

Flygtningenævnets baggrundsmateriale

Bilagsnr.:	467
Land:	Afghanistan
Kilde:	Landinfo.
Titel:	Afghanistan - Humanitære forhold.
Udgivet:	4. oktober 2012
Optaget på baggrundsmaterialet:	11. december 2012

Temanotat

Afghanistan: Humanitære forhold



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

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

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

© Landinfo 2012

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

Alle henvendelser om Landinfos rapporter kan rettes til:

Landinfo

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Storgata 33 A

Postboks 8108 Dep

N-0032 Oslo

Tel: 23 30 94 70

Fax: 23 30 90 00

E-post: landinfo@landinfo.no

www.landinfo.no

Temanotat **Afghanistan: Humanitære forhold**

SUMMARY

Since 2001, there has been a large national and international effort to improve the humanitarian situation in Afghanistan. In 2011 Afghanistan was ranked as number 172 out of 187 countries on UN's Human Development Index. Despite improvements, large parts of the population still live under difficult humanitarian circumstances.

Access to education and health services has increased for a large part of the population. However, there are still challenges in terms of quality and access for vulnerable groups. There is high competition in a largely informal labour market, and 36 per cent of the population lives below the poverty line. Access to a standard of living adequate for health and well-being is a challenge.

SAMMENDRAG

Etter 2001 har det vore stort nasjonalt og internasjonalt fokus for å betre den humanitære situasjonen i Afghanistan. På *Human Development Index* til FN i 2011 var Afghanistan rangert som nummer 172 av 187 land. Til tross for positiv utvikling lever framleis store delar av befolkninga under krevjande humanitære forhold.

Tilgang til utdanning og helsetenester har auka for store delar av befolkninga. Kvalitet er likevel ei utfordring, samt tilgang for sårbare grupper. Det er ein svært pressa arbeidsmarknad, og 36 prosent av befolkninga lever under fattigdomsgrensa. Tilgang til tilfredsstillande levestandard er utfordrande.

INNHALD

1. Innleiing	5
2. Helse	5
2.1 Tilgang til offentlege helsetenester	6
2.2 helseindikatorar – levealder og mødre- og barnedødelegheit	6
2.3 Kvalitet og økonomi	7
2.4 Private helsetenester	8
2.5 Tilgang til og kvalitet på medisin	9
2.6 Psykisk helsevern	9
2.7 Tilgang til helsefasilitetar i Kabul by	10
3. Utdanning	10
3.1 Skulesystem	10
3.2 Tilgang og bruk	11
3.2.1 Skulebygg, materiell, lærarar og undervisningsstandard	12
3.3 Grunnutdanning i urbane strøk og Kabul by	13
3.4 Kostnad ved utdanning	13
4. Arbeidsmarknad	14
4.1 Ein uregulert og usikker arbeidsmarknad	14
4.2 Arbeidsmarknaden i store byar og Kabul by	15
4.3 Tilgang til arbeidsmarknaden	15
4.4 Arbeidsmarknaden for kvinner	16
4.5 Deltaking av barn i arbeidsmarknaden	17
5. Levestandard	18
5.1 Levestandard i Kabul by	18
5.1.1 Bustad	18
5.1.2 Vatn og sanitær	19
5.1.3 Energikjelder og forureining	19
5.2 Økonomi og matsikkerheit	20
5.3 Illegale busetnader og internt fordrivne	20
5.4 Sosial sikkerheit	21
6. Referansar	22
7. Vedlegg 1: Sentrale statistiske kjelder	28

1. INNLEIING

Etter 2001 har det vore lagt ned ein stor innsats for å betre den humanitære situasjonen til befolkninga i Afghanistan, både gjennom internasjonal humanitær- og utviklingsbistand, og gjennom oppbygging og institusjonalisering av afghanske myndigheiter. Afghanistan var rangert som nummer 181 av 182 land på FN sin *Human Development Index* i 2007. I 2011 var landet rangert som nummer 172 av 187. Dette vitnar om både endring og til dels betring i levevilkåra til det afghanske folket. Likevel er det framleis store utfordringar. Mange afghanarar lever under svært vanskelege humanitære forhold.

Dette notatet er utarbeida på bakgrunn av ein førespurnad frå Utlendingsnemnda (UNE) om oppdatert informasjon på humanitære forhold i Afghanistan. Notatet gjer greie for dei viktigaste tendensane innan helse og utdanning, forholda på arbeidsmarknaden og den generelle levestandarden. Variasjonar vil bli vist til i grove trekk, primært på aksen urban-rural og med referanse til kjønn. Når det gjeld situasjonen i urbane strøk, vil det bli fokusert på Kabul by der tilgjengeleg informasjon tillèt det. Notatet gjev såleis ikkje eit fullstendig bilde, men freistar å vise til nokon generelle trekk innan utvalde delar av det humanitære feltet.

Det faktum at siste offisielle folketeljing i Afghanistan blei gjennomført i 1979 gjev utfordringar med statistisk materiale som omtalar prosentdel av total befolkning. Landinfo har likevel på nokon felt valt å inkludere denne type informasjon basert på det vi ser som anerkjente kjelder¹. I tillegg nyttar vi referansar til mindre omfattande og meir tematisk spesifikke undersøkingar. Ved desse er det verdt å hugse at utvalet som utgjer 100 prosent er avgrensa. Statistisk og prosentvis informasjon gjev dermed ikkje eit eksakt bilde av situasjonen. Likevel meiner Landinfo det gjev ein indikasjon på tendensar som viser seg, og kvar desse ligg i eit større bilde.

Kjeldene nytta i notatet er offentleg tilgjengeleg og representerar eit breitt spekter, frå afghanske myndigheiter, FN og sivile- og humanitære organisasjonar, til nyheitsartiklar.

2. HELSE

Det er brei einigheit om at befolkninga si tilgang til og nytte av helsetenester har auka betrakteleg etter at Ministry of Public Health (MoPH) tok over koordineringa av helsetenester. Dette gjev seg utslag i blant anna betre resultat på grunnleggande helseindikatorar dei siste åra: forventa levealder og barne- og mødredødelegheit. Likevel er Afghanistan framleis i verdstoppen når det gjeld dødsfall i barsel og for barn under fem år. Forventa levealder er nær 64 år for både menn og kvinner. Dette indikerer at den generelle helsetilstanden er relativt dårleg.

¹ Sjå vedlegg 1: Sentrale statistiske kjelder, for meir informasjon.

2.1 TILGANG TIL OFFENTLEGE HELSETENESTER

Ministry of Public Health (MoPH) organiserar helsetenester gjennom to ulike program: Basic Packages of Health Services (BPHS) og Essential Package of Hospital Services (EPHS)². Tenestene skal vere tilgjengelege i alle provinsar. Ifølj MoPH har 85 prosent av befolkninga tilgang til helsetenester innan ein time reise frå heimstaden med uspesifisert transportmiddel (ACBAR 2011, s. 18), og 60 prosent bur innan to timars gangavstand (AIHRC 2011, s. 74). I mars 2012 rapporterte Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) at i overkant av 20 prosent av MoPH sine 1765 helsefasilitetar (frå *basic health centre* til nasjonale sjukehus) på landsbasis, ikkje er i drift (OCHA 2012). Truleg gjev lange avstandar, mangel på transportmiddel, korte opningstider, manglande helsepersonell og manglande kunnskap om helsetenester den reelle tilgangen for befolkninga endå lågare (ACBAR 2011, s. 18). I nokon samanhengar kan kulturelle praksisar ytterlegare hindre tilgangen kvinner og jenter har til helsetenester. Det er store geografiske forskjellar, der rurale strøk generelt har både færre helsefasilitetar og dårlegare tilgang til kvalifisert helsepersonell, enn urbane strøk. I praksis består ofte tilbodet utanfor distrikts- og provinscenter berre av enkle konsultasjonar og utskriving av medisin.

I tillegg til at helsesituasjonen for både barn og vaksne avheng av tilgang til, bruk av og kvalitet på helsetenester, vil kunnskap om helsefremmande livsførsel, hygiene og ernæring i stor grad påverke helsesituasjonen til den einskilde. Desse faktorane gjer seg ekstra gjeldande for dei som har dårleg tilgang til helsetenester. I tillegg vil den økonomiske situasjonen til eit hushald ofte vere avgjerande for tilgang til helsetenester.

2.2 HELSEINDIKATORAR – LEVEALDER OG MØDRE- OG BARNEDØDELEGHEIT

To studiar gjev ny informasjon om den generelle helsesituasjonen: Afghanistan Mortality Survey 2010 gjennomført av afghanske myndigheiter ved Afghan Public Health Institute (APHI) i MoPH og Central Statistics Organization (CSO) med internasjonal teknisk støtte³; og Afghanistan Multiple Sector Indicator Survey 2010/11 (AMICS), gjennomført av afghanske myndigheiter ved CSO i samarbeid med UNICEF.

Ifølj Afghanistan Mortality Survey 2010 er forventa levealder nær 64 år for både menn og kvinner (APHI/MoPH et al. 2011, s. 124). Dette er ei betydeleg auke frå tidlegare estimat på nær 49 år for begge kjønn (UNDP 2011).

Når det gjeld barnedødelegheit viser AMICS til ei dødsrate for barn under eitt år på 74 per 1000 levande fødde, og 102 for barn under fem år⁴. Det er både geografiske og demografiske forskjellar, og rurale strøk har betydeleg høgare rate enn urbane strøk. Dødsrata for barn under fem år er 105 i rurale strøk mot 85 i urbane strøk (CSO & UNICEF 2012, s. 20-21). Afghanistan Mortality Survey estimerar dødsrata

² BPHS omfattar følgjande nivå: 1) *health post* (HP); 2) *basic health centre* (BHC); 3) *comprehensive health centre* (CHC) og 4) distriktssjukehus (DH). EPHS supplementerar med sjukehus på provins, regionalt og nasjonalt nivå (MoPH 2011, s 5-6).

³ Sjå vedlegg 1: Sentrale statistiske kjelder, for ytterlegare informasjon.

⁴ Alle tal referert til i samband med barnedødelegheit er per 1000 levande fødde.

for barn under fem år til å ligge mellom 102 og 105 på landsbasis⁵ (APHI/MoPH et al. 2011, s. 103). Tross ulike verdier viser studier lik tendens når det gjelder forskjeller mellom rurale og urbane strøk (APHI/MoPH et al. 2011, s. 98). Disse tal ligg godt over andre land i regionen; Pakistan har ei dødsrate på 87, Bangladesh på 52 og Nepal på 48 (UNDP 2011).

