

Flygtningenævnets baggrundsmateriale

Bilagsnr.:	645
Land:	Etiopien
Kilde:	Landinfo
Titel:	Temanotat. Etiopia. Psykisk helsevern
Udgivet:	15. oktober 2024
Optaget på baggrundsmaterialet:	19. december 2024



LANDINFO

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Temanotat

Etiopia

Psykisk helsevern

15. oktober 2024



© Landinfo 2024

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

Fredrik Selmers vei 6

Postboks 2098 Vika

0125 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 informasjonsinnhentingstreiser. 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

The note provides a brief description of the Ethiopian healthcare system, specifically focusing on the psychiatric care system. It outlines the organization of the psychiatric field, legislation, resources available in psychiatry, and the treatments offered, as well as the costs of treatment. The note highlights that the capacity of the care system is low compared to the prevalence of mental health issues in the population. Furthermore, it indicates that not all medications on the Essential Medicines List are available at all times.

Sammendrag

Notatet gir en kort beskrivelse av det etiopiske helsevesenet, og mer spesifikt det psykiatriske behandlingsapparatet. Notatet beskriver organisering av psykiatrifeltet, lovgivning, ressurser i psykiatrien og behandling som tilbys, samt priser for behandling. Notatet viser at kapasiteten i behandlingsapparatet er lav, sett opp mot sykdomsbildet i befolkningen. Videre fremkommer det at ikke alle legemidler på Essential Medicines List er tilgjengelige til enhver tid.

Innhold

1	Innledning.....	6
2	Generelt om etiopisk helsevesen	6
2.1	Resursfattig og skjevdelte helsevesen	6
2.2	Organisering av det offentlige helsevesenet	7
2.3	Privat helsevesen	8
2.4	Betaling for helsebehandling	9
2.5	Rett til behandling ved retur etter migrasjon	10
3	Psykisk helsevern	11
3.1	Lovgivning på psykiatrifeltet.....	11
3.2	Offentlig behandlingstilbud for psykiske lidelser	11
3.2.1	Kapasitet i den offentlige psykiatrien	11
3.2.2	Organisering av det psykiske helseapparatet	12
3.2.2.1	Henvissningskjeden fungerer ikke i praksis	14
3.2.3	Kriterier for inntak til behandling.....	14
3.2.4	Tilgang på legemidler	15
3.2.5	Priser på legemidler	16
3.2.6	Priser for behandling	17
3.2.7	Samtalebehandling og atferdstiltak.....	18
3.2.8	Behandling for ruslidelser	19
4	Tradisjonell og religiøs behandling av psykiske lidelser	19
5	Sosialt stigma knyttet til psykiske lidelser medfører at mange ikke søker behandling.....	21
6	Psykisk syke isoleres og lenkes fast	22
7	Tvungen psykisk helsevern	23
8	Referanser	25
8.1	Skriftlige kilder.....	25

1 Innledning

Notatet beskriver noen grunnleggende trekk ved psykisk helsevern i Etiopia. Informasjonen som presenteres, er ikke uttømmende. Notatet er ment som bakgrunnsinformasjon om psykisk helsevern i Etiopia, og omhandler temaer som er særskilt relevante for utlendingsforvaltningen. Informasjon om tilgang til en bestemt behandling – herunder tilgang til legemidler – i enkeltsaker, må undersøkes konkret i hvert enkelt tilfelle.¹

Informasjonen om psykisk helsevern i Etiopia er begrenset. Etiopia er et stort land, både areal- og befolkningsmessig, og det finnes svært lite informasjon om behandlingstilbud for psykiske lidelser utenfor Addis Abeba. Notatet baserer seg i all hovedsak på informasjon fra EUAA MedCOI, samt informasjon fra helsemyndighetene i Etiopia og Verdens helseorganisasjon (WHO). Vi har i tillegg konsultert forskningsartikler som omhandler psykisk helse.

Når det gjelder tallmaterialet som presenteres i notatet, må disse leses med forsiktighet. Det er diskrepans i tallene som presenteres, både internt i kilder og kildene imellom. Likevel mener Landinfo at det er hensiktsmessig å presentere tallene til tross for unøyaktigheter, fordi de gir et visst inntrykk av ressursituasjonen på psykiatrifeltet i Etiopia.

Den første delen av notatet gir en kort beskrivelse av det generelle helsevesenet, betaling for helsebehandling og forsikringsordninger. Den andre delen av notatet omhandler psykisk helsevern mer spesifikt, herunder organisering av feltet, lovgivning, kapasitet og ressurser i psykiatrien og behandling som tilbys, samt priser for behandlingen. Vi nevner også kort behandling av ruslidelser, ettersom det knappe behandlingstilbudet som finnes for ruslidelser er integrert i det psykiatriske behandlingsapparatet.

2 Generelt om etiopisk helsevesen

2.1 Resursfattig og skjevdelt helsevesen

Etiopia er et lavinntektsland som befinner seg i kategorien «lav menneskelig utvikling» på FNs utviklingsindeks. Dette utviklingsnivået reflekteres også i helsevesenet, som er dårlig utviklet sett i forhold til befolkningens behov. Helsevesenet kjennetegnes av de samme utfordringene som i andre utviklingsland: lav legedekning, mangel på spesialister, gammelt og utilstrekkelig

¹ I enkeltsaker innhenter Landinfo helseinformasjon fra Medical Country of Origin Information (MedCOI), en tjeneste i regi av European Union Agency for Asylum (EUAA). Imidlertid er EUAAs informasjonsinnhenting i Etiopia foreløpig suspendert.

utstyr, mangelfulle laboratoriefasiliteter og begrenset tilgang på legemidler utover de vanligste.

Etiopia har lagt ned en betydelig innsats i å tilby tilgjengelige helsetjenester til befolkningen de siste tiårene. Myndighetene har satset sterkt på å bygge opp primærhelsetjenesten i regionene. Etiopisk helsevesen, særlig på lokalnivå, har, som følge av en begrenset ressursituasjon, fokus på sykdomsforebygging heller enn behandling. I medisinsk behandling vektlegges primært smittsomme sykdommer som tuberkulose og hivinfeksjon, samt barn- og mødre helse (Teferra 2018). Men til tross for satsningen, er behandlingstilbudet fortsatt begrenset de fleste steder, særlig avansert helsebehandling.

Tilgangen på helsetjenester er skjevdelt. Tilgangen er bedre i byene, særlig i Addis Abeba, enn på landsbygda. Helsevesenet er i hovedsak offentlig, men over tid har private tilbydere kommet til. Kvaliteten på behandlingen er ofte høyere hos private tjenesteytere enn i det offentlige, men den er økonomisk utilgjengelig for de fleste etiopiere.

