

Flygtningenævnets baggrundsmateriale

Bilagsnr.:	257
Land:	Marokko-Vestsahara
Kilde:	Landinfo
Titel:	Psykisk helsevern
Udgivet:	6. juni 2019
Optaget på baggrundsmaterialet:	4. juni 2020

Temanotat

Marokko – Psykisk helsevern



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 8108 Dep

N-0032 Oslo

Tel: 23 30 94 70

E-post: landinfo@landinfo.no

www.landinfo.no

Om Landinfos temanotater

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

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

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

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

This note provides background information on some aspects of mental health care in Morocco, such as legislation, organization of the mental health care system and access to mental healthcare, including medications. The note concludes that the mental health care system is unable to meet the demand for treatment, due to the increasing prevalence of mental health problems in Morocco. Mental health is poorly integrated into primary health care, and patients often seek treatment only when they are agitated, and hospital admission is the only remaining option. The note shows that mental health disorders are mainly treated with medications, and that counseling and behavioral treatment are exclusively available in private facilities. Some patients seek religious treatment for their mental issues or combine such treatment with conventional psychiatric treatment. Finally, the note deals briefly with available treatment for drug addiction.

SAMMENDRAG

Notatet gir generell informasjon om noen overordnede forhold innen psykisk helsevern i Marokko, som lovgivning, organisering av psykiatrifeltet og befolkningens tilgang til psykiatriske helsetjenester og legemidler, samt kostnadene for behandling. Notatet viser at behandlingskapasiteten innenfor psykisk helsevern er for liten i forhold til etterspørselen. Psykisk helse er dårlig integrert i primærhelsetjenesten, og de fleste pasientene oppsøker behandling først når lidelsen er akutt og innleggelse på psykiatrisk sykehus er eneste mulighet. Notatet viser videre at behandlingen hovedsakelig skjer gjennom legemiddelbehandling, og at behandling gjennom samtale og atferdstiltak kun forekommer hos private tilbydere. En del pasienter søker behandling hos religiøse eller tradisjonelle behandlere, eller kombinerer slik behandling med konvensjonell psykiatrisk behandling. Notatet tar til slutt kort for seg tilbud for behandling av ruslidelser.

INNHold

1. Innledning	6
2. Kort om marokkansk helsevesen.....	6
2.1 Organisering av det offentlige helsevesenet	7
2.2 Ressurser i det offentlige helsevesenet	8
2.3 Privat helsevesen	8
2.4 Helseforsikring	9
2.4.1 <i>Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</i>	9
2.4.2 <i>Régime d'Assistance Médicale (RAMED)</i>	9
3. Forekomst av psykiske helseproblemer i Marokko	10
4. Lovgivning på psykiatrifeltet	10
5. Behandlingstilbud for psykiske lidelser	11
5.1 Organisering av psykiatrifeltet	11
5.2 Kapasitet i den offentlige psykiatrien	11
5.3 Tilgang til legemidler	13
5.4 Samtalebehandling og atferdstiltak	14
5.5 Kostnader for behandling	14
5.6 Kvalitet på behandlingen	14
5.6.1 <i>Materielle og administrative forhold</i>	15
6. Tradisjonell og religiøs behandling av psykiske lidelser	16
7. Sosialt stigma knyttet til psykiske lidelser	17
8. Familiens rolle	17
9. Ruslidelser.....	18
9.1 Behandling for ruslidelser	18
10. Referanser.....	20
10.1 Skriftlige kilder.....	20
10.2 Muntlige kilder	22

1. INNLEDNING

Dette temanotatet tar for seg psykisk helsevern i Marokko. Notatet beskriver noen grunnleggende trekk ved psykisk helsevern i Marokko, og identifiserer forhold som kan medføre at personer med psykiske plager og lidelser ikke får adekvat behandling.

Kildetilfanget om psykisk helse er noe mer omfattende for Marokko enn for andre nordafrikanske land (se Landinfo 2018a og 2018b for en beskrivelse av psykisk helsevern i Algerie og Tunisia). Dette skyldes blant annet at den nasjonale menneskerettighetskommisjonen, som er opptatt av psykisk helse i et menneskerettslig perspektiv, utga en kritisk gjennomgang av marokkansk psykisk helsevern i 2013 (CNDH 2013). Rapporten vakte stor oppmerksomhet, og var utgangspunkt for en debatt om psykisk helsevern i Marokko.

Utover disse rapportene bygger temanotatet på mer anekdotiske kilder, noen av dem tilårskomne, men som til sammen gir et visst bilde av noen grunnleggende trekk ved psykisk helsevern i Marokko. Informasjonen fra skriftlige kilder er supplert med informasjon fra en av Marokkos ledende psykiatere, Jallal Toufiq, professor og leder av rusomsorgssenteret ved Arrazi-sykehuset i Rabat-Salé, den største psykiatriske behandlingsinstitusjonen i Marokko.

2. KORT OM MAROKKANSK HELSEVESEN

Marokko er et mellominntektsland som befinner seg i kategorien «middels menneskelig utvikling» på FNs utviklingsindeks (UNDP 2018). Dette utviklingsnivået reflekteres også i helsevesenet. Marokko har gjort visse fremskritt når det gjelder utvikling av helsesektoren siste tiår, men helsevesenet kjennetegnes fortsatt av kapasitetsproblemer og varierende kvalitet på helsetjenestene. Samtidig finnes det et privat helsevesen, hovedsakelig for somatiske lidelser, med et kvalitetsnivå som gjør det attraktivt for marokkanere som kan betale for private helsetjenester, samt utlendinger, blant annet fra Afrika sør for Sahara. Innenfor mental helse finnes det privatpraktiserende psykiatere og private psykiatriske poliklinikker. Men til tross for et forholdsvis godt utbygd privat helsevesen, er det offentlige helsevesenet fortsatt hovedkilden til helsebehandling for den marokkanske befolkningen (CESE 2013, s. 23).

En av de største utfordringene i marokkansk helsevesen er den skjeve tilgangen til helsetjenester, sett fra et geografisk, men også et økonomisk perspektiv. I de godt utbygde og tett befolkede områdene langs kysten fra den økonomiske hovedstaden Casablanca til den administrative hovedstaden Rabat er både det offentlige og private helsetilbudet betydelig bedre enn i innlandet, hvor det finnes store områder uten helseinfrastruktur overhodet. I tillegg har økonomisk ressurssterke grupper tilgang til helseforsikringer og mulighet til å betale for private helsetjenester, mens ressursvake uten helseforsikring må betale for de fleste offentlige helsetilbud av egen lomme.

2.1 ORGANISERING AV DET OFFENTLIGE HELSEVESENET

Det offentlige helsevesenet i Marokko er på papiret et desentralisert system med en primærhelsetjeneste og en spesialisthelsetjeneste. Psykiatrien skal i teorien være integrert i alle nivåene¹:

Nivå	Institusjon	Antall
1	Lokale helseenheter (Etablissements de soins de santé de base, ESSB)	2689
2	Lokalsykehus (Hôpital local) Provinssykehus (Centre hospitalier provincial, CHP) Regionsykehus (Centre hospitalier régional, CHR)	97
3	Universitetssykehus (Centre hospitalier universitaire, CHU) Spesialistsykehus	45

Primærhelsetjenesten (Etablissements de soins de santé de base, forkortet ESSB), er det samlede lokale tjenestetilbudet bestående av helsestasjon, skolehelsetjeneste, legevakt, fødestue og lignende. Over to tredjedeler av alle landets 2689 ESSB-er befinner seg på landsbygda (CESE 2013, s. 23). ESSB-ene tilbyr grunnleggende, gratis helsebehandling, slik som svangerskapskontroll, spedbarnskontroll, vaksinasjon og lignende.