Kartlegging og estimering av barnedødelighet i utviklingsland er svært komplekst og krevjande, og begge studiane framhevar at tala må brukast forsiktig (APHI/MoPH et al. 2011, s. 93; CSO & UNICEF 2012, s. 22-23). Likevel viser begge ein betydeleg nedgang i tidlegare estimert barnedødelighet. National Risk and Vulnerability Assessment 2007/8 estimerte dødsrata for barn under eitt år til å vere 111 og under fem år til å vere 161 (CSO & UNICEF 2012, s. 23).

Mødredødelighet viser lik trend. Estimert dør 327 kvinner per 100 000 fødsler⁶ (APHI/MoPH et al. 2011, s. 133). Dette er ein stor nedgang frå tidlegare estimat på 1600 dødsfall (ICON Institute 2009, s. 91). Denne indikatoren viser ein endå tydelegare skilnad mellom rurale og urbane strøk. Estimert 417 kvinner dør i rurale strøk mot 95 i urbane strøk. Det er verdt å merke seg at dette er estimerte tal, og MoPH viser til at den faktiske verdien for dødsfall på landsbasis truleg vil ligge i intervallet frå 260 til 394. Auka tilgang til og bruk av helsetenester for gravide kvinner blir i stor grad sett som grunn for den store nedgangen, men det blir i tillegg understreka i Afghanistan Mortality Survey at datagrunnlaget for tidlegare estimeringar har vore både svært geografisk avgrensa og lite representativt (APHI/MoPH et al. 2011, s. 129-134). Mødredødeligheten i Afghanistan ligg godt over land i regionen⁷.

Barne- og mødredødelighet varierar både med omsyn til geografisk område og sosioøkonomisk gruppe. Dødsrata er tydeleg lågare for hushald med betre økonomi og der mødre har utdanning (APHI/MoPH et al. 2011, s. 88; CSO & UNICEF 2012, s. 95).

2.3 KVALITET OG ØKONOMI

Kompetent fagpersonell er ein premiss for gode helsetenester. Ifølgje Agency Coordinating Body for Afghan Relief (ACBAR) er det lågt kunnskapsnivå blant helsepersonell, og mangel på profesjonelt helsepersonell er eit problem, særleg på landsbygda. Få kvinnelege profesjonelle helsetilbydarar skaper særskilte problem for kvinner (ACBAR 2011, s. 22).

Den auka bruken av helsetenester aukar presset på tenestene. Overfylte ventarom og konsultasjonar kortare enn ti minutt er regel heller enn unntak. Ofte manglar helsefasilitetane også medisin (ACBAR 2011, s. 23).

⁵ Grunna sikkerheitsutfordringar i datainnsamlinga vel denne studien å ekskludere data frå sør-områda. Data frå aust, sentral, vest og nordområda er nytta for å estimere landsgjennomsnittet.

⁶ Alle tal referert i samband med mødredødelighet er per 100 000 fødsler.

⁷ I regionen estimerar Pakistan med 297 barseldødsfall, Nepal med 281 og Bangladesh med 194 (APHI/MoPH 2011, s. 130).

Kvaliteten på tenester speglar finansieringa av den offentlege helsesektoren. I 2010 var det på årsbasis allokert 5 USD per capita for implementering av BPHS, medan fleire implementerande organisasjonar hadde budsjett så låge som 3,5 USD per capita (Michael 2011, s. 5). Dette gjev knapt eit lågterskeltilbod.

I befolkninga er det ei utbreidd oppfatning at det statlege helsevesenet ikkje tilbyr forventa kvalitet. Afghanistan Independent Human Rights Commission (AIHRC) oppgjev at nær 50 prosent av respondentane i ei undersøking meiner at statlege helsefasilitetar ikkje leverer tilfredstillande kvalitet på tenester, medisin og utstyr (AIHRC 2011, s. 75). For dei med økonomiske ressursar blir private helsetilbod eit alternativ.

Offentlege helsetenester skal vere gratis. Likevel vil det vere økonomiske kostnader, primært til transport og medisinar. Statlege klinikkar tilbyr ofte berre vaksiner og prevensjonsmiddel gratis. Anna medisin, også til bruk under fødselar, operasjonar eller behandling, lyt ofte pasientane sjølv kjøpe (Amnesty International 2012, s. 39-40; Faramarz 2011). Private utgifter er ei stor hindring for å nytte helseteneseter, særleg for fattigare hushald. Uventa helseutgifter er også identifisert som ei av dei viktigaste årsakene til at hushald fell djupare inn i fattigdom. Det er estimert at private hushald dekkar 65 til 80 prosent av totale utgifter til helse i Afghanistan (ACBAR 2011, s. 24; Michael 2010, s. 31).

2.4 PRIVATE HELSETENESTER

Kvaliteten på offentlege helsetilbod gjer at folk føretrekk private helsefasilitetar (ACBAR 2011, s. 24). Det er forholdsvis lite tilgjengeleg informasjon om den private marknaden, men nokon kjelder hevdar at den utgjer over 50 prosent av helsetilbodet i Afghanistan (t.d. Belay 2010, s. 62ff). Den private marknaden er dominert av legar/ helsepersonell med eigne kontor (*solo practice*). I den seinare tid har det i dei største byane også vakse fram private poliklinikkar, diagnostiseringssenter og sjukehus (Michael 2010, s. 32).

Sidan den private sektoren primært består av enkeltpraktiserande legar, vil det truleg vere mindre kompliserte sjukdomar desse behandlar. For meir kompliserte tilfeller, vil det vere naudsynt å oppsøke større helsefasilitetar. Tal for kva fasilitetar kvinner nyttar under fødsel viser at dei føretrekk statlege føretak, også i urbane strøk. I urbane strøk nytta 66 prosent av kvinnene helsefasilitetar under fødsel, 53 prosent nytta statlege føretak og 13 prosent private. I rurale områder har ein fjerdedel av kvinnene hatt assisterte fødselar: 22 prosent har nytta statlege føretak og 3 prosent private (CSO & UNICEF 2012, s. 102). Tilgang til større og meir omfattande private helseføretak synast såleis å berre finnast i større byar.

Den private marknaden er svakt regulert, og det er store variasjonar når det gjeld både pris og kvalitet (Faramarz 2011; Michael 2010, s. 32). MoPH har inga fullstendig oversikt over kva helsepersonell som arbeider privat, men fagforeininga for legar estimerar at av 2500 privatpraktiserande legar i Kabul, arbeider 2000 i det offentlege på dagtid og 500 arbeider berre i det private (GIROA 2011, s. 24). Også i rurale strøk er det vanleg at statleg tilsett helsepersonell tilbyr private helsetenester mot betaling utanom offisielle statlege opningstider.

På grunn av den generelt dårlege kvaliteten på helsetenester, vel mange av dei som har finansielle ressursar å søke behandling utanfor regionen dei bur, t.d. Kabul eller

utlandet, primært India, Iran og Pakistan (ACBAR 2011, s. 24). Ei undersøking gjort av Afghan Public Health Institute viser at i løpet av ein periode på seks veker reiste 856 afghanarar til India for medisinsk behandling. I gjennomsnitt betalte desse 3340 USD per person (AIRHC 2011, s. 76).

2.5 TILGANG TIL OG KVALITET PÅ MEDISIN

Tilgang til og kvalitet på medisin viser liknande tendens som situasjonen i andre delar av helsevesenet. Offentlege helsefasilitetar under BPHS manglar til tider medisinar (ACBAR 2011, s. 23; Siddiqui et al. 2011), og den private marknaden er i stor grad uregulert og manglar fagpersonell. MoPH estimerar at det er over 15 000 private apotek i Afghanistan. Det er berre 550 farmasøytar og 2500 apotekteknikarar og nesten alle (90 prosent) jobbar i andre stillingar på dagtid (GIROA 2011, s. 25). I tillegg til manglande kunnskap hos dei som sel medisin, er det lite kunnskap om dosering og bruk hos både lege og pasient, og det er dårlege rutinar for behandling og lagring (Siddiqui et al. 2011).

På grunn av svake kvalitetssikringsrutinar, manglande regulering og dårleg grensekontroll, er det ei redsle for at medisin som blir importert og distribuert i Afghanistan er av dårleg kvalitet (Michael 2010, s. 33). Ei kvalitetsundersøking av medisin tilgjengleg i BPHS-fasilitetar og private apotek frå 2007 viser likevel at berre 4 prosent ikkje tilfredsstilte kvalitetskrava. Dette er ein forholdsvis låg prosent, men studia understrekar at datagrunnlaget frå private apotek er for lite til å kunne trekke nokon konklusjon for denne sektoren (Johns Hopkins University, Indian Institute of Health Management Research & Kasahara 2007). Ministeriet arbeider med å etablere prosedyrar for å sikre kvalitet på tilgjengeleg medisin. I juli 2012 vart det i Kabul beslaglagt 15 tonn medisin som var gått ut på dato (GIROA 2012).

Det ser ut til at dei fleste typar medisin stort sett er tilgjengleg, særleg i den private marknaden, men kvaliteten vil truleg variere. Landinfo har ikkje informasjon om det generelle prisnivået på medisin.

2.6 PSYKISK HELSEVERN

Det har vore lite fokus på psykisk helse i Afghanistan til tross for at store deler av befolkninga slit med mentale problem etter 30 år med konflikt. Kunnskap om psykisk helse er låg, både blant helsepersonell og i befolkninga. Det er sterke fordommar mot psykiske sjukdommar og personar med psykiske lidingar blir ofte stigmatisert.

I 2005 vart psykisk helse inkludert i den strategiske plana til MoPH, og i 2009 lanserte dei 'National Mental Health Strategy 2009-2014' (MoPH 2009a). Strategien legg fram eit lågterskeltilbod med to fokus; psyko-sosial rådgjeving ved utvalde helsefasilitetar i BPHS og opplysningsarbeid. Etter den informasjonen Landinfo kjenner til, skal opplæring av helsepersonell ha starta i underkant av halvparten av provinsane. På nasjonalt nivå vil utvalde provinssjukehus ha eit avgrensa tilbod med grunnleggande psykiatri, og det er berre registrert i overkant av ti private helseinstitusjonar (alle i større byar) som tilbyr psykologisk rådgjeving (Sayed 2011, s. 11-13; Ventevogel et al. 2012). Det er stor mangel på kvalifisert helsepersonell. Det er nesten ingen fullutdanna psykologar og psykiatrar, og i Kabul by er det berre rundt 30 somatisk utdanna legar som i noko grad arbeider med psykiatri. Mange

allmennpraktiserande legar feildiagnostiserar og feilmedisinerar pasientar med psykiske lidingar (Missmahl, Kluge, Bromand & Heinz 2012).

