og IRC, dvs. International Rescue Committee (2019, april). *Unlocking Iraq's civil documentation system*. Bagdad: NRC, DRC & IRC.
  - Ikke tilgjengelig elektronisk.

- Office of the Iraq Programme Oil-for-Food (2003a, 4. november). *Oil for food*. New York: Office of the Iraq Programme Oil-for-Food. Tilgjengelig fra <https://www.un.org/Depts/oip/background/> [lastet ned 30. september 2019]
- Office of the Iraq Programme Oil-for-Food (2003b, 19. november). *Iraq: UN Oil-for-Food programme set to terminate on Friday, proud and on time*. New York: Office of the Iraq Programme Oil-for-Food. Tilgjengelig fra <https://news.un.org/en/story/2003/11/86142-iraq-un-oil-food-programme-set-terminate-friday-proud-and-time> [lastet ned 30. september 2019]
- Omar, O. (2017, 12. februar). Iraqi hospitals unable to keep up with cancer patients. *The Arab Weekly*. Tilgjengelig fra <https://the arabweekly.com/iraqi-hospitals-unable-keep-cancer-patients> [lastet ned 30. september 2019]
- REACH (2017, desember). *Iraq. Multi-Cluster Needs Assessment (MCNA) 2017*. Châtelaine: REACH. Tilgjengelig fra [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/assessments/reach\\_irq\\_report\\_multi-cluster\\_needs\\_assessment\\_december\\_2017\\_0.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/assessments/reach_irq_report_multi-cluster_needs_assessment_december_2017_0.pdf) [lastet ned 16. september 2019]
- Robinson, A. C. (2018, 2. april). Seminar examines mental health challenges in post-conflict Iraq. *Rudaw*. Tilgjengelig fra <https://www.rudaw.net/english/lifestyle/020420181> [lastet ned 16. september 2019]
- Rudaw (2018, 12. november). Violence targets medical workers, patients preventing care in Iraq. *Rudaw*. Tilgjengelig fra <https://www.rudaw.net/english/kurdistan/12112018> [lastet ned 30. september 2019]
- Saadon, M. (2019, 19. juni). Cancer hits residents of Iraqi oil city of Basra. *Al Monitor*. Tilgjengelig fra <https://www.al-monitor.com/pulse/originals/2019/06/iraq-health-basra-cancer.html#ixzz5xhJL7CqQ> [lastet ned 26. august 2019]
- Shabila, N. P., Al-Tawil N. G., Tahir, R. Shwani, F. H. , Saleh, A. M. og Al-Hadithi, T. S. (2010, 30. november). Iraqi health system in Kurdistan region: medical professionals' perspectives on challenges and priorities for improvement. *Conf Health.v.4*: 19. Tilgjengelig via National Center for Biotechnology Information, US National Library of Medicine <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3003630/> [lastet ned 27. juni 2019]
- Al-Shawi, A. F. (2017, februar). Posttraumatic Stress Disorder among Youth in Iraq, Short Systemic Review. *Journal of Community Medicine and Health Care*. 2017; 2(2): 1010. Tilgjengelig fra <https://www.austinpublishinggroup.com/community-medicine/fulltext/jcmhc-v2-id1010.php> [lastet ned 28. juni 2019]
- Skelton, M. (2013). *Health'and'Health'Care'Decline'in'Iraq: The'Example'of'Cancer'&'Oncology. Contestation over Health and Health Care in Iraq: The Example of Cancer and Oncology*. Providence: Watson Institute International & Public Affairs. Brown University. Tilgjengelig fra <https://watson.brown.edu/costsofwar/files/cow/imce/papers/2013/Health%20and%20Health%20Care%20Decline%20in%20Iraq.pdf> [lastet ned 24. juni 2019]
- Sakr, A. (2014, 4. mars). Iraqi government fails to address rise in autism. *Al Monitor*. Tilgjengelig fra <https://www.al-monitor.com/pulse/originals/2014/03/iraq-autism-increase-government-neglect.html> [lastet ned 30. september 2019]
- Salimi, H. (2019, 2. april). Kurdistan asks for better facilities on World Autism Awareness Day. *Rudaw*. Tilgjengelig fra <https://www.rudaw.net/english/kurdistan/020420193> [lastet ned 30. september 2019]
- Skelton, M., Mula-Hussain, L. Y. I. & Namiq, K. F. (2016). Oncology in Iraq's Kurdish Region: Navigating Cancer, War, and Displacement. *Journal of Global Oncology*. Tilgjengelig fra <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JGO.2016.008193> [lastet ned 25. juni 2019]
- Slemrod, A. (2017, 23. januar). Iraq's growing mental health crisis. *Middle East Eye*. Tilgjengelig fra <https://www.middleeasteye.net/features/iraqs-growing-mental-health-crisis> [lastet ned 25. juni 2019]