Lokalsykehusene finnes i områder med mer enn 20 000 innbyggere. I tillegg til grunnleggende behandling innenfor allmennmedisin, tilbyr lokalsykehusene spesialistbehandling innenfor områder som gynekologi, pediatri og enklere kirurgi. Provinssykehusene tilbyr spesialiserte helsetjenester på områder som blant annet kardiologi og psykiatri. Regionsykehusene tilbyr spesialisert behandling innenfor områder som nevrologi, nevrokirurgi og hematologi. Universitets- og spesialistsykehusene tilbyr spesialistbehandling innenfor de fleste medisinske områder. Sykehusene er knyttet til medisinske forskningsmiljøer, og har det mest avanserte medisinske utstyret (HRW 2016, s. 20).

Behandlingsmodellen er bygget opp slik at henvisning skal skje fra primærhelsetjenesten og videre til spesialisthelsetjenesten. I realiteten fungerer ikke henvisningskjeden som forutsatt:

Teoretisk sett er systemet bygget opp slik at pasienten går fra et nivå til det neste i institusjonshierarkiet (helsestasjon, helsesenter, provinssykehus, regionalsykehus, universitetssykehus) etter hvor alvorlig tilstanden er. I realiteten [...] er pasienten mer eller mindre overlatt til seg selv. [...]. Under slike forhold er det vanlig at mange pasienter henvender seg direkte til

¹ Struktur og tall er bygget på CESE (2013, s. 13) og HRW (2016, s. 21).

akuttpostene på sykehusene, eller bruker kontakter og nettverk for å omgå systemet (CESE 2013, s. 24, Landinfos oversettelse).

2.2 RESSURSER I DET OFFENTLIGE HELSEVESENET

Hovedutfordringen i det offentlige marokkanske helsevesenet er knapphet på ressurser (CESE 2013, s. 29). Ressursmessig ligger det marokkanske helsevesenet godt under nivået i andre sammenlignbare land i regionen (HRW 2016, s. 21).² I 2015 var Marokkos helseutgifter 160 USD per person, mens tilsvarende tall for henholdsvis Algerie og Tunisia var 292 USD og 258 USD (Landguiden a, b, c).

Marokko bruker 6,2 % av brutto nasjonalprodukt (BNP) på helse, noe som er under gjennomsnittet for medlemslandene i Verdens helseorganisasjon (6,5 %).³ Ifølge marokkanske myndigheter (CESE 2013, s. 30) er tettheten av helsearbeidere i Marokko på 1,86 per 1000 innbyggere, noe som er under Verdens helseorganisasjons kritiske terskel på 2,37 helsearbeidere per 1000 innbyggere.⁴ Legetettheten er ujevn i de ulike delene av Marokko. Den høyeste legetettheten finner man i kystregionene Casablanca-Settat (1089 innbyggere per lege) og Rabat-Salé-Kénitra (1117 innbyggere per lege). Lavest legetetthet finner man i innlandsregionen Drâa-Tafilalet med 4150 innbyggere per lege. Disse tallene plasserer Marokko blant de 57 land i verden som ifølge Verdens helseorganisasjon (som sitert i Ministère de la Santé 2016, s. 25) har en «akutt mangel på helsearbeidere».

Marokkanske husholdninger betaler også i større grad helseutgifter av egen lomme enn i sammenlignbare land i regionen. Mens den marokkanske staten kun dekker 34 % av de totale helsekostnadene, dekker staten 59 % av helseutgiftene i Tunisia, 77 % i Libya og 84 % i Algerie (HRW 2016, s. 22).

2.3 PRIVAT HELSEVESEN

Ved siden av det offentlige helsevesenet finner man en forholdsvis stor og velutviklet privat helsetjeneste, som omfatter privatpraktiserende leger, laboratorier, poliklinikker og private sykehus. Den stadig voksende private helsesektoren er først og fremst etablert i de store byene og i urbane områder. Casablanca alene har, ifølge CESE (2013, s. 26), 30 % av alle private sengeplasser, mens til sammen 66 % av dem er lokalisert i de fem regionene Casablanca, Rabat, Tanger-Tétouan, Oriental og Souss-Massa-Drâa.

Ifølge marokkanske myndigheter skyldes økningen i bruk av private helsetjenester at befolkningen er misfornøyd med den offentlige helsetjenesten. Det private helsevesenet anses å tilby helsetjenester av bedre kvalitet enn det offentlige, og foretrekkes av pasientene så fremt de har økonomiske ressurser til det (CESE 2013, s. 26). Pasienter som bruker helsetjenester fra private tilbydere betaler behandlingen

² I perioden 2005–2012 hadde Marokko 6 leger per 10 000 innbyggere, mot 12 i Algerie, 19 i Libya og 28 i Egypt (WHO 2013, som sitert i HRW 2016, s. 21).

³ Tallene på helseutgifter varierer noe fra kilde til kilde. Landguiden (b), som baserer seg på tall fra Verdensbankens World Development Indicators, opplyser at andelen av BNP som ble brukt på helse i Marokko var 5,5 % i 2015. Variasjonen i tallene endrer likevel ikke hovedinntrykket, nemlig at Marokko bruker mindre på helse enn land det er naturlig å sammenligne med.

⁴ En ratio på 2,37 garanterer en vaksinasjonsgrad på 80 % av befolkningen, 80 % helsearbeiderassisterte fødsler og en varig økning i score på viktige helseindikatorer for hele befolkningen (CESE 2013, s. 30).

selv, uten tilskudd fra det offentlige, eller får dekket behandlingen helt eller delvis som en del av en helseforsikring.

I tillegg til det kommersielle private helsetilbudet, finnes det et frivillig, veldedig drevet privat helsevesen drevet av ulike ideelle organisasjoner (Abdelaziz 2013, s. 29).

2.4 HELSEFORSIKRING

Den marokkanske staten har en lovpålagt plikt til å dekke utgifter til behandling i førstelinjetjenesten (ESSB) for alle innbyggere (CESE 2013, s. 20). Utover dette må pasienten i utgangspunktet selv betale for behandling, men kan få tilbakebetalt hele eller deler av utgiftene dersom vedkommende har en offentlig eller privat helseforsikring. Under følger en kort beskrivelse av de offentlige helseforsikringsordningene.

2.4.1 Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Obligatorisk helseforsikring (Assurance Maladie Obligatoire, AMO) ble innført i 2005, og dekker ansatte og pensjonister i offentlig og privat sektor, deres familier, samt studenter i høyere utdanning.⁵ To nasjonale fond, Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) og Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), administrerer ordningen. Innskuddene til AMO deles mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. AMO dekker mellom 70 og 90 % av utgiftene til medisinsk behandling og medisiner, avhengig av diagnose (jo alvorligere sykdom, jo høyere dekningsprosent).⁶ I 2012 var 7,6 millioner marokkanere, eller rundt 23 % av befolkningen, dekket av AMO-forsikringen (HRW 2016, s. 23).

2.4.2 Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

Personer fra lavinntektsfamilier som ikke er dekket av AMO kan falle inn under ordningen Régime d'Assistance Médicale (RAMED). RAMED ble innført i 2012, og gir rett til visse typer gratis eller subsidiert behandling. Forsikringen dekker også legemidler fra offentlige apotek under sykehusinnleggelse eller poliklinisk behandling. 5,6 millioner marokkanere, eller 17 % av befolkningen, var dekket av RAMED i 2013 (HRW 2016 s. 24).

Til tross for at ambisjonen er å gi gratis eller sterkt subsidiert helsebehandling til personer som ikke er dekket av annen helseforsikring, er personer som faller inn under RAMED ikke garantert behandling. Dette skyldes manglende kapasitet og lange ventelister på offentlige behandlingsinstitusjoner. Etter hvert som sykehusene behandler stadig flere RAMED-pasienter på bekostning av betalende pasienter, taper sykehusene inntekter som ikke nødvendigvis blir kompensert (ONDH 2017, s. 43). RAMED har derfor økt presset på det offentlige helsevesenet betraktelig, noe som i sin tur virker negativt inn på kvaliteten på behandlingen som tilbys (ONDH 2017, s. 31). Lange ventelister og dårlig kvalitet på helsetjenestene i det offentlige helsevesenet fører til at økonomisk ressurssterke pasienter søker til det private helsevesenet.

