

Temanotat  
**Kongo DRC: Helse –  
hiv/aids, tuberkulose og diabetes**



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

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

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

*Helse: hiv/aids, tuberkulose og diabetes er en notatrekke fra Landinfo som kortfattet beskriver utbredelse, behandlingstilbud og behandlingstkostnader for disse tre sykdommene. Notatrekken skal etter planen omfatte de afrikanske landene sør for Sahara som er mest aktuelle for utlendingsmyndighetene. Kildene som anvendes i notatrekken anses som informative og oppdaterte. På grunn av varierende informasjonstilgang hva angår helsetilbud i ulike områder og i forhold til ulike sykdommer, vil detaljnivået i og mellom de ulike temanotatene i denne serien variere noe.*

© Landinfo 2012

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

Alle henvendelser om Landinfos rapporter kan rettes til:

**Landinfo**  
**Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon**

Storgata 33 A

Postboks 8108 Dep

N-0032 Oslo

Tel: 23 30 94 70

Fax: 23 30 90 00

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

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

Temanotat **Kongo DRC: Helse – hiv/aids, tuberkulose og diabetes**

## **SUMMARY**

In this paper Landinfo outlines the available country information on matters relating to the health sector in general and to the prevalence and treatment opportunities related to HIV/AIDS, tuberculosis and diabetes in particular. The collapse of the public sector, illustrated with poor transport networks, long-lasting conflict, extreme poverty, widespread corruption, and a general lack of governance and national control, creates extreme conditions under which it is not possible either to create or maintain a national comprehensive, accessible and adequate health service. Medications are generally not obtainable, and if they exist they are too expensive for the vast majority of the population. In summary, the DRC health services lack resources, infrastructure and expertise needed to treat everything from simple and easily preventable to complex disease diagnoses.

## **SAMMENDRAG**

I dette notatet redegjør Landinfo for tilgjengelig landkunnskap om forhold knyttet til helsesektoren generelt, og til utbredelse og behandlingstilbud knyttet til hiv/aids, tuberkulose og diabetes spesielt. Sammenbruddet i offentlig sektor, illustrert med dårlig transportnett, langvarig konflikt, ekstrem fattigdom, utbredt korrupsjon, samt generelt manglende styring og nasjonal kontroll, skaper ekstreme forhold hvor det ikke er mulig verken å opprette eller opprettholde et nasjonalt dekkende, tilgjengelig og tilstrekkelig helsetjenestetilbud. Medikamenter er stort sett ikke å oppdrive, og dersom de finnes er de for dyre for det store flertallet av befolkningen. Oppsummert mangler helsevesenet i Kongo DRC helt ressurser, infrastruktur og kompetanse som skal til for å behandle alt fra helt enkle sykdommer til kompliserte diagnoser.

# INNHold

<b>1. Innledning .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Generelt om helse i DRC .....</b>	<b>5</b>
2.1 Vanskelige vilkår for helsetjenestetilbudet.....	5
2.2 Tilgang på helsetjenester og medisiner.....	7
2.3 Demografi og helse.....	8
2.3.1 Folkehelse.....	10
<b>3. Hiv og aids.....</b>	<b>11</b>
3.1 Utbredelse.....	12
3.2 Behandlingsmuligheter i DRC?.....	13
3.2.1 CD4-målinger og resistensutvikling.....	15
3.3 Kunnskap.....	15
<b>4. Tuberkulose .....</b>	<b>15</b>
4.1 Utbredelse.....	16
4.2 Behandlingsmuligheter i DRC.....	16
<b>5. Diabetes .....</b>	<b>17</b>
5.1 Utbredelse.....	17
5.2 Behandlingsmuligheter i DRC.....	18
5.3 Sosiale forhold.....	19
<b>6. Referanser .....</b>	<b>20</b>

## 1. INNLEDNING

Dette temanotatet tar for seg helsetjenestetilbudet i Kongo DRC (heretter DRC) med et spesielt fokus på hiv/aids, tuberkulose og diabetes. Innledningsvis beskriver notatet helseforhold og helsetjenestetilbudet i landet på generelt grunnlag. I denne delen inkluderer vi sosioøkonomiske, sikkerhetsmessige, geografiske og politiske vilkår som Landinfo mener er sentrale for å forstå helsetjenestetilbudet og de store utfordringene det møter i DRC. Videre redegjøres det for landspesifikke forhold knyttet til utbredelse, tilgang til behandling og medikamenter for de tre nevnte diagnosene.

Landinfo understreker innledningsvis at det vedvarende sammenbruddet i offentlig sektor gjør det vanskelig å produsere statistikk på det nasjonale helsetjenestetilbudet og omfanget av utvalgte diagnoser. De enorme avstandene, store regionale og lokale forskjeller og vanskelig tilgang til mange områder gjør det problematisk å presentere *ett* generaliserbart bilde av situasjonen i DRC. Landguiden, som publiseres av svenske Utrikespolitiska instituttet, går så langt som å omtale statistikk om helse i DRC som rene gjetninger (Landguiden).

Temanotatet bygger i stor grad på offentlig tilgjengelig informasjon i form av trykte publikasjoner og publikasjoner på Internett, og dels på muntlige kilder Landinfo har vært i kontakt med.

## 2. GENERELT OM HELSE I DRC

Sammenbruddet i offentlig sektor, illustrert med det dårlige transportnett, langvarig konflikt, ekstrem fattigdom, store avstander, utbredt korrupsjon, samt generelt manglende styring og nasjonal kontroll, skaper ekstreme forhold hvor det ikke er mulig verken å opprette eller opprettholde et nasjonalt dekkende, tilgjengelig og tilstrekkelig helsetjenestetilbud. Fattigdom og utilstrekkelig mattilgang påvirker også folkehelsen negativt. Medikamenter er stort sett ikke å oppdrive, og dersom de finnes, er de for dyre for de aller fleste. Feil- og underernæring leder til et svekket immunforsvar, som igjen øker risikoen for sykdom. Feil- og underernæring kan også forårsake sykdomsutvikling i seg selv. Helsevesenet i DRC mangler helt ressurser, infrastruktur og kompetanse som skal til for å behandle alt fra helt enkle sykdommer til kompliserte diagnoser.

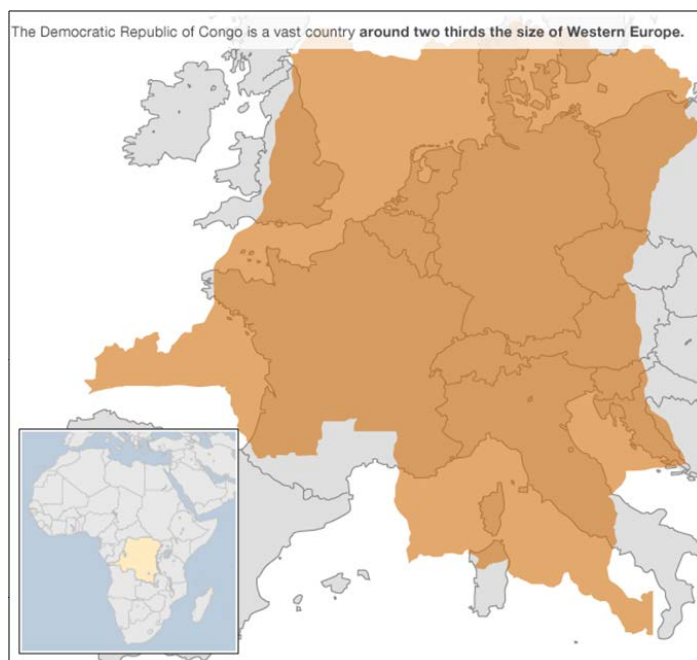
### 2.1 VANSKELIGE VILKÅR FOR HELSETJENESTETILBUDET