Tilbod om psykisk helsevern i Afghanistan er dermed svært avgrensa.

2.7 TILGANG TIL HELSEFASILITETAR I KABUL BY

Tilgang til helsefasilitetar i Kabul by er klart betre enn i resten av landet. Ifølj statistikk til MoPH frå 2009 er følgjande offentlege helsefasilitetar tilgjengeleg i Kabul by: 21 spesialiserte sjukehus, 3 distriktssjukehus, 21 comprehensive health centres, 19 basic health centres og 10 andre uspesifiserte helsefasilitetar (MoPH 2009b). I tillegg vil det vere eit stort tal private helsetilbydarar, frå allmennpraktiserande enkeltlegar og spesialistar til større helsefasilitetar og sjukehus med moglegheit for meir kompliserte diagnostiseringar og behandling. Landinfo kjenner ikkje til eksakt omfang.

3. UTDANNING

Utdanningssektoren har sett ein enorm progresjon etter 2001. Frå å ha mindre enn ein million elevar, er i dag rundt 7,5 millionar innskrivne i grunnskulen. Jenter utgjør nær 40 prosent av elevflokket. Ifølj CSO & UNICEF (2012, s. 116-118) stod likevel mange utanfor utdanningssystemet i 2010; 45 prosent av barn i barneskulealder og 68 prosent i ungdoms- og vidaregåandeskulealder. Både den eksplorative auka av elevar frå 2001 og fram til i dag, samt forventede høgare innskrivingstal i åra framover, gjer det utfordrande å sikre god institusjonell utvikling og kvalitet i undervisninga.

3.1 SKULESYSTEM

Offisiell skulealder er 6 år, og barn med gyldig identitetsdokument (Tazkera) har rett til skuleplass. Det statlege skulesystemet under Ministry of Education (MoE) og Ministry of Higher Education (MoHE) er delt inn i følgjande kategoriar: 1) grunnskule som er obligatorisk: barneskule 1.-6. klasse; og ungdomsskule 7.-9. klasse; 2) vidaregåande: 10.-12. klasse; 3) yrkesfagleg utdanning: 10.-14. klasse; og 4) universitet. I tillegg til vidaregåande gjev fullført niårig utdanning moglegheit til å starte yrkesutdanning (Technical and Vocational Education and Training). Lengda på utdanninga varierer mellom fag, men er hovudsakleg frå to til fire år. Fullført 12-årig utdanning gjev grunnlag for å ta Kankur-eksamen – inntaksprøva til universitetet.

Eit religiøst utdanningssystem eksisterer på linje med det 'sekulære' utdanningssystemet. MoE og MoHE administrerar madrassa som dekkar utdanning til og med bachelor-nivå (ASI 2010, s. 36-40). I underkant av fire prosent av den totale elevflokket i offentleg skule, er innskrivne i madrassa-systemet (CSO 2012a, s. 66). I tillegg er det fleire private aktørar: ideelle organisasjonar, lokale organisasjonar, internasjonale institusjonar og private personar, som opererer både innan sekulær og religiøs utdanning.

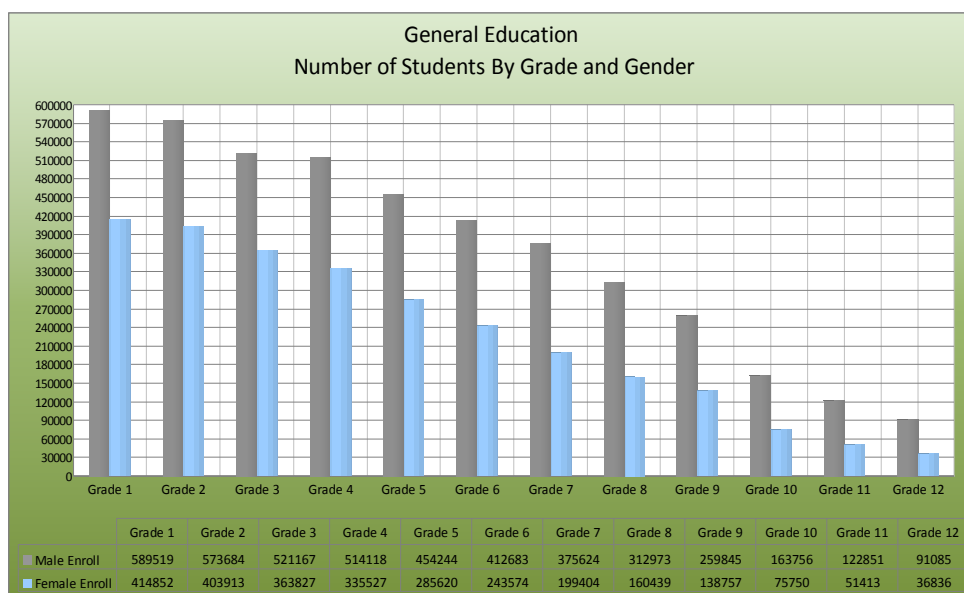
3.2 TILGANG OG BRUK

På landsbygda avgrensar lange avstandar og få skular tilgang til utdanning. Dette hindrar i størst grad jenter, men også gutar. Eit anna hinder er dårleg sikkerheit som leiår til stenging av skular. Ifølj MoE var 500 skular i ti provinsar stengde i 2010, hovudsakleg i sørlege område (Bethke 2012, s. 8). Mangel på kvalifiserte lærarar og infrastruktur, både hindrar barn frå å gå på skulen, og reduserer kvaliteten på undervisninga. I tillegg til jenter og barn direkte påverka av konflikt, er barn med handikapp, barn av nomadar, arbeidande barn, barn frå fattige hushald, barn i fengsel, heimlausa barn og barn med rusproblem, identifisert som sårbare når det gjeld tilgang til utdanning (Bethke 2012, s. 11).

Feltmonitoreringa til AIHRC og undersøkinga 'A Survey of the Afghan People' til Asian Foundation indikerar at folk generelt er fornøgde med tilgang til grunntdanning. AIHRC viser til at over 95 prosent av utvalet har tilgang til grunntdanning for barna sine og at 70-80 prosent gjer seg nytte av denne (AIHRC 2011, s. 82-83). Utdanning er den tenesta befolkninga generelt er mest fornøgd med ifølj 'A Survey of the Afghan People'. Over 70 prosent meiner tilgang til utdanning er god i deira område. Det er store regionale forskjellar, og Sentral-Afghanistan med Kabul og Hazarajat ligg over gjennomsnittet med nær 80 prosent (Rennie 2011, s. 61).

Tala som gjeld tilgang til og deltaking i utdanning frå desse undersøkingane ligg godt over landsgjennomsnittet; mest truleg fordi det hovudsakeleg er sikre område som er tilgjengeleg for undersøkingar. I meir utrygge område er både tilbod om og deltaking i utdanning lågare. Likevel viser undersøkingane at det er relativt god tilgang til utdanning og at afghanarar flest har ei positiv haldning til utdanning.

Mange elevar forlèt skulen før fullført utdanning. Sannsynet for at ein forlèt skulen, aukar i takt med alderen. Statistikk (frå 2010) over innskrivne elevar i ulike klassetrinn viser ein tydeleg trend.



(MoE 2010)

For begge kjønn er det stort fråfall, særleg mellom 4. og 5. klasse, frå barne- til ungdomsskulen og i overgangen frå grunnskulen til vidaregåande skule. I tillegg er fråværet stort, rundt 20 prosent i kvar klasse.

Mangel på kvinnelege lærarar og skulebygg bidreg til at færre jenter vert skrivne inn på ungdoms- og vidaregåande skule. Berre 30 prosent av lærarane er kvinner, og for mange er det ein føresetnad med kvinnelege lærarar om døtrene deira skal gå på skule. Det er generelt fleire kvinnelege lærarar i byane enn på bygda. I Kabul provins utgjør kvinner 66 prosent av lærarane (Oxfam et al. 2011, s. 21), og heile 74 prosent i Kabul by (CSO 2012a, s. 82). Samstundes manglar over halvparten av landets distrikt kvalifiserte kvinnelege lærarar⁸, og i 159 distrikt er ingen jenter innskrivne i vidaregåande skule (Bethke 2012, s. 14-15). Den geografiske variasjonen av kvinnelege lærarar speglar seg delvis i del jenter av innskrive elevar. I 2011 var 45 prosent av elevflokket frå 1. til 12. klasse i Kabul by jenter, mot 38 prosent på landsbasis (CSO 2012a, s. 80). Ekteskapstradisjonar held også jenter vekke frå skulen (Oxfam et al. 2011, s. 5), og grad av lokal aksept for utdanning av jenter vil påverke tilgangen jenter har til skulegang.

Fattigdom og behovet for at barn bidreg økonomisk er hovudårsaka til det høge talet barn som ikkje går på skulen. I tillegg vil fysisk avstand til skulen og tilgjengeleg tilbod, samt oppfatta kvalitet og nytte av utdanning, påverke avgjersla om barn får skulegang (AIHRC 2011, s 85-86).

3.2.1 Skulebygg, materiell, lærarar og undervisningsstandard

Halvparten av afghanske skular har ikkje skulebygg (AIHRC 2011, s. 82). Det er store geografiske forskjellar og forholda er best i byane. Ei studie viser til dømes at berre ein av ti skular i Balkh har skulebygg, medan tre av fire skular i Kabul har. UNICEF estimerar at tre av fire statlege skular manglar tilgang til tilfredsstillande sanitærfasilitetar og at berre 40 prosent har tilgang til forbetra drikkevasskjelde (Oxfam et al. 2011, s. 19).

Undervisningsmateriell er også eit problem. AIHRC viser til at berre 50 prosent seier dei har ei bok for kvart fag, 44 prosent seier dei ikkje regelmessig har undervisningsbøker og 6 prosent seier dei ikkje har nokon undervisningsbøker i det heile (Oxfam et al. 2011, s. 20). Ifølgje MoE er to av tre barne- og ungdomsskular utstyrt med lærebøker. ACBAR viser på si side til at respondentar i deira undersøking ofte framheva at foreldre eller elevar lyt kjøpe lærebøker sjølv i bazaren (ACBAR 2011, s. 26).

Å ha fullført klasse 14⁹ er den offisielle kvalifikasjonen for å vere lærar. I 2010 hadde berre omkring 30 prosent av lærarane denne (Bethke 2012, s. 20). Kunnskap om fag og metodikk er i stor grad manglande. I ei feltundersøking gjennomført av ulike NGO-ar opplyser 10 prosent av lærarane at dei berre har barne- eller ungdomsskule, 45 prosent har fullført vidaregåande, 36 prosent har lærarutdanning, og berre 10 prosent har universitetsutdanning (Oxfam et al. 2011, s. 21). Den store auka av innskrivne elevar gjev behov for stadig fleire lærarar og lærar-elev-rata auka

⁸ Dvs med minimumskrav for lærarutdanning

⁹ Yrkesfagleg vidaregåande utdanning, der blant anna lærarutdanninga ligg, eller universitet.

frå 1:38 til 1:44 mellom 2007 og 2011 (CSO 2012a, s. 84; Oxfam et al. 2011, s. 21). Generelt er lærarane sine kvalifikasjonar betre i byane enn på landbygda.

Få skulebygg, fleire elevskift kvar dag og dobbeltarbeidande lærarar gjev korte undervisningsdagar for elevane. Enkelte lærarar har berre ein halv time til undervisning i kvart fag per veke, og det er tilfelle der sjetteklassingar er mindre enn fire timar tilstades på skulen kvar dag (ACBAR 2011, s. 26).

Det er inga standardisert målingsform for læringsresultat, og den individuelle lærar set sjølv standard for undervisning og eksaminering. Ei stikkprøvestudie frå Teacher Education Department, vel å merke med forholdsvis dårleg svarprosent, kan indikere at kunnskapsnivået i språk og matematikk blant dei yngste elevane har auka dei seinaste åra (Bathke 2012, s. 25).

Knappe ressursar i utdanningssektoren og dårleg forvaltning av desse gjev ein situasjon der individuelle skuleleiarar og deira relasjon til provins- eller nasjonale myndigheiter i stor grad kan påverke tilgangen til ressursar for drift av den einskilde skulen. Også lokalsamfunnet si haldning til utdanning samt samarbeidsrelasjonen mellom skuleleiing og foreldre/lokalsamfunn vil påverke skulemiljøet, både når det gjeld kvalitet, kven som går på skulen og i kva grad det blir oppfatta som sikkert å gå på skulen.

Desse faktorane gjev svært varierende forhold for utdanning.

3.3 GRUNNUTDANNING I URBANE STRØK OG KABUL BY

Det er ein tydeleg forskjell på kvaliteten på grunnutdanninga i urbane og rurale strøk, men det er også lokale variasjonar. Samanlikna med landsbygda har skulane i byane generelt meir kompetente lærarar samt bygningar, læremateriell og utstyr med høgare standard. Betre familieøkonomi gjer at fleire familiar kan prioritere å sende barna i skulen (AIHRC 2011, s. 83). Afghanistan Multiple Cluster Indicator Survey (AMCIS) viser ei innskrivingsrate på 78 prosent i grunnskulen i byane mot 50 prosent i rurale strøk (CSO & UNICEF 2012, s 115).

Det er ei allmenn oppfatning at tilgang til utdanningsinstitusjonar i store byar og Kabul ikkje er noko problem. Dette gjeld både grunnskuleutdanning, vidaregåande, høgare utdanning, samt tilgang til private institusjonar som driv opplæring i språk og data for eldre ungdom/vaksne (Udlændingestyrelsen 2012, s 15-16).

3.4 KOSTNAD VED UTDANNING

Gratis utdanning i statlege institusjonar opp til bachelor-nivå er grunnlovsfesta (AIHRC 2011, s. 81). Utgifter til skulemateriell og uniformer er marginale, men må dekkast av studenten sjølv. I tillegg er det ofte ekstra sluttbrukarutgifter som blir brukt til ekstra lærarar, transport for lærarar, forbetring av skulebygg og liknande. Desse ekstraavgiftene vil truleg variere frå skule til skule, og i 2004 utgjorde dette i gjennomsnitt 350 afghani (7 USD) for ein førsteklasing i Kabul og 1700 afghani (34 USD) for ein niandeklasing (Oxfam et al. 2011, s. 12). For enkelte vil desse avgiftene hindre skulegang.

Når det gjeld private utdanningsinstitusjonar, er bildet variert. Nokon NGO-ar driv skular for fattige barn gratis, medan andre tek seg betalt. Radio Free Europe viser til at enkelte tek månadsavgift på 15 USD for privatundervisning på grunnskulenivå

(Farangis 2009). Privat sjukepleiarutdanning kan koste frå 6 til 40 USD per månad (ASI 2010, s. 77).

Det er lite tilgjengeleg informasjon om både omfang og kvalitet av privat utdanning, men det er eit breitt spekter av tilbydarar på ulike utdanningsnivå i større byar, og særleg i Kabul. Ifølgje MoE er det registrert over 120 000 barn i privat grunn- og vidaregåande skular i 2011 (Bethke 2012, s. 4). Av i alt 69 institusjonar for høgare utdanning, er 43 private. Dei statlege har derimot nær 75 prosent av studentane (CSO 2012a, s. 54).

Landinfo meiner at tilgang til utdanning er god, men at kvaliteten varierar.

4. ARBEIDSMARKNAD

Med unntak for den offentlege marknaden, er arbeidsmarknaden uregulert, ustabil og prega av kortvarig arbeid. Mangel på arbeid, låge lønningar og påfølgjande fattigdom er eit stort problem. Ifølgje AIHRC tener 35 prosent av arbeidstakarane under 1 USD per dag.

4.1 EIN UREGULERT OG USIKKER ARBEIDSMARKNAD

Den uformelle karakteren av arbeidsmarknaden gjer det vanskeleg å klart definere arbeidsløysa. Ministry of Labour, Social Affairs, Martyrs & Disabled (MoLSAMD) og AIHRC viser til mellom 30 prosent og 40 prosent (AIHRC 2011, s 30-31). Arbeidsløyse er ein av dei største utfordringane i landet, ifølgje afghanarar sjølve (AIHRC 2011, s 31; Rennie 2011, s. 23-26).

Omkring 90 prosent blir rekna for å ha ein usikker arbeidssituasjon, der dei arbeider som dagsarbeidarar, sjølvstendig næringsdrivande eller innan ein vidare familiekontekst¹⁰. Berre 10 prosent har kontrakt eller er i fast arbeid (AIHRC 2011, s. 31-32; Samuel Hall 2012, s 10-11). Ifølgje NRVA 2007/8 er nær halvparten av arbeidstyrken ikkje fullt sysselsett. Det er høg konkurranse om få jobbar, og kvalifikasjonane til arbeidarane er ofte ikkje tilpassa arbeidsoppgåvene dei utfører (Samuel Hall 2012, s. 27-29).

På landsbasis er nær 60 prosent sysselsett i landbruket, deretter følgjer handel (11 prosent), 'andre tenester' (9 prosent), konstruksjon (8 prosent), produksjon, offentlig administrasjon, transport, kommunikasjon og utdanning. Landbrukssektoren dominerer i rurale strøk, og brorparten av sysselsette i urbane strøk er innan dei resterande sektorane (ICON Institute 2009, s. 32). Desse resterande sektorane er truleg mest sårbare for økonomiske svingingar.

Utviklinga etter uttrekkinga av dei internasjonale militære styrkane i 2014, er usikker. Fleire meiner det vil bli ein betydeleg økonomisk depresjon som mest truleg får katastrofale følgjer for arbeidsmarknaden, særleg i urbane strøk (Metcalf,

¹⁰ Til dømes landbruksarbeid eller arbeid i ei familiebedrift, der den einskilde indirekte bidreg med inntekter til hushaldet.

Haysom & Martin 2012, s. 19; Pain 2012, s. 34; Samuel Hall 2012, s. 11; Udlændingestyrelsen 2012, s. 15).

4.2 ARBEIDSMARKNADEN I STORE BYAR OG KABUL BY

Dei siste åra har arbeidsmarknaden i de store byane vorte sterkt pressa grunna befolkningsauke. Ifølgje UNHCR er det vanskeleg for nyinnflytta å få jobb i Kabul. Likevel vil det vere mogeleg. International Organisation of Migration (IOM) meiner det er flest jobbar innan privat sektor, der dei beste alternativa er ei sjølvstendig verksemd eller arbeid som ufaglært innanfor konstruksjonsbransjen. Begge alternativ er derimot dårleg lønna, og det vil vere vanskeleg å møte høge leviekostnader med denne type arbeid åleine. Dei med utdanning vil ha betre moglegheiter for arbeid, enn dei utan (Udlændingestyrelsen 2012, s. 13-14).

Det er store variasjonar i lønnsnivået for likt arbeid og mellom ulike arbeidsgjevarar. Brorparten av offentlege tenestemenn tener 100-250 USD per månad¹¹, og tilsette i større private føretak kan tene 300-1800 USD per månad. Sjølvstendig næringsdrivande i profesjonsyrker kan tene 25-40 USD per dag, medan faglærte dagsarbeidarar kan tene 8-16 USD og ufaglærte 3-10 USD per dag (Metcalf, Haysom & Martin 2012, s. 20).

Det vil vere enklare for unge, ugifte menn samanlikna med einslege kvinner og familiar med barn, å etablere seg i Kabul. For einslege kvinner utan nettverk vil kulturelle hindringar gjere det nær umogeleg å etablere seg både på bustad- og arbeidsmarknaden (Udlændingestyrelsen 2012, s. 13-15). Når det er fleire familiemedlemmar vil kostnadsnivået vere høgare både for å etablere seg og sikre eit framtidig livsgrunnlag. Å møte desse kostnadane må dermed sjåast i samheng med den samla inntekta til familiemedlemmane. I små familiar med omsorg for barn, vil dette vere meir krevjande enn for ein utvida familie med fleire yrkesaktive medlemmar som utgiftene kan delast på.

4.3 TILGANG TIL ARBEIDSMARKNADEN

Tradisjonelle nettverk er truleg den viktigaste kanalen for å få arbeid. Ifølgje Samuel Hall framhevar arbeidsgjevarar vener og familie som dei viktigaste kanalane for å få tilgang til arbeidskraft. 70 prosent av arbeidsgjevar i studia har nytta vener eller familie i samband med rekruttering. Deretter blir bazaren og kontaktar til andre tilsette i bedrifta nytta, medan annonsering utgjer ein marginal kanal nytta i rundt ein prosent av tilsettingane.

Studia viser vidare til at kvalifikasjonar og dokumentert kunnskap har avgrensa verdi i ein marknad der personlege nettverk utgjer 'kvalitets'-garanti'. I tillegg er det lågare omkostningar ved å hyre familiemedlemmar samstundes som dette sikrar at dei økonomiske ressursane blir i familien (Samuel Hall 2012, s. 31-32). I studia 'Integration of Returnees in the Afghan Labour Market' frå 2006 melder nær halvparten av respondentane at familien var viktigast for å skaffe arbeid, medan ein av tre opplyste at profesjonelle nettverk spela størst rolle. Sju prosent såg religiøse og/eller etniske nettverk som viktigast (Altai Consulting 2006, s.22)

¹¹ Leiarstillingar vil ligge noko høgare i løn.