⁵ Denne ordningen er gratis for studenter i offentlige utdanningsinstitusjoner, mens studenter ved private universiteter og høyskoler betaler en årlig avgift.

⁶ Strukturen for betaling og egenandeler i de ulike forsikringsordningene er kompleks. En liste over subsidierte legemidler finnes blant annet på ANAM (u.å.).

Innføringen av RAMED har, paradoksalt nok, også generert nye ulikheter mellom de som er så økonomisk ressursvake at de faller inn under ordningen, og de som befinner seg akkurat «over streken», altså de som er for ressurssterke for RAMED, men som heller ikke faller inn under AMO eller har råd til å tegne en privat helseforsikring. Rundt halvparten av befolkningen i Marokko har ingen helseforsikring, hverken AMO eller RAMED, og må betale helseutgifter, herunder legemidler, av egen lomme. Det er særlig personer som arbeider i den uformelle økonomisektoren og som selvstendig næringsdrivende i små enkeltmanns- eller familieforetak, herunder jordbrukere, som ikke har helseforsikring (HRW 2016, s. 24).

3. FOREKOMST AV PSYKISKE HELSEPROBLEMER I MAROKKO

Det finnes lite statistikk og forskning på omfanget av psykiske plager og lidelser i Marokko. Den siste nasjonale undersøkelsen av omfanget av psykisk sykdom i Marokko (Enquête Nationale de Prévalence des Troubles Mentaux et les Toxicomanies au Maroc) ble publisert i 2007. Her fremkommer det at 26,8 % av befolkningen over 15 år har hatt en form for depresjon én eller flere ganger i livet. 9 % har hatt angstlidelser og 5,6 % psykoser. 0,1 % av befolkningen lider av alkoholisme og 2 % er avhengig av psykoaktive substanser (som sitert i Sekkat & Belbachir 2009 s. 609; El Kirat & Filali 2014, s. 385). I mangel på oppdatert kartlegging og forskning på feltet er det knyttet stor usikkerhet til tallene, noe som også gjør sammenligning med utbredelsen i andre land vanskelig.

I henhold til Sekkat & Belbachir (2009, s. 609) er utbredelsen av psykiske plager og lidelser økende i Marokko. Økt levealder, flere stressfaktorer, økende omfang av somatiske lidelser og større misbruk av rusmidler kan være forklaringer på økningen. Økningen reflekteres blant annet i økende press på de psykiatriske behandlingsinstitusjonene.

4. LOVGIVNING PÅ PSYKIATRIFELTET

Marokkos lov om psykisk helsevern ble vedtatt i 1959 og gjelder fortsatt. Ifølge det marokkanske menneskerettighetsrådet (CNDH 2013, s. 24) er loven utdatert og lite tilpasset dagens behov. Derfor satte myndighetene i gang et forarbeid til ny lov i 2015. Lovforslaget ble imidlertid trukket i juli 2018 etter innsigelser fra fagmiljøet, som mente at loven i for liten grad fokuserte på forebygging og beskyttelse av rettighetene til personer med psykiske lidelser (Gillet 2018). Nytt lovforslag er under utarbeidelse, og forventes ferdig i 2019 (professor Jallal Toufiq, møte i Salé april 2019).

I tillegg til loven finnes det ulike forordninger og rundskriv som regulerer mental helsefeltet, herunder rusfeltet. Marokko har en nasjonal strategiplan for mental helse, som oppdateres hvert femte år. Marokko har også ratifisert relevante internasjonale konvensjoner, herunder Konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne.

Loven om psykisk helsevern (1959) regulerer bruk av tvang i tilfeller hvor pasienten utgjør en fare for seg selv eller omgivelsene. Dersom pasienten ikke samtykker til psykiatrisk behandling, kan vedkommende bli underlagt tvunget psykisk helsevern, det vil si tvungen undersøkelse, observasjon eller tvangsinnleggelse. Det er guvernøren (*wali*) som gir tillatelse til tvangstiltak, på bakgrunn av attest fra psykiater. Ved akutte tilfeller kan også embedsmenn på et lavere nivå (*pasha* eller *qa'id*)⁷ gi tillatelse til tvangstiltak. Maksimal lengde på tvangsinnleggelse er seks måneder. Avgjørelsen om tvangstiltak kan ankes til helsedepartementet (CNDH 2013, s. 24–29).

Ifølge professor Jallal Toufiq (møte i Salé, april 2019) brukes tvangstiltak i stadig mindre grad, ettersom økt bruk av legemidler gjør tvang overflødig.

5. BEHANDLINGSTILBUD FOR PSYKISKE LIDELSER

5.1 ORGANISERING AV PSYKIATRIFELTET

Marokko har siden midten av 1970-tallet gjennomført en desentraliseringsreform av psykiatrien. Den går blant annet ut på at behandlingstilbudet for psykisk helse flyttes fra de store asylopregede psykiatriske sykehusene til primærhelsetjenesten (fra nivå 2–3 til nivå 1 i tabellen i punkt 2.1). Det overordnede målet har vært å utvikle lokale behandlingstilbud, i tråd med prinsippet om *community psychiatry* (Abdelaziz 2013, s. 8).

Henvisningskjeden i det offentlige helsevesenet er bygget opp på en slik måte at pasienten skal diagnostiseres og behandles lokalt på en ESSB, og eventuelt henvises videre til spesialisthelsetjenesten. Imidlertid følges henvisningsrutinene sjelden. I en studie av behandling av psykiske lidelser i Oujda, en by i det østre Marokko (som sitert i Abdelaziz 2013, s. 12), fremkommer det at helsepersonellet i primærhelsetjenesten har liten kompetanse i psykiatri, og at de ofte er usikre på hva som er den beste behandlingen for pasienten. På grunn av manglende kompetanse i primærhelsetjenesten tar pasienter og pårørende ofte direkte kontakt med spesialisthelsetjenesten for behandling av psykiske lidelser, i stedet for å oppsøke lokale behandlingstilbud først, slik henvisningskjeden forutsetter. Pasient og pårørende oppsøker gjerne behandling først når situasjonen er akutt, og de pårørende ikke lenger er i stand til å ta seg av pasienten (Abdelaziz 2013, s. 12).

5.2 KAPASITET I DEN OFFENTLIGE PSYKIATRIEN

I tabellen nedenfor har vi samlet nøkkeltall for ressurser i psykisk helsevern i henholdsvis Marokko og Norge, bygget på tall fra Verdens helseorganisasjons Mental Health Atlas for de to landene (WHO 2017, 2014). Tallene er basert på 100 000 innbyggere om ikke annet er presisert:

	Marokko (2017)	Norge (2014)
Befolkning	34 803 322	5 091 923

⁷ Se Landinfo 2016 punkt 2.2 om Marokkos administrative inndeling.

Utgifter til helse per innbygger	USD 447 ⁸	USD 9715
Antall helsearbeidere innen mental helse	8,06	240,8
Psykiatere	0,84	29,69
Psykologer	0,57	54,28
Psykiatriske sykepleiere	2,45	123,08
Sosialarbeidere	0,65	26,45
Atferdsterapeuter	0,00	(ikke oppgitt)
Antall sengeplasser / årlige innleggelser	4,17 / 32,24	85,5 / 1100,9

Som det fremkommer av tabellen over, er det få helsearbeidere på psykiatrifeltet i Marokko, sammenlignet med Norge. Ressursene i psykiatrien, som i det øvrige helsevesenet, er også mindre enn i naboland som Algerie (Landinfo 2018a) og Tunisia (Landinfo 2018b). Sammenlignet med land lenger sør på det afrikanske kontinentet er ressursituasjonen imidlertid bedre i Marokko (se Landinfo 2017 for tilsvarende tall for Nigeria). Marokko fremstår således som et land i nederste midtre sjikt når det gjelder ressurser i psykiatrien.