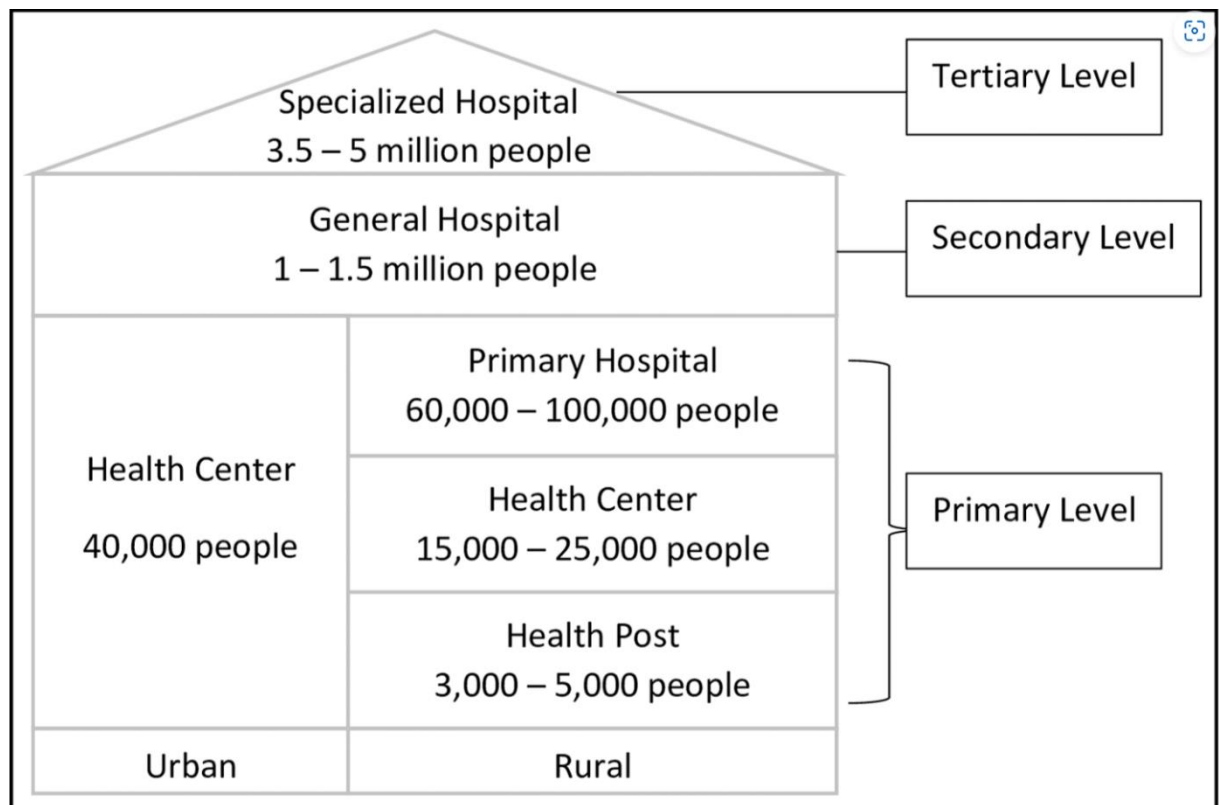
2.2 Organisering av det offentlige helsevesenet

Det offentlige etiopiske helsevesenet har en tredelt struktur: primær-, sekundær- og tertiærnivå. De ulike nivåene har økende grad av spesialisering.

Primærenheten, den minste administrative helseomsorgsenheten, består av fem satellitthelseposter, et henvisningshelsesenter og et primærsykehus (i rurale områder) eller helsesenter (i urbane strøk).

Primærsykehus betjener en befolkning på opptil 100 000 mennesker. Allmenisykehus fungerer som henvisningssentre for primærsykehus og betjener opp til 1,5 millioner mennesker. Allmenisykehus fungerer også som opplæringsentre for sykepleiere og annet helsepersonell. Spesialiserte henvisnings- og undervisningssykehus har kapasitet til å betjene mellom 3 og 5 millioner mennesker (Ministry of Health Ethiopia 2020, s. 11).

Figur 1: Organiseringen av det etiopiske helsevesenet (Mekonen et al. 2022)



Ifølge etiopiske helsemyndigheter (Ministry of Health Ethiopia 2021, s. 22) er det et underforbruk av offentlige helsetjenester i befolkningen. Særlig fattige grupper oppsøker i liten grad helsevesenet. Helsemyndighetene opplyser at det er flere og sammensatte årsaker til dette. Det finnes ifølge myndighetene mange misoppfatninger om sammenhengen mellom årsak til sykdom, behandling og utfall av behandling hos flere befolkningsgrupper, som fører til at mange ikke oppsøker behandling. I tillegg har befolkningen lav tillit til helsevesenet. Lav kvalitet på behandlingen, begrenset tilgang til helsetjenester lokalt, mangelfull tilgang til legemidler og utstyr og lange ventelister er forhold som skaper misnøye i befolkningen. Videre peker de på at befolkningen har dårlig kjennskap til den helsebehandlingen som faktisk tilbys. Samlet sett bidrar disse forholdene til liten etterspørsel etter helsetjenester sett opp mot sykdomsbildet i befolkningen.

Samtidig trekker etiopiske myndigheter frem noen styrker ved helsevesenet i landet (Ministry of Health Ethiopia 2021, s. 36). Blant disse er satsningen på lokale behandlingsprogrammer (community based health extension programs) og gode varslingssystemer for smittsomme sykdommer.

2.3 Privat helsevesen

Ifølge etiopiske myndigheter (Ministry of Health Ethiopia 2020, s. 12) finnes det 12 000 private tilbydere av helsebehandling i Etiopia. De er representert på alle

nivåer i helsesektoren, og tilbyr et vidt spekter av medisinsk behandling. Det finnes også private apotek, legemiddelselskaper, laboratorier og lignende. I tillegg til kommersielle tilbydere, tilbyr også ideelle og religiøse organisasjoner helsetjenester som en del av sitt arbeid.

Ifølge en kartleggingsrapport av det private helsevesenet (Ministry of Health, Global Financing Facility & World Bank Group 2019, s. 5) betjener det kommersielle, private helsevesenet hovedsakelig grupper med middels og høy inntekt, mens de ideelle organisasjonene betjener grupper med lav inntekt, hovedsakelig på landsbygda.

Privat sektor utgjør fortsatt en liten og fragmentert del av helsevesenet i Etiopia, med rundt 20 % av behandlingen i landet. Dette er lavt i et regionalt perspektiv.

Når det gjelder psykisk helse, opplyser en lokal lege (EUAA MedCOI 2023) at private, kommersielle helseklinikker også tilbyr behandling innenfor psykisk helse, for et vidt spekter av symptomer og diagnoser. Legen nevner spesifikt klinikkene Sitota Center for Mental Healthcare og Lebeza Psychiatry Clinic, begge i Addis Abeba.

2.4 Betaling for helsebehandling

Behandling av smittsomme sykdommer er gratis, mens pasienten betaler av egen lomme for behandling av ikke-smittsomme sykdommer, såfremt de ikke er dekket av en helseforsikringsordning. Personer uten økonomiske ressurser kan få et såkalt White Card, som gir rett til gratis helsebehandling. Det er kebele-forsamlingen på pasientens hjemsted som avgjør om en person faller inn under ordningen med gratis helsehjelp.

I 2011 innførte etiopiske myndigheter Community Based Health Insurance (CBHI), en offentlig helseforsikringsordning for den delen av befolkningen som arbeider i den såkalte uformelle sektoren av økonomien.²

CBHI er en frivillig forsikringsordning hvor forsikringstakeren betaler en premie som gir gratis grunnleggende helsebehandling, definert som Essential Health Services Package.³ Ifølge en lokal lege har forsikringstageren rett til behandling fra det øyeblikk vedkommende betaler premien. Det kreves altså ikke en

² Det er uklart hvilken definisjon myndighetene legger til grunn for «uformell sektor», og om dette også inkluderer jordbrukere. Generelt kan «uformell sektor» forstås som uregistrerte private bedrifter som selger varer og tjenester i begrenset skala. Typiske eksempler på arbeid i uformell sektor er småsalg fra boder eller små butikker og ulike typer håndverk. Rundt 85 % av den etiopiske befolkningen antas å arbeide i uformell sektor.