DRC er, til tross for enorme naturressurser, ett av verdens fattigste land. Bare 10 prosent av den dyrkbare jorda utnyttes som matjord, og landets befolkning er blant verdens sterkest rammede av feil- og underernæring. 70 prosent av befolkningen lever uten tilgang til tilstrekkelig med mat (IFPRI 2011, s. 16; Ulimwengu, Roberts & Randriamamonjy 2012, s. v; WFP u.å.). De store mineralressursene kommer heller

ikke befolkningen til gode. DRC er rangert sist av totalt 187 stater på FNs utviklingsfonds Human Development Index<sup>1</sup> for 2011 (UNDP 2011, s. 130)<sup>2</sup>. Leger uten grenser (u.å.) omtaler DRC som et land i kronisk krise, mens Foreign Policy (2011) rangerer DRC på fjerdeplass over verdens mest mislykkede stater i 2011, kun forbigått av Somalia, Tsjad og Sudan.

Sarah Bailey (2011, s. 1-3) i Humanitarian Policy Group oppsummerer DRCs nyere historie som preget av vanstyre, konflikt og en vedvarende humanitær krise: Offisielt har DRC vært en post-konflikt stat siden april 2007, men situasjonen i øst – spesielt i Kivu-provinsene og Orientale – preges langt mer av fortsatt å være i konflikt. Rundt to millioner mennesker er internt fordrevne, hele landet er preget av uroligheter, underutvikling, fattigdom og skjev fordeling, og DRC er i dag verdens femte største mottaker av humanitær hjelp (se også FNs generalsekretærs rapporter til sikkerhetsrådet, UN Secretary General 2010; 2012).

Ifølge FNs generalsekretær har tiår med vanstyre forvitret statens autoritet – særlig i øst – og statlig tilstedeværelse og kontroll er svak over hele landet. DRC er uten grunnleggende infrastruktur, med et særlig dårlig veinett. Gitt de store avstandene i landet er dette et stort hinder for handel og tjenestetilgang til alle landets deler<sup>3</sup>. Utbredt og omfattende korrupsjon i alle ledd hindrer myndighetene i å tilby befolkningen grunnleggende tjenester, i å kreve inn skatter og i å opprette og opprettholde lov og orden (UN Secretary General 2010; se også Trefon 2011). DRC-forsker Randi Solhjell (samtale via sosiale medier, mars 2012) omtaler følgelig den kongolesiske staten som “et kleptokrati. Det er så godt som ingen budsjetter til offentlige tilbud, og hvis det finnes penger blir de stjålet på veien”.



DRC er på størrelse med Øst-Europa, eller to-tredjedeler av vestlige Europa (illustrasjon basert på BBC 2011).

<sup>1</sup> Human Development Index, ofte forkortet til HDI, rangerer land basert på graden av menneskelig utvikling, målt som en kombinasjon av levealder, grad av utdanning og inntekt.

<sup>2</sup> Norge er til sammenlikning rangert som nummer én (UNDP 2011, s. 127).

<sup>3</sup> DRC har for øvrig flere flyulykker enn noe annet land i verden (Trefon 2011).

## 2.2 TILGANG PÅ HELSETJENESTER OG MEDISINER

De store manglene i offentlig forvaltning, og utfordringene kontinuerlig konflikt og utbredt fattigdom fører med seg, påvirker også folkehelsen, helsetjenestetilbudet og innbyggernes helsetjenestetilgang. Leger uten grenser (u.å.) omtaler mangelen på helsetjenester som “nærmest total”. Ifølge blant andre USAID (2010) antas 70 prosent av befolkningen å leve tilnærmet uten tilgang til helsetjenester. Helsevesenet mangler personell og utstyr og klarer ikke betale ut lønn. Utenfor hovedstaden Kinshasa “finns knapt noen tilgang til modern sjukvård” (Landguiden).

Det er først og fremst internasjonale hjelpeorganisasjoner og kirkenettverk som driver helsetjenestetilbudene, samt noen lokale organisasjoner som bistås av eksterne donorer. Ved alvorlige diagnoser som kreft eller tilstander som fordrer transplantasjon er innbyggerne, ifølge Solhjell, så godt som hjelpeløse, med mindre de har penger og kan reise til for eksempel Sør-Afrika for oppfølging på egen regning (samtale via sosiale medier, mars 2012).

På landsbygda har eventuelle sykehus eller klinikker ofte blitt ødelagt i konflikten, og en stor andel av innbyggerne bor så langt fra ethvert helsetjenestetilbud at tilbudet i realiteten er utenfor rekkevidde (WFP u.å.).

Ifølge det nasjonale innkjøpsprogrammet for essensielle legemidler, Programme national d’approvisionnement en médicaments essentiels (PNAM 2007), er manglende tilgang på legemidler et alvorlig problem i alle sektorer i DRC. I offentlig sektor og i trossamfunn/kirkenettverk er patenterte medisiner ikke å få tak i, mens dekningsgraden<sup>4</sup> for utvalgte generiske legemidler i offentlig sektor er på 55,6 prosent.<sup>5</sup>

*Eventuell* dekningsgrad for bestemte medikamenter ved ulike utsalgssteder, og *eventuell* eksistens av helseforetak, apoteker eller andre utsalgssteder lokalt, er imidlertid ikke det samme som reell tilgang for innbyggere med behov for behandling og/eller legemidler. Reell tilgang avhenger også av kostnadene behandling og legemidler innebærer for den enkelte pasient. I DRC er generiske legemidler i gjennomsnitt dobbelt så dyre i den offentlige helsesektoren som internasjonale veiledende priser tilsier. Patenterte legemidler, som kun er tilgjengelig i privat sektor, koster mer enn 30 ganger så mye som de internasjonale referanseprisene tilsier (PNAM 2007, s. 9).

PNAM (2007, s. 29-30) har videre undersøkt kostnadene for den enkelte pasient for behandling av seks kroniske og akutte tilstander (inkludert diabetes) og konkluderte at for alle sykdommene var de billigste legemidlene så dyre i forhold til minimum dagslønn at de var utenfor rekkevidde for majoriteten av den kongolesiske

---

<sup>4</sup> Dekningsgraden er beregnet ut fra tilgangen på 35 utvalgte legemidler i de ulike sektorene i ni av elleve provinser på et gitt tidspunkt i 2007. Merk at PNAMs undersøkelser ikke dekker provinsene Sør-Kivu og Maniema. Disse ble valgt bort av hensyn til sikkerhet og fordi tilgangen på medikamenter i utgangspunktet var for lavt (i Maniema). PNAM har videre ikke undersøkt tilgang og pris i områder i de resterende ni provinsene hvor konflikt eller infrastruktur forhindret etterforskerne adgang. PNAM understreker gjentatte ganger at de har utelukket fra analysen steder hvor den totale dekningsgrad var under 50 prosent – hvilket innebærer at den faktiske tilgangen er lavere enn undersøkelsens funn. Se PNAM (2007, s. 21) for nærmere detaljer (fransk publikasjon).