Hovedutfordringen på psykiatrifeltet er mangel på ressurser (professor Jallal Toufiq, møte i Salé april 2019). Ifølge professor Toufiq er 450 psykiatere (hvorav to tredjedeler arbeider i offentlig sektor) og 2300 sengeplasser fordelt på 13 sykehus ikke tilstrekkelig til å gi et adekvat tilbud til en befolkning på 35 millioner. I tillegg til mangel på psykiatrispesialister, er det også mangel på annen type psykiatrisk helsepersonell, som psykiatriske sykepleiere og psykologer (El Kirat & Filali 2014, s. 365). Sekkat & Belbachir (2009, s. 609) beskriver situasjonen slik:

Psykiatrien er helsevesenets fattige fetter. Budsjettmidlene som er satt av til psykisk helse er utilstrekkelige. Manglende materielle, menneskelige og institusjonelle midler er til hinder for utviklingen av psykiatrien. Det nåværende behandlingstilbudet innenfor mental helse svarer ikke til det stadig økende behovet for behandling innen psykisk helse. Mer enn halvparten av landets provinser har ikke noe psykiatrisk behandlingstilbud overhodet. Tilgangen til behandling for mange syke er derfor begrenset (Landinfos oversettelse).

I tillegg er de ressursene som faktisk finnes, svært skjevfordelt. Tilbudet er i stor grad sentralisert i de store byene i de tettest befolkede områdene i landet, særlig langs akse Rabat-Casablanca-Marrakech. Skjevfordelingen gjelder ikke bare kapasitet, men også kvaliteten på behandlingen som tilbys. Det begrensede lokale behandlingstilbudet fører til at mange pasienter henvender seg direkte til sykehuset først når lidelsen blir akutt, i stedet for å oppsøke mer forebyggende behandling lokalt.

⁸ Tall fra Verdens helseorganisasjons landsider for Marokko (WHO u.å.) for året 2014.

Ventetiden for utredning og behandling vil være avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad, eventuell forsikringsordning og type behandlingsinstitusjon (lokal – regional, offentlig – privat). Ved lokalsykehusene får pasienten vanligvis hjelp med en gang. Ventetiden på et offentlig psykiatrisk sykehus i alvorlige tilfeller er rundt en uke. Private klinikker gir øyeblikkelig hjelp (professor Jallal Toufiq, møte i Salé april 2019).

Til tross for kapasitetsproblemer og ventelister mener professor Toufiq (møte i Salé, april 2019) og professor Omar Batas (som sitert i Belouas 2018c) at behandling for psykiske lidelser er reelt tilgjengelig for befolkningen i Marokko.

5.3 TILGANG TIL LEGEMIDLER

Marokko bruker 2 % av det totale legemiddelbudsjettet til psykotrope legemidler. Budsjettmidlene som er avsatt til slike legemidler økte med to tredjedeler mellom 2002 og 2012, noe som blant annet skyldes at visse andre- og tredjegerasjons legemidler har blitt ført inn på lista over essensielle legemidler (Ministère de la Santé 2015, s. 14; Zerrouk 2017).

Marokko har en liste over essensielle legemidler som oppdateres jevnlig. De fleste standard-legemidler innenfor kategoriene antidepressiva, angstdempende legemidler, sedativer, stemningsstabiliserende medisiner og antiepileptika er tilgjengelige i Marokko, på resept fra lege. I sin studie av forholdene i den offentlige psykiatrien (CNDH 2013, s. 60), observerte det marokkanske menneskerettighetsrådet imidlertid at kun førstegerasjons legemidler ble brukt i behandlingen. Andre- og tredjegerasjons legemidler er hovedsakelig tilgjengelig for pasienter som kan betale for dem av egen lomme eller som en del av en forsikringsordning.

Legemidlene har en kompleks prisstruktur med én utsalgspris i privat apotek og en annen utsalgspris på offentlig sykehus. I tillegg kan hele eller deler av prisen refunderes som en del av forsikringsordningene AMO, RAMED eller en privat tegnet forsikring. Informasjon om blant annet tilgjengelighet, pris og kostnad på legemidler er tilgjengelig på nettsidene til den statlige sykekassen (ANAM u.å.).

Marokko har, som tidligere nevnt, et lavt brutto nasjonalprodukt sammenlignet med andre land i regionen, og marokkanske husholdninger har generelt sett svak kjøpekraft. De som ikke har tilgang til en helseforsikring må derfor betale legemidler av egen lomme, noe som kan være en tung utgift for mange å bære, særlig i forbindelse med langvarig eller kronisk sykdom (Ministère de la Santé 2015, s. 21).

Det finnes rundt 12 000 apotek i Marokko og antallet er stigende. Selv om tettheten av apotek er høyest i byer og urbane områder, finnes det apotek over hele landet. Den farmasøytiske sektoren kjennetegnes av en del strukturelle utfordringer som gjør at pasienten ikke alltid finner riktig legemiddel med riktig kvalitet, dose og pris til riktig tidspunkt i Marokko. Enkelte legemidler kan ha lav beholdning eller være midlertidig utilgjengelige lokalt. Legemiddelmangelen angår likevel kun en brøkdel av de over 7000 registrerte legemidlene i Marokko, og mangelsituasjonen anses for å være «håndterbar» (Saoury 2018).

Marokko har en nasjonal farmasøytisk industri med 40 produksjonsenheter. Industrien utgjør mellom 1 og 2 % av landets brutto nasjonalprodukt. Rundt 65 % av legemidlene som brukes i Marokko er produsert lokalt. Den viktigste motivasjonen for å utvikle en

farmasøytisk industri i Marokko er ønske om å være selvforsynt med legemidler, mens en knapp tiendedel produseres for eksport (Ministère de la Santé 2015, s. 12).

Legemiddelsektoren reguleres av det nasjonale legemiddelverket (Direction du Médicament et de la Pharmacie), mens legemiddelkontrollen utføres av det statlige Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNMC). Det fremkommer i de marokkanske helsemyndighetenes egen rapport (Ministère de la Santé 2015) at direktoratet ikke har tilstrekkelige ressurser til å iverksette den nasjonale legemiddelpolitikken, herunder å utvikle protokoller for legemiddelbehandling for konkrete sykdommer, på en adekvat måte. Helsedepartementet mener at etableringen av et kontrollorgan likevel har begrenset utbredelsen av falske legemidler og legemidler med dårlig kvalitet i Marokko, sammenlignet med andre utviklingsland (Ministère de la Santé 2015, s. 256).

5.4 SAMTALEBEHANDLING OG ATFERDSTILTAK

Psykiske plager og lidelser behandles først og fremst med legemidler i Marokko (Abdelaziz 2013, s. 27; CNDH 2013, s. 41). Samtaleterapi og ulike atferdstiltak ved psykiske helseproblemer er i realiteten ikke tilgjengelig i det offentlige helsevesenet, og tilbys først og fremst av privatpraktiserende psykiatere og psykologer.

Ulike psykososiale tiltak, som oppfølging i bolig, arbeidstiltak, ettervern ved rusbehandling og lignende tiltak er ikke tilgjengelig i det offentlige helsevesenet. Omsorg og nødvendig tilrettelegging er det derfor familien som i de fleste tilfeller står for. Mangel på oppfølging av personer med psykiske lidelser utover medikamentell behandling anses for å være en av hovedutfordringene innenfor psykiatrifeltet i Marokko i dag.