- Store medisinske leksikon (u.å.). *Gammakamera* (sist endret 19. august 2019). Oslo: Store norske leksikon. Tilgjengelig fra <https://sml.snl.no/gammakamera> [lastet ned 17. september 2019]
- Tarzi, N. (2018, 6. mars). Iraq's drug habit is a threat to its stability. *Middle East Monitor*. Tilgjengelig fra <https://www.middleeastmonitor.com/20180306-iraqs-drug-habit-is-a-threat-to-its-stability/> [lastet ned 30. september 2019]
- Transparency International (2018). *Corruption Perception Index. Iraq*. Berlin: Transparency International. Tilgjengelig fra <https://www.transparency.org/country/IRQ> [lastet ned 25. juni 2019]
- UNDP, dvs. United Nations Development Programme (2018) . *Human Development Indices and Indicators 2018 Statistical Update*. New York: UNDP. Tilgjengelig fra [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018\\_human\\_development\\_statistical\\_update.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf) [lastet ned 12. mars 2019]
- UNFPA, dvs. United Nations Population Fund (u.å.). *Reproductive and Maternal Health*. Bagdad: UNFPA. Tilgjengelig fra <https://iraq.unfpa.org/en/topics/reproductive-and-maternal-health> [lastet ned 16. september 2019]
- UNICEF (u.å.). *Country profile. Iraq. Key demographic indicators*. Genève: UNICEF. Tilgjengelig fra <https://data.unicef.org/country/irq/> [lastet ned 4. september 2019]
- UNOCHA (2018, november). *Iraq: 2019 Humanitarian Needs Overview*. Bagdad: UNOCHA. Tilgjengelig via Reliefweb [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/irq\\_2019\\_hno.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/irq_2019_hno.pdf) [lastet ned 30. september 2019]
- WHO (u.å.a) *Iraq, Primary health care*. Bagdad: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.emro.who.int/irq/programmes/primary-health-care.html> [lastet ned 12. mars 2019]
- WHO (u.å.b). *Iraq*. Bagdad: WHO. Tilgjengelig fra <https://www.who.int/countries/irq/en/> [lastet ned 17. september 2019]
- WHO (u.å.c). *Diabetes programme. Country and regional data on diabetes*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra [https://www.who.int/diabetes/facts/world\\_figures/en/index2.html](https://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index2.html)
- WHO (2009). *A Basic health service package for Iraq*. Bagdad: WHO. Tilgjengelig fra [http://applications.emro.who.int/dsaf/libcat/EMROPD\\_2009\\_109.pdf](http://applications.emro.who.int/dsaf/libcat/EMROPD_2009_109.pdf) [lastet ned 23. september 2019]
- WHO (2011). *Iraq Pharmaceutical Country Profile*. Bagdad: WHO. Tilgjengelig fra [https://www.who.int/medicines/areas/coordination/Iraq\\_PSCPNarrativeQuestionnaire\\_0102012.pdf?ua=1](https://www.who.int/medicines/areas/coordination/Iraq_PSCPNarrativeQuestionnaire_0102012.pdf?ua=1) [lastet ned 30. september 2019]
- WHO (2013). *Country Cooperation Strategy for WHO and Iraq 2012–2017*. Bagdad: WHO. Tilgjengelig fra [http://applications.emro.who.int/docs/CCS\\_Iraq\\_2012\\_EN\\_14959.pdf?ua=1](http://applications.emro.who.int/docs/CCS_Iraq_2012_EN_14959.pdf?ua=1) [lastet ned 30. september 2019]
- WHO (2015, 26. november). *Cholera*. Iraq. Bagdad: WHO. Tilgjengelig fra <https://www.who.int/csr/don/26-november-2015-iraq-cholera/en/> [lastet ned 5. september 2019]
- WHO (2017). *WHO Mental Health Atlas 2017. Member state profile. Iraq*. Bagdad: WHO. Tilgjengelig fra [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2017/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/) eller direkte fra [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles-2017/IRQ.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/IRQ.pdf?ua=1) [lastet ned 8. oktober 2019]
- WHO (2018, 30. september). *Iraq. Situation Report*. Bagdad: WHO. Tilgjengelig fra [http://www.emro.who.int/images/stories/iraq/WHO\\_Iraq\\_Situation\\_Report\\_for\\_Iraq\\_number\\_eight\\_1\\_to\\_30\\_September\\_2018.pdf?ua=1](http://www.emro.who.int/images/stories/iraq/WHO_Iraq_Situation_Report_for_Iraq_number_eight_1_to_30_September_2018.pdf?ua=1) [lastet ned 25. juni 2019]