I rapporten 'Understanding the return and reintegration process of Afghan Returnees from the UK' blir arbeidsløyse framheva som ei hovudutfordring. 20 prosent av dei intervjua er utan arbeid eitt år etter retur til Afghanistan. Av dei i arbeid er majoriteten i yrker som krev låge kvalifikasjonar, til dømes innan handel- og transportsektoren. Av dei returnerte som valde å etablere eige føretak var nær 60 prosent operasjonelle eitt år etter oppstart. Dei fleste som avslutta føretaka sine meinte tildelt startskapital var for liten til å sikre ei berekraftig bedrift. Økonomi blir dermed avgjerande for desse (Altai Consulting 2009, s. 11; 28-29).

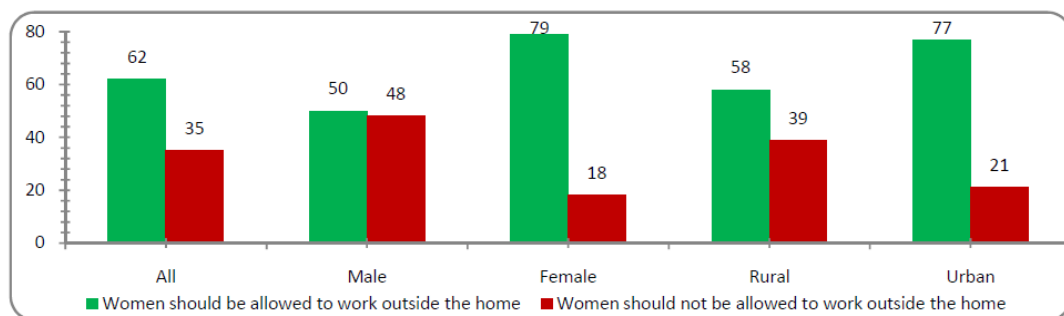
Ei anna studie frå Altai Consulting som omhandlar retur frå nærområda, framhevar tre viktige faktorar for ei vellykka integrering: 1) tilgang til kapital for å investere i eige arbeid; 2) tileigna kunnskap og ferdigheiter som gjev arbeidsmoglegheiter; og 3) sterke sosiale nettverk som bistår i startsfasen både når det gjeld tilgang til arbeid og bustad (Altai Consulting 2010, s. 36-37). Landinfo ser det som sannsynleg at returnerte frå asylland i Europa vil møte like utfordringar ved reintegrering som returnerte frå nærområda. Returnerte frå Noreg mottek økonomisk støtte frå norske myndigheiter ved retur.

4.4 ARBEIDSMARKNADEN FOR KVINNER

I tillegg til førenemnde generelle karakteristikkar av tilgang til arbeid, vil haldningar og kulturelle praksisar påverke i kva grad kvinner får tilgang til arbeidsmarknaden. Tradisjonelle konvensjonar og frykta for 'kva folk seier' kan verke avgrensande.

'A Survey of the Afghan People' illustrerer haldningar til kvinner sitt arbeid utanfor heimen:

Some people say that women should be allowed to work outside the home. What is your opinion about this? (Q-84, Base 6348)
BY GENDER AND SETTLEMENT



(Rennie 2011, s. 159)

Tal frå Asian Foundation kan indikere at haldningane er i ferd med å bli meir restriktive; færre afghanarar meinte at kvinner bør arbeide utanfor hushaldet i 2011 enn i 2006 (Rennie 2011, s. 160). Ei studie frå Kabul og Parwan viser derimot til aukande aksept for at kvinner kan ta seg arbeid utanfor heimen (Echavez 2012, s. 33). I kva grad haldningar og kulturelle forhold hindrar tilgang for kvinner til arbeidsmarknaden, avheng både av geografi og sosioøkonomiske forhold.

Den sterke kjønnssegerasjonen viser seg tydeleg i arbeidsdelinga mellom menn og kvinner. Kvinner har primært ansvar for reproduksjon av hushaldet; den daglege drifta og omsorgsoppgåver, medan menn skal syte for familien sitt inntektsgrunnlag gjennom arbeid i det offentlege rom (Echavez 2012, s. 33-34). Inntektsgenerering for

kvinner er ofte heimebasert, gjennom handarbeid, mattilverke, jordbruk og husdyrhald (Samuel Hall 2012, s. 33). Kvinner arbeider dermed langt sjeldnare utanfor hushaldet enn menn, og er sterkt underrepresenterte både i offentleg og privat sektor.

Sjølv om myndigheitene har som mål å auke delen kvinner i det offentlege, viser tal frå AIHRC at kvinner utgjorde rundt 20 prosent av dei tilsette i statlege institusjonar i 2011. Dette er ein reduksjon på rundt ein tredel sidan 2005 (AIHRC 2011, s. 34). IOM peiker på at fleire kvinner tek høgare utdanning og arbeider utanfor hushaldet, men understrekar også at dei er sterkt underrepresenterte (Udlændingestyrelsen 2012, s. 15). Samuel Hall viser i si undersøking av små og mellomstore bedrifter at snautt 10 prosent av dei tilsette er kvinner. Nær 70 prosent av kvinnene har lærlingkontrakt, i underkant av 20 prosent har dagsavtaler og berre 3-4 prosent er tilsett i lågare leiarstillingar (Samuel Hall 2012, s. 34). Dei er såleis marginalisert når det gjeld både økonomi og status.

Låg utdanning og manglande ferdigheiter gjer at kvinner har problem med å komme inn i ein stadig meir pressa arbeidsmarknad (Echavez 2012, s. 36-37). I tillegg bidreg avstand til arbeidsplass, avgrensa tilgang til akseptabel og trygg transport, og manglande sosiale nettverk, til å halde kvinner utanfor arbeidsmarknaden (AIHRC 2011, s. 34-35; Echavez 2012, s. 7).

4.5 DELTAKING AV BARN I ARBEIDSMARKNADEN

Ifølgje afghansk grunnlov er barnarbeid ulovleg. Artikkel 13 stadfestar at ein alder på 18 år er grensa for å kunne ta fullverdig arbeid, 15 år er naudsynt for å ta lett arbeid, og 14 år for å inngå i lærlingforhold (AIHRC 2011, s. 35).

Afghanistan Multiple Cluster Indicator Survey (AMCIS) rapporterer om arbeidande barn i alderskategorien 5 til 14 år¹². Estimert 25 prosent av barn (5-14 år) arbeider, 27 prosent av gutane og 22 prosent av jentene i aldersgruppa. Hushaldsarbeid og bidrag i ei familiebedrift er klart mest vanleg. Undersøkinga viser at i underkant av 3 prosent av barn mellom 5 og 11 år og 9 prosent mellom 12 og 14 år arbeidar utanfor hushaldet. Arbeid av barn er meir utbreidd på landsbygda enn i byane og rundt 50 prosent av arbeidande barn går også på skule (CSO & UNICEF 2012, s. 126-128). AIHRC viser til at 68 prosent av barn under 18 år deltek i arbeid, utan vidare å spesifisere definisjonen av arbeid (AIHRC 2011, s. 37).

Til tross for ulike rapporteringar viser tala at til eldre barn blir, dess meir sannsynleg er det at dei deltek i arbeid. Gutar primært utanfor heimen og jenter innan hushaldet. Dette kan også sjåast i samanheng med alderssegregert innskrivingsdata i utdanning, der det er langt færre elevar i ungdomsskulen enn i barneskulen.

Fattigdom, kostnadsnivå og store hushald er alle faktorar som påverkar i kva grad barn arbeider. Arbeidskapasiteten til barn blir inkludert i ressursar eit hushald har for å sikre livsgrunnlaget. Dei fleste hushald vil gjere ei avvegning mellom umiddelbart behov for inntekt og moglegheit for å bere utdanningskostnader for barna som på lengre sikt kan gje auka inntekter. Det er meir vanleg at nokon, men ikkje alle barn i

¹² AMCIS sin definisjon på barnarbeid er følgjande: 1) barn mellom 5 og 11 år som gjer minst ein time betalt arbeid, eller 28 timar husarbeid, og 2) barn mellom 12 og 14 år som utfører minst 14 timar betalt arbeid eller minst 42 timar samla inntektsgjevande arbeid og husarbeid, i løpet av ei veke.

eit hushald arbeider, og for mange er det nødvendig at nokon av barna i hushaldet arbeider. Samstundes er det ein delvis aksept i samfunnet for og forventning om at eldre barn bidreg til livsgrunnlaget.

Ei studie utført av AREU i 2009 viser at moglegheit for å lære ei ferdigheit gjennom arbeid kan erstatte antatt behov for formell utdanning, og blir sett som ein viktig læringsprosess mot eit framtidig ansvar som ektemake og forelder. Lokalsamfunnet sine normer og verdiar vil også spele inn på foreldre sine val på vegne av barna. Studia viser at i lokalsamfunn med sterk støtte til utdanning, vil det vere vanskelegare for foreldre å berre prioritere arbeid for barna (Sim 2009, s. 3-8). Avgjerdsla om barn skal arbeide, kviler dermed på fleire faktorar og vurdering av desse.

5. LEVESTANDARD

I Afghanistan lever 36 prosent av befolkninga under fattigdomsgrensa og ein tredel får tidvis ikkje dekkja sine grunnleggande ernæringsbehov. På landsbasis har berre 27 prosent tilgang til forbetra drikkevasskjelder og 5 prosent tilgang til forbetra sanitærforhold (MoEco & WB 2011). Svært høg årleg befolkningsauke (2,6 prosent (APHI/MoPH 2011, s. 4)) skapar stort behov for og konkurranse om knappe ressursar.

5.1 LEVESTANDARD I KABUL BY

Kabul by har det siste tiåret vore ein av dei raskast veksande byane i verda. I 2010 var byen estimert til å ha over 4,5 millionar innbyggjarar (Metcalf, Maysom & Martin 2012, s. 1). Dette påverkar den generelle levestandarden; kva fasilitetar og ressursar som er tilgjengeleg, og konkurransen om desse.

5.1.1 Bustad

Ifølgje Verdsbanken er nær 80 prosent av busetnaden i Kabul uformell (WB i CPHD 2011, s. 100). Denne busetnaden er oppført i uregulerte områder som ikkje er i tråd med reguleringsplaner til myndigheitene. Husbygging er gjort gjennom individuelle avtaler mellom bebuar og landeigar, stort sett gjennom formaliserte kontraktar. Kvaliteten på brorparten av husa er av permanent karakter, og hovudutfordringa er manglande planer for, og tilgang til, grunnleggande infrastruktur som vatn og kloakk. I tillegg har UNHCR registrert 43 illegale busetnader, der landeigar ikkje har gitt løyve for busetnad. Bufasilitetane her er av svært midlertidig karakter og, det er nær ingen permanent infrastruktur¹³ (Metcalf, Haysom & Martin 2012, s. 3; 7).

Den auka etterspørselen speglar seg også i eit stadig tettare busetnadsmønster, og nær 40 prosent av familiar delar bustad med andre familiar i urbane strøk. I overkant av 20 prosent av bebuarane leiger bustad (ICON Institute, s. 93).

¹³ Illegale busetnader vil bli omtala nærmare seinare i notatet.

Både kjøpe- og leigemarknaden ligg generelt høgt i pris. Pris vil likevel både variere mellom ulike bydelar, etter standard på bygningane og truleg ut frå nettverk. Generelt vil forstadane til Kabul ha lågare prisar, enn sentrale bydelar. Leigeprisar vil truleg variere frå 100 USD per måned til over 500 USD (CSO 2012b).

Samstundes som Kabul kan sjå ut til i stor grad å ha absorbert eit stort tal innflyttarar det siste tiåret, gjer høgt prisenivå og ein svak arbeidsmarknad det vanskeleg å sikre seg ein god bustad for folk flest. Ifølgje AIHRC vil familiar med ei middelinntekt ikkje vere i stand til å skaffe seg tilfredsstillande buforhold i Kabul. Dei framhevar at tilgang til bustad i Kabul by er ei *serious challenge* (AIHRC 2011, s. 65-66). UNHCR meiner at situasjonen i illegale busetnadar er mest prekær (Udlændingestyrelsen 2012, s. 12).

5.1.2 Vatn og sanitær

Vatn og kloakk er eit stort problem i dei uregulerte busettingane. Ifølgje Human Development Report 2011 har 56 prosent av befolkninga i Kabul tilgang til 'forbetra vatn', det vil seie at vasskjelda og vatnet er beskytta av røyr, brønner, handpumper eller liknande. Berre 35 prosent av bustadane i byen er knytt til det kommunale vassverket, og i uregulerte områder er tilgang til vatn primært gjennom brønner (CPHD 2011, s. 97-100). I nokon områder har bebuarane sjølv organisert avtaler med private leverandørar for å bygge ut og sikre meir langsiktig vassforsyning og sanitærhandtering (Metcalf, Haysom & Martin 2012, s. 23).

Tilgang til forbetra vasskjelde gjev derimot ikkje automatisk reint og trygt drikkevatt. På grunn av tettare busetnad, manglande kloakksystem og dårleg handtering av brakkvatn er store delar av grunnvatnet i Kabul forureina og helseskadande. Dette gjev ureint drikkevatt, særleg frå grunne brønner som er den mest brukte vasskjelda. Høgt forbruk og lite nedbør reduserer også stadig grunnvassreservoaret i Kabul (Eqrar 2008).

Sanitærfasilitetar har generelt låg standard i Afghanistan. Ifølgje NRVA 2007/8 har i overkant av 20 prosent tilgang til forbetra sanitærforhold i urbane strøk (ICON Institute, s. 95). Tilgang til tilfredsstillande vatn- og sanitærfasilitetar er avgrensa også i Kabul by. Dette primært på grunn av husbygging i uregulerte områder, og ad-hoc-løysingar framfor planlegging og utbygginga av ein heilheitleg infrastruktur. Det er store variasjonar mellom ulike nabolag.

Ifølgje Ministry of Refugees and Repatriation (MoRR) har ikkje Kabul by i 2012 kapasitet til å absorbere fleire innflyttarar, grunna byen si manglande moglegheit til å tilby grunnleggande tenester (Udlændingestyrelsen 2012, s. 10).

5.1.3 Energikjelder og forureining

Ifølgje Verdsbanken har rundt 85 prosent av bebuarane i Kabul tilgang til elektrisitet (MoEco & WB 2011, s. 28). Dei fleste er knytt til private generatorar eller elektrisitetsnettverket. Det er antakeleg over 200 000 generatorar i Kabul til privat forbruk (Huffington Post 2009). I tillegg ligg planer til grunn for at fleire hushald skal få tilgang til elektrisitetsnettverket i relativt nær framtid (MoEco 2010, s. 52-60). Driftssikkerheita og tal timar eit hushald har tilgang til elektrisitet, vil variere ut frå kva kjelde som er nytta.

Elektrisitet blir i all hovudsak brukt til lys. Berre ein prosent av hushald i urbane strøk brukar elektrisitet til matlaging, der den største energikjelda er gass (65 prosent) (CSO & UNICEF 2012, s. 65). Trevirke (cirka 50 prosent), kull (14 prosent) og gass (12 prosent) er dei mest nytta kjeldene for oppmarming (Rennie 2011, s. 58-59).

Kabul by har særst høg luftforureining, grunna dårleg kvalitet på bensin og diesel, ein eldre bilpark og høgt forbruk av brensel. Lite vegetasjon, dårleg vegstandard og topografien forverrar forureininga. Ifølgje Huffington Post dør nær 3000 menneske årleg i Kabul grunna forureining. Det blir vist til tala til National Environmental Protection Agency (NEPA) som indikerar at nær 80 prosent av pasientar på sjukehus i Kabul lir av sjukdommar grunna forureina luft og vatn (Huffington Post 2009).

5.2 ØKONOMI OG MATSIKKERHEIT

Ifølgje Asian Development Bank var det i Afghanistan ei inflasjonsrate på rundt ti prosent i 2011 (Asian Development Bank 2011). World Food Programme (WFP) viser til at det har vore størst prisauke på *non-food items*, i underkant av sju prosent prisauke på generelle matvarer og rundt to prosent auke på brød- og kornprodukt. Sjølv om prisane på kornprodukt viser ei moderat auke, har dei ikkje normalisert seg etter den store prisauka i 2007/2008. Blant anna på grunn av låg produksjon i fleire provinsar, låg prisen på kveite 34 prosent over internasjonal marknadspris i mai 2012 (WFP 2012). Særleg sårbare grupper har lidd akutt matmangel på grunn av dette (AIHRC 2011, s. 68). Generelt er likevel ikkje matforsyning eit problem i Afghanistan. Det er den økonomiske situasjonen til eit hushald vil avgjere i kva grad det er matsikkert.

5.3 ILLEGALE BUSETNADER OG INTERNT FORDRIVNE

I Kabul by er det registret 43 illegale busetnadar med estimert 20-35 000 bebuarar (Amnesty International 2012, s. 10; Metcalfe, Haysom & Martin 2012, s. 7). Ifølgje Amnesty International er bebuarane internt fordrivne og returnerte frå Pakistan og Iran. Nokon har busett seg direkte i Kabul, andre har relokalisert til Kabul etter feila forsøk på å busette seg på heimstaden (2012, s. 29). Bebuarane i desse områda er sårbare grunna utilfredsstillande buforhold, høg arbeidsløyse, og påfølgjande fattigdom som gjev avgrensa tilgang til mat.

Verdsbanken og UNHCR gjennomførte ei studie av internt fordrivne (*IDPs*) busett i Kabul, Kandarhar og Herat i 2011. Studia samanliknar IDP-ar med fattige by-bebuarar. I Kabul bur over 90 prosent av IDP-ane i midlertidige bustadar og ein tredel av desse i telt. Dette gjer dei meir utsett for å bli bortvist grunna manglande rett til å bu på områda, enn andre fattige. Over 70 prosent manglar tilgang til elektrisitet (mot 18 prosent av fattige by-bebuarar), berre få felles brønnar gjev tilgang til vatn, og sanitær- og avfallshandtering er nær ikkje-eksisterande. Dårlig økonomi, høgare arbeidsløyse og manglande tilgang til sosiale nettverk som kan bistå med kreditt, gjer IDP-ar fem gonger mindre matsikre enn andre fattige (WB & UNHCR 2011, s. 31-37). IDP-ane har også meir avgrensa tilgang til både helse- og utdanningsfasilitetar (Amnesty International 2012, s. 38-40; 50-54).

Afghanske myndigheiter blir kritisert for å gjere lite når det gjeld å gje støtte til bebuarar i illegale områder. I tillegg hevdar Amnesty at myndighetene heller ikkje

legg forholda til rette for at NGO-ar kan bistå (Amnesty International 2012, s. 64-68).

Talet på internt fordrivne har auka dei seinaste åra. UNHCR har registrert rundt 400 000, men påpeiker samstundes at talet sterkt underrepresenterar den faktiske situasjonen på grunn av utfordringar når det gjeld registrering (UNHCR 2012). Amnesty International viser til at gjennomsnittleg 400 personar dagleg lyt flytte frå heimane sine, og at per januar 2012 omfatta dette over 500 000 personar i Afghanistan (2012, s. 16). Eit eksakt omfang av denne kategorien er dermed vanskeleg å fastsetje.

5.4 SOSIAL SIKKERHEIT

Sosialhjelp eller sosial sikkerheit i form av støtte frå myndigheitene til vanskelegstilte familiar eller individ eksisterer i praksis nærmast ikkje i Afghanistan i dag. Ifølgje AIHRC er det berre etterlatne etter martyrar og dei som har forsvunne under krigen, personar med nokon former for handikapp, og til dels foreldreause barn som i minimal grad nyt sosial sikkerheit frå myndigheitene. Dette dreiar seg om marginale månadlege pengeutbetalingar og eit strekt avgrensa tal barneheimsplassar for foreldreause barn (AIHRC 2011, s. 45-46; 93-97).

Det er familien, storfamilien og eit utvida sosialt nettverk som utgjer den sosiale sikkerheita til eit individ. Sikkerheita vil dermed i stor grad avhenge av nettverk og ressursar i desse, og tilgang til kreditt blir viktig for både fattige hushald og hushald i krisesituasjonar. Overseas Development Institute (ODI) viser at kreditt eller lån primært er tilgjengeleg gjennom uformelle kanalar, ofte slektningar eller lokale handelsmenn. For nyetablerte (seinast tilflytta) kan det være vanskelegare å få kreditt på grunn av manglande sosial kapital eller dokumentasjon på kven dei er (Metcalf, Haysom & Martin 2012, s. 21). AREU viser også at tilgang til kreditt i mange av nettverka er avgrensa fordi alle deltakarane i utgangspunktet er fattige (Pain 2012, s. 31). Det vil i nokon grad vere tilgang til kreditt gjennom offisielle kanalar som mikrokreditt-ordningar eller regulære banklån.