5.5 KOSTNADER FOR BEHANDLING

Behandling, herunder behandling for mentale plager og lidelser, er gratis for alle i førstelinjetjenesten (ESSB). Behandlingen kan likevel indirekte føre med seg utgifter, for eksempel til legemidler, medisinsk utstyr, transportutgifter, tapt arbeidsinntekt og så videre (Abdelaziz 2013, s. 27).

Ved behandling på offentlig sykehus betaler pasienten av egen lomme, såfremt pasienten ikke er under psykiatrisk observasjon eller tvangsinnleggelse (TelQuel 2014). Prisen for en konsultasjon på et universitetssykehus ligger mellom 60 og 100 DH (54–108 NOK), avhengig av legens kompetanse og status (CHU Hassan II u.å.). Dersom pasienten har helseforsikring (AMO eller RAMED, se punkt 2.4), kan vedkommende få refundert hele eller deler av utleggene til behandling. Behandlingen er gratis for pasienter som er forsikret gjennom RAMED.

Hos private tilbydere varierer prisene etter hvilken standard som velges. En konsultasjon på en privat klinikk koster rundt 300 NOK, mens gjennomsnittspris per døgn for innleggelse ligger i snitt på 1700 NOK per døgn (professor Jallal Toufiq, møte i Salé april 2019).

5.6 KVALITET PÅ BEHANDLINGEN

Ressursmangelen i den offentlige psykiatrien fører til dårlig kvalitet på behandlingen av psykiske lidelser. Behandlingen av psykiske lidelser begrenser seg, som de fleste kilder påpeker (for eksempel Abdelaziz 2013; El Kirat & Filali 2014, s. 385; CNDH 2013, s. 59-60), i all hovedsak til behandling med medikamenter.

Dette fremkommer blant annet i MA-oppgaven til Abdelaziz (2013), hvor pasienter og helsearbeidere blir bedt om å vurdere den psykiatriske behandlingen som tilbys i førstelinjetjenesten i en ESSB i Salé. Et stadig økende antall pasienter, mange med rusproblematikk i tillegg til andre psykiske lidelser, som skal behandles med begrensede ressurser, medfører tidsnød som igjen medfører økende bruk av legemidler i behandlingen på bekostning av andre typer behandlingsformer, som for eksempel samtaleterapi. Kapasitetsmangelen fører både til lange ventelister og til lavere kvalitet på behandlingen, som kjennetegnes av mangel på helhet og kontinuitet (Abdelaziz 2013, s. 35; CNDH 2013, s. 59–60).

Respondentene til Abdelaziz trekker like fullt frem positive sider ved behandlingen i førstelinjen, herunder at de beholder bånd til lokalmiljøet under behandling, at behandlingen er gratis og at alle pasienter har lik tilgang til behandling, uansett bakgrunn (Abdelaziz 2013, s. 21–22).

I private behandlingsinstitusjoner er kvaliteten bedre (Belouas 2018a), både med hensyn til menneskelige ressurser, utstyr, bygningsmasse, sanitærforhold, tilgang til annen- og tredjegenasjons legemidler og så videre.

5.6.1 Materielle og administrative forhold

I forbindelse med utarbeidelsen av evalueringsrapporten av den marokkanske psykiatrisektoren (CNDH 2013), besøkte det marokkanske menneskerettighetsrådet (CNDH) de fleste offentlige psykiatriske behandlingsinstitusjoner i landet. Rådet konkluderte med at de fysiske forholdene ved institusjonene er svært varierende. Mens de fysiske forholdene ved for eksempel Saada-sykehuset i Marrakech, Arrazi-sykehuset i Salé, barnepsykiatrisk post i Casablanca og rusomsorgssentret i Fès er i overensstemmelse med internasjonale normer, er andre institusjoner, som for eksempel Berrechid psykiatriske sykehus (et av de eldste psykiatriske sykehusene i Nord-Afrika, beliggende mellom Casablanca og Rabat) i en svært dårlig forfatning.⁹ CNDH (2013, s. 44) observerte blant annet følgende forhold ved flere psykiatriske behandlingsinstitusjoner:

- uegnede bygninger med «asylpreg»
- manglende vedlikehold av bygningsmasse, inventar og utstyr
- manglende renhold og søppelhåndtering
- mangel på sikkerhet for ansatte, pasienter og besøkende
- mangel på grøntarealer og områder for fritidsaktiviteter og rekreasjon
- dårlige sanitærforhold
- manglende aircondition og lufting
- dårlig kvalitet på mat og drikke
- manglende registrerings- og arkiveringsrutiner

⁹ De kritiske forholdene ved noen av Marokkos psykiatriske sykehus er ofte diskutert i media, som også viser bilder fra institusjonene for å dokumentere forholdene (se for eksempel fotoreportasjen i Benomar 2018).

6. TRADISJONELL OG RELIGIØS BEHANDLING AV PSYKISKE LIDELSER

I Marokko, som i Nord-Afrika ellers, kan oppfatningen av hva som forårsaker psykiske lidelser være til dels forskjellig fra den årsakssammenhengen som fremmes i skolemedisinen, hvor man antar at psykiske lidelser skyldes genetiske, fysiokjemiske, psykologiske og/eller miljømessige forhold.

I Nord-Afrika vil mange forklare årsaken til psykiske lidelser med at vesener som *jinner* (ånder), *shaytaner* (djevler) eller *marrider* (demoner) påvirker atferden til en person, og fremkaller tilstander som engstelse, nedstemthet, depresjon, glemskhet og hallusinasjoner. Vesenene kan også påføre mennesker uhell og motgang, og skape konflikt mellom ektefeller, familiemedlemmer og venner.

Behandlingsformer som integrerer religion og folketro i behandlingen av psykisk sykdom, er derfor forholdsvis utbredt i Marokko:

Det er fortsatt mange som søker hjelp hos ulike tradisjonelle behandlere [...]. Selv om behandlingen som de tradisjonelle behandlerne tilbyr er lite kjent, gir de ikke desto mindre et betydelig bidrag til behandling av psykisk sykdom, og mer enn halvparten av pasienter med psykiske lidelser vil søke behandling hos en tradisjonell behandler på et eller annet stadium i sykdomsforløpet. [...] Det er flere fordeler ved tradisjonell behandling. Tradisjonelle behandlere deler den samme kulturelle forståelse av hva som forårsaker sykdom («det onde øyet», forhekselse, brudd på ritualer, fornærmelse av religiøse autoriteter, osv.), og av behandling av sykdom (naturlegemidler, resitasjon av Koranen, amuletter, dyreoffer, osv.). De fremstår derfor som mer tilgjengelige og lydhøre, og gir, sett fra en sosiokulturell synsvinkel, mer «forståelige» forklaringer. I tillegg involverer de alltid familien, som deltar både i konsultasjon og behandling (Sekkat & Belbachir 2009, s. 608, Landinfos oversettelse).

Forståelse av hva psykisk sykdom er, og hva som er årsaken til sykdommen, vil være bestemmende for hva slags behandling pasientene og deres pårørende velger. Såkalte *ruqya*-klinikker (*ruqya*: eksorsisme), hvor behandlerne tilbyr behandling basert blant annet på resitasjon av koranen, bønn, renselsesritualer og plantebaserte medisiner, er en viktig «førstelinetjeneste» for behandling av psykisk sykdom i Nord-Afrika. Denne behandlingsformen, som ofte kombineres med skolemedisinsk behandling, forholder seg i større grad til den åndelige dimensjonen av psykisk sykdom, noe som er viktig i et land der mange er sterkt troende.

Samtidig kan ulike forhold tyde på at slik behandling er på vei ned i Marokko, eller varierer etter geografi og sosial og økonomisk tilhørighet. Av pasientene som ble intervjuet av Abdelaziz (2013, s. 24) hadde kun rundt 10 % oppsøkt en *marabout*¹⁰ i forbindelse med behandlingen av sin psykiske lidelse. Den såkalte Bouya Omar-skandalen i 2015, der marokkanske myndigheter evakuerte 800 pasienter med

¹⁰ En *marabout* er en nordafrikansk betegnelse på en person, ofte tilknyttet et sufi-fellesskap, som blant annet kan ha helbredende egenskaper. En *marabout* skal ha mottatt en særlig kraftig velsignelse (*baraka*) fra Gud (SNL 2018).

psykiske lidelser fra Bouya Omar-mausoleet, kan også ha ført til en økende skepsis mot tradisjonell og religiøs behandling av psykisk sykdom.¹¹

7. SOSIALT STIGMA KNYTTET TIL PSYKISKE LIDELSER

Det er knyttet sosialt stigma til visse typer psykiske lidelser i Marokko. Det er særlig personer med lidelser som gjør at de lokalt går under begrepet «gal, besatt» (*mahbul, majnun*), ord som på arabisk har sterke konnotasjoner til aggressivitet og fare, som opplever sosialt stigma. Personer med slike lidelser kan anses for å være utsatt for en forbannelse eller være besatt. Depressive lidelser, med symptomer som nedstemthet, engstelse og tilbaketrukkethet, tolkes ofte som et tegn på at man er svak i gudstroen. Pasientene som er intervjuet av Abdelaziz (2013) opplyste at de ikke ønsker å fortelle om sykdommen til omgivelsene i frykt for stigmatisering.

Manglende lokale behandlingstilbud gjør terskelen for å oppsøke behandling for psykiske lidelser høy. For mange er det en ekstra høy terskel å oppsøke et psykiatrisk sykehus, både fordi det kan medføre økonomiske og praktiske utfordringer, men også fordi behandling ved et psykiatrisk sykehus er stigmatiserende. Det antas at to tredjedeler av personer med en psykisk lidelse kvier seg for å oppsøke behandling i redsel for å bli stigmatisert (Menara 2017). Resultatet er at mange personer med psykiske lidelser ikke får behandling for sine lidelser, eller får en legemiddelbasert behandling med liten oppfølging lokalt.

Det finnes flere interesseorganisasjoner for personer med psykiske lidelser og pårørende til psykisk syke som arbeider for å endre holdninger til psykisk sykdom og styrke rettighetene til personer med psykiske lidelser. Myndighetene driver også informasjonskampanjer for å øke bevisstheten om psykisk helse, blant annet gjennom å markere Verdensdagen for psykisk helse (Chouhani 2014; Ministère de la Santé 2018). Til tross for den offentlige innsatsen forblir psykisk sykdom stigmatisert i Marokko i dag (professor Jallal Toufiq, møte i Salé april 2019).

Sosialt stigma knyttet til psykisk sykdom er et universelt fenomen. Men i den forskningslitteraturen som foreligger, finnes det ikke grunnlag for å vurdere hvorvidt et slikt stigma er mer eller mindre utbredt i Marokko enn i for eksempel Norge.

8. FAMILIENS ROLLE

Den marokkanske familien har gått gjennom store endringer de siste tiårene. Barnekullene har blitt mindre, kjernefamilien har til en viss grad erstattet storfamilien

¹¹ I 2015 evakuerte marokkanske myndigheter 800 psykisk syke personer fra Bouya Omar-mausoleet ikke langt fra Marrakech. De psykisk syke personene hadde blitt plassert i mausoleet av familiene i mangel på andre behandlingstilbud. Mange av pasientene ble slått, bundet fast, sultet og dopet ned, mens de ventet på at en velsignelse fra en marabout skulle lege dem. Mens stedet opprinnelig var et viktig pilegrims mål, utviklet det seg til å bli en interneringsleir for psykisk syke drevet av kyniske bakmenn motivert av profitt, som utnyttet et manglende psykiatritilbud for å tjene penger. 700 av pasientene som ble hentet ut, ble overført til statlige behandlingsinstitusjoner (Kadiri 2016).

og avstanden mellom familiemedlemmer har blitt større som følge av stor innflytting til byene. Likevel er den marokkanske familien fortsatt tuftet på verdier som gjensidig støtte og solidaritet mellom familiemedlemmer. Dette gjelder også familiens syke, som tradisjonelt har blitt tatt hånd om og pleiet av familien. Dette gjelder fortsatt i dag, og familien står, ifølge Abdelaziz (2013, s. 37), for en avgjørende del av behandlingen av personer med psykiske lidelser.

Personer uten familie eller andre omsorgspersoner har lik tilgang til psykiatrisk behandling som andre pasienter. Mange av pasientene ved psykiatriske behandlingsinstitusjoner er personer uten fast bopel som bringes dit av sosialmyndighetene (Belouas 2018b). Det finnes derimot få plasser på boinstitusjon for psykisk syke personer uten familie. Denne pasientgruppen får således akuttbehandling, men lite oppfølging når lidelsen er stabilisert.

9. RUSLIDELSER

Marokko er et av verdens største cannabisproduserende land. Over 70 % av all beslaglagt cannabis i verden kommer fra Marokko (Verdens tollorganisasjon, som sitert i Sabir & Toufiq 2014, s. 8). Cannabis dyrkes hovedsakelig i nord, mellom Rif-fjellene og Middelhavet. Ifølge FN (som sitert i Sabir & Toufiq 2014, s. 8) er cannabisproduksjonen inntektskilde for 800 000 marokkanere.

Bruk av cannabis (lokalt omtalt som *kif*) er utbredt og sterkt kulturelt forankret i mange grupper i Marokko. Cannabis kan kjøpes for en billig penge overalt i Marokko. I henhold til den nasjonale rusundersøkelsen fra 2003–2006 bruker 800 000 marokkanere, eller litt over 4 % av befolkningen, cannabis. 2,8 % av befolkningen lider av cannabis-avhengighet. Lederen av den marokkanske organisasjonen mot narkotika, El Hassan Baghdadadi (som sitert i Belouas 2018a), mener at antallet cannabisbrukere i Marokko i realiteten er mye høyere.

I en forskningsrapport som kartlegger 6000 marokkanske 16–17-åringers holdninger til og bruk av rusmidler, fremkommer det at nesten én av ti (9,4 %) hadde røyket cannabis hittil i livet. Én av atten (5,7 %) hadde røyket siste år og én av tjue (4,7 %) hadde røyket siste måned (Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle & Hôpital Arrazi 2013, s. 17).

Rundt en tredjedel av alle innsatte i marokkanske fengsler soner for narkotikarelaterte forhold. Strafferammen for narkotikaforbrytelser er fengsel opp til 30 år, samt bøter. Gjennomsnittstraffen ligger på rundt åtte til ti år. Loven åpner for at straffen i noen tilfeller kan erstattes med behandling. Unge førstegangsdomte kan behandles utenfor fengsel, for eksempel i familien. Ifølge Sabir & Toufiq (2014, s. 18) benyttes imidlertid mulighetene for alternative straffereaksjoner sjeldent. Dette fører til en opphopning av personer med rusproblemer i fengslene.

9.1 BEHANDLING FOR RUSLIDELSER

Det finnes ti offentlige sentre for rusbehandling i Marokko, tre permanente sentre tilknyttet universitetssykehusene i Rabat-Salé, Casablanca og Fès, og syv ambulante sentre i Rabat, Tétouan, Nador, Oujda, Marrakech og Tanger (professor Fatima El Omari, som sitert i Le Courrier des Addictions 2016). Flere sentre er under etablering

som følge av marokkanske myndigheters satsning på rusomsorgen, som nedfelt i den nasjonale strategiplanen for rusfeltet for perioden 2018–2022 (Benadada 2019).

Det nasjonale kompetansesenteret for behandling, forebygging og forskning på ruslidelser er tilknyttet det psykiatriske sykehuset Arrazi i Salé. Senteret har 22 sengeplasser, og tilbyr etterbehandling på inntil tre måneder. Senteret tilbyr behandling for ruslidelser uavhengig av pasientens geografiske tilhørighet. Innleggelse vurderes blant annet etter en vurdering av motivasjon, avhengighetsatferd, somatiske tilleggslidelser og familiesituasjon (ONDA 2014, s. 66). Som nasjonalt kompetansesenter har senteret også ansvar for forskning og utdanning av spesialister innen rusbehandling (professor Jallal Toufiq som sitert i Le Courrier des Addictions 2016; Sabir & Toufiq 2014, s. 25).

Utover et lite antall institusjoner som tilbyr rehabilitering, som det nasjonale kompetansesenteret ved Arrazi-sykehuset, er det offentlige behandlingstilbudet i all hovedsak knyttet til akutt rusbehandling og avrusning. Tilbudet om psykososial rehabilitering av ruslidelser er altså svært begrenset i Marokko (ONDA 2014, s. 63). Dette innebærer at en person med ruslidelser ikke vil ha tilgang til et helhetlig rehabiliteringsforløp i Marokko.

Ifølge det marokkanske menneskerettighetsrådet (CNDH 2013, s. 64) og Det nasjonale observatoriet for narkotika og avhengighet (ONDA 2014, s. 63) er det eksisterende rusomsorgstilbudet utilstrekkelig sett opp mot omfanget av alkohol- og narkotikaavhengighet i Marokko. I mangel på tilstrekkelig antall behandlingsplasser innen offentlig rusomsorg, brukes psykiatritilbudet i primærhelsetjenesten og psykiatripostene ved sykehusene som behandlingsinstitusjoner i akutte tilfeller. Dette legger beslag på den allerede begrensede kapasiteten der (Abdelaziz 2013, s. 21).

Behandlingstilbudet for ruslidelser i offentlig sektor er for kostbart for mange ressurssvake rusmisbrukere. Lederen for interesseorganisasjonen for rusmisbrukere AMVD (Association Marocaine des Victimes de Dépendances) opplyser at innleggelse på avrusningsinstitusjon koster rundt 500 NOK per døgn, i tillegg til utgifter til eventuelle legemidler. Behandling i en privat rusklinikk kan ifølge samme kilde komme opp i over 3000 NOK per døgn (Belouas 2018a).

Marokko innførte legemiddelassistert rehabilitering i 2010 (ONDA 2014, s. 24; professor Jallal Toufiq, møte i Salé april 2019). I henhold til tall fra marokkanske helsemyndigheter (som sitert i Medias24) var 1629 personer på metadonprogrammet per 2018. Det finnes seks metadonsentre i Marokko, samt et senter i Okacha-fengselet i Casablanca (professor Jallal Toufiq, som sitert i Le Courrier des Addictions 2016).

I henhold til professor Jallal Toufiq (møte i Salé, april 2019) tilbys det behandling for psykiske lidelser og rusrehabilitering i fengslene. Rusavhengige innsatte kan etter søknad og anbefaling fra lege anmode om rusbehandling før løslatelse, eller soning i en psykiatrisk institusjon (CNDH 2013, s. 36). I hvilken grad denne muligheten faktisk benyttes, har Landinfo ingen informasjon om.

10. REFERANSER

10.1 SKRIFTLIGE KILDER

- Abdelaziz, I. (2013, juli). *La prise en charge des troubles mentaux au niveau des ESSB : état des lieux. (Cas de la préfecture de Salé)*. Rabat: Ecole Nationale de Santé Publique. Tilgjengelig fra <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp-Maroc/Memoires/massp/gps/2013/8893.pdf> [lastet ned 3. april 2019]
MA-oppgave i helsefag.
- ANAM, dvs. L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (u.å.). *Recherche médicament par DCI*. Rabat: ANAM. Tilgjengelig fra <http://www.anam.ma/regulation/guide-medicaments/recherche-medicament-par-dci/> [lastet ned 26. mars 2019]
- Belouas, A. (2018a, 25. januar). La lutte contre l'addiction aux drogues nécessite une stratégie nationale. *La Vie Eco*. Tilgjengelig fra <https://www.lavieeco.com/news/societe/la-lutte-contre-laddiction-aux-drogues-necessite-une-strategie-nationale.html> [lastet ned 13. mars 2019]
- Belouas, A. (2018b, 3. mai). Santé mentale: les patients souffrent aussi d'une sérieuse stigmatisation. *La vie éco*. Tilgjengelig fra <https://www.lavieeco.com/news/societe/sante-mentale-les-patients-souffrent-aussi-dune-serieuse-stigmatisation.html> [lastet ned 15. mai 2019]
- Belouas, A. (2018c, 3. mai). Santé mentale : Questions à Omar Batas, Directeur du Centre psychiatrique du CHU Ibn Rochd. *La vie éco*. Tilgjengelig fra <https://www.lavieeco.com/news/societe/sante-mentale-questions-a-omar-batas-directeur-du-centre-psychiatrique-du-chu-ibn-rochd.html> [lastet ned 15. mai 2019]
- Benadada, R. (2019, 13. mars). Les centres d'addictologie se renforcent. Lutte contre la toxicomanie. *MarocHebdo*. Tilgjengelig fra <https://www.maroc-hebdo.press.ma/centres-addictologie-renforcent> [lastet ned 16. mai 2019]
- Benomar, R. (2018, 2. mars). Photos inédites: De Bouya Omar à Berrechid, l'enfer des patients en psychiatrie. *TelQuel*. Tilgjengelig fra https://telquel.ma/2018/03/03/photos-inedites-de-bouya-omar-a-berrechid-lenfer-des-patients-psychiatriques_1580644 [lastet ned 28. februar 2019]
- CESE, dvs. Conseil Economique, Social et Environnemental (2013). *Les soins de santé de base. Vers un accès équitable et généralisé*. Rabat: CESE. Tilgjengelig fra <http://www.cese.ma/Documents/PDF/Rapport%20SSB%20VF.pdf> [lastet ned 18. februar 2019]
- Chouani, J. (2014, 9. oktober). *Journée mondiale de la santé mentale*. Rabat: Ministère de la Culture et de la Communication. Tilgjengelig fra <http://www.maroc.ma/fr/actualites/journee-mondiale-de-la-sante-mentale> [lastet ned 27. mars 2019]
- CHU Hassan II (u.å.). *Tarifcation*. Fes: CHU Hassan II. Tilgjengelig fra <http://www.chu-fes.ma/votre-consultation/> [lastet ned 21. mai 2019]
- CNDH, dvs. Conseil National des Droits de l'Homme (2013). *Santé mentale et droits de l'Homme. L'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique*. Rabat: CNDH. Tilgjengelig fra https://www.cndh.ma/sites/default/files/sante_mentale_-_rapport_integral_.pdf.pdf [lastet ned 26. februar 2019]
- El Kirat, H. & Filali, H. (2014). La représentation des professionnels de la santé mentale sur leurs pratiques à Rabat, Maroc. *Santé publique* 3(26), 385-391. Tilgjengelig via <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-3-page-385.htm> [lastet ned 14. mai 2019]
- Gillet, C. (2018, 15. september). «Contre-productif», le projet de loi pour la santé mentale «repris entièrement». *TelQuel*. Tilgjengelig fra https://telquel.ma/2018/09/15/contre-productif-le-projet-de-loi-pour-la-sante-mentale-repris-entierement_1610599/?utm_source=tq&utm_medium=paid_post [lastet ned 1. april 2019]