- WHO (2019a, 3. mars). *Iraqi Ministries of Health and Higher Education and WHO celebrate World Cancer Day*. Bagdad: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.emro.who.int/irq/iraq-news/iraqi-ministries-of-health-and-higher-education-and-who-celebrate-world-cancer-day.html> [lastet ned 27. juni 2019]
- WHO (2019b, 7. april). *WHO, UNFPA and UNICEF reiterate their commitment to universal health coverage for every person, anywhere, anytime in Iraq*. Bagdad: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.emro.who.int/irq/iraq-news/who-unfpa-unicef-world-health-day-2019.html> [lastet ned 30. september 2019]
- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2019c). *Eastern Mediterranean Region: framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance 2018*. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Tilgjengelig fra [http://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB\\_2018\\_EN\\_20620.pdf?ua=1](http://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB_2018_EN_20620.pdf?ua=1) [lastet ned 30. september 2019]
- WHO (2019d, 15. juli). *WHO Regional Director in Iraq to reinforce WHO support as country enters transition to development phase*. Bagdad: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.emro.who.int/irq/iraq-news/who-regional-director-in-iraq-to-reinforce-who-support-as-country-enters-transition-to-development-phase.html> [lastet ned 16. september 2019]
- WHO (2019e, 24. juli). *Iraq. Statement on Iraq by Dr Ahmed Al-Mandhari, WHO Regional Director for the Eastern Mediterranean*. Bagdad: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.emro.who.int/media/news/statement-on-iraq-by-dr-ahmed-al-mandhari.html> [lastet ned 17. september 2019]
- WHO (2019f, 12. mai). *Increasing access to health care for people in areas of return in Ninewa*. Bagdad: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.emro.who.int/irq/iraq-news/more-health-care-delivered-to-people-in-return-areas-of-ninewa.html> [lastet ned 10. oktober 2019]
- WHO (2019g, 1. oktober). *Global Health Expenditure Database*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra [http://apps.who.int/nha/database/country\\_profile/Index/en](http://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en) [lastet ned 11. oktober 2019]
- Woertz, E. (2019). *Iraq under UN embargo, 1990-2003: Food security, agriculture, and regime survival*. *Middle East Journal*. Vol. 73, No. 1, spring 2019.
- World Bank (u.å.). *Country profile, Iraq*. Washington D.C: World Bank. Tilgjengelig fra [https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report\\_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=IRQ](https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=IRQ) [lastet ned 30. september 2019]
- World Bank (2017, 3. februar). *Iraq. Systematic country diagnostic*. Report No. 112333-IQ. Washington D.C.: World Bank. Tilgjengelig fra <http://documents.worldbank.org/curated/en/542811487277729890/pdf/IRAQ-SCD-FINAL-cleared-02132017.pdf> [lastet ned 30. september 2019]
- World Bank (2019). *Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)*. Washington D.C: World Bank. Tilgjengelig fra <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS> [lastet ned 25. juni 2019]
- Yasin, H. (2019, 23. mai). *10,000 drug users in the Kurdistan Region: Sulaimani official*. *Rudaw*. Tilgjengelig fra <http://www.rudaw.net/english/kurdistan/230520191> [lastet ned 25. juni 2019]
- Karadsheh, J. (2012, 17. august). *A new center for people with autism opens in Baghdad*. *CNN*. Tilgjengelig fra <https://www.youtube.com/watch?v=iO7NarcfA34> [lastet ned 17. september 2019]

## Muntlige kilder

- Helsedepartementet i Bagdad. Viseminister for tekniske forhold (Deputy Minister of Technical Affairs), Dr. Hazem Al-Jumaily, og leder for internasjonal avdeling, Kareema Al-Fatlawi. Møte 27. mars 2019.
- Barnelege (anonym). Møte i Bagdad, 27. mars 2019.
- WHO's stedlige representant i Irak, Adam R. Ismail Abdel Moneim. Møte i Bagdad 27. mars 2019.
- Norwegian Red Cross, Country manager. Møte Bagdad 27. mars 2019.
- Direktøren ved Al Amal National Oncology Hospital. Møte i Bagdad 28. mars 2019.
- Lege og tidligere medlem av parlamentet (i helsekomitéen) i KRI. Møte i Ainkawa, 29. mars 2019.
- Helsedirektoratet i Erbil, Dr. Hunar Ahmad Abdulrahman. Møte på Rizgari sykehus, Erbil, 30. mars 2019.
- Direktøren ved Rizgari hospital, Erbil. Møte, Erbil 30. mars 2019.
- Emergency hospital, Erbil. Uanmeldt besøk 30. mars 2019.
- Helena hospital, Erbil. Dr. Hazhen Talat Mama. Møte Erbil 31. mars 2019.
- Kurdistan Save the Children (KSC) i Erbil. Møte 1. april 2019.
- SEED Foundation. Møte i Erbil 1. april 2019.
- Sardam hospital (privat), Dr. Hazen Talat Mama. Møte i Erbil, 2. april 2019.