6. REFERANSAR

Skriftlige kjelder

- ACBAR, dvs. Agency Coordinating Body for Afghan Relief (2011, november). *Health and Education in Afghanistan: 10 Years After – Quantity Not Quality*. Kabul: ACBAR. Tilgjengeleg frå http://www.togetherafghanistan.org/wp-content/uploads/2011/12/ACBAR_HealthAndEducation_email.pdf [lasta ned 31. august 2012]
- AIHRC, dvs. Afghanistan Independent Human Rights Commission (2011, november/desember). *Fifth Report – Situation of Economic and Social Rights in Afghanistan*. Kabul: AIHRC. Tilgjengeleg frå http://www.aihrc.org.af/media/files/Reports/SECR/Reportprosent20onprosent200ESCR_Final_English_12_2011.pdf [lasta ned 31. august 2012]
- Altai Consulting (2006, oktober). *Integration of Returnees in the Afghan Labour Market*. Kabul: Altai Consulting. Tilgjengeleg frå: http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/download/afghan_report.pdf [lasta ned 31. august 2012]
- Altai Consulting (2009, mars). *Understanding the Return and Reintegration Process of Afghan Returnees from the UK*. Kabul: Altai Consulting. Tilgjengeleg frå <http://www.altaiconsulting.com/docs/migration/Altaiprocent202009procent20Returnprocent20andprocent20Reintegrationprocent20ofprocent20Afghans.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- Altai Consulting (2010, mars). *Research Study on the Coping Strategies of Returned Refugees in Urban Settings*. Kabul: Altai Consulting
- Amnesty International (2012, 23. februar). *Fleeing war, finding misery – the plight of the internally displaced in Afghanistan*. London: Amnesty International. Tilgjengeleg frå <http://www.amnesty.org/en/library/asset/ASA11/001/2012/en/16509ae3-8407-4f1a-95e8-029f1e08397d/asa110012012en.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- APHI/MoPH et al, dvs. Afghan Public Health Institute/Ministry of Public Health, Central Statistics Organisation, ICF Macro, Indian Institute of Health Management Research & WHO/EMRO (2011, november). *Afghanistan Mortality Survey 2010*. Calverton, MD: ICF Macro. Tilgjengeleg frå <http://measuredhs.com/pubs/pdf/FR248/FR248.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- ASI, dvs. Adam Smith International (2010, juni). *Education Sector Analysis Afghanistan – Final Draft*. Kabul: ASI. Tilgjengeleg frå <http://www.giz.de/Themen/de/SID-700892DC-3DE01892/dokumente/en-adam-smith-international-draft-nesp-assessment-2011.pdf> [lasta ned 31. august 2012]

- Asian Development Bank (2011, desember). *Asian Development Bank & Afghanistan – Fact Sheet*. Kabul: Asian Development Bank. Tilgjengeleg frå <http://www.adb.org/sites/default/files/pub/2012/AFG.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- Belay T.A. (ed.) (2010). *Building on Early Gains in Afghanistan's Health, Nutrition and Population Sector – Challenges and Options*. Washington DC: The World Bank. Tilgjengeleg via Google Books http://books.google.no/books?id=Du-NlNdlqgC&printsec=frontcover&hl=no&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=true [lasta ned 31. august 2012]
- Bethke, L. (2012, juni). *Education Joint Sector Review – Primary and Secondary Schooling – Sub Sector Report*. Kabul: Islamic Republic of Afghanistan.
- CPHD, dvs. Centre for Policy and Human Development (2011). *Afghanistan Human Development Report 2011 – The Forgotten Front: Water Security and Crisis in Sanitation*. Kabul: CPHD. Tilgjengeleg frå <http://www.cphd.af/nhdr/nhdr2010/Completeprosent20NHDRprosent202011prosent20final.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- CSO, dvs. Central Statistic Organization (2012a). *Afghanistan Statistical Yearbook 2011-12*. Kabul: CSO. Tilgjengeleg frå <http://cso.gov.af/Content/files/Educationprosent20syb.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- CSO (2012b, mars). *Kabul City Average Consumer Prices*. Kabul: CSO. Tilgjengeleg frå <http://cso.gov.af/Content/files/03 Mar 2012 Kabul pub.xls> [lasta ned 31. august 2012]
- CSO & UNICEF, dvs. Central Statistics Organization & United Nations Children's Fund (2012, juni). *Afghanistan Multiple Cluster Indicators Survey 2010-2011: Final Report*. Kabul: CSO & UNICEF. Tilgjengeleg frå <http://cso.gov.af/Content/files/AMICS-Jun24-2012-FINAL.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- Echavez, C.R. (2012, mars). *Gender and Economic Choice: What's Old and What's New for Women in Afghanistan*. Kabul: AREU. Tilgjengeleg frå <http://www.areu.org.af/Uploads/EditionPdfs/1206E-Genderprosent20andprosent20Economicprosent20Choiceprosent20RQAprosent202012.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- Eqrar, N. (2008, oktober). *Water supply and sanitation of Kabul basin: Coupling sustainable sanitation and groundwater protection Symposium 14-17 October, 2008, Hannover*. Hannover: Bundesanstalt für Geowissenschaften und Rohstoffe. Tilgjengeleg frå http://www.bgr.bund.de/EN/Themen/Wasser/Veranstaltungen/symp_sanitat-gwprotect/poster_eqrar_pdf?__blob=publicationFile&v=2 [lasta ned 31. august 2012]

- Faramarz, A. W. (2011, 19. august). Afghan frustration at poor healthcare. *Institute for War & Peace Reporting*. Tilgjengeleg frå <http://iwpr.net/report-news/afghan-frustration-poor-healthcare> [lasta ned 31. august 2012]
- Farangis, N. (2009, 9. mai). Afghan Private Schools Seen as Hope, Optimism. *Radio Free Europe/ Radio Liberty*. Tilgjengeleg frå http://www.rferl.org/content/Afghan_Private_Schools_Seen_As_Sign_Of_Hope_Optimism/1624801.html [lasta ned 31. august 2012]
- GIRoA, dvs. Islamic Republic of Afghanistan (2011, november). *Afghanistan National Health Workforce Plan 2012-16. Draft Version – 2*. Kabul: GIRoA. Tilgjengeleg frå http://www.who.int/workforcealliance/countries/Afghanistan_HRHplan_2012_draft_wlogos.pdf [lasta ned 31. august 2012]
- GIRoA, dvs. Islamic Republic of Afghanistan (2012, 18. juli). *MoPH Torches 15 tons of Expired Medicines in Kabul*. Kabul: GIRoA. Tilgjengeleg via Reliefweb <http://reliefweb.int/report/afghanistan/moph-torches-15-tons-expired-medicines-kabul> [lasta ned 31. august 2012]
- Huffington Post (2009, 15. april). Kabul: One Of World's Worst Polluted Cities, Say Experts. *Huffington Post*. Tilgjengeleg frå http://www.huffingtonpost.com/2009/04/15/kabul-one-of-worlds-worst_n_187192.html [lasta ned 31. august 2012]
- ICON Institute (2009). *National Risk and Vulnerability Assessment 2007/8 – A Profile of Afghanistan*. Kabul: ICON Institute. Tilgjengeleg frå http://ec.europa.eu/europeaid/where/asia/documents/afgh_nrva_2007-08_full_report_en.pdf [lasta ned 31. august 2012]
- Johns Hopkins University, Indian Institute of Health Management Research & Kasahara, N. (2007). *Drug Quality Assessment Study Afghanistan 2007*. Kabul: Ministry of Public Health Islamic Republic of Afghanistan. Tilgjengeleg frå <http://moph.gov.af/Content/Media/Documents/Afghanistan-National-Drug-Quality-Assessment-2007-English512011102859338.pdf> [lasta ned 31. august 2012] .
- Metcalfe, V., Haysom, S. & Martin, E. (2012, juni). *Sactuary in the city? Urban displacement and vulnerability in Kabul*. London: Humanitarian Policy Group/ Overseas Development Institute. Tilgjengeleg frå <http://www.odi.org.uk/resources/docs/7722.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- Michael, M. (2011, juli). *Too good to be true? An assessment of health system progress in Afghansitan 2002-2010*. Brisbane: University of Queensland/ DANIDA. Tilgjengeleg frå <http://www.sph.uq.edu.au/docs/AfghanistanFinalAug11.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- Missmahl, I., Kluge, U., Bromand Z. & Heinz A. (2012). Teaching psychiatry and establishing psychosocial services – lessons form Afghanistan. *European Psychiatry*, 27 (Supp/2), 76-80.
- MoE, dvs. Ministy of Education (2010). *Enrolment by Grade: General Education – Number of Students by Age and Gender*. Kabul: EMIS/MoE.

Tilgjengeleg frå [http://moe.gov.af/Content/files/EMIS-Enrollment By grade.xls](http://moe.gov.af/Content/files/EMIS-Enrollment%20By%20grade.xls) [lasta ned 31. august 2012].