³ Essential Health Services Package of Ethiopia defineres som «a set of [...] key health interventions that can be offered at all levels of the Ethiopian health system» (Ministry of Health Ethiopia 2019). Behandling for psykiske lidelser er inkludert i pakken. Den fulle oversikten over hvilke behandlinger som er inkludert i pakken, finnes i Ministry of Health Ethiopia (2019).

opptjeningsperiode for å få dekket behandling under CBHI (EUAA MedCOI 2022).

Da ordningen ble innført, var målet å innrullere 80 % av befolkningen innen 2020. Ifølge WHO Ethiopia (2022) var syv millioner husholdninger, som omfatter 32 millioner mennesker av 110 millioner, dekket av CBHI i 2020.

Ifølge en lokal lege dekker CBHI behandling av psykiske lidelser, herunder konsultasjoner, diagnostisering og behandling inkludert legemidler, i offentlige behandlingsinstitusjoner.

For arbeidstagere i den formelle sektoren, det vil si personer med kontraktfestet arbeid i offentlig sektor eller registrerte private bedrifter, arbeider myndighetene med å innføre en obligatorisk helseforsikringsordning hvor arbeidstakeren betaler 3 % av bruttolønnen og arbeidsgiver også betaler inn 3 % av lønnen. Denne forsikringsordningen er, ifølge etiopiske helsemyndigheter (Ministry of Health Ethiopia u.å.) «under innføring», og det er uklart om ordningen faktisk er innført.

Det finnes mange skjulte kostnader ved helsebehandling i Etiopia, som tapt arbeidsinntekt, utlegg til transport og andre kostnader. Dette innebærer at også de som er dekket av den offentlige forsikringsordningen har utgifter knyttet til helsebehandling.

2.5 Rett til behandling ved retur etter migrasjon

Ifølge EUAA MedCOI (2023) har alle etiopiske borgere rett til helsebehandling, herunder behandling for psykiske helseproblemer ved retur til Etiopia etter migrasjon, selv om oppholdet utenfor Etiopia har vært langvarig. Ifølge MedCOIs kilde kreves det ikke at pasienten fremlegger ID-kort (kebele-kort eller Addis Abeba Residence Card) for å få behandling, ettersom alle pasienter med psykiske lidelser har rett til nødvendig behandling. Dersom pasienten ikke har med dokumentasjon på tidligere behandling i utlandet, vil vedkommende bli vurdert som ny pasient.

Ifølge en lokal lege (EUAA MedCOI 2022) vil etiopiere bosatt i utlandet fortsatt kunne være dekket av CBHI så lenge de betaler forsikringspremien uten avbrudd, og så lenge vedkommende har lovlig opphold i Etiopia. Personer som returnerer til Etiopia etter migrasjon har rett til å tegne CBHI på lik linje med andre etiopiske borgere.

3 Psykisk helsevern

3.1 Lovgivning på psykiatrifeltet

Etiopia har ingen egen psykisk helsevernlov (Wakene 2020). Etiopias juridiske rammeverk for mental helse er derfor i stor grad basert på generelle lover, som sivilloven og straffeloven. Ethiopian Public Health Proclamation No. 1112/ 2019 fastslår at mental helse skal være en del av det generelle helsevesenet, men er lite spesifikk. Viktige områder innenfor psykisk helsevern, som for eksempel bruk av tvang i psykiatrisk behandling, mangler lovgivning.

Det viktigste strategidokumentet angående mental helse er Mental Health Strategy 2020-2025 (Ministry of Health Ethiopia 2020), som bygger på tilsvarende strategiplan for perioden 2012–2015.

3.2 Offentlig behandlingstilbud for psykiske lidelser

Det offentlige psykiske helseapparatet kjennetegnes av de samme utfordringene som helsevesenet for øvrig, og ifølge alt tilgjengelig kildemateriale, gjør de samme ressursmessige utfordringene seg enda mer gjeldende på psykiatrifeltet.

3.2.1 Kapasitet i den offentlige psykiatrien

I tabellen under har vi samlet nøkkeltall for ressurser i psykisk helsevern i henholdsvis Etiopia og Norge, bygget på tall fra Verdens helseorganisasjons Mental Health Atlas for de to landene. Det mangler etiopiske tall for flere av kategoriene, noe som i seg selv er talende for ressursmangelen på psykiatrifeltet.

Ifølge etiopiske myndigheter (Ministry of Health Ethiopia 2021) er antall sengeplasser i psykiatrien sett opp mot befolkningen (bed-to population ratio) under 1 %.

Tabell 1: Nøkkeltall for psykiatrifeltet i henholdsvis Etiopia og Norge per 2020 (WHO 2020a, b)

	Etiopia	Norge
Befolkning (2019)	112 078 727	5 378 859
Psykiatere (totalt antall / antall per 100 000 innbyggere)	111 / 0,10	1225 / 22,77
Psykiatriske sykepleiere	596 / 0,53	3799 / 70,63
Psykologer	46 / 0,04	4955 / 92,12
Sosialarbeidere	10 / 0,009	2276 / 42,31
Andre fagarbeidere innen mental helse	-	1041 / 19,35
Psykiatriske sykehus	1	-
Psykiatriske avdelinger i sykehus	-	27
Lokale behandlingsinstitusjoner	1	66
Psykiatriske sengeplasser i sykehus / årlige innleggelser	0,40 / -	34,97 / 549,04
Sengeplasser i lokale behandlingsinstitusjoner	0,18 / -	24,62 / 248,71

Ifølge etiopiske myndigheter øker antallet helseinstitusjoner som tilbyr psykisk helsebehandling gradvis, men tilbudet er ifølge myndighetene langt fra tilstrekkelig (Ministry of Health Ethiopia 2020, s. 15).

Tabellen viser med all tydelighet at det er svært begrensede ressurser på psykiatrifeltet i Etiopia, sammenlignet med Norge. Med 111 psykiatere og 46 psykologer fordelt på en befolkning på over 110 millioner innbyggere, er ressursmangelen, sett opp mot behovet i befolkningen, betydelig. I tillegg er de begrensede ressursene som finnes, svært skjevfordelt. De fleste ressursene på psykiatrifeltet er konsentrert i Addis Abeba, hvor størstedelen av innleggingskapasiteten og den polikliniske behandlingskapasiteten befinner seg.⁴

3.2.2 Organisering av det psykiske helseapparatet

Det psykiske helseapparatet følger inndelingen i det øvrige helsevesenet, og består av tre nivåer med en økende grad av spesialisering.

Ifølge etiopiske helsemyndigheter skal psykisk helsebehandling innlemmes på alle nivåer av helsevesenet. Dette er bare delvis tilfelle i praksis. Ifølge etiopiske helsemyndigheter tilbyr kun 26 % av behandlingsinstitusjonene på primær-, sekundær- og tertiærnivå (1040 behandlingsinstitusjoner av totalt 4050)

⁴ Poliklinisk behandling brukes om utredning og/eller behandling som utføres uten at pasienten legges inn på sykehus.

behandling for psykiske lidelser. Dette dreier seg, så langt Landinfo har kunnet bringe på det rene, først og fremst om poliklinisk behandling.