- HRW, dvs. Human Rights Watch (2016, februar). *“Pain Tears Me Apart”. Challenges and Progress in Ensuring the Right to Palliative Care in Morocco*. New York: HRW. Tilgjengelig via <https://www.refworld.org/docid/56b456854.html> [lastet ned 19. mars 2019]
- Kadiri, G. (2016, 14. juni). Au Maroc, le martyre des fous enchaînés du mausolée de Bouya Omar. *Le Monde Afrique*. Tilgjengelig fra https://www.lemonde.fr/afrique/article/2016/06/17/au-maroc-le-martyre-des-fous-enchaines-du-mausolee-de-bouya-omar_4952404_3212.html [lastet ned 15. mars 2019]
- Landguiden (a). Algeriet. Sociala förhållanden (sist endret 30. januar 2019). Stockholm: Utrikespolitiska Institutet [Elektronisk abonnementsstjeneste, lastet ned 3. april 2019]
- Landguiden (b). Marokko. Sociala förhållanden (sist endret 7. juni 2016). Stockholm: Utrikespolitiska Institutet [Elektronisk abonnementsstjeneste, lastet ned 3. april 2019]
- Landguiden (c). Tunisien. Sociala förhållanden (sist endret 13. mars 2019). Stockholm: Utrikespolitiska Institutet [Elektronisk abonnementsstjeneste, lastet ned 3. april 2019]
- Landinfo (2018a, 9. juli). *Algerie: Psykisk helsevern*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra <https://landinfo.no/wp-content/uploads/2018/07/Algerie-temanotat-Psykisk-helsevern-09072018.pdf> [lastet ned 22. mai 2019]
- Landinfo (2018b, 11. desember). *Tunisia: Psykisk helsevern*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra <https://landinfo.no/wp-content/uploads/2018/12/Tunisia-temanotat-Psykisk-helsevern-11122018.pdf> [lastet ned 22. mai 2019]
- Landinfo (2017, 23. juni). *Nigeria: Psykisk helsevern*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra <https://landinfo.no/wp-content/uploads/2018/03/Nigeria-Psykisk-helsevern-23062017.pdf> [lastet ned 22. mai 2019]
- Landinfo (2016, 9. mai). *Marokko: ID-dokumenter*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra <https://landinfo.no/wp-content/uploads/2018/03/Marokko-ID-dokumenter.pdf> [lastet ned 3. april 2019]
- Le Courrier des Addictions (2016). L’addictologie au Maroc. Un entretien avec Jallal Toufiq et Fatima El Omari. *Le Courrier des Addictions* 18(1), 6-9. Tilgjengelig fra <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/23885.pdf> [lastet ned 16. mai 2019]
- Medias24 (2018, 26. juni). Bientôt un plan national de prise en charge de l’addiction aux drogues. *Medias24*. Tilgjengelig fra <https://www.medias24.com/MAROC/SOCIETE/184113-Bientot-un-plan-national-de-prise-en-charge-de-l-addiction-aux-drogues.html> [lastet ned 13. mars 2019]
- Menara (2017, 7. april). Santé mentale: Le Maroc se rapproche des recommandations de l’OMS. *Menara*. Tilgjengelig fra <https://www.menara.ma/fr/article/sant%C3%A9-mentale-le-maroc-se-rapproche-des-recommandations-de-loms> [lastet ned 14. mai 2019]
- Ministère de la Santé (2018, 26. juni). Célébration de la Journée Internationale contre l’abus et le trafic de drogues. Rabat: Ministère de la Santé. Tilgjengelig fra <https://www.sante.gov.ma/pages/actualites.aspx?IDActu=274> [lastet ned 13. mars 2019]
- Ministère de la Santé (2016). *Rapport d’activité 2012-2016*. Rabat : Ministère de la Santé. Tilgjengelig fra <http://drh.sante.gov.ma/Pages/Actualites.aspx?IDACTU=178> [lastet ned 25. mars 2019]
- Ministère de la santé (2015). *Politique Pharmaceutique Nationale*. Rabat: Ministère de la santé. Tilgjengelig fra <http://dmp.sante.gov.ma/upload/video/Politique%20Pharmaceutique%20Nationale%20-MAROC.pdf> [lastet ned 4. februar 2019]
- Ministère de l’Education Nationale et de la Formation Professionnelle & Hôpital Arrazi (2013). *L’usage de drogues auprès des élèves marocains*. Rabat: Ministère de l’Education Nationale et de la Formation Professionnelle & Hôpital Arrazi. Tilgjengelig fra http://south-programme-eu.coe.int/Source/Pompidou_Group/Rapport-etude-MedSPAD-Maroc.pdf [lastet ned 13. mars 2019]

- ONDA, dvs. Observatoire National des Drogues et Addictions (2014). *Rapport annuel*. Rabat: ONDA. Tilgjengelig via <https://rm.coe.int/rapport-annuel-2014-de-l-observatoire-national-des-drogues-et-addictio/168075f742> [lastet ned 16. mai 2019]
- ONDH, dvs. Observatoire National du Développement Humain (2017). *Evaluation du Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis (RAMed)*. Rabat: ONDH. Tilgjengelig fra http://www.ondh.ma/sites/default/files/documents/rapport_ramed_fr.pdf [lastet ned 5. februar 2019]
- Sabir, M. & Toufiq, J. (2014). *Situation et politique en matière de drogues*. Rabat: Observatoire National des Drogues et Addictions, Groupe Pompidou & Conseil de l'Europe. Tilgjengelig fra <https://docplayer.fr/11144798-Maroc-situation-et-politique-en-matiere-de-drogues.html> [lastet ned 13. mars 2019]
- Saoury, Y. (2018, 13. november). Médicaments en rupture de stock, aux origines du mal. *TelQuel*. Tilgjengelig fra https://telquel.ma/2018/11/13/medicaments-en-ruptures-de-stock-aux-origines-du-mal_1617652 [lastet ned 26. mars 2019]
- Sekkat, F. Z. & Belbachir, S. (2009). La psychiatrie au Maroc. Histoire, difficultés et défis. *L'Information psychiatrique*, 7(85), 605-610. Tilgjengelig via <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-7-page-605.htm> [lastet ned 5. juni 2019]
- SNL, dvs. Store norske leksikon. *Marabout*. (sist endret 29. oktober 2018). Oslo: SNL. Tilgjengelig fra <https://snl.no/marabout> [lastet ned 26. mars 2019]
- TelQuel (2014, 10. oktober). Les maux de la santé mentale au Maroc. *TelQuel*. Tilgjengelig fra https://telquel.ma/2014/10/10/les-maux-sante-mentale-au-maroc_1418823/?utm_source=tq&utm_medium=normal_post [lastet ned 1. april 2019]
- UNDP, dvs. United Nations Development Programme (2018). *Human Development Index*. New York: UNDP. Tilgjengelig fra <http://hdr.undp.org/en/composite/Dashboard1> [lastet ned 18. mars 2019]
- WHO, dvs. World Health Organization (2017). *Mental Health Atlas 2017 Morocco*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/MAR.pdf [lastet ned 28. februar 2019]
- WHO (2014). *Mental Health Atlas 2014 Norway*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/nor.pdf [lastet ned 28. februar 2019]
- WHO (u.å.). *Morocco*. Rabat: WHO. Tilgjengelig fra <https://www.who.int/countries/mar/en/> [lastet ned 28. februar 2019]
- Zerrouk, L. (2017, april). Santé mentale, toujours le parent pauvre du système : 1,5 million de Marocains souffrent de troubles dépressifs. *Aujourd'hui le Maroc*. Tilgjengelig fra <http://aujourd'hui.ma/societe/sante-mentale-toujours-le-parent-pauvre-du-systeme-15-million-de-marocains-souffrent-de-troubles-depressifs> [lastet ned 26. mars 2019]

10.2 MUNTILIGE KILDER

- Professor Jallal Toufiq, sjefpsykiater ved Arrazi psykiatriske sykehus. Møte i Rabat 2. april 2019 (intervju gjennomført av Norges ambassade på vegne av Landinfo).