- MoEco, dvs Ministry of Economy (2010, oktober). *Energy Sector Status Report July – September, 2010*. Kabul: Islamic Republic of Afghanistan. Tilgjengeleg frå <http://www.afghaneic.org/Data/Recent%20News/Energy%20Sector%20Status%20Report%20with%20attachments%20for%20July%20-%20September%202010.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- MoEco & WB, dvs. Ministry of Economy & the World Bank (2011, juni). *Afghanistan Provincial Briefs*. Washington DC: The World Bank. Tilgjengeleg frå <http://siteresources.worldbank.org/AFGHANISTANEXTN/Resources/305984-1297184305854/ProvBriefsEnglish.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- MoPH, dvs. Ministry of Public Health (2009a). *National Mental Health Strategy 2009-2014 – For a Mentally Healthy Afghanistan*. Kabul: Islamic Republic of Afghanistan. Tilgjengeleg frå http://moph.gov.af/Content/Media/Documents/01_National_MH_Strategy-E109201113045501553325325.pdf [lasta ned 31. august 2012]
- MoPH, dvs Ministry of Public Health (2009b, september). *List of Active Health Facilities by Province and District*. Kabul: MoPH. Tilgjengeleg frå <http://moph.gov.af/Content/Media/Documents/BPHS-Facilities-by-District30122010103956228.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- OCHA, dvs Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (2012, april). *AFGHANISTAN: Health Facilities – Functioning and Non-Functioning as of March 2012*. Kabul: OCHA. Tilgjengeleg via Humanitarian Response – Humanitarian Portal for Afghanistan http://afg.humanitarianresponse.info/sites/default/files/afg_health_facility_2012Apr24_A0.pdf [lasta ned 31. august 2012]
- Oxfam et al., dvs Oxfam, Afghan Civil Society Forum, Afghan Development Association, Afghan Peace and Democracy Act, Afghan Women's Network, Afghan Women Services and Education Organization, CARE, Cooperation Centre for Afghanistan, Coordination of Afghan Relief, Coordination of Humanitarian Assistance, Education Training Centre for Poor Women and Girls of Afghanistan, Legal and Cultural Services for Afghan Women and Children, Sanayee Development Organisation, Shuhada & Swedish Committee for Afghanistan (2011, 24. februar). *Joint Briefing Paper: High Stakes – Girls' Education in Afghanistan*. Kabul: Oxfam et al. Tilgjengeleg frå <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/afghanistan-girls-education-022411.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- Pain, A. (2012, juli). *Livelihoods, basic services and social protection in Afghanistan*. London: Secure Livelihoods Research Consortium/ Overseas Development Institute. Tilgjengeleg frå <http://www.odi.org.uk/resources/docs/7718.pdf> [lasta ned 31. august 2012]

- Rennie R. (ed.) (2011). *Afghanistan in 2011 – A Survey of the Afghan People*. Kabul: The Asian Foundation. Tilgjengeleg frå <http://asiafoundation.org/publications/pdf/989> [lasta ned 31. august 2012]
- Samuel Hall (2012, mai). *Afghanistan: Time to move to Sustainable Jobs – Study on the State of Employment in Afghanistan*. Kabul: International Labour Organization. Tilgjengeleg frå <http://samuelhall.org/REPORTS/Timeprosent20toprocent20moveprosent20toprocent20sustainableprosent20jobs,prosent20Aprosent20Studyprosent20onprosent20theprosent20Stateprosent20ofprosent20Employment.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- Sayed, G.D. (2011, august). *Mental Health in Afghanistan – Burden, Challenges and the Way Forward*. Washington DC: The World Bank. Tilgjengeleg frå <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/MHinAfghanistan.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- Siddiqui, A. Z., Habibi, F., Yousufzai, N., Ehsaas, L., Omari, M. Z., Konduri, N. & Green, T. (2011, november). *Pharmaceutical Management Intervention Through a Drug and Therapeutics Committee (DTC) in Kabul, Afghanistan - Initial Experience After Decades of Neglect: Presentation at the Third International Conference on Improving Use of Medicines, Antalya, Turkey, 14-18. November 2011*. Arlington VA: International Network for the Rational Use of Drugs. Tilgjengeleg frå http://www.inrud.org/ICIUM/ConferenceMaterials/849-siddiqui-_a.pdf [lasta ned 31. august 2012]
- Sim, A. (2009, mai). *Confronting Child Labour in Afghanistan*. Kabul: AREU. Tilgjengeleg frå <http://www.areu.org.af/Uploads/EditionPdfs/925E-Confrontingprosent20Childprosent20Labour-BP-print.pdf.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- Udlændingestyrelsen (2012, mai). *Afghanistan – Country of Origin Information for Use in Asylum Determination Process – Report from Danish Immigration Service's fact finding mission to Kabul, Afghanistan*. Copenhagen: Danish Immigration Services. Tilgjengeleg frå <https://www.nyidanmark.dk/NR/ronlyres/3FD55632-770B-48B6-935C-827E83C18AD8/0/FFMrapportenAFGHANISTAN2012Final.pdf> [lasta ned 31. august 2012]
- UNHCR (2012, juli). *Conflict-Induces Internally Displaced Person in Afghanistan – Interpretation of Data as of 31 May 2012*. Kabul: UNHCR Representation in Afghanistan. Tilgjengeleg frå <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/5035f0fe2.pdf> [lata ned 31. august 2012]
- UNDP, dvs. United Nations Development Programme (2011) *Human Development Report 2011 – Sustainability and Equity: A Better Future For All*. New York: UNDP. Tilgjengeleg frå http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_EN_Complete.pdf [lasta ned: 31. August 2012]

- Ventevogel, P., van de Put, W., Faiz, H., van Mierlo, B., Siddiqi, M. et al. (2012, 29. mai). Improving Access to Mental Health Care and Psychosocial Support within a Fragile Context: A Case Study from Afghanistan. *PLoS Medicine* 9(5). Tilgjengeleg frå <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1001225> [lasta ned 31.august 2012]
- WB & UNHCR, dvs. World Bank & United Nations High Commissioner for Refugees (2011, mai). *Research Study on IDPs in urban settings – Afghanistan*. Kabul: WB & UNHCR. Tilgjengeleg frå http://siteresources.worldbank.org/EXTSOCIALDEVELOPMENT/Resources/244362-1265299949041/6766328-1265299960363/WB-UNHCR-IDP_Full-Report.pdf [lasta ned 31. august 2012]
- WFP, dvs. World Food Programme (u.å.). *Food Security Atlas - Access to Food*. Kabul: WFP. Tilgjengeleg frå <http://www.foodsecurityatlas.org/afg/country/food-insecurity-and-vulnerability/Access-to-food> [lasta ned 19. september 2012]

7. VEDLEGG 1: SENTRALE STATISTISKE KJELDER

Rapporten '**Situation of Economic and Social Rights in Afghanistan**' er ei periodisk rapportering frå **menneskerettskommisjonen Afghanistan Independent Human Rights Commission (AIHRC)**. Landinfo ser dette som ei god kjelde, både som god kartlegging av statlege strategiar, mål og aktivitetar, og grunna deira regelmessige feltmonitorering av relevante indikatorar i eit rettsperspektiv. Denne monitoreringa gjev eit 'snap-shot' av korleis befolkninga opplever at deira rettar er ivaretekne. I monitoreringa frå 2010/11 var i alt 7530 personar intervjuet i 26 ulike provinsar. Dette viser, som er tilfelle med dei fleste felt-undersøkingar i Afghanistan, at geografisk nedslagsfelt ikkje vil dekke heile landet, og dei mest usikre områda vil vere underrepresentert. Når det er sagt, har AIHRC forholdsvis god geografisk spreining på sine 12 feltkontor i tillegg til hovudkontoret i Kabul. Referanse: **(AIHRC 2011)**

National Risk and Vulnerability Assessment 2007/8 (NRVA 2007/8) er den siste og mest omfattande systematiske hushaldsundersøking tilgjengeleg i Afghanistan. Rapporten er skriven av **ICON Institute** i samarbeid med blant anna Central Statistic Organisation (CSO) og Ministry of Rural Rehabilitation and Development (MRRD) som gjennomførte undersøkinga. I alt var 152 000 personar intervjuet, 20 576 hushald konsultert i 395 distrikt i 34 provinsar. Berre i Uruzghan provins var det ikkje mogleg å intervjuet kvinner. Talmateriala kan vere noko endra grunna utvikling i positiv eller negativ retning sidan undersøkinga vart gjennomført frå august 2007 til august 2008. Likevel meiner Landinfo at den gjev eit godt utgangspunkt for i grove trekk å talfeste ulike indikatorar og dermed plassere dei på ein større skala. Både afghanske myndigheiter, FN og andre internasjonale organisasjonar nyttar framleis dette grunnlagsmaterialet. Referanse: **(ICON Insitute 2009)**

Afghanistan Mortality Survey 2010 er gjennomført av **Afghan Public Health Institute** i **Ministry of Public Health** og **Central Statistic Organisation** ved hjelp av internasjonal teknisk assistanse frå **ICF Macro**, **Indian Institute of Health Management Research** og **World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean**. Målet for studia var å kartlegge dødelegheit og årsaker til dødsfall med eit særleg fokus på mødredødelegheit. Eit utval av over 24 000 hushald har vore konsultert. Hushalda sine kvinner i alderen 12-49 år var kvalifisert til å svare på spørsmål om barne- og kvinnehelse, og dødsfall tre år tilbake i tid har vorte dokumentert av familiemedlemmar tilstades under dødsfalla.. I tillegg har landsby-eldre uttalt seg om generelle forhold. Studia representerar 87 prosent av befolkninga; 98 prosent av urbaniserte områder og 84 prosent av busette i rurale områder. Grunna mangel på sikkerheit er nokon områder, primær i sør, uteletne. Studia viser derfor til to ulike kategoriar for landsgjennomsnitt på nokon indikatorar. Desse er 'Afghanistan med unntak av sørområda' og 'Afghanistan inkludert sørområda'.

Studia ser at kategorien 'Afghanistan med unntak av sørområda' vil vere meir presis i forhold til faktisk situasjon på bakken i dei undersøkte områda, enn funn som i kategorien 'Afghanistan inkludert sørområda'.

Referanse: (APHI/MoPH et al. 2011)

Afghanistan Mutiple Indicator Cluster Survey 2010/11 (AMICS) blei utgitt av **Central Statistics Office** og **UNICEF** i juli 2012. Undersøkinga rettar seg primært mot situasjonen for kvinner og barn relatert til relevante tusenårsmål og deira indikatorar. Undersøkinga er landsomfattande og gjennom eit representativt utval har i alt har 13 314 hushald vore besøkt. Over 21 000 kvinner (15-49 år) har vorte intervjuet, og spørjeskjema for nær 15 000 barn under fem år fylt ut. Referanse: (CSO & UNICEF 2012)

Afghanistan Mortality Survey og Afghanistan Multiple Indicator Survey gjev begge ny og oppdatert informasjon om helsesituasjonen til det afghanske folket. Landinfo har valt å inkludere begge grunna deira nylege utgjevingsdatoar.

'Afghanistan in 2011 – A Survey of the Afghan People' er utgjeven av **Asian Foundation**. Undersøkinga ønskjer å kartlegge korleis befolkninga opplever sin eigen situasjon, deira syn på utvikling og kva retning landet er på veg. 6348 personar over 18 år var intervjuet i løpet av juli 2011. Utvalet er distribuert proporsjonalt med geografiske- og busetnadskarakteristikkar til befolkninga i kvar provins. Eit likt utval av kvinner og menn er intervjuet, men grunna sikkerheitsårsaker vart ingen kvinner intervjuet i provinsane Paktika og Zabul. Landinfo ser denne kjelda til å gi eit bilde av situasjonen slik den opplevast av afghanarane sjølv på eit gitt tidspunkt. På denne måten komplimenterar studia i stor grad feltmonitoreringa til menneskerettskommisjonen. Som med monitoreringa til AIHRC, er det verdt å legge merke til at analyser er gjort på eit utval mindre enn 8000 personar. Referanse: (Rennie 2011)