<sup>5</sup> I trossamfunnene/kirkenettverkene som tilbyr helsetjenester er dekningsgraden for generiske legemidler på 48,5 prosent. I privat sektor er dekningsgraden for generiske medikamenter 65,4 prosent, mens 9,6 prosent av de patenterte legemidlene er å få tak i (PNAM 2007, s. 9).

befolkningen. PNAM (2007, s. 32) påpeker at den reelle utilgjengeligheten til legemidler fører til at flertallet i befolkningen i stedet tyr til tradisjonell medisin og til legemidler kjøpt enkeltvis uten pakningsvedlegg eller tilsvarende informasjon på illegale markeder – med de alvorlige konsekvensene det kan ha.

Det er ikke utarbeidet noen nyere oversikt over medikamenttilgang enn PNAMs oversikt fra 2007, og det er fortsatt denne PNAM viser til på forespørsel om legemiddeltilgang- og kostnader i DRC i dag (e-post, april 2012). I WHO's World Health Statistic-rapporter fra 2011 og 2012, er det også PNAM-oversikten fra 2007 som ligger til grunn.

Ifølge en internasjonal diplomat i Kinshasa (e-post, mai 2012) er tilgangsspørsmålet i hovedsak avhengig av kjøpekraft og geografisk bosted, og av hvorvidt internasjonale organisasjoner og misjonsstasjoner finnes i nærheten og tilbyr slike tjenester.

## 2.3 DEMOGRAFI OG HELSE

Det er vanskelig å utarbeide god helsestatistikk for DRC. Gjennomsnittstallene for hele landet som statistikken gir, illustrerer dårlig store avstander, en svært begrenset fremkommelighet og enorme regionale og lokale forskjeller. De kan derfor ikke uten videre brukes til å anslå helsetjenestetilgang og øvrige helseforhold lokalt. Det er med dette forbeholdet Landinfo i denne delen av notatet presenterer statistikk knyttet til demografi og helse i DRC.

DRC er med sine drøye 73,5 millioner innbyggere verdens 19. mest folkerike stat (CIA World Fact Book). Folketallet vokser med hele 2,8 prosent i året og gjennomsnittsalderen er 17 år (WHO 2012b, s. 158).

Hver kongolesisk kvinne får i snitt 5,8 barn (WHO 2012b, s. 159). 29 av 1000 fødsler er dødfødsler<sup>6</sup>. 112 av 1000 barn dør før de fyller ett år (WHO 2012b, s. 53)<sup>7</sup>. Én av 30 jenter og kvinner over 15 år vil dø i forbindelse med svangerskap og fødsel i DRC. I Afrika sør for Sahara som region, vil i snitt én av 39 jenter og kvinner over 15 år dø i forbindelse med svangerskap og fødsel. I Norge vil én av 7900 kvinner over 15 år dø av tilsvarende årsak (WHO, UNICEF, UNFPA & World Bank 2012, s. 20, 33-34).

Under har Landinfo samlet videre statistikk knyttet til helsesektoren og folkehelsen i DRC, og sammenliknet med tilsvarende tall i Norge der denne informasjonen er tilgjengelig. Tallene er hentet fra Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, WHO) sin årlige statistiske helserapport (WHO 2012b), med mindre annet er angitt.

---

<sup>6</sup> WHO (2012a, s. 51) påpeker at en av tre dødfødsler skyldes fødselskomplikasjoner som kunne vært unngått ved riktig behandling.

<sup>7</sup> Til sammenlikning får norske kvinner i snitt 1,9 barn. 2 av 1000 fødsler er dødfødsler, og 3 av 1000 barn dør før de fyller ett år. De tilsvarende snittallene for hele Afrika er: 4,8 barn/kvinne, 104 av 1000 fødsler er dødfødsler og 75 av 1000 barn dør før de fyller ett år (WHO 2012a, s. 57, 60-61, 74, 82, 163).



**Tabell 1: Levealder og dødelighet**

	Forventet levealder ved fødsel	Barnedødelighet (antall barn som dør før fylte fem år per 1000 levendefødte)	Mødredødelighet (per 100 000 levendefødte)	Voksen dødelighetsrate (sannsynligheten for å dø i aldersspennet 15-60 år per 1000 innbygger)
DRC	49 <sup>8</sup>	170 <sup>9</sup>	540	Kvinner: 331 / Mann: 442
Norge	81	3	7	Kvinner: 50 / Mann: 83
Regionalt gjennomsnitt (hele Afrika)	54	119	480	Kvinner: 347 / Mann: 420

**Tabell 2: Arbeidsstyrke i helsesektor, sykehussenger**

	Leger per 10 000 innbygger (i parentes totalt antall leger)	Sykepleiere/jordmødre per 10 000 innbyggere (i parentes totalt antall sykepleiere)	Sykehussenger per 10 000 innbyggere
DRC (tall fra WHO 2011c)	1,1 (5827)	5,3 (28 789)	8
Norge	41,6 (19 579)	319,3 (150 334)	33
Regionalt gjennomsnitt (hele Afrika)	2,2 (118 621)	9 (467 487)	...

<sup>8</sup> Forventet levealder for kvinner er 51 år og for menn 47. Forventet levealder for begge kjønn var 48 år i 1990 (WHO 2012a, s. 52).

<sup>9</sup> Barnedødeligheten avhenger av urbant (121 dødsfall/1000 levendefødte) eller ruralt bosted (176 dødsfall/1000 levendefødte); familiens økonomi (barnedødeligheten er på 96/1000 levendefødte blant den rikeste femtedelen i befolkningen, mot 182 blant den fattigste femtedelen i befolkningen); og mors grad av utdanning, hvor dødeligheten blant barn født av kvinner uten noen former for skole er på 207/1000 levendefødte, mens barn født av kvinner med minimum videregående utdanning har en dødelighet på 113/1000 levendefødte (WHO 2012a, s. 147).

**Tabell 3: Offentlige midler til helse**

	Offentlige midler brukt på helse som prosentandel av totale offentlige midler	Offentlige midler brukt på helse som prosentandel av totale midler brukt på helse	Offentlige midler brukt på helse per innbygger, målt i PPP int. \$ <sup>10</sup> (tall i parentes er total mengde midler brukt på helse per innbygger)
DRC	12,5	44,7	14 (31)
Norge	17,4	84,1	4502 (5353)
Regionalt gjennomsnitt (hele Afrika)	9,6	49,3	77 (157)

**Tabell 4: BNP og fattigdom**

	BNP <sup>11</sup> per innbygger	Prosentandel av befolkningen som lever på under PPP int. \$ 1 per dag
DRC	320	59,2
Norge	56 830	-
Regionalt gjennomsnitt (hele Afrika)	2 437	42,6

Som tallene over viser, er det store kontraster mellom DRC og Norge knyttet til økonomi, helsetilbud, levealder og dødelighet. DRC scorer også gjennomgående og signifikant lavere enn det afrikanske gjennomsnittet for de nevnte variablene. Foruten sisteplass på UNDPs Human Development Index, har DRC også bunn plassering på International Food Policy Research Institute (IFPRI 2011, s. 17) sin Global Hunger Index.

### 2.3.1 Folkehelse

IFPRI vurderer situasjonen i DRC som ekstremt alarmerende, med verdens høyeste andel underernærte og feilernærte innbyggere, og med en av de høyeste barnedødelighetsratene i verden (IFPRI 2011, s. 5; se også Bird 2012; Ulimwengu, Roberts & Randriamamonjy 2012, s. v). 465 000 barn under 5 år døde i 2010 - de fleste av dem av sykdommer som lett kan forhindres og behandles, som malaria (18 prosent), lungebetennelse (19 prosent) og diaré (13 prosent) (WHO 2012b, s. 64-65; se også Leger uten grenser u.å.). 45,8 prosent av barna under 5 år er veksthemmte, noe som ifølge WHO (2012b, s. 109-110) tyder på kronisk underernæring – som igjen har alvorlige og langvarige konsekvenser for barns helse.

Mindre enn halvparten av befolkningen har tilgang til rent drikkevann (46 prosent). Det er verdt å merke seg at det samme gjaldt i 1990. Fordelt på landsbygd og byer,

<sup>10</sup> Tallene det vises til i disse tabellene er angitt i internasjonale *Purchasing Power Parity*-dollar (PPP). Det vil si at hver USD angir lik kjøpekraftsverdi i begge land, slik at sammenlikningsgrunnlaget er reelt i praksis.

<sup>11</sup> BNP speiler ikke skjev fordeling av ressurser innad i befolkningen.

har 28 prosent av landsbybeboerne tilgang på rent drikkevann, mot 80 prosent av bybefolkningen (WHO 2011c, s. 104).

I Nord-Kivus hovedstad Goma i øst har det vinteren 2011/2012 vært stor vannmangel. Ettersom flaskevann er for dyrt for de aller fleste, tvinges innbyggerne til å drikke vann fra Lake Kivu – selv om de vet vannet er forurenset. Dette har ført til kolerautbrudd i byen med påfølgende dødsfall (Gouby 2012). FNs generalsekretær omtaler kolerautbruddene i provinsene Bandundu, Equateur, Kinshasa og Orientale som en epidemi som i 2011 tok over 500 liv (UN Secretary General 2012, s. 7-8).

Tidlig i 2011 tok et meslingeutbrudd livet av 1600 mennesker, i hovedsak barn, i Katanga og Kasai Oriental, mens polioutbrudd ble dokumentert i Badundu, Bas-Congo, Kasai Occidental, Katanga, Kinshasa og Maniema (UN Secretary General 2012, s. 7).

Foruten sykdomsutbrudd som nevnt over, samt stor forekomst og stor dødelighet som følge av sykdommer som enkelt lar seg behandle, dør rundt 50 kvinner hver dag på grunn av komplikasjoner ved svangerskap og fødsel (Leger uten grenser u.å.). Kvinner er også spesielt utsatt for seksualisert vold i de konfliktrammede områdene, som foruten de direkte fysiske og psykiske skadene også innebærer forhøyet smitterisiko for hiv og kjønnssykdommer.

### 3. HIV OG AIDS

Hiv er en forkortelse for *Human Immunodeficiency Virus*, eller menneskelig immunsviktvirus. Som navnet tilsier, angriper viruset deler av kroppens immunforsvar. Over tid blir immunforsvaret hos hivsmittede gradvis mer svekket, og den smittede blir mer utsatt både for latente infeksjoner som allerede finnes i kroppen og for sykdomssmitte utenfra (HivNorge u.å.b).

De vanligste formene for hivsmitteoverføring mellom mennesker er gjennom seksuell kontakt hvor kroppsvæsker som blod, sæd eller skjedesekret overføres, gjennom blodoverføring med infisert blod, via sprøyter eller sprøytespisser, eller fra mor til barn under svangerskap eller fødsel (HivNorge u.å.d). Kort tid etter smitteoverføringen opplever mange å få symptomer som kan minne om symptomene som oppstår ved influensa eller hjernehinnebetennelse, men dette gjelder ikke alle. Deretter følger den klinisk latente fasen som er symptomfri, men hvor hivviruset bryter ned deler av immunforsvaret.

I de fleste tilfeller vil hiv over tid føre til aids. Aids er en forkortelse for *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, eller ervervet immunsviktsyndrom. Begrepet *syndrom* tilsier at aids er en tilstand med en gruppe symptomer som til sammen utgjør lidelsen aids. Følgelig er “[aids] et samlebegrep for en rekke sykdommer som har det til felles at de skyldes et nedsatt immunforsvar som følge av hiv” (HivNorge u.å.a). Det er ingen som dør av hiv/aids i seg selv. Hivpositive og aidssyke dør av andre sykdommer eller infeksjoner som blir livstruende på grunn av et sterkt nedsatt immunforsvar. Tuberkulose (TB) er én sykdom som forårsaker mange dødsfall blant hiv/aidssyke.

Hiv kan ikke kureres, men med riktig behandling kan viruset holdes i sjakk. Viruset finnes i svært mange varianter og muterer ofte. For å hindre at viruset skal utvikle resistens, brukes flere typer medikamenter samtidig i behandlingen (HivNorge u.å.c). Antiretroviral (ARV) behandling kan forskyve sykdomsforløpet og virke livsforlengende. ARV-behandling iverksettes først etter at hiv har utviklet seg til en tilstand der behandling er nødvendig. Når slik behandling er påbegynt, må hivpasienten bruke bestemte medisiner hver dag resten av livet for at de skal være effektive. HivNorge utdyper:

*Hensikten med å ta legemidler som hemmer hiv, er å bremse kroppens produksjon av virus så mye som mulig og så lenge som mulig. For å lykkes med det, må du ikke bare ta tre eller forskjellige antivirale legemidler hver dag, men du må også ta legemidlene i rett dose, til rett tid og på rett måte. Legemidler som hemmer hiv, kalles antivirale legemidler.*

*Det finnes tre hovedkategorier medisiner som forhindrer viruset i å spre seg (...). Alle tre blir brukt samtidig hos de som blir behandlet for hiv. Hver av disse kategoriene har flere undergrupper. Her i Norge kan et årsforbruk av medisiner koste opp til 200.000 kroner (HivNorge u.å.c).*

ARV-behandling fordrer riktig og omfattende kunnskap om hvordan behandlingen skal gjennomføres, samt tilgang på medisiner i lang tid og til riktig tid i det daglige. Dersom en pasient utvikler resistens mot hivmedikamentene vedkommende bruker, finnes såkalt annen- og tredjelinjebehandling<sup>12</sup>.

### 3.1 UTBREDELSE

DRC var et av de første landene i Afrika sør for Sahara hvor hiv/aids ble påvist da de første tilfellene ble registrert i 1983. I dag er landet ifølge USAID (2010) rammet av en hivepidemi. UNAIDS har anslått at mellom 1,4 og 4,3 prosent av befolkningen er hivpositive (UNAIDS u.å.; UNAIDS 2009). De fleste andre konsulterte kilder anslår forekomsten til å være innenfor det samme intervallet, og flere påpeker at forekomsten synes å være stigende (se for eksempel IOM 2009). Afrika har en regional forekomst på 2,7 prosent i 2009, en nedgang fra 3 prosent i 2000.

Data fra forekomststudier viser at utbredelsen varierer og er konsentrert hos spesielt sårbare grupper og i såkalte hotspots rundt omkring i landet. UNAIDS (2009) påpeker at epidemien sprer seg raskere blant kvinner, ungdom og i rurale strøk. I konfliktrammede områder fryktes forekomsten blant kvinner å være opp mot 20 prosent som følge av soldaters utbredte bruk av voldtekt (Landguiden). UNAIDS (2010a; 2010b) vektlegger en feminisering av epidemien, og utpeker unge kvinner i alderen 15-24 år som spesielt utsatte. World Food Programme (WFP u.å.) utpeker internt fordrevne som en spesielt sårbar gruppe, da de mangler både beskyttelse og kunnskap om spredning. Ifølge UNAIDS (2010a, s. 4) spres hiv i all hovedsak (83 prosent) ved heteroseksuell sex. Blant barn under 15 år er det hivsmitte fra mor til barn som er den vanligste formen for smitteoverføring (UNAIDS 2010a, s. 21). 37 prosent av barna som blir født av en kvinne med hiv/aids blir smittet av moren (WHO, UNAIDS & UNICEF 2011, s. 209).

---

<sup>12</sup> For mer utfyllende og grundig informasjon om legemidler brukt til hivbehandling, se MSF (2011) sin oppdaterte oversikt over aktuelle legemidler, regionsvise tilgangsutfordringer og kostnadsoverslag.

Ifølge Landguiden gjør forholdene i DRC det umulig å utarbeide troverdig statistikk på hiv/aidsforekomsten i landet, og anslagene over forekomst og behandlingsdekning må derfor behandles som usikre. Den store variasjonen ulike målinger imellom bygger opp under dette forbeholdet.

Under gis en punktvis fremstilling av anslått forekomst og dødelighet i noen grupper av befolkningen:

Forekomst:

- Befolkningen som helhet: 1,4-4,3 prosent (UNAIDS 2009; 2010a, s. 12; USAID 2010).
- Unge voksne (15-24 år): 4 prosent (UNAIDS 2010a, s. 4).
- Kvinner: 1,8 prosent (UNAIDS 2010a, s. 4)
- Gravide: 4,3 prosent (UNAIDS 2010a, s. 10)
  - Kinshasa: 3,7 prosent
  - Kisangani, Oriental: 8,7 prosent
  - Kasumbalesa, Katanga: 16,3 prosent
  - Urban: 4,2 prosent
  - Rural: 4,6 prosent
- Internt fordrevne kvinner: 7,6 prosent (UNAIDS 2010a, s. 4)
- Sexarbeidere:
  - Sexarbeidere i Kinshasa: 14,7 prosent (2007-tall, fra USAID 2010)
  - Sexarbeidere i Lubumbashi: 23,3 prosent (2006-tall, fra USAID 2010)
- Kvinner i militæret: 7,8 prosent (UNAIDS 2010a, s.4)
- Kvinner voldtatt i konfliktområder: 25,6 prosent (USAID 2010)

Dødelighet:

- Dødsfall forårsaket av hiv/aids: [40-60]<sup>13</sup> per 100 000 innbygger (WHO 2011c)
- Dødsfall forårsaket av hiv/aids som andel av total barnedødelighet før fylte fem år: 1,1 prosent (WHO, UNAIDS & UNICEF 2011, s. 209)

- Antall foreldreløse barn som følge av hiv/aids: 1 025 551 (UNAIDS 2010a, s. 12)

### 3.2 BEHANDLINGSMULIGHETER I DRC?

Kongolesiske myndigheter har et nasjonalt multisektoralt koordineringsbyrå (PMNLS), et nasjonalt overvåkings- og evalueringssystem og en nasjonal strategisk plan for bekjempelse av hiv/aids. Eksterne donorer bidrar med 86 prosent av de totale midlene som brukes i hiv/aidsarbeidet (UNAIDS 2009). Imidlertid synker bidragene fra eksterne donorer, og NGOer har ifølge Irin Plus News (2011) blitt spurt av helsedepartementet om å begrense hivtestingstilbudet ettersom det ikke finnes midler til å behandle de som kvalifiserer til ARV-behandling. Utfordringene som gjelder for helsesektoren generelt og som er skissert innledningsvis i dette notatet, gjelder også for hiv/aidsarbeidet (USAID 2010).

Ifølge UNAIDS (2010a) skal deler av ARV-behandlingstilbudet være gratis. Det betyr ikke dermed at tilbudet eksisterer eller er reelt tilgjengelig. Svært få hivpositive innbyggere i DRC har reell tilgang til nødvendige hivmedisiner (Leger uten grenser u.å.). Tilgangen på legemidler til behandling av følgesykdommer er også ekstremt begrenset, ifølge Irin Plus News (2011).

Ifølge en internasjonal diplomat Landinfo har vært i kontakt med har knappe 15 prosent av dem som er diagnostisert som hivpositive og kvalifiserer til behandling reell tilgang på dette (e-post, mai 2012). Dette samsvarer med Leger uten grensers

<sup>13</sup> Klammene indikerer usikkerhet i WHO's estimat.

tall (MSF UK 2012). IOM (2009) skriver tilsvarende at hivtesting er tilgjengelig gratis eller billig, men at medisinsk oppfølging bare er tilgjengelig for 20 prosent av de hivpositive i landet. I Kinshasa hadde ifølge IOM 80 prosent av pasientene tilgang på medisinsk oppfølging i 2009. Behandling og oppfølging av hivspesialister er ikke tilgjengelig, ifølge International SOS (som sitert i Home Office, UK 2012, s. 169).

Ifølge en internasjonal diplomat i Kinshasa (e-post, mai 2012) er hiv/aidsmedikamenter ikke å få tak i på det åpne markedet. Et annet aspekt den samme informanten tar opp er at vi ikke kjenner til hvor mange hivpositive som ikke er diagnostiserte.

Refugees International (2010) understreker at tilgangen på *post-exposure prophylaxis* (PEP) er lav, særlig i de konfliktrammede områdene i landet – uten at dette tallfestes nærmere. PEP-behandling kan forebygge hivsmitte etter potensiell overføring av viruset etter for eksempel voldtekt, men må iverksettes innen 72 timer etter overføring for å virke.

Under presenteres statistikk over hivbehandlingstilbudets dekningsgrad i DRC. Estimaten er hentet fra en rapport utgitt av WHO, UNAIDS & UNICEF i 2011, med mindre andre kilder er oppgitt. Ettersom det kan være store forskjeller kildene imellom hva gjelder oppgitt dekningsgrad og behandlingstilbud, har vi tatt med beste og dårligste estimat der vi ikke har mulighet til å vurdere nærmere det mest troverdige anslaget. Det er viktig igjen å understreke de store regionale og lokale forskjellene slike beregninger skjuler.

- Antall mennesker som behøver ARV-behandling: 300 000
- Antall hivpositive som får ARV-behandling: 39 000 (Global Fund 2012)
- Total dekningsgrad, ARV-behandling: 8,5-21 prosent (UNAIDS 2010a; UNAIDS 2010b; WHO 2011c)
  - ARV-dekning for voksne: 9,1 prosent (UNAIDS 2010a<sup>14</sup>, s. 20)
  - ARV-dekning for barn: 4,7-8 prosent (UNAIDS 2010a, s. 20; WHO, UNAIDS & UNICEF 2011, s. 163)
  - ARV-dekning for gravide for å hindre smitteoverføring fra mor til barn (såkalt PMTCT-behandling): 1-11 prosent<sup>15</sup> (UNAIDS 2010a, s. 4; UNAIDS u.å.; WHO, UNAIDS & UNICEF 2011, s. 156; WHO 2011c, s. 93)
  - ARV-dekning for nyfødte for å hindre smitteoverføring fra mor til barn: 2,2-6 prosent (UNAIDS 2010a, s. 20; WHO, UNAIDS & UNICEF 2011, s. 202)
- Av de som får ARV-behandling er 38 prosent menn og 62 prosent kvinner
- Av de som får ARV-behandling er 86 prosent voksne (15 +) og 14 prosent barn
- Antall test- og rådgivningssentre: 655 i 2010

Ifølge UNAIDS (2010a, s. 37) var mer enn to tredjedeler av pasientene som hadde påbegynt ARV-behandling fortsatt i live ett år etter behandlingsstart. Overlevelsesraten synker med tiden – fire år etter behandlingsstart er 40 prosent av pasientene fortsatt i live.

<sup>14</sup> Beregningene fra UNAIDS (2010a) vedrørende ARV-dekning som kommer fram i denne oversikten er basert på forholdene i provinsene Equateur, Kasai Occidental, Kasai Oriental, Katanga, Kinshasa, Maniema og Sør-Kivu.

<sup>15</sup> Det regionale gjennomsnittet for behandlingstilbud til gravide for å hindre smitteoverføring mellom mor og barn (hele Afrika) er på 50 prosent (WHO 2012a, s. 107).

### 3.2.1 CD4-målinger og resistensutvikling

CD4-målinger er anerkjent som en forutsetning for å gi tilfredsstillende behandling til hiv/aids-pasienter. CD4-målinger kontrollerer immunforsvarets styrke, og benyttes for å vurdere om det er behov for å starte behandling (ARV-behandling) og for å vurdere behandlingens effekt etter den er initiert. Uten tilgang på CD4-målinger risikerer man i langt større grad at alvorlige og potensielt dødelige hivrelaterte sykdommer utvikler seg (Ormaasen, e-post oktober 2009). Uten CD4-målinger vil eventuell resistensutvikling mot medikamentene som benyttes i ARV-behandlingen først oppdages etter at resistensen gir utslag i kliniske funn – hvilket innebærer at resistens oppdages på et svært sent tidspunkt, som igjen gjør behandling vanskeligere (HivNorge, telefonsamtale desember 2009).

Fra november 2009 har WHO anbefalt at ARV-behandling påbegynnes ved CD4-målinger under 350 celler/mm<sup>3</sup>. Dette gjelder også gravide, og uavhengig av om symptomer har gjort seg gjeldende eller ikke – det vil si uavhengig av den kliniske fasen sykdommen er i (WHO 2009, s. 10-12).

Tilgang til CD4-målinger er ekstremt begrenset i DRC, ifølge Irin Plus News (2011).

### 3.3 KUNNSKAP

I UNAIDS-rapporten om hiv/aidsstatus i DRC (2010a, s. 30-31) svarer 16,8 prosent av respondentene i alderen 15 til 24 år riktig på 5 spørsmål knyttet til myter om hivs smitteveier<sup>16</sup>. Kjønn og alder spiller inn på unge menneskers kunnskap om hiv: uansett spørsmål har unge menn ifølge UNAIDS overlegen kunnskap om hivs smitteveier sett i forhold til kvinner, og unge voksne i alderen 20-24 år har høyere kunnskapsnivå enn ungdom i alderen 15-19.

Blant kvinner som selger seksuelle tjenester svarer 30,8 prosent av respondentene riktig på alle 5 spørsmål (UNAIDS 2010a, s. 32).

## 4. TUBERKULOSE

Tuberkulose (TB) er en bakteriesykdom primært forårsaket av *mycobacteria tuberculosis*. TB kan ramme ulike organer, men den vanligste formen for TB rammer lungene. Lungetuberkulose er den eneste smittsomme formen for TB, og spres gjennom dråpesmitte via utånding, hoste og lignende. Én tredjedel av verdens befolkning har TB-bakterier latent i kroppen, men i gjennomsnitt vil bare én av ti utvikle aktiv tuberkulose. Aktiv lungetuberkulose utvikler seg særlig hos personer med et svekket immunforsvar, og i områder preget av fattigdom, høy befolkningstetthet og utbredt underernæring. På verdensbasis er TB med 1,4 millioner dødsfall i året, den vanligste dødsårsaken forårsaket av smittsom sykdom etter hiv/aids. TB er også skyld i en fjerdedel av alle hiv/aidsrelaterte dødsfall.

---

<sup>16</sup> De fem spørsmålene respondentene ble stilt er: 1) Kan risikoen for hivsmitte reduseres ved å bare ha sex med én partner, som er trofast og smittefri?; 2) Kan risikoen for hivsmitte reduseres ved å bruke kondom ved hvert samleie?; 3) Kan en sunn person ha hiv?; 4) Kan man få hiv av myggstikk?; og 5) Kan man få hiv av å dele et måltid med en hivpositiv person?

Personer som både er hivpositive og har latent TB har opptil 34 prosent større sannsynlighet for å bli syke av TB (WHO 2012a).

#### 4.1 UTBREDELSE

På verdensbasis synker TB-insidensraten med 1,3 prosent i året. Fra 1990 til 2010 sank dødelighetsraten som følge av TB med 40 prosent (WHO 2012a). 95 prosent av alle sykdomstilfeller og dødsfall relatert til TB finnes i utviklingsland. Andelen sykdomstilfeller sett i forhold til total befolkning er størst i Afrika sør for Sahara.

Tallene under dekker forekomst av og dødelighet som følge av TB i DRC, og er hentet fra WHO's rapport *Global tuberculosis control 2011* (WHO 2011b). Tallene er snitt av beste og verste estimat av omfang, og usikkerheten i målingene er stor.

- Utbredelse av aktiv TB i befolkningen i totale tall i 2010: 350 000
- Utbredelse av aktiv TB i befolkningen i totale tall i 2000: 300 000
- Utbredelse av aktiv TB som andel av befolkningen i 2010: 535 per 100 000 innbygger
- Utbredelse av aktiv TB som andel av befolkningen i 2000: 596 per 100 000 innbygger
  
- Antall nye TB-diagnoser i 2010: 220 000
- Antall nye TB-diagnoser i 2000: 160 000
- Nye TB-diagnoser i 2010 som andel av befolkningen: 327 per 100 000 innbygger
- Nye TB-diagnoser i 2000 som andel av befolkningen: 327 per 100 000 innbygger
  
- 2,2 prosent av de nye TB-diagnosene i 2010 anslås å være multiresistente bakterier
  
- Dødsfall forårsaket av TB i 2010 (ekskl. hivpositive): 36 000
- Dødsfall forårsaket av TB i 2000 (ekskl. hivpositive): 33 000
- Dødsfall forårsaket av TB i 2010 som andel av befolkningen: 54 per 100 000 innbygger
- Dødsfall forårsaket av TB i 2000 som andel av befolkningen: 66 per 100 000

Ettersom befolkningen i DRC vokser raskt er totalantallet TB-pasienter økende, selv om *andelen* nye TB-diagnoser per år har vært stabil siden 1990, og dødelighet målt som andel har sunket (WHO 2011b, s. 123).

#### 4.2 BEHANDLINGSMULIGHETER I DRC

Aktiv, ikke-resistent tuberkulose behandles med en kombinasjon av fire medikamenter over seks måneder. Behandlingen inkluderer informasjon, overvåking og støtte til pasienten, ettersom behandlingsregimet er strengt (riktig medisin må tas til riktig tid og gjennom hele behandlingsperioden) og det er viktig å forhindre videre spredning. De fleste TB-pasienter kan bli friske dersom behandlingsregimet følges riktig. Kombinasjonen hiv og TB fremskynder ifølge WHO (2012a) sykdomsutviklingen for begge sykdommene og øker dødeligheten for pasientene. Gjennom årenes løp har også resistente TB-bakterier utviklet seg, først og fremst som følge av feilaktig eller upassende behandling. For disse formene for TB finnes det såkalt annenlinjebehandling – men både utvalg og tilgang er ofte begrenset. Det finnes også TB-bakterier som er resistente selv mot mange av de mest effektive annenlinje-behandlingsmedikamentene.

I 2010 anslås det at 53 prosent av TB-tilfellene i DRC blir påvist. Av de som får behandling, blir anslagsvis mellom 77 og 88 prosent friskmeldt (WHO u.å.; WHO 2012b, s. 99).



En internasjonal diplomat i Kinshasa (e-post, mai 2012) påpeker videre etter samtale med WHO at selv om TB-medikamenter i prinsippet er gratis kan det ikke settes likhetstegn mellom det og reell tilgjengelighet.

Home Office, UK (2012, s. 171) viser til WHO's tuberkulosedatabase for 2010 før de lister opp følgende mangler i tuberkulosebehandlingstilbudet i DRC:

- Ikke tilfredsstillende implementering av behandling for multiresistent TB.
- Registrering og rapportering av TB er svak, særlig ute i provinsene.
- Laboratoriekapasiteten er svak.
- Behandlingsmulighetene for multiresistente TB-varianter begrenses av manglende helsefaglig personell.
- Tilgang til kvalitetssikret annenlinjebehandling er svak.
- Tilgang på medikamenter for å håndtere bivirkninger eksisterer ikke.

## 5. DIABETES

Diabetes (også kalt *diabetes mellitus* eller sukkersyke) er en kronisk sykdom. Diabetes oppstår primært fordi bukspyttkjertelen ikke produserer tilstrekkelig insulin (type 1/insulinavhengig diabetes), eller fordi kroppen ikke klarer å nyttiggjøre insulinet på normal måte (type 2/ikke-insulinavhengig diabetes). Ellers forekommer også svangerskapsdiabetes (Diabetesforbundet u.å.).

Diabetes type 1 er mest vanlig i yngre aldersgrupper. Uten daglig tilførsel av insulin, kan denne formen for diabetes være dødelig. Diabetes type 2 er den mest utbredte formen for diabetes, og skyldes på verdensbasis primært fedme og mangel på fysisk aktivitet. Diabetes type 2 rammer først og fremst voksne mennesker. Sykdommen utvikler seg over tid, og er ofte langt fremskredet før riktig diagnose stilles. Diabetes type 2 er en vanlig medvirkende årsak til hjerte- og karsykdommer, blindhet, nyresvikt, amputasjoner og hjerneslag (WHO 2011a).

Over 75 prosent av menneskene som lever med diabetes i mer enn 20 år vil utvikle diabetisk retinopati, som forårsaker blindhet. WHO estimerer at diabetisk retinopati er ansvarlig for 4,8 prosent av 37 millioner tilfeller blindhet i verden. Kliniske studier viser at riktig behandling kan redusere risikoen for blindhet som følge av diabetes med over 90 prosent (WHO 2006, s. 1).

### 5.1 UTBREDELSE

På verdensbasis lever 346 millioner mennesker med diabetes. I 2005 døde anslagsvis 1,1 millioner mennesker av diabetes, hvilket utgjorde ca. 5 prosent av alle dødsfall. Over 80 prosent av dødsfallene skjer i middel- eller lavinntektsland. Mellom 2005 og 2030 vil antallet diabetesrelaterte dødsfall dobles, ifølge WHO (2011a). Halvparten av verdens diabetikere er ikke diagnostisert (IDF 2011).

Etter det Landinfo kjenner til, foreligger ikke estimater over forekomsten av diabetes i DRC som sådan. En nyere studie av forekomsten i Bukavu og Kaziba i Sør-Kivu fant en forekomst av diabetes på 3,5 prosent i den voksne befolkningen. Forekomsten var høyere i urbane områder (4 prosent) enn i rurale (1,7 prosent) (Katchunga et al. 2012). I en annen studie av et tilfeldig utvalg på 503 voksne innbyggere i 10 av

Kinshasas 35 helsedistrikter, fant forskerne en diabetesforekomst på 11,7 prosent i 2006 (Sumaili et al. 2008). I 2007 skrev Landinfo og danske Utlændingesservice etter samtale med en overlege i Kinshasa at forekomsten i hovedstaden var på 7 prosent, mot 2 prosent på landsbygda (Landinfo & Utlændingesservice 2007, s. 22).

WHO (2012b, s. 65) rapporterer at i 2008 døde 399 per 100 000 voksne innbyggere i alderen 30-70 år av hjerte/karsykdommer og/eller diabetes i DRC. I Norge var det tilsvarende tallet 74.

Diabetes type 1 hadde et omfang på 0,01 prosent blant barn i alderen 0-14 år i Afrika i 2003. Dette tilsvarer 35 100 mennesker. Det er imidlertid viktig å huske på at dette tallet viser til *diagnostiserte* barn. Mange barn dør uten behandling og uten diagnose.<sup>17</sup> På grunn av fattigdom og manglende insulintilførsel, er diabetes type 1 forbundet med svært høy dødelighetsrate (IDF 2006, s. 21).

## 5.2 BEHANDLINGSMULIGHETER I DRC

Diabetes kan ikke kureres, men kan holdes i sjakk med riktig behandling. Slik behandling kan innebære måling av glukosenivå, insulininntak, medisiner, dietter og fysisk aktivitet.

International Diabetes Federation (IDF u.å.) skriver at kongolesiske myndigheter ikke kan tilby insulin eller annen behandling til innbyggere med diabetes. Barn og unge med diabetes, og deres familier, møter en rekke utfordringer, og mange barn med diabetes dør tidlig.

En undersøkelse av sykejournaler for alle pasienter under 30 år med diabetes tilknyttet et "stort, integrert helsetjenestennettverk i Kinshasa" i perioden 1994-2004 fant at én av seks pasienter døde, de fleste av dem innen 5 år etter de ble diagnostisert. Studien dokumenterte også at dødeligheten var større i hjemmet, blant mannlige pasienter og hos pasienter under 20 år<sup>18</sup> (Muyer et al. 2010).

Ifølge Home Office, UK (2012, s. 170) som siterer sin ambassade i Kinshasa, finnes medikamentene i DRC, men behandlingen er for dyr for de aller fleste.

Landinfo og danske Utlændingesservice fant under tjenestereisen til Kinshasa i 2007 at det eksisterte et primærhelsetjenestetilbud for diabetespasienter som var gratis tilgjengelig for de fattigste og mest sårbare, og til inntektsregulert pris for pasienter for øvrig. Overlegen Landinfo snakket med understreket imidlertid at ikke alle med behov for behandling faktisk oppsøkte og/eller fikk det. Videre fantes det den gang to spesialiserte behandlingstilbud for diabetikere med synsskader eller indremedisinske komplikasjoner som følge av diagnosen. Spesialisthelsetilbudet var imidlertid begrenset.

I en studie fra Kinshasa fra 2006 påpekes det at 80 prosent av den urbane befolkningen har en årsinntekt som tilsvarer noe over 100 USD. En enkelt dialysebehandling koster minst 100 USD for den enkelte pasient, og er derfor ikke et

---

<sup>17</sup> Tidligere studier viser at forventet levealder for barn født med diabetes type 1 i rurale strøk i Mosambik er syv måneder (2005) og at dødeligheten er ekstremt høy andre steder i Afrika. I Mali lå dødeligheten hos barn med type 1 på 50 prosent i 1999. Innen 2004 var alle barna som deltok i undersøkelsen i Mali døde (IDF 2006, s. 15).

<sup>18</sup> Den største dødsårsaken var diabetesforårsaket ketoacidosis/syreforgiftning. Se også De Clerck & Bucci (2008).

reelt alternativ for det store flertallet av dem som behøver slik behandling<sup>19</sup> (Krziesinski, Sumaili & Cohen 2006).

### **5.3 SOSIALE FORHOLD**

De Clerck & Bucci (2008), som arbeider med diabetespasienter i DRC, skriver at unge mennesker med diabetes møter en rekke sosiale utfordringer i tillegg til manglende tilgang på riktige legemidler og behandling. Diabetes oppfattes gjerne som en “mystisk sykdom”, forårsaket av noens trolldom. I jakten på å finne den som har forårsaket sykdommen, oppstår det i mange tilfeller konflikter som kan føre til at barn blir avvist og forlatt fordi lokalsamfunnet anser dem som forhekset.

---

<sup>19</sup> Nyreskade og nyresvikt er en vanlig komplikasjon/senskade for diabetikere, hvis sannsynlighet øker uten adekvat behandling. Nyresvikt kan behandles med dialyse (flere ganger i uka) eller nyretransplantasjon. Av 400 pasienter som ble innlagt grunnet nyreskade på det akademiske sykehuset i Kinshasa, hadde 78 prosent allerede langt fremskreden nyreskade – såkalt “stage 5/end stage of chronic kidney disease”. Bare 11 prosent av dem hadde råd til dialysebehandling – resten døde raskt (Krziesinski, Sumaili & Cohen 2006).

## 6. REFERANSER

### Skriftlige kilder

- Bailey, S. (2011, juli). *Humanitarian action, early recovery and stabilisation in the Democratic Republic of Congo*. London: Humanitarian Policy Group, Overseas Development Institute. Tilgjengelig fra <http://www.odi.org.uk/resources/docs/7239.pdf> [lastet ned 15. mai 2012]
- BBC (2011, 22. november). Explore DR Congo in maps and graphs. *BBC*. Tilgjengelig fra <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-15722799> [lastet ned 15. mai 2012]
- Bird, C. (2012, 17. februar). 'Congo-Kinshasa: The Silent Cost of Child Malnutrition'. *Guardian Global Development Network*. Tilgjengelig via AllAfrica <http://allafrica.com/stories/201202171371.html> [lastet ned 15. mai 2012]
- CIA World Fact Book (sist endret 27. april 2012). *Africa: Congo, Democratic Republic of the*. Washington, DC: CIA. Tilgjengelig fra <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cg.html> [lastet ned 15. mai 2012]
- De Clerck, M. & Bucci, R. (2008, desember). "The extraordinary challenges faced by young people with diabetes in the Democratic Republic of Congo". *Diabetes Voice*, 53(3). Tilgjengelig fra [http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2008\\_3\\_De%20Clerck\\_Bucci.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2008_3_De%20Clerck_Bucci.pdf) [lastet ned 15. mai 2012]
- Diabetesforbundet (u.å.). *Fakta om diabetes*. Oslo: Diabetesforbundet. Tilgjengelig fra [http://www.diabetes.no/no/Om\\_diabetes/](http://www.diabetes.no/no/Om_diabetes/) [lastet ned 15. mai 2012]

Artikkelen ble første gang publisert 21. oktober 2008, men har siden da blitt oppdatert flere ganger, siste gang 23. januar 2012.
- Foreign Policy (2011). The failed states index 2011. *Foreign Policy*. Tilgjengelig fra <http://www.foreignpolicy.com/failedstates> [lastet ned 15. mai 2012]
- Global Fund, dvs. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2012, mai). *Congo (Democratic Republic)*. Geneve: Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Tilgjengelig fra <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/ZAR> [lastet ned 15. mai 2012]
- Gouby, M. (2012, 8. mars). Congo-Kinshasa: Cholera Epidemic Threatens Goma. *Radio Netherlands Worldwide*. Tilgjengelig via AllAfrica <http://allafrica.com/stories/201203081121.html> [lastet ned 15. mai 2012]
- HivNorge (u.å.a) *Hva er aids?* Oslo: HivNorge. Tilgjengelig fra <http://www.hivnorge.no/id/184> [lastet ned 15. mai 2012]

- HivNorge (u.å.b). *Hva er hiv?* Oslo: HivNorge. Tilgjengelig fra <http://www.hivnorge.no/id/150> [lastet ned 15. mai 2012]
  - HivNorge (u.å.c) *Hvordan behandler man en hivinfeksjon?* Oslo: HivNorge. Tilgjengelig fra <http://www.hivnorge.no/id/85> [lastet ned 15. mai 2012]
  - HivNorge (u.å.d). *Slik smitter hiv.* Oslo: HivNorge. Tilgjengelig fra <http://www.hivnorge.no/id/75> [lastet ned 15. mai 2012]
  - Home Office, UK (2012, 9. mars). *Country of Origin Information Report - The Democratic Republic of Congo.* London: Home Office, UK. Tilgjengelig via Refworld <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4f5dbb9b2.html> [lastet ned 15. mai 2012]
  - IDF, dvs. International Diabetes Federation (2011). *IDF Diabetes Atlas. The Global Burden.* Brussel: IDF. Tilgjengelig fra <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden> [lastet ned 15. mai 2012]
  - IDF (2006, november). *The diabetes declaration and strategy for Africa: A call to action and plan of action to prevent and control diabetes and related chronic diseases.* Brussel: IDF. Tilgjengelig fra [http://www.idf.org/webdata/docs/Diabetes%20Declaration%20&%20Strategy%20for%20Africa\\_full.pdf](http://www.idf.org/webdata/docs/Diabetes%20Declaration%20&%20Strategy%20for%20Africa_full.pdf) [lastet ned 15. mai 2012]
  - IDF (u.å.). “*Democratic Republic of Congo*”. Brussel: IDF. Tilgjengelig fra <http://www.idf.org/lifeforachild/countries/democratic-republic-congo> [lastet ned 15. mai 2012]
  - IFPRI, dvs. International Food Policy Research Institute (2011, oktober). *2011 Global Hunger Index The Challenge of Hunger: Taming Price Spikes and Excessive Food Price Volatility.* Washington, DC: IFPRI. Tilgjengelig fra <http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ghi11.pdf> [lastet ned 15. mai 2012]
  - IOM (2009, 17. november). *Returning to the Democratic Republic of Congo. Country Information.* Geneve: IOM. Tilgjengelig fra <http://irrico.belgium.iom.int/images/stories/documents/congo%20edited.pdf> [lastet ned 11. juni 2012]
  - Irin Plus News (2011, 1. desember). HIV/AIDS: Feeling the pinch. *Irin Plus News.* Tilgjengelig fra <http://www.plusnews.org/Report/94363/HIV-AIDS-Feeling-the-pinch> [lastet ned 15. mai 2012]
  - Katchunga, P., Masumbukob, B., Belmac, M., Kashongwe Munogoloa, Z., Hermansd, M. P., & M’Buyamba-Kabangue, J. R. (2012, 6. april). “Age and living in an urban environment are major determinants of diabetes among South Kivu Congolese adults”. *Diabetes and Metabolism.* Tilgjengelig via <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1262363612000444>
- Kun utdrag av artikkelen er tilgjengelig på nett, full tilgang må kjøpes.
- Krzesinski, J. M., Sumaili, K. E., & Cohen, E. (2006). “How to tackle the avalanche of chronic kidney disease in sub-Saharan Africa: the situation in the Democratic Republic of Congo as an example”. *Nephrology Dialysis*

*Transplantation*, 22(2),332-335. Tilgjengelig fra <http://ndt.oxfordjournals.org/content/22/2/332.full>

- Landguiden. *DRC: Sociala förhållanden*. Stockholm: Utrikespolitiska Institutet. Tilgjengelig fra <http://www.landguiden.se/Lander/Afrika/KongoKinshