

Flygtningenævnets baggrundsmateriale

Bilagsnr.:	244
Land:	Algeriet
Kilde:	Landinfo
Titel:	Temanotat. Algerie: Psykisk helsevern
Udgivet:	9. juli 2018
Optaget på baggrundsmaterialet:	3. september 2019

Temanotat

Algerie: Psykisk helsevern



LANDINFO

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

© Landinfo 2018

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 Algeria, 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 Algeria. 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 Algerie, 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, ettersom omfanget av psykiske lidelser øker i Algerie. Psykisk helse er dårlig integrert i førstelinjetjenesten, 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
1.1 Kort om informasjonstilfanget.....	6
2. Algerisk helsevesen	7
2.1 Lovgivning	8
2.1.1 <i>Bruk av tvang</i>	8
3. Kort om forekomst av psykiske helseproblemer i Algerie	8
4. Offentlig behandlingstilbud for psykiske lidelser	10
4.1 Nøkkeltall og organisering	10
4.2 Tilgang til psykisk helsevern.....	12
4.3 Tilgang på legemidler.....	13
4.4 Samtalebehandling og atferdstiltak	13
4.5 Kostnader for behandling	13
5. Tradisjonell og religiøs behandling av psykiske lidelser	14
6. Sosialt stigma knyttet til psykiske lidelser	15
6.1 Familiens rolle	15
7. Rusbrukslidelser	16
8. Undervisning, forskning og fagmiljø	17
8.1 Hjerneflukt.....	17
9. Referanser	19

1. INNLEDNING

Algerie er Afrikas største land i areal, og strekker seg fra Middelhavet til Sahara. Rundt 90 % av befolkningen på om lag 40 millioner bor i kystsonen i nord, særlig i jordbruksregionen Tell-Atlas. Områdene sør for Atlasfjellene, som delvis består av ørken, er kun spredt befolket.

Algerie har store inntekter fra olje og gass, og befinner seg i kategorien «høy menneskelig utvikling» på FNs utviklingsindeks, i samme kategori som for eksempel Kroatia og Romania (UNDP 2016). Veksten i økonomien på 2000-tallet har i stor grad blitt brukt på moderniseringsprosjekter og sosiale utviklingsprogrammer. En andel av oljepengene investeres i et statlig fond for offentlige tjenester, og den algeriske staten bruker en betydelig andel av budsjettet til blant annet gratis helsetjenester for befolkningen.

Imidlertid er den petroleumsbaserte økonomien sårbar for synkende oljepriser, og i dag står landet overfor synkende økonomisk vekst og store budsjettunderskudd, noe som på sikt kan innebære færre investeringer og reduksjon i blant annet helse- og sosialbudsjettet.

Offentlige investeringer i helsesektoren er blant de høyeste i regionen. I 2014 var utgifter til helse på USD 932. Dette utgjør en andel av BNP på 7,2 %. Til sammenligning bruker Marokko 5,9 % av BNP og Tunisia 7 % av BNP på helse. Det offentlige dekker $\frac{3}{4}$ av alle utgifter til helsetjenester, mens de resterende midlene dekkes av private (UNHRC 2017, s. 5).

1.1 KORT OM INFORMASJONSTILFANGET

Det finnes begrenset informasjon om psykisk helsevern i Algerie. Det finnes, så langt Landinfo har kunnet bringe på det rene, ingen systematisk og allment tilgjengelig kartlegging av psykiatrifeltet av nyere dato. Notatet bygger derfor på ulike anekdotiske kilder, en del av dem noe tilårskomne, men som til sammen gir et visst bilde av noen overordnede forhold knyttet til psykisk helsevern i Algerie. Informasjonen fra skriftlige kilder er supplert med informasjon fra tre muntlige kilder, en av Algeries ledende psykiatere, den ansvarlige for mental helse ved Verdens helseorganisasjon i Alger, og den algeriske organisasjonen for familieplanlegging (AAPF), som Landinfo hadde møter med under en informasjonsinnhentingsreise i Alger i november 2017.

Notatet gir kun *generell* informasjon om noen overordnede forhold knyttet til psykisk helsevern i Algerie. Notatet er ment å brukes som bakgrunnsinformasjon i forbindelse med utlendingssaker som omhandler psykiske lidelser. Informasjon om tilgang til bestemte behandlingsformer eller spesifikke legemidler i enkeltsaker, må undersøkes konkret i hvert tilfelle. Saksbehandlere i utlendingsforvaltningen som arbeider med saker hvor psykisk helse er et tema, må derfor ta direkte kontakt med Landinfo, som vil innhente informasjon om tilgang til konkret behandling i det enkelte tilfelle.

De ulike temaene som tas opp i notatet kan fremstå som tilfeldige. Innholdet i notatet reflekterer imidlertid innspill som Landinfo har fått fra utlendingsforvaltningen over tid. Notatet har derfor særlig relevans for forvaltningen.

2. ALGERISK HELSEVESEN

Algerie har gjort store fremskritt når det gjelder utviklingen av helsesektoren de siste tiårene. Landet har investert betydelige summer for å gi befolkningen generell tilgang til gratis eller sterkt subsidierte helsetjenester.¹ FN's spesialrapportør for retten til den høyest oppnåelige helsestandard oppsummerer utviklingen slik:

The health-care system has posted impressive results in making care available and accessible, with strengthened infrastructure, equipment and workforce. The population has financial coverage for most of the basic health services, which has contributed to a significant improvement in health indicators over the past decades (UNHRC 2017, s. 5).

Algerie har et desentralisert helsesystem. Landet er inndelt i fem helseregioner, som ledes av regionale helseråd. Alle landets 48 provinser (*wilaya*) har egen helseadministrasjon. Helsedepartementet har det overordnede forvaltningsansvaret for helsesektoren (UNHRC 2017, s. 5).

Algerie har en befolkning på nesten 40 millioner innbyggere. Rundt 90 % av befolkningen bor på omtrent 10 % av territoriet nord i landet, hvor mesteparten av den økonomiske aktiviteten finner sted. En av de største utfordringene i det algeriske helsevesenet er derfor knyttet til de betydelige regionale forskjellene i tilgangen til helsetjenester. Dette rammer befolkningen i rurale områder, særlig i de sørlige regionene og i fjellområdene i Atlas:

Access to health care has improved over the past decades by the extension of health coverage in terms of infrastructure, staff and financing, and a deliberate policy by the Government. In 2006, geographic access to health facilities was measured at 98 per cent of the population. However, concern was expressed about the difficulties faced by people living in rural areas in accessing health care, owing to an unequal geographic distribution of care facilities and medical practitioners (UNHRC 2017, s. 7).

Algeriske myndigheter forøker å demme opp for regionale forskjeller blant annet gjennom regionalt og interkommunalt samarbeid, ambulante team og telemedisin (UNHRC 2017, s. 5).

Når det gjelder kvaliteten på behandlingen, er det også store forskjeller mellom ulike behandlingstyper. Mens kvaliteten på grunnleggende helsetjenester er akseptabel (og i noen tilfeller også god), er andre, mer avanserte behandlingstilbud lite utbygget, særlig i rurale områder:

The Special Rapporteur visited various health-care structures in different parts of the country and found them to be in relatively good condition. However, he was made aware of deficiencies in infrastructure and equipment, and the lack of qualified health staff, especially in remote areas (UNHRC 2017, s. 6).

7,3 % av det totale helsebudsjettet ble brukt på psykiske helsetjenester i 2011 (UNHRC 2017, s. 17).

¹ Staten dekker 80 % av listepreisen på medisiner og 80 % av utgiftene til behandling, herunder laboratorieundersøkelser og lignende. Offentlig ansatte og ansatte i det private med helseforsikring er fullt dekket (Lamri, Gripiotis & Ferrario 2014).

2.1 LOVGIVNING

Helsesektoren, herunder psykisk helse, reguleres av helseloven fra 1985 (Loi N° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé), endret i 1990. En ny helselov er under utarbeidelse (Amnesty 2017; UNHRC 2017, s. 5).² En uttømmende oversikt over gjeldende lovverk i helsesektoren (frem til 2010) finnes i den uoffisielle lovsamlingen på helsefeltet, foretatt av helsebyråkraten M. Ould-Kada (Helselovsamling 2010).

Algerie har en nasjonal handlingsplan for psykisk helse (Plan national de santé mentale) for perioden 2017–2020 (WHO u.å.). Planen har en helhetlig tilnærming til psykisk helsearbeid i tråd med anbefalingene fra Verdens helseorganisasjons Mental Health Action Plan 2013–2020, som Algerie har sluttet seg til (UNHRC 2017, s. 18).

2.1.1 Bruk av tvang

Hseloven fra 1985 regulerer adgangen til bruk av tvang i psykisk helsevern i tilfeller hvor pasienten utgjør en fare for seg selv eller omgivelsene (Hselov 1985, Titre III, Section 5). Dersom pasienten ikke samtykker til psykiatrisk behandling, kan vedkommende bli underlagt tvunget psykisk helsevern, det vil si tvungen undersøkelse, observasjon eller tvangsinnleggelse. Det er prefekten (*wali*) som gir tillatelse til tvangstiltak, på bakgrunn av en medisinsk begrunnelse fra psykiater. Ved uenighet vil den psykiatriske kontrollkommisjonen (*commission de santé mentale*), bestående av en representant for prefekten, en dommer og to psykiatrispesialister, fatte endelig vedtak i saken. Maksimal lengde på tvangsinnleggelse er seks måneder, som kan fornyes på visse vilkår (Hselov 1985; WHO, møte i Alger november 2017).

I en kartlegging av innleggelser ved sykehuset i Annaba nordøst i Algerie fremkommer det at 9 % av innleggelsene er tvangsinnleggelser, men at kontrollkommisjonene i liten grad er involvert i beslutningen om tvunget psykisk helsevern, slik loven krever (Zeghib, Grid & Omeiri 2015). Dette bekreftes av professor Kacha (2005, s. 147), som opplyser at psykiatrisk behandling i de fleste tilfeller foregår som om den var frivillig, som oftest etter initiativ fra pasientens familie.

3. KORT OM FOREKOMST AV PSYKISKE HELSEPROBLEMER I ALGERIE

Det er vanskelig å tallfeste omfanget av psykisk lidelser i Algerie, ettersom det ikke finnes nyere statistikk på befolkningsnivå på feltet. I henhold til Selim (2015) varierer de ulike estimatene fra 3 til 12 % av befolkningen, men det er knyttet stor usikkerhet

² I 2017 ble det utarbeidet forslag til ny helselov som skal behandles av den lovgivende forsamlingen (Assemblée Nationale Populaire, ANP) i inneværende periode (Amnesty 2017). Ifølge helseministeren er ett av formålene med lovendringen å modernisere den algeriske helsesektoren, og å utjevne sosiale og geografiske forskjeller i tilgang på helsetjenester. Ifølge Amnesty (2017) går lovforslaget i retning av at gratis tilgang på behandling og medisiner nå i større grad skal behøvsprøves, slik at kun ressursvake personer i fremtiden får gratis eller sterkt subsidierte helsetjenester. Innstramningene skjer blant annet som følge av synkende olje- og gassinntekter de siste årene, kombinert med økt levealder.

til tallene. De vanligste psykiske lidelsene er stemningslidelser, som for eksempel depresjon, og angstlidelser (Radio Algérienne 2017).

Gitt såpass usikre tall på forekomsten av psykiske plager og lidelser i den algeriske befolkningen, er det vanskelig å sammenligne utbredelsen av psykiske plager og lidelser i Algerie og i Norge. Likevel er det mulig å peke på en del forhold som kan ha vært med på å påvirke forekomsten av psykiske plager og lidelser i Algerie.

Det er godt dokumentert at personer med lav sosioøkonomisk posisjon har forhøyet risiko for psykiske lidelser. Arbeidsledighet og økonomiske problemer kan øke risikoen for slike lidelser (FHI 2018). I Algerie er arbeidsledigheten høy, særlig blant unge voksne. Ettersom økonomisk selvstendighet er en forutsetning for å gifte seg, vil mange menn uten forsørgerevne gifte seg sent eller aldri. Trangbodddhet som følge av boligmangel over flere tiår, store sosiale forskjeller og mangel på fremtidsutsikter gjennom arbeid og familieetablering, er forhold som kan være med på å øke forekomsten av depresjon i Algerie.

Psykiaterne F. Kacha og A. Belaid (2012) viser til at man har sett en bemerkelsesverdig økning i tilfeller hvor unge menn (og i mer begrenset grad kvinner) setter fyr på seg selv i det offentlige rom, som regel foran en offentlig bygning. Dette fenomenet så dagens lys i forbindelse med den arabiske våren, men har fortsatt også etter 2011, med mange titalls hendelser hvert år. Man regner med at årsakene til denne praksisen blant annet er mangel på fremtidsutsikter, samt frustrasjon og sinne overfor myndighetene som tar fra ungdommene troen på en bedre fremtid (Kacha & Belaid 2012).

Eldre generasjoner er preget av utbredt vold ved to historiske hendelser, først under frigjøringskrigen fra Frankrike (1958–62), og deretter under det som kalles «det svarte tiåret» eller «den nasjonale tragedien» på 1990-tallet, en borgerkrigsliknende tilstand hvor staten kjempet mot væpnede islamistiske grupper.³ Det er anslått at så mye som 92 % av befolkningen var vitne til voldshandlinger dette tiåret, herunder seksualisert vold mot kvinner. Tillitsbåndene i samfunnet ble brutt og erstattet av mistro og redsel mellom personer og grupper (Kacha & Ammar 2012, s. 48). Borgerkrigen har hatt en negativ innvirkning på den psykiske helsen på samfunnsnivå i Algerie. Algeriske myndigheter har blitt kritisert for ikke å ha sørget for tilstrekkelig og adekvat psykologisk støtte og behandling til voldsofre fra konflikten på 1990-tallet. Dette har blant annet ført til en økning i paranoide lidelser, traumer, depressive lidelser og psykoser, både i det sivile samfunn og blant militære (UNHRC 2017; WHO, møte i Alger november 2017).

Også større naturkatastrofer, som jordskjelvene i 1980 og 2003, harde klimatiske forhold med vekselvis oversvømmelser og tørke, synes å ha hatt innvirkning på befolkningens psykiske helse. En epidemiologisk studie fra 2003 med 900 respondenter i Chéraga kommune i Alger viste at andelen personer med PTSD var høyt (14,44 %), sammenlignet med utbredelsen i to andre byer, Nouakchott (Mauritania) og Angers (Frankrike), hvor forekomsten var henholdsvis 2,58 % og 0,45 %. Det er grunn til å tro at det store jordskjelvet i regionen kan ha hatt en innvirkning på utbredelsen av PTSD i denne regionen akkurat på dette tidspunktet (Kacha & Ammar 2012).

³ Se Landinfo (2014) for mer informasjon om denne konflikten.

4. OFFENTLIG BEHANDLINGSTILBUD FOR PSYKISKE LIDELSER

4.1 NØKKELTALL OG ORGANISERING

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

	Algerie	Norge
Befolkning (2013)	39 928 948	5 091 923
Utgifter til helse pr. innbygger	USD 314	USD 9715
Antall helsearbeidere		240,8
Psykiatere	2,29	29,69
Psykologer	3,43	54,28
Sykepleiere	(ikke oppgitt)	123,08
Sosialarbeidere	0,08	26,45
Atferdsterapeuter	0,24	(ikke oppgitt)
Antall helsearbeidere innen mental helse	6,0	240,8
Antall psykiatriske sykehus	14	19
Antall sengeplasser / årlige innleggelser	9,1/41,9	85,5/1100,9

Som det fremgår av tabellen over, er det relativt sett få helsearbeidere på psykiatrifeltet i Algerie, sammenlignet med forholdene i Norge. Samtidig er tallene høyere enn for andre land lenger sør på det afrikanske kontinentet (se for eksempel tilsvarende tall for Nigeria i Landinfo 2017 for en sammenligning med Afrika sør for Sahara). Algerie fremstår derfor som et land i den midtre delen av skalaen når det gjelder ressurser i psykiatrien.

Det finnes rundt 1000 praktiserende psykiatere i Algerie i dag (professor F. Kacha, møte i Alger november 2017) hvorav rundt en tredjedel er privatpraktiserende (Le Soir d'Algérie 2017). I tillegg praktiserer rundt 1500 kliniske psykologer rundt om i landet, både i offentlig og privat sektor (Kacha 2012).⁴

⁴ Psykologprofesjonen har ifølge den algeriske psykologen Nadia Kacha (2012) inntil nylig hatt lav status i Algerie. I 1985 sluttet algeriske myndigheter å rekruttere psykologer til det offentlige helsevesenet, men i dag utgjør psykologene en viktig andel av helsearbeiderne ved de offentlige behandlingsinstitusjonene.

Det psykiske helsevernet i Algerie er på papiret et desentralisert system som etter en desentraliseringsreform i 2001 består av tre nivåer⁵:

Nivå	Institusjon	Administrativt nivå
1	Allmennleger Helsestasjoner (dispensaires) Skolehelsetjenesten / diagnosestasjoner (Unités de dépistage et de suivi, UDS) Universitetshelsetjenesten	Kommune (baladiyya)
2	Psykiatriske sykehusavdelinger (unités des urgences et des consultations psychiatriques des CHU) Psykiatriske diagnoseentre (centres intermédiaires de santé mentale, CISM) Rusbehandlingssentre (Centres intermédiaire de soins aux toxicomanes, CIST) Privatpraktiserende psykiatere og psykologer	Fylke (wilaya)
3	Psykiatriske sykehus (hôpitaux psychiatriques)	Provinshovedsteder (blant andre Alger, Tizi Ouzou, Blida, Tlemcen, Oran, Sidi Bel Abbès og Constantine)

Førstelinjetjenesten består av skolehelsetjenesten (unités de dépistage et de suivi, UDS), universitetshelsetjenesten og allmennleger. Disse henviser videre til spesialisthelsetjenesten (nivå 2 og 3) ved behov.

De psykiatriske sentrene og rusbehandlingssentrene på fylkesnivå (centres intermédiaire de santé mentale, CISM) er i all hovedsak poliklinikker. De har ansvar for videre prioritering av pasientbehandling og henvisning til innleggelse ved de psykiatriske sykehusene.

Psykiatrifeltet er til dels dårlig integrert i primærhelsetjenesten (nivå 1 i tabellen over). Det er lite kunnskap og kompetanse på psykiatrifeltet i primærhelsetjenesten, hvor mange helsearbeidere mangler grunnleggende kompetanse i psykiatri. Dette medfører at få får behandling lokalt, og at få henvises videre fra primærhelsetjenesten til spesialhelsetjenesten (nivå 2 og 3). Mange oppsøker de psykiatriske sykehusene direkte uten henvisning, eller tas med dit av familie eller sosialmyndighetene når situasjonen har blitt akutt, og pasienten er utagerende eller voldelig (professor F. Kacha, møte i november 2017).

Selv om førstelinjetjenesten skal henvide videre til spesialisthelsetjenesten ved behov, vil de fleste pasienter, som tidligere nevnt, ikke søke hjelp før lidelsen er akutt, og da

⁵ Landinfo har ikke funnet noen uttømmende oversikt over organiseringen av psykiatrifeltet i Algerie. Tabellen ovenfor er derfor satt sammen av informasjon fra ulike kilder, herunder Alouani (2010) og Kacha (2005).

oppsøke sykehus direkte, uten henvisning. Dette gjenspeiles også innenfor ressursbruken i psykiatrien, hvor behandling hovedsakelig skjer gjennom innleggelse på psykiatrisk sykehus, mens behandling i primærhelsetjenesten eller på poliklinikk nedprioriteres. Algeriske myndigheter prioriterer å etablere egne spesialsykehus i psykiatri heller enn å etablere psykiatriposter på sentralsykehusene og ved lokale helseinstitusjoner. Hele 81,44 % av midlene som ble avsatt til psykiatri i 2011, gikk til å finansiere sykehusene (UNHRC 2017, s. 17).

4.2 TILGANG TIL PSYKISK HELSEVERN

Som tidligere nevnt, er Algerie i et mellomstadium når det gjelder ressurser innenfor psykiatrien. Dette innebærer at det finnes et reelt tjenestetilbud innen psykiatri i Algerie, og at befolkningen kan påregne å få et reelt behandlingstilbud dersom de blir syke. Likevel vil en del økonomiske, organisatoriske og holdningsmessige faktorer i realiteten begrense befolkningens tilgang til behandling for psykiske lidelser (Alouani 2010; Kacha 2005; Sider et al. 2015):

- Manglende tilbud på lokalplan
- Manglende tilbud til særskilte grupper, som barn og eldre
- Holdninger i befolkningen som medfører at pasienten (eller pasientens familie) oppsøker behandling først når lidelsen er alvorlig, og særlig i forbindelse med at pasienten er utagerende
- Fokus på behandling av akutte psykiatriske tilstander, få ressurser til å drive langvarig oppfølging av pasienter
- Gammeldagse behandlingsformer, hovedsakelig innleggelse på psykiatrisk sykehus og legemiddelbehandling

Det at behandling først og fremst skjer ved akutte og/eller alvorlige lidelser, hovedsakelig i sykehusmiljø, gjør at befolkningen generelt assosierer psykiatrisk behandling med tidligere tiders asyl og «galehus», og unngår dem så langt det er mulig. Det er først når sykdommen har blitt så alvorlig at den ikke kan kontrolleres av (stor)familien at familien eller sosialmyndighetene søker behandling (Sider et al. 2015).

Psykiatriressursene er, som tidligere nevnt, hovedsakelig sentralisert i de store byene, særlig Alger og provinshovedstedene. Befolkningen i rurale områder, særlig i sør og i fjellområdene i Atlas, har dermed mer begrenset tilgang til psykisk helsevern enn folk i urbane områder. I noen fylker (wilaya) i disse områdene finnes det ingen psykiatriske behandlingsinstitusjoner overhodet (Le Soir d'Algérie 2017). Personer med behandlingsbehov i rurale områder må derfor dra inn til byen, og ofte til Alger, for å få tilgang til spesialistbehandling (Omar 2014). Det kan derfor medføre store kostnader, herunder transportutgifter, utgifter til kost og losji samt tapt arbeidsinntekt, for pasient og pårørende å oppsøke behandling.

Når det er sagt, og dersom man ser bort fra praktiske og økonomiske utfordringer, vil ingen pasient bli avvist på et psykiatrisk sykehus eller psykiatripost, selv om det kan være ventetid (professor i psykiatri F. Kacha, møte i Alger november 2017).

4.3 TILGANG PÅ LEGEMIDLER

Algerie har en liste over essensielle legemidler som oppdateres jevnlig. De fleste standardlegemidler innenfor kategoriene antidepressiva, angstdempende legemidler, sedativer, stemnings-stabiliserende medisiner og antiepileptika finnes på denne lista. Noen kostbare annengenerasjons legemidler er ikke allment tilgjengelig i landet (professor F. Kacha, møte i Alger november 2017).

En del originallegemidler importeres, men som oftest importeres virkestoffet fra lavkostland som India og produseres i Algeries egne farmasøytiske industri. Den viktigste aktøren i legemiddelindustrien i Algerie er selskapet Saidal, som ble etablert i 1982, med staten som hovedaksjonær.

Fra 2008 har det vært importforbud for rundt 1000 generiske legemidler som produseres lokalt, et tiltak som har til hensikt å beskytte lokal legemiddelindustri og gjøre landet mindre avhengig av import (Snoussi 2012). Målet er å dekke 70 % av behovet lokalt (Ministère de l'industrie 2011, s. 23).

Ifølge professor F. Kacha (møte i Alger november 2017) finnes det ikke uavhengige laboratorier som kan undersøke kvaliteten på de lokalproduserte legemidlene. Dette fører til en noe varierende og uforutsigbar kvalitet.

I henhold til informasjon fra algerisk presse, inntreffer det med ujevne mellomrom at visse legemidler er utsolgt eller vanskelig tilgjengelig (Algerie-Focus 2013; Belgacem 2015).

Det finnes rundt 8000 apotek i Algerie, de fleste av dem private (Snoussi 2012). Selv om konsentrasjonen er høyest i Alger og de store byene, finnes det apoteker i alle landets kommuner.

4.4 SAMTALEBEHANDLING OG ATFERDSTILTAK

Psykiske plager og lidelser behandles først og fremst med legemidler i Algerie. Tilbudet om samtalerterapi og ulike atferdstiltak er begrenset innenfor offentlig psykisk helsevern, og tilbys først og fremst hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer (professor F. Kacha, møte i Alger november 2017).

Rehabilitering, oppfølging i bolig, arbeidstiltak og lignende tiltak ved psykiske helseproblemer er ikke, så langt Landinfo har klart å bringe på det rene, tilgjengelig i det offentlige helsevesenet. Omsorg og nødvendig tilrettelegging er det derfor familien som i de fleste tilfeller står for. Mangelen på oppfølgingstiltak for personer med psykiske lidelser anses for å være den største utfordringen innenfor psykiatrifeltet i Algerie i dag (psykiater M. Boudarène, som sitert i Aït 2015; professor F. Kacha, møte i Alger november 2017).

Det finnes imidlertid trygdeordninger for personer som er ute av stand til å arbeide av helsemessige årsaker. Psykiske lidelser utgjør 6 % av årsaken til uføretrygd i Algerie (UNHRC 2017, s. 17).

4.5 KOSTNADER FOR BEHANDLING

Helsebehandling, herunder behandling for mentale lidelser, har vært gratis eller sterkt subsidiert i Algeries offentlige helsevesen siden 1970-tallet (AAPF; professor F. Kacha, møter i Alger november 2017).

Befolkningen anser, på generelt grunnlag, kvaliteten på tjenestene i det offentlige helsevesenet for å være dårlig (Omar 2014). De som har økonomiske ressurser, vil derfor betale for tjenester fra private tilbydere. De aller mest ressurssterke vil søke behandling i utlandet (Mehenni 2018; professor F. Kacha, møte i Alger november 2017).

Hos private tilbydere varierer prisene avhengig av hvilken standard som velges. I Algerie finnes det alt fra svært enkle klinikker til såkalte «VIP-klinikker» og «psykiatrihoteller» i Alger og de største byene (Mansour 2017). Professor F. Kacha (møte i Alger november 2017) anslår at en konsultasjon hos en privatpraktiserende psykiater koster rundt DZD 2000 (NOK 140).

Ifølge FNs spesialrapportør for retten til den høyest oppnåelige helsestandard (UNHRC 2017, s. 7) skaper dette et delt helsesystem hvor de som har økonomiske midler kan kjøpe bedre private helsetjenester, enten i Algerie eller i utlandet, og får raskere behandling enn de som ikke har slike ressurser.

5. TRADISJONELL OG RELIGIØS BEHANDLING AV PSYKISKE LIDELSER

I Algerie, 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, redsel, depresjon, glemskhet og hallusinasjoner. Vesenene kan også påføre mennesker uhell og motgang, og skape konflikt mellom ektefeller, familiemedlemmer og venner (Sider et al. 2015, s. 143; WHO, møte i Alger november 2017).

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

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 (naturligemidler, 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).⁶

Forståelsen av hva psykisk sykdom er, og hva som er årsaken til sykdommen, vil være bestemmende for hva slags behandling pasientene og deres pårørende velger. Såkalte «*ruqya*-klinikker» (*ruqya*: «eksorsisme»), hvor behandlerne tilbyr en behandling gjennom resitasjon av Koranen, bønn og renselsesritualer, finnes i hele Algerie, og er en viktig førstelinjetjeneste for behandling av psykisk sykdom. Denne behandlingsformen forholder seg i større grad til den åndelige dimensjonen av psykisk sykdom, noe som er viktig i et land hvor mange er sterkt troende.

Skolemedisin og religiøs og tradisjonell behandling av psykisk sykdom utelukker imidlertid ikke nødvendigvis hverandre, slik det fremgår av sitatet over. Mange mener at en kombinasjon av skolemedisin og religiøs/tradisjonell behandling er det mest effektive behandlingsforløpet, og kombinerer de to tilnærmingene (Dein & Illaiee 2013, s. 292). Likevel er det ofte når en person blir så utagerende og/eller aggressiv at familien ikke lenger kan ta vare på vedkommende at psykiatrisk behandling, da gjerne i form av innleggelse på psykiatrisk sykehus, er aktuelt (Sider et al. 2015).

6. SOSIALT STIGMA KNYTTET TIL PSYKISKE LIDELSER

Det er knyttet sosialt stigma til psykisk sykdom i Algerie (Sider et al. 2015). Imidlertid synes graden av stigma til å være knyttet til den aktuelle lidelsen. Det er særlig personer med lidelser som går under samlebegrepet «gal, besatt» (*mahbul, majnun*), ord som på arabisk har sterke konnotasjoner til vold og fare, som opplever sosialt stigma, mens depressive lidelser er mindre stigmatisert (Sider et al. 2015).

Som tidligere nevnt, er det en utbredt oppfatning at psykisk sykdom er en konsekvens av åndebesettelse eller lignende. Det er også en vanlig forestilling at psykisk sykdom er en prøvelse fra Gud som må overvinnes for å bevise at man er sterk i troen. Psykisk sykdom kan derfor være et «bevis» på at personen har gjort noe klanderverdig eller har en alvorlig karakterbrist.

Sosialt stigma knyttet til psykisk sykdom er et universelt fenomen. Det er ikke mulig å vurdere hvorvidt slikt stigma er mer eller mindre utbredt i Algerie enn i for eksempel Norge.

6.1 FAMILIENS ROLLE

Den algeriske familien har gått gjennom store endringer de siste tiårene. Barnekullene har blitt mindre, kjernefamilien har erstattet storfamilien, og avstanden mellom familiemedlemmer har blitt større som følge av stor innflytting til byen. Likevel er den algeriske (stor)familien fortsatt tuftet på verdier som gjensidig støtte og solidaritet. Dette gjelder også familiens syke, som tradisjonelt har blitt tatt hånd om og pleiet av familien. Slik avhjelper familiens innsats overfor syke manglende kapasitet i det offentlige helsevesenet (Sider et al. 2015, s. 145). Ifølge professor F. Kacha (møte i

⁶ Sitatet er hentet fra en artikkel om psykisk helse i Marokko, men ettersom den kulturelle konteksten er mer eller mindre identisk i de to landene, gjelder fremstillingen av årsak og behandling av psykisk sykdom som fremkommer i sitatet også for Algerie.

Alger november 2017) er familien fortsatt den viktigste ressursen for personer med behov for helse- og omsorgstjenester.

Professor i psykiatri og klinikkssjef ved Drid Hocine-sykehuset i Alger, Mohammed Tedjiza, ser imidlertid en klar tendens til at psykisk syke i større grad enn tidligere blir forlatt av familien og må klare seg på egen hånd (Selim 2015).

Alger er en by under sterkt press, og innflyttingen til byen har vært eksplosiv de siste tiårene. Infrastrukturen, herunder kapasiteten i psykiatrien, er ikke dimensjonert for den store tilflyttingen. Mange flytter inn til byen uten å ha et sted å bo, og et ukjent, men ikke ubetydelig antall, havner på gata. Bostedsløse personer med psykiske lidelser er økende, særlig i Alger, men også i andre større byer. På begynnelsen av 1990-tallet gjorde myndighetene et forsøk på sende bostedsløse med psykiske lidelser tilbake til hjemstedet for behandling lokalt, men ifølge professor Kacha (som sitert i El-Ghazi 2013) ble tiltaket ikke fulgt opp.

7. RUSBRUKSLIDELSER

Algerie har tradisjonelt vært et transittland for narkotikasmugling, særlig cannabis fra nabolandet Marokko. Sikkerhetssituasjonen i naboland som Libya og Mali har de senere årene ført til økt smugling gjennom Algeries 6000 kilometer lange landegrense og 1200 kilometer lange kystlinje. I tillegg til å være et transittland, har Algerie utviklet seg til å bli et land hvor det også konsumeres narkotika i et betydelig omfang. Det er generelt lett å få tak i rusmidler i Algerie, særlig cannabis, som er et rusmiddel som er sterkt forankret i algerisk kultur og har blitt brukt som rusmiddel i regionen i århundrer (Abdennouri 2014, s. 10).

I henhold til offisielle tall (som sitert i Abennouri 2014, s. 28) er rundt 300 000 personer avhengig av narkotika, noe som utgjør 1,15 % av befolkningen over 12 år. De mest utbredte stoffene er cannabis og psykotrope stoffer. 0,7 % av befolkningen antas å misbruke alkohol (Alioui 2014). Ifølge den tidligere lederen av direktoratet med ansvar for rusfeltet, S. Abdennouri (2014, s. 10) øker bruken av rusmidler raskt fra år til år, og har nådd et «alarmerende» nivå.

Det finnes lite tilgjengelig informasjon om kapasiteten i rusomsorgen i Algerie. FNs spesialrapportør for retten til den høyest oppnåelige helsestandard oppsummerte kapasiteten per 2017 på følgende måte, et bilde som bekreftes av Abdennouri (2014) og Kacha (møte i Alger, november 2017):

Currently, there are two centres for the prevention and treatment of drug addiction, in Blida (since 1996) and in Sidi Chami, Oran (since 1997). There are three intermediary centres for treating drug addiction in Annaba, Sétif and Bab El Oued (Algiers). The 2007-2009 National Action Plan on Drug Use and Drug Addiction created 15 drug treatment centres and 53 intermediary centres throughout the country. Each wilaya is supposed to have at least one intermediary centre [...]. In 2013, it was reported that 25 intermediary centres had been established and were operational. In the same year, existing treatment centres and intermediary centres reported 14,936 consultations and 1,477 hospitalizations, including 96 for court-ordered treatment (UNHRC 2017, s. 17).

Selv om Algerie har en handlingsplan mot rusmisbruk og, sett i forhold til standarden i regionen for øvrig, et relativt utviklet behandlingstilbud for ruslidelser, er det åpenbart at behandlingsskapasiteten er for lav med tanke på etterspørselen, dersom man ser antall rusavhengige opp mot antall behandlingsplasser. Tilbudet til innsatte med ruslidelser i fengsler er også begrenset. Alternative behandlingsmåter, som for eksempel substitusjonsbehandling, er ikke innført i Algerie (Abdennouri 2014, s. 25–29).

Professor Kacha (møte i Alger november 2017) viste til at rusmiddelomsorgen kjennetegnes av den samme utfordringen som de psykiatriske behandlingsinstitusjonene, nemlig mangel på oppfølging etter at pasienten er stabilisert med legemidler og skrevet ut fra behandlingsinstitusjonen. Det finnes imidlertid et par sentre med en helhetlig og tverrfaglig behandling for rusmiddelavhengighet, og hvor avrusningen følges opp av rehabiliteringstiltak. Et eksempel på et slikt senter er Frantz Fanon-senteret i Blida, rundt 50 kilometer vest for hovedstaden Alger, med 50 sengeplasser (Abdennouri 2014, s. 30).⁷

8. UNDERVISNING, FORSKNING OG FAGMILJØ

Algerie var fransk koloni frem til 1962. Det første psykiatriske sykehuset ble etablert av franskmennene, og drevet etter fransk helselovgivning og etter modell av franske asyler. Da franskmennene forlot Algerie i 1962, etterlot de seg 6000 psykiatriske sengeplasser som algerierne, til da uten kompetanse og erfaring i psykiatri, overtok nærmest fra en dag til en annen. Fra 1962 tok algerierne fatt på arbeidet med å utdanne psykiatere og andre helsearbeidere innen mental helse, utvikle lovverk og organisere psykiatrifeltet. Den første algeriske psykiateren ble uteksaminert i 1971. Psykiatrien er derfor et relativt nytt felt i Algerie (Kacha 2005).

I dag finnes det elleve medisinske fakulteter i Algerie. Den medisinske grunnutdanningen tar syv år. Spesialistutdanningen i psykiatri tar tre år. Rundt 60 psykiatere uteksamineres hvert år (Benmebarek 2017).

Psykiatere i Algerie er organisert i organisasjonen Société algérienne de psychiatrie (SAP). SAP har inngått samarbeid med psykiatrimiljøer, hovedsakelig franskspråklige, i Europa. Kontakten er særlig tett med det franske psykiatrimiljøet gjennom den fransk-algeriske organisasjonen Association franco-algérienne de psychiatrie. SAP gir ut fagbladet *Le Lien Psy*, som kommer ut årlig. Algeriske psykiatere holdes således oppdatert på den faglige utviklingen innenfor psykiatrien. Det foretas imidlertid begrenset forskning på psykiatrifeltet i Algerie; den avgrenser seg stort sett til mindre studier. Den eneste fullskalastudie som er foretatt i Algerie er en studie av omfanget av angstlidelser i Alger by i 2003 (Benmebarek 2017).

8.1 HJERNEFLUKT

Ifølge en studie foretatt av den franske legeforeningen i 2014 (som sitert i Selim 2015) er såkalt «hjerneflukt» av algerisk helsepersonell en stor utfordring. I forbindelse med

⁷ For en mer detaljert beskrivelse av rusfeltet, herunder gjeldende lovverk, se Abdennouri 2014.

borgerkrigen på 1990-tallet forlot helsearbeidere Algerie i så store antall at flere sektorer, herunder psykiatrien, ble tappet for menneskelige ressurser, nettopp på et tidspunkt hvor behovet for psykiatere var som størst på grunn av traumer og andre følger av vold og krigshandlinger. Ifølge studien til legeforeningen er det i dag over 10 000 algeriske leger som arbeider i Frankrike. Over 40 % av disse er psykiatere, etterfulgt av øyeleger (37 %) og gynekologer (16 %). De algeriske legene utgjør en fjerdedel av alle utenlandske leger som praktiserer i Frankrike (Selim 2015), og tomrommet etter disse utgjør et av hovedproblemene når det gjelder den manglende kapasiteten i psykisk helsevern sett opp mot et stadig søkende behov.

9. REFERANSER

Skriftlige kilder

- Abennouri, S. (2014). *Algeria. Drug situation and policy*. Strasbourg: Council of Europe. Tilgjengelig fra <https://rm.coe.int/drug-situation-and-policy-by-salah-abdenbouri-former-general-director-/168075f0e3> [lastet ned 3. juli 2018]
 - Aït, T. (2015, januar). La santé mentale en Algérie. *SantéMag.dz*. Tilgjengelig via <http://docteurboudarene.unblog.fr/2016/10/10/la-sante-mentale-en-algerie/> [lastet ned 3. juli 2018]
 - Algérie Focus (2013, 26. august). La liste des médicaments en rupture de stock en Algérie. *Algérie Focus*. Tilgjengelig fra <http://www.algerie-focus.com/2013/08/la-liste-des-medicaments-en-rupture-de-stock-en-algerie/> [lastet ned 5. juni 2018]
 - Alioui, M. (2014, 27. august). L'Algérie, deuxième pays consommateur d'alcool au Maghreb. *Huffington Post Maghreb*. Tilgjengelig fra https://www.huffpostmaghreb.com/2014/08/27/algerie-alcool-consommateur_n_5722572.html [lastet ned 3. juli 2018]
 - Alouani, M.L. (2010). Centre Hospitalo-Universitaire de SETIF – Unité de Psychiatrie “Crise et Urgence en Psychiatrie”. *Le Lien Psy* 10, 70–72. Tilgjengelig fra <http://www.sapsy-dz.com/wp-content/uploads/2017/12/LIEN-PSY10.pdf> [lastet ned 4. juli 2018]
 - Amnesty (2017, 2. juni). *Algeria: Revise draft law on health*. London: Amnesty. Tilgjengelig via <http://www.refworld.org/docid/5931764b4.html> [lastet ned 8. mai 2018]
 - Belgacem, F. (2015, 5. juli). Pénurie de médicaments: le scandale des grossistes. *Liberté Algérie*. Tilgjengelig fra <https://www.liberte-algerie.com/actualite/penurie-de-medicaments-le-scandale-des-grossistes-228781> [lastet ned 2. juli 2018]
 - Benmebarek, Z. (2017, februar). Mental health legislation in Algeria. *BJPsych International* 14(1), 12–15. Tilgjengelig fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5618824/> [lastet ned 8. mai 2018]
 - Dein, S. & Illaiee, A.S. (2013). Jinn and mental health: looking at jinn possession in modern psychiatric practice. *The Psychiatrist* 37, 290–293. Tilgjengelig fra https://pdfs.semanticscholar.org/b493/95eaa8efa25770a774031862b2b5a6f079b5.pdf?_ga=2.35991776.1312202790.1530791363-181846440.1530791363 [lastet ned 4. juli 2018]
 - El-Ghazi, M. (2013, 19. mars). Le professeur Kacha à Algériepatriotique: «L'Algérie n'a jamais construit d'hôpital psychiatrique». *Algériepatriotique*. Tilgjengelig fra <https://www.algeriepatriotique.com/2013/03/19/le-professeur-kacha-a-algeriepatriotique-lalgerie-na-jamais-construit-dhopital-psychiatrique-ii/> [lastet ned 8. juni 2018]
 - FHI, dvs. Folkehelseinstituttet (2018, 14. mai). *Psykiske lidelser hos voksne*. Oslo: FHI. Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-voksne---folkehel/> [lastet ned 4. juli 2018]
 - [Helselov] (1985). *Loi N° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion des la santé*. Tilgjengelig via http://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_125826/lang--fr/index.htm [lastet ned 27. juni 2018]
 - [Helselovsamling] (2010, desember). *Recueil de textes réglementaires relatifs à la gestion des établissements de santé*. Tilgjengelig fra http://www.santemaghreb.com/algerie/recueil_txt_regl.pdf [lastet ned 27. juni 2018]
- Uoffisiell lovsamling av lovverk på helsefeltet, sammenstillet av M. Ould-Kada, byråkrat i den algeriske helseadministrasjonen.
- Kacha, F. (2005). La psychiatrie en Algérie. *L'Information psychiatrique* 81, 145–148.

- Kacha, F. & Ammar, K.L. (2012, november). PTSD: Expérience Algérienne. *Le lien Psy* 13, 48–55. Tilgjengelig fra <http://www.sapsy-dz.com/wp-content/uploads/2018/03/LIEN-PSY13.pdf> [lastet ned 4. juli 2018]
- Kacha, F. & Belaid, A. (2012, november). Approche psychologique de l'immolation. *Le Lien Psy* 13, 63–66. Tilgjengelig fra <http://www.sapsy-dz.com/wp-content/uploads/2018/03/LIEN-PSY13.pdf> [lastet ned 4. juli 2018]
- Kacha, N. (2012). Psychologie clinique en Algérie, le nécessaire combat. *Dialogue* 2, 107–114. Tilgjengelig fra <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2012-2-page-107.htm> [lastet ned 3. juli 2018]
- Lamri, L., Gripiotis, E. & Ferrario, A. (2014, 24. februar). Diabetes in Algeria and challenges for health policy: a literature review of prevalence, cost, management and outcomes of diabetes and its complications. *Globalization and Health* 10(11). Tilgjengelig fra <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-10-11> [lastet ned 22. mai 2018]
- Landinfo (2014, 10. november). *Algerie: Islamisme på 1990-tallet*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra <https://landinfo.no/wp-content/uploads/2018/03/Algerie-respons-Islamisme-p%C3%A5-1990-tallet-14112014.pdf> [lastet ned 4. juli 2018]
- 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 4. juli 2018]
- Le Soir d'Algérie (2017, 10. november). Prise en charge de la santé mentale. Criautes inégalités régionales. *Le Soir d'Algérie*. Tilgjengelig fra <https://www.lesoirdalgerie.com/articles/2017/10/11/print-2-218281.php> [lastet ned 3. juli 2018]
- Mansour, M. (2017, 30. oktober). Hydra (Alger). Lancement d'une clinique psychiatrique cinq étoiles. *Algérie-Focus*. Tilgjengelig fra <http://www.algerie-focus.com/2017/10/video-hydra-alger-lancement-dune-clinique-psychiatrique-cinq-etoiles/> [lastet ned 5. juni 2018]
- Mehenni, M. (2018, 25. april). Projet de loi sur la santé: que reste-t-il de la médecine gratuite? *Tout sur l'Algérie*. Tilgjengelig fra <https://www.tsa-algerie.com/projet-de-loi-sur-la-sante-que-reste-t-il-de-la-medecine-gratuite/> [lastet ned 5. juni 2018]
- [Ministère de l'Industrie] (2011, januar). *L'industrie pharmaceutique. Etat des lieux, enjeux et tendances lourdes, dans le monde et en Algérie*. Alger: Ministère de l'industrie, de la petite et moyenne entreprise et de la promotion de l'investissement. Tilgjengelig fra http://www.mdipi.gov.dz/IMG/pdf/Rapport_sectoriel_-_Industrie_Pharmaceutique_-_PDF.pdf [lastet ned 5. juni 2018]
- Omar, Y. (2014, 6. oktober). Gratuité des soins en Algérie, entre mythe et réalité. *Algérie Focus*. Tilgjengelig fra <https://www.algerie-focus.com/2014/10/gratuite-des-soins-en-algerie-entre-mythe-et-realite/> [lastet ned 2. juli 2018]
- Radio Algérienne (2017, 10. april). Santé mentale: la prévalence de la dépression en augmentation en Algérie. *Radio Algérienne*. Tilgjengelig fra <http://radioalgerie.dz/news/fr/node/108653> [lastet ned 3. juli 2018]
- Sekkat, F. Z. & Belbachir, S. (2009). La psychiatrie au Maroc. Histoire, difficultés et défis. *L'Information psychiatrique* 7(85), 605–610.
- Selim, H. (2015, 27. juli). 300.000 malades mentaux errent dans les rues d'Algérie, selon le professeur Mohamed Tedjiza. *Huffington Post Maghreb*. Tilgjengelig fra https://www.huffpostmaghreb.com/2015/07/27/sante-mentale-psychiatrie_n_7876632.html [lastet ned 8. juni 2018]
- Sider, C., Kacha, F., Benradia, I., Roelandt, J-L., & Mouchenik, Y (2015). De la stigmatisation à l'exclusion de la personne désignée comme malade mentale en Algérie. *Perspectives Psy* (54), 142–147. Tilgjengelig fra

https://www.cairn.info/resume.php?download=1&ID_ARTICLE=PPSY_542_0142 [lastet ned 6. juni 2018]

- Snoussi, Z. (2012). *La politique publique du médicament en Algérie: Ouverture versus protectionnisme*. Alger: École nationale supérieure de statistique et d'économie appliquée. Tilgjengelig fra <http://www.enssea.net/enssea/moultakayat/2012/polpub/2012-35.pdf> [lastet ned 5. juni 2018]
- UNDP, dvs. United Nations Development Programme (2016). *2016 Human Development Report*. New York: UNDP. Tilgjengelig fra <http://hdr.undp.org/en/2016-report> [lastet ned 4. juli 2018]
- UNHRC, dvs. UN Human Rights Council (2017, 20. april). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health on his visit to Algeria*. New York: UNHRC. Tilgjengelig fra <http://www.refworld.org/docid/593948a74.html> [lastet ned 18. april 2018]
- WHO, dvs. World Health Organization (u.å.). *L'Algérie se dote d'un plan national de santé mentale 2017-2020*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.afro.who.int/fr/news/lalgerie-se-dote-dun-plan-national-de-sante-mentale-2017-2020> [lastet ned 27. juni 2018]
- WHO (2014a). *Mental Health Atlas Norway*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/nor.pdf?ua=1 [lastet ned 31. mai 2018]
- WHO (2014b). *Mental Health Atlas Algeria*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/dza.pdf [lastet ned 4. juli 2018]
- Zeghib, H., Grid, N., & Omeiri, C. (2015, november). Modalités d'hospitalisation à l'EHS Errazi Annaba: étude rétrospective portant sur 1196 cas. *European Psychiatry* 30. Tilgjengelig fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933815004708> [lastet ned 27. juni 2018]

Muntlige kilder

- AAPF, dvs. Association algérienne de la planification familiale. Møte i Alger 30. november 2018.
- Professor i psykiatri Farid Kacha. Møter i Alger 27. november 2017.
- WHO, dvs. World Health Organization. Møte i Alger 28. november 2017.