Innleggingspsykiatrisk kapasitet er svært begrenset i Etiopia, med totalt 848 psykiatriske sengeplasser fordelt på rundt 110 millioner innbyggere. Hovedtyngden av sengeplassene befinner seg i Addis Abeba, hovedsakelig på landets eneste spesialiserte psykiatriske sykehus, St. Amanuel Specialized Mental Hospital (ASMH), etablert i 1937, og ved Kotebe-sykehuset, etablert i 2017. Som det fremgår av tabell 2, er innleggingspsykiatriske sengeplasser i de øvrige regionene svært begrenset.

Tabell 2: Innleggingspsykiatriske sengeplasser (basert på tall fra Ministry of Health Ethiopia 2020, s. 15)

Institusjon	Sengeplasser	By / sted	Region
St. Amanuel	268	Addis Abeba	Addis Abeba
Armed Forces	50	Addis Abeba	Addis Abeba
Kotebe	150	Addis Abeba	Addis Abeba
St. Peter	13	Addis Abeba	Addis Abeba
St. Paul	30	Addis Abeba	Addis Abeba
Kality fengsel	36	Addis Abeba	Addis Abeba
Police hospital	5	Addis Abeba	Addis Abeba
Gondar	21	Gondar	Amhara
Dilchora	7	Dire Dawa	Dire Dawa
Hiwot Fana	12	Harar	Harar
Adama	12	Adama	Oromia
Jimma	26	Jimma	Oromia
Ayder ⁵	9	Mekelle	Tigray

Ifølge etiopiske helsemyndigheter finnes det kun to spesialiserte barne- og ungdomspsykiatriske enheter i Etiopia. Begge enhetene er lokalisert i Addis Abeba, ved henholdsvis St. Paul og Yekatit 12. Disse tilbyr kun poliklinisk behandling (Ministry of Health Ethiopia 2020, s. 15).

I Addis Abeba finnes det rundt 300 private apotek, 40 lokalapotek (community based pharmacies) og tre apotek drevet av Røde Kors (Habte, Shifa & Berhanu 2023).

⁵ Tallene er hentet fra 2020, det vil si før Tigray-krigen (2020–2022) brøt ut. Store deler av helseinfrastrukturen ble ødelagt under krigen, og det er derfor usikkert om disse behandlingsplassene fortsatt tilbys. Det foregår også en pågående væpnet konflikt i Amhara-regionen, men de humanitære konsekvensene av denne konflikten er foreløpig ikke like ødeleggende som Tigray-krigen. Det må likevel, på generelt grunnlag, tas høyde for at konfliktsituasjoner kan begrense behandlingstilbudet, herunder tilgang på legemidler.

3.2.2.1 Henvisningskjeden fungerer ikke i praksis

Som tidligere nevnt, har behandlingsinstitusjonene en økende grad av spesialisering, og henvisningskjeden går fra primærhelsetjenesten til sekundær- og tertiærhelsetjenesten.

Imidlertid fungerer ikke henvisningskjeden i praksis. I primærhelsetjenesten, som kjennetegnes av mangel på ressurser, anses psykisk helsebehandling som både tidkrevende og mindre viktig enn somatisk helsebehandling. Ifølge studien til Mekonen et al. (2022) vil helsearbeidere derfor ofte ikke igangsette behandling av psykiske helseproblemer lokalt, men henvise pasienten direkte til spesialisthelsetjenesten. Helsearbeidere i studien trekker videre frem mangel på kunnskap om diagnostisering og behandling, samt mangelfulle ressurser, blant årsakene til at de ikke tilbyr behandling for psykiske helseproblemer i førstelinja (Mekonen et al. 2022).

I en studie fra 2009, kartlegger Bekele et al. (2009) pasientenes vei til behandling ved ASMH i Addis Abeba. Studien viser at kun 23,5 % av pasientene hadde søkt behandling hos lege eller sykepleier på lavere nivå i henvisningskjeden før de fikk behandling ved sykehuset. De resterende pasientene hadde henvendt seg direkte til spesialistsykehus (41 %) eller søkt religiøs eller tradisjonell behandling (35 %) før de henvendte seg til sykehuset. Lignende tall kom frem i en tilsvarende studie ved Ayder-sykehuset i Tigray, gjennomført i 2017 (Teshager et al. 2020).

Slik Landinfo forstår kildelitteraturen, oppsøker pasienter med psykiske helseproblemer i liten grad behandling i primær- eller sekundærhelsetjenesten, både fordi de har liten tillit til helsevesenet og fordi dette nivået i begrenset grad tilbyr behandling for psykiske helseproblemer. Først når de psykiske helseproblemene blir akutte, oppsøker pasienten, eller pasientens familie, spesialiserte behandlingsinstitusjoner, ofte på eget initiativ, når alle andre behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten er imidlertid regionalt skjevfordelt, og det kan ligge mange hindringer i veien, både praktiske, økonomiske og holdningsmessige, til at pasienten oppsøker spesialistbehandling for psykiske lidelser, ofte langt fra hjemstedet.

3.2.3 Kriterier for inntak til behandling

Ifølge Wakene (2020) er kriteriene for inntak av pasienter til psykiatrisk behandling generelt sett uklare, særlig i forbindelse med innleggelse på psykiatrisk behandlingsinstitusjon.

Ifølge en lokal lege (EUAA MedCOI 2023) legges utelukkende kliniske vilkår til grunn for inntak til psykiatrisk behandling. Legen trekker frem diagnoser som avhengighetslidelser, alvorlig depresjon, selvmordstanker og schizofreni som tilstander som vil føre til innleggelse. Ifølge legen vil pasienten bli overført til en

annen behandlingsinstitusjon dersom det ikke er plass på den aktuelle institusjonen, eller settes på venteliste. Legen understreker imidlertid at på grunn av lav etterspørsel etter behandling for mentale lidelser, blant annet på grunn av stigma, vil pasienten normalt få behandling umiddelbart.

Ved tvangsinnleggelse synes inntakskriteriet å være at pasienten er en fare for seg selv eller omgivelsene. En lokal lege opplyser at ettersom det ikke finnes lovgivning på feltet, tas det normalt ikke hensyn til pasientens samtykke for å igangsette behandling. I de fleste tilfeller er pasienten ifølge legen brakt til behandlingsstedet av familie eller nettverk, og i noen sjeldne tilfeller, av politiet (EUAA MedCOI 2023).

3.2.4 Tilgang på legemidler

Etiopia har en Essential Medicines List (EML), basert på WHO's anbefalinger om medisiner som skal være tilgjengelige. Etter Landinfos forståelse, er siste EML fra 2020 (Ethiopian Food and Drug Authority 2020).

I utgangspunktet skal legemidlene på lista være tilgjengelige på offentlige apotek eller behandlingsinstitusjoner. Etiopiske myndigheter peker imidlertid selv på at legemidler kan være utilgjengelige.

I 2022 gjennomførte forskerne Habte, Shifa og Berhanu (2023) en undersøkelse av tilgjengeligheten til psykofarmaka⁶ ved ti offentlige sykehus i Addis Abeba (fem statlige og fem regionale), som alle tilbyr behandling av psykiske lidelser. Også ti offentlige og private apoteker, samt Ethiopian Pharmaceuticals Supply Service, det statlige organet med ansvar for innkjøp av legemidler, er inkludert i studien. Forskerne brukte Verdens helseorganisasjons standardmetodikk for å måle pris, tilgjengelighet (availability) og i hvilken grad befolkningen har råd til legemidlene (affordability). Studien gjaldt alle psykofarmaka som er inkludert i EML, samt to legemidler som ikke står på lista. Detaljert informasjon om tilgjengelighet og priser er tilgjengelig i artikkelen til Habte, Shifa og Berhanu.

Studien viste at den gjennomsnittlige tilgjengeligheten til generiske legemidler⁷ i alle sektorer var 41,7 %. Dette er under Verdens helseorganisasjons standard som krever at minst 80 % av essensielle legemidler må være tilgjengelig til enhver tid for at helsevesenet skal fungere. Forskerne viser til at selv om Addis Abeba samler de fleste ressursene på mental helsefeltet, er de fleste legemidlene på EML ikke tilgjengelige der. Forskerne peker på flere årsaker til legemiddelmangelen: høy inflasjon, utilstrekkelig valutareserve til import av legemidler, utilstrekkelig kunnskap om befolkningens reelle behov for legemidler, samt en dårlig organisert

⁶ Samlebetegnelse for legemidler som brukes i behandling av psykiske lidelser.

⁷ Generiske legemidler inneholder samme virkestoff som originalpreparatet (brand name drug), men lages og markedsføres av en annen produsent etter at patenttiden er utløpt.

forsyningskjede. I tillegg ble den nasjonale produksjonen av legemidler satt tilbake i forbindelse med at produksjonen ved landets største legemiddelprodusent, Addis Pharmaceuticals Manufacturing, ble stanset under Tigray-krigen (2020–2022).

Tabell 3: Tilgjengelighet til psykofarmaka (Habte, Shifa & Berhanu 2023)⁸

	Lavest priset generisk navn %	Merkenavn %
Offentlig sektor	54,7	1,7
Privat sektor	24,1	-
Sektor 1-apotek	43	-
Sektor 2-apotek	42	3,2

Studien viste imidlertid at dersom man kun måler legemidlene på EML, er tilgjengeligheten noe høyere, 55,4 %. Dette er ifølge forskerne høyere enn det globale gjennomsnittet for WHO-land.

Innenfor hver av legemiddelgruppene antidepressiver, antipsykotika, stemningsstabiliserende og angstdempende finnes det minst ett legemiddel med høy tilgjengelighet etter WHO's standard (mer enn 80 %):

Tabell 4: Tilgjengelighet til vanlige legemidler innenfor hver legemiddelgruppe (Habte, Shifa & Berhanu 2023)

Legemiddel	Tilgjengelighet i %
Amitriptyline 25 mg	86,4
Risperidone 2 mg	96,4
Risperidone 4 mg	90
Sodium valproate 200 mg	95
Carbamazepine 200 mg	82,8

Legemidlene i tabell 4 har høyere tilgjengelighet enn gjennomsnittet globalt. Utfordringen oppstår imidlertid, ifølge forskerne, når pasienten må bytte legemiddel innenfor samme legemiddelgruppe, ettersom tilgjengeligheten til andre legemidler normalt sett er lav.

3.2.5 **Priser på legemidler**

Den økonomiske tilgjengeligheten (affordability), målt som antall dager de lavest betalte ansatte i offentlig sektor må arbeide for å kjøpe en måneds bruk av et gitt legemiddel, er også svak. Ifølge definisjonen som brukes av Habte et al. (2023) anses et legemiddel som økonomisk utilgjengelig for pasienten dersom legemidlet

⁸ Sektor 1-apotek er private apotek og Røde Kors-apotek, mens Sektor 2 er Kenema Public Community Pharmacies.

koster mer enn én dagslønn for den lavest lønnede stillingskategorien i offentlig sektor. Det eneste psykotropiske legemidlet som etter denne definisjonen var økonomisk tilgjengelig på tidspunktet studien ble gjennomført, var det angstdepende legemiddelet diazepam 5 mg. Natriumvalproat (anti-epileptisk legemiddel) krevde for eksempel to måneders arbeid for en måneds forbruk på samme tidspunkt. Den økonomiske utilgjengeligheten øker dersom pasienten må bruke flere ulike legemidler i kombinasjon, noe som ofte er tilfelle ved behandling av psykiske lidelser (Habte, Shifa & Berhanu 2023).⁹

Tabell 5: Eksempler på legemiddelpriser i offentlig behandlingsinstitusjon per mars 2023 (EUAA MedCOI 2023)

Generisk navn	Merkenavn	Dosering	Form	Ant. i pakning	Pris i USD
Haloperidol	Haldol	5 mg	Tablett	28	0,6488
Olanzapine	Zypreza	5 mg	Tablett	30	0,1
Risperidone	Risperdal	1 mg	Tablett	20	4,16
Promethazine	Phenergan	25 mg	Tablett	10	14,4
Diazepam	Valium	5 mg	Tablett	60	0,924

3.2.6 Priser for behandling

MedCOI har innhentet informasjon om priser for behandling per april 2023 for behandling av psykiatriske helseproblemer ved offentlige sykehus i Addis Abeba. Behandlingen dekkes av CBHI og White Card-ordningen. Dersom pasienten ikke er dekket av disse ordningene, betales behandlingen av pasienten (EUAA MedCOI 2023).

Tabell 6: Priser for behandling ved offentlige sykehus i Addis Abeba per april 2023 (EUAA MedCOI 2023)

⁹ I studien finnes det en oversikt over priser for alle relevante legemidler. Landinfo innhenter priser på legemidler konkret i hver sak gjennom MedCOI.

Spesialist	Pris i ETB (NOK)
Sykehusbehandling av psykiater	500–1000 per dag (44–88 NOK)
Poliklinisk behandling av psykiater	250–500 per konsultasjon
Sykehusbehandling av psykolog	500–1000 per dag
Behandling på lukket avdeling på psykiatrisk klinikk/avdeling (ikke nødvendigvis tvangsinnleggelse)	500–1000 per dag
Tvangsinnleggelse på psykiatrisk klinikk hvis nødvendig	500–1000 per dag
Langtidsbehandling på psykiatrisk klinikk (for eksempel for kronisk psykotiske pasienter) av psykiater	500–1000 per dag
Psykiatrisk behandling: assistert bolig / omsorg hjemme utført av psykiatrisk sykepleier	Ikke tilgjengelig

Ifølge en lokal lege (EUAA MedCOI 2023) kan en pasient bli henvist til en privat behandlingsinstitusjon dersom behandlingen eller legemiddelet ikke tilbys ved offentlig behandlingsinstitusjon. Legen vektlegger at ikke alle kostnader ved behandling hos en privat tilbyder vil bli betalt av det offentlige, men presiserer ikke hvilke behandlinger som eventuelt vil bli dekket.

Tabell 7: Priser for behandling hos private tilbydere i Addis Abeba per april 2023 (EUAA MedCOI 2023)

Spesialist	Pris i ETB (NOK)
Sykehusbehandling av psykiater	1000–2500 per dag (88–223 NOK)
Poliklinisk behandling av psykiater	500–1500 per konsultasjon
Sykehusbehandling av psykolog	1000–2500 per dag
Behandling på lukket avdeling på psykiatrisk klinikk/avdeling (ikke nødvendigvis tvangsinnleggelse)	1000–2500 per dag
Tvangsinnleggelse på psykiatrisk klinikk hvis nødvendig	1000–2500 per dag
Langtidsbehandling på psykiatrisk klinikk (for eksempel for kronisk psykotiske pasienter) av psykiater	1000–2500 per dag
Psykiatrisk behandling: assistert bolig / omsorg hjemme utført av psykiatrisk sykepleier	Ikke tilgjengelig

3.2.7 Samtalebehandling og atferdstiltak

Behandlingen av psykiske lidelser i Etiopia er fortrinnsvis medikamentell, mens psykoterapi og andre samtalebaserte behandlingsformer er lite utbredt. Ettersom årsakene til psykisk uhelse gjerne forstås som åndebesettelse eller guddommelig straff, er det vanlig å søke mot religiøs behandling av psykiske lidelser, og

behandling med psykoterapi eller andre «vestlige» behandlingsmetoder er lite rotfestede i Etiopia. Slik behandling tilbys imidlertid ved offentlige og private behandlingsinstitusjoner, men gitt det lave antallet psykiatere, psykologer og annet spesialisert helsepersonell innen mental helse i Etiopia, er det reelle tilbudet trolig svært begrenset.

3.2.8 Behandling for ruslidelser

Ruslidelser er utbredt i Etiopia. Etiopiske helsemyndigheter trekker frem bruken av khat som det mest utbredte rusmidlet, ofte brukt i kombinasjon med alkohol og tobakk. Cannabisbruk er stigende, særlig i urbane områder. Sniffing av bensin og andre kjemikalier er også stigende i noen sosioøkonomiske grupper, blant annet barn og andre grupper som lever eller oppholder seg på gata. Stoffer som kokain og heroin er tilgjengelige i Etiopia, men bruken synes å være forholdsvis lav.

Ifølge Teferra (2018) kan behandling for ruslidelser i Etiopia best beskrives som ikke-eksisterende. Oppfølgingen av den nasjonale femårsplanen mot rusmidler (National Drug Master Plan) er begrenset til kapasitetsbygging i helsevesenet og holdningskampanjer.

Behandlingskapasiteten på rusfeltet er svært begrenset. I 2018 fantes det kun én psykiater med spesialisering i ruslidelser. Ifølge etiopiske myndigheter finnes det kun 30 sengeplasser for behandling av ruslidelser i Etiopia. Sengeplassene finnes i Addis Abeba, samt ved et rehabiliteringssenter i Mekelle (Tigray). I tillegg tilbys poliklinisk behandling ved noen sykehus. Rehabiliteringstiltak er så å si fraværende i det offentlige helsevesenet.

Medikamentell behandling av ruslidelser er også svært begrenset. Det eneste legemidlet som brukes i alkoholavrusning er benzodiazepin, til tross for at andre legemidler for avrusning finnes på EML (Habte, Shifa & Berhanu 2023). Ifølge Teferra (2018) er ikke opioidholdige legemidler som metadon tilgjengelige i behandling av opioidavhengighet.

Noen private, kommersielle tjenestetilbydere tilbyr behandling av ruslidelser, men Landinfo kjenner ikke til innholdet i behandlingen.

4 Tradisjonell og religiøs behandling av psykiske lidelser

I Etiopia, som i Afrika ellers, kan oppfatningen av hva psykiske lidelser er, og hvorfor de oppstår, til dels være forskjellig fra den årsakssammenhengen som fremmes i skolemedisinen. Forskningslitteraturen viser at mange etiopiere mener at psykisk sykdom er forårsaket av overnaturlige krefter (Tesfaye et al. 2021). Psykisk sykdom anses derfor som en spirituell sykdom (Mekonen et al. 2022).

Ifølge forskerne Baharetibeb, Wondimagegn & Law (2024), som har studert religiøse forklaringsmodeller og behandling av psykiske lidelser, er det flere typer ånder som arbeider i mennesker og forårsaker mentale lidelser. Med utgangspunkt i amharisk kultur, nevner de blant annet *zar*, som antas å være nedarvet og følge slektslinjen, *ayine tila*, som er en såkalt luck spoiler som bringer ulykke, og *buda*, det onde øyet. Personer med psykiske helseproblemer anses for å være besatt av en eller flere av disse kreftene. Årsakene til at de rammes kan være at de har brutt religiøse eller sosiale normer. Den besattes tilstand vil være avhengig av hvilke ånder som arbeider i personen.

Forståelse av psykisk sykdom som forårsaket av overnaturlige krefter påvirker også forventninger om effekt av behandling, og bestemmer hvilken type behandling som oppsøkes. Kildematerialet indikerer at de fleste troende oppsøker religiøs behandling for sine mentale helseproblemer, i form av religiøs veiledning, bønn, eksorsisme og dynking i hellig vann og aske.

Det at befolkningen i første rekke oppsøker en form for tradisjonell eller religiøs behandling av psykiske lidelser, skyldes altså ikke nødvendigvis at de ikke har tilgang til psykiatriske behandlingsalternativer. Tradisjonell eller religiøs behandling er den behandlingsformen som er historisk forankret i den etiopiske kulturen, og som befolkningen generelt har tillit til. Dessuten oppfattes denne behandlingen i større grad som adekvat med tanke på den bakenforliggende spirituelle dimensjonen ved psykisk sykdom enn konvensjonell medisinsk behandling. I tillegg er en slik behandling lett tilgjengelig; hver eneste etiopiske landsby har en kirke eller en moské hvor befolkningen kan søke hjelp ved utfordringer og sykdom. Tradisjonell eller religiøs behandling av psykiske helseproblemer, også omtalt som «informal community care», utgjør derfor i realiteten den faktiske primærhelsetjenesten for behandling av psykisk sykdom i Etiopia:

Traditional and religious places play significant roles in the help-seeking pathway of people with mental illness. Our study indicated that most people with mental illness seek help from religious and traditional places before visiting healthcare facilities. A previous Ethiopian study also reported consistent finding that 88% of patients with mental illness visited religious and traditional places before seeking professional help (Mekonen et al. 2022).

Ifølge kildene til Baharetibeb, Wondimagegn & Law er religiøs/tradisjonell behandling og konvensjonell medisinsk behandling imidlertid ikke nødvendigvis gjensidig utelukkende, men kombineres i realiteten ofte. Pasienten søker spirituell rådgivning hos religiøse ledere eller tradisjonelle healere samtidig som vedkommende tar psykofarmaka foreskrevet av helsepersonell. Dette understrekes av en av kildene på følgende måte:

I think families are desperate for help with a relative who is agitated or aggressive, disturbing the household and often the wider community. Such behavior, widely associated with madness, is most often what propels families to come to holy water with the patient often in shackles. In such [a] state, it is impossible to do the religious rituals but with the help of doctors and medications, in a few days, the patient became calm, and we could continue with our religious rituals.

5 **Sosialt stigma knyttet til psykiske lidelser medfører at mange ikke søker behandling**

Det er knyttet stigma til psykiske lidelser i Etiopia.

I etiopisk kultur er psykisk sykdom sett på som en skjebne, eller straff for en moralsk eller religiøs overtredelse (Tesfaye et al. 2021). En annen utbredt holdning er at psykiske lidelser ikke anses som sykdom i det hele tatt. Særlig depresjon anses som et tegn på latskap (Mekonen et al. 2022). Slike oppfatninger fører ofte til at pasienten ikke oppsøker helsehjelp, eller oppsøker helsehjelp sent i sykdomsforløpet, ofte som en siste utvei når alle andre behandlingsmåter er utprøvd. Stigma fører også til at personer med psykiske lidelser isoleres fra lokalsamfunnet, ofte av familie (Mekonen et al. 2022).

Girma et al. (2024) peker på at en av årsakene til utbredt stigma er at psykisk sykdom anses for å være en straff eller forbannelse fra Gud for å ha brutt religiøse lover, eller for overskridelse av sosiale normer og tabuer. Dette skaper ifølge forskerne en frykt for at personer med mentale helseproblemer kan skade andre:

In Ethiopia, people still viewed mental health problems as curses from God. Ethiopians have a distinct cultural and traditional understanding of mental illness that primarily links it to spiritual origins, disruptions in the divine-human relationship, and the “curse” or punishment of God on wrongdoers. Mental illnesses were associated with psychocultural inappropriateness or engaging in taboo. The idea of what causes mental illness and how society characterizes those people with MHC creates stigma. This is due to the fear that individuals with mental illness may harm others.

Forskningen indikerer at det særlig er personer med en utagerende atferd som utsettes for stigma:

People with mental illnesses are at an increased risk of experiencing human rights violations, stigma and discrimination. [...] In our evidence synthesis we found that, in Ethiopia, people with mental illnesses were exposed to

prevailing public stigma, structural stigma, courtesy stigma and self-stigma. The fear of danger from aggressive and violent behavior was claimed as a reason for the stigma. [...] Additionally, there was low stigma resistance and delayed treatment seeking for mental illnesses, as it was common to believe in divine and traditional healing systems.

6 Psykisk syke isoleres og lenkes fast

Det finnes lite informasjon om menneskerettighetsbrudd mot personer med psykisk sykdom i Etiopia, som for eksempel bruk av tvang, vold, isolasjon og lignende, i behandlingsinstitusjon og i pasientens hjemmemiljø.

I sin artikkel om psykisk helse i et menneskerettslig perspektiv, påpeker Wakene (2020, s. 209) at det er vanlig, ikke bare i Etiopia, men i mange samfunn, å sperre psykisk syke personer inne over lengre tid:

There is ample evidence from historical-anthropological research that reveals the practice of considering the mentally ill as possessed by evil spirits. Based on such premises, many societies used to subject persons with mental illness to cruel and inhumane treatments. Moreover, there are still widespread practices of permanently detaining persons with mental illness to ensure that they will not communicate with the outside world.

I Etiopia, hvor psykiatrien har svært liten kapasitet, og hvor mesteparten av kapasiteten er konsentrert i Addis Abeba og større byer, vil personer med psykisk sykdom ofte bli værende i sitt lokalmiljø, og familie og nettverk vil ha ansvaret for dem. Voldelige og utagerende personer vil i mange tilfeller bli sperret inne, uten behandling, for ikke å skade seg selv og sine omgivelser. Kildene til forskerne Baheretibeb, Wondimagegn & Law (2024), prester som behandler psykisk sykdom i en religiøs ramme, forteller at pasientene ofte kommer til dem i lenker. Ifølge journalisten Seleshi Tessema (2018) er pasienter med alvorlige psykiske lidelser i fotlenker et vanlig syn utenfor etiopisk-ortodokse kirker, der de søker behandling med hellig vann.

Det finnes ikke tall på hvor utbredt det er å isolere eller lenke fast personer med mentale lidelser i Etiopia, men i lys av den svært begrensede kapasiteten i psykiatrien, og den utbredte skepsisen til å oppsøke psykiatrisk behandling på grunn av stigma, er det grunn til å tro at dette er utbredt, særlig i områder hvor den psykiatriske behandlingskapasiteten er lav.

7 **Tvungen psykisk helsevern**

I henhold til etiopisk straffelov (Criminal Code 2004) kan en person kun straffes for sine handlinger dersom vedkommende er strafferettslig tilregnelig. Psykisk sykdom utgjør et av grunnlagene for strafferettslig utilregnelighet:

Article 48.- Criminal Responsibility and Irresponsibility.

(1) The criminal who is responsible for his acts is alone liable to punishment under the provisions of criminal law.

(2) A person is not responsible for his acts under the law when, owing to age, illness, abnormal delay in his development, deterioration of his mental faculties, one of the causes specified under Article 49 sub-article 1 or any other similar biological cause, he was incapable at the time of his act, of understanding the nature or consequences of his act, or of regulating his conduct according to such understanding.

(3) The Court may order in respect of an irresponsible person such suitable measures of treatment or protection as are provided by law (Arts. 129-131).

Artikkel 51 stipulerer at domstolen skal innhente en ekspertuttalelse for å vurdere tilregnelighet hvis det er tvil om tiltaltes skyldene. Dersom retten kommer til at tiltalte ikke er strafferettslig tilregnelig, skal den vurdere egnede tiltak, som enten er forvaring (confinement) eller behandling (treatment):

Article 130.- Confinement.

(1) If the criminal, by reason of his condition, is a threat to public safety or order, or if he proves to be dangerous to the persons living with him, the Court shall order his confinement in a suitable institution.

(2) If he is in need of treatment, he shall either be treated in the institution in which he is confined or be transferred to an appropriate institution in accordance with Article 131. Proper provision may be made for his safe custody.

Article 131.- Treatment.

(1) Where a criminal is suffering from a mental disease or deficiency, deafness and dumbness, epilepsy, chronic alcoholism, narcotic and psychotropic substances, intoxication due to the abuse of narcotics or any other pathological deficiency and requires to be treated or placed in a hospital or asylum the Court shall order his treatment in a suitable institution or department of an institution.

(2) Where the Court is satisfied that the criminal is not dangerous and can be treated as an out-patient, it shall order accordingly. The Court shall then order that the criminal be kept under proper supervision and control either by the medical expert in charge of the case or by some other competent authority. An order made under this Article may be revoked at any time where it is known that it is unreliable or cannot produce positive result. Before revoking the order or taking other appropriate measures, the Court may require from the medical experts or other competent authority such report as it considers necessary.

I henhold til loven skal forvaring eller behandling være på ubestemt tid, men rettens skal vurdere saken hvert annet år (artikkel 132).

I 2015 etablerte etiopiske myndigheter en Mental Health Court, en domstol som har til oppgave å vurdere hvorvidt en person er strafferettslig tilregnelig. Domstolen ligger under Federal First Instance Court, Lideta Division, i samarbeid med Addis Ababa University Health Science College Psychiatry Department. Domstolen skal vurdere om den tiltalte er skikket til å møte for retten, skyldevne og reaksjonsform.

I en artikkel om psykisk sykdom i et menneskerettslig perspektiv, peker Wakene (2020, s. 239) på noen menneskerettslige utfordringer knyttet til tvungen psykisk helsevern:

- På grunn av betydelige kapasitetsutfordringer innen psykiatrien, kan en person sitte lenge i varetekt før diagnose blir satt.
- Det etiopiske lovverket har ikke tilstrekkelige lovbestemmelser som beskytter rettighetene til tiltalte som avventer en psykiatrisk diagnose.
- Behandlingsinstitusjonene har ikke klare prosedyrer for inntak og utskriving av pasienter.
- Lovverket har ikke bestemmelser som ansvarliggjør beslutningsfattere innen psykiatrien, for eksempel mot maktmisbruk.

Som det kommer frem over, har etiopisk strafferett lovbestemmelser om skyldevne, bestemmelser om tvungen psykisk helsevern og en egen domstol (Mental Health Court) som vurderer skyldevne og tiltak for den som vurderes som strafferettslig utilregnelig. Landinfo har imidlertid ikke utfyllende informasjon om i hvilken grad, og på hvilken måte, lovbestemmelsene om tilregnelighet i straffesaker faktisk praktiseres i Etiopia, utover det som kommer frem over.

8 Referanser

8.1 Skriftlige kilder

- Baheretibeb, Yonas; Wondimagegn, Dawit & Law, Samuel (2024). “Trust in God, but tie your donkey”: Holy water priest healers’ views on collaboration with biomedical mental health services in Addis Ababa, Ethiopia. *Transcultural Psychiatry*, 61(2). Tilgjengelig fra <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13634615241227681> [lastet ned 17. september 2024].
- Bekele, YY; Flisher, AJ; Alem, A & Baheretebeb, Y. (2009). Pathways to psychiatric care in Ethiopia. *Psychological Medicine*, 39(3). Tilgjengelig fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18606050/> [lastet ned 24. september 2024].
- Criminal Code (2004). *Proclamation No. 414/2004. The Criminal Code of the Federal Democratic Republic of Ethiopia*. Tilgjengelig fra <https://www.refworld.org/legal/legislation/natlegbod/2005/en/63782> [lastet ned 25. september 2024].
- Ethiopian Food and Drug Authority (2020, september). *Ethiopian Essential Medicines List*. Addis Abeba: Ethiopian Food and Drug Authority. Tilgjengelig fra <http://www.fmhaca.gov.et/wp-content/uploads/2020/12/EML-sixth-edition.pdf> [lastet ned 23. september 2024].
- EUAA MedCOI (2022, 23. juni). *Accessibility Request Ethiopia*. Valletta: EUAA MedCOI.
- EUAA MedCOI (2023, 17. mai). *Accessibility Request Ethiopia*. Valletta: EUAA MedCOI.
- Girma, Eshetu; Ayele, Bethel; Gronholm, Petra C.; Wahid, Syed Shabab; Hailemariam, Ariam; Thornicroft, Graham; Hanlon, Charlotte & Kohrt, Brandon (2024). Understanding mental health stigma and discrimination in Ethiopia: A qualitative study. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 11. Tilgjengelig fra <https://www.cambridge.org/core/journals/global-mental-health/article/understanding-mental-health-stigma-and-discrimination-in-ethiopia-a-qualitative-study/927FF97F07919F311D176EFED49F82F9#> [lastet ned 18. september 2024].
- Habte, Fikreselam; Shifa, Mekdes & Berhanu, Hana (2023). Availability, Price and Affordability of Psychotropic Medicines in Addis Ababa, Ethiopia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 16, 957-970. Tilgjengelig fra <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/RMHP.S409929#d1e163> [lastet ned 21. august 2024].
- Mekonen, Tesfa; Chan, Gary C. K. ; Belete, Tilahun; Menberu, Melak; Davidson, Lily; Hides, Leanne & Leung, Janni (2022). Mental health service utilization in a low resource setting: A qualitative study on perspectives of health professionals in Northwest Ethiopia. *PLoS ONE*, 17(11). Tilgjengelig fra <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0278106> [lastet ned 13. august 2024].
- Ministry of Health; Global Financing Facility & World Bank Group (2019, oktober). *Ethiopia Health Private Sector Assessment*. Addis Abeba: Ministry of Health. Tilgjengelig fra https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/Ethiopia-health-private-sector-assessment.pdf [lastet ned 24. september 2024].
- Ministry of Health Ethiopia (2019, november). *Essential Health Services Package of Ethiopia*. Addis Abeba: Ministry of Health Ethiopia. Tilgjengelig fra

https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/essential_health_service_package_ethiopia_2019_0.pdf [lastet ned 26. september 2024].

Ministry of Health Ethiopia (2020). *National Mental Health Strategic Plan*. Addis Abeba: Ministry of Health Ethiopia. Tilgjengelig fra <https://mhsua.org/download/national-mental-health-strategic-plan-ethiopia/> [lastet ned 18. september 2024].

Ministry of Health Ethiopia (2021, februar). *Health Sector Transformation HSTP II 2020/21 - 2024/25*. Addis Abeba: Ministry of Health Ethiopia. Tilgjengelig fra https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/public_file_rep/ETH_Ethiopia_Health-Sector-Transformation-Plan-II_2021-2026.pdf [lastet ned 21. august 2024].

Ministry of Health Ethiopia (u.å.). *Ethiopian Health Insurance*. Addis Abeba: Ministry of Health Ethiopia. Tilgjengelig fra https://www.moh.gov.et/en/Ethiopian_Health_Insurance?language_content_entity=en [lastet ned 26. september 2024].

Teferra, Solomon (2018). Substance-related disorders treatment service in a general hospital in Ethiopia: Experience, challenges and opportunities. *African Journal of Drug & Alcohol Studies*, 17(1), 65-77. Tilgjengelig fra <https://www.ajol.info/index.php/ajdas/article/view/188642> [lastet ned 21. august 2024].

Tesfaye, Yonas; Agenagnew, Liyew; Anand, Susan; Tucho, Gudina Terefe; Birhanu, Zewdie; Ahmed, Gutema; Getnet, Masrie & Yitbarek, Kiddus (2021). Knowledge of the community regarding mental health problems: a cross-sectional study. *BMC Psychology*, 9(106). Tilgjengelig fra <https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-021-00607-5> [lastet ned 14. august 2024].

Teshager, Senait; Kerebih, Habtamu; Hailesilassie, Hailemariam & Abera, Mubarek (2020). Pathways to psychiatric care and factors associated with delayed help-seeking among patients with mental illness in Northern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 10, 1-10. Tilgjengelig fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32713844/> [lastet ned 24. september 2024].

Tessema, Seleshi (2018). Ethiopia's mentally ill stay in the shadows. *Andalou Ajansi*. Tilgjengelig fra <https://www.aa.com.tr/en/africa/ethiopias-mentally-ill-stay-in-the-shadows/1344078> [lastet ned 26. september 2024].

Wakene, Wondwossen (2020). The Right to Mental Health: A Critical Look at the State of Human Rights of the Mentally Ill in Ethiopia. I: Benedek, Wolfgang ; Woldetsadik, Tadesse Kassa & Abebe, Tesfaye Abate (Red.), *Implementation of International Human Rights Commitments and the Impact on Ongoing Legal Reforms in Ethiopia* (s. 208-240). Leiden, Boston: Brill.

WHO, dvs. World Health Organization (2020a, 15. april). *Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Norway*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-nor-2020-country-profile> [lastet ned 15. august 2024].

WHO, dvs. World Health Organization (2020b, 15. april). *Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Ethiopia*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-eth-2020-country-profile> [lastet ned 15. august 2024].

WHO Ethiopia (2022, 9. desember). *Community-based health insurance drives Ethiopia's bid for universal health coverage*. Addis Abeba: WHO Ethiopia. Tilgjengelig fra <https://www.afro.who.int/countries/ethiopia/news/community-based-health-insurance-drives-ethiopias-bid-universal-health-coverage> [lastet ned 26. september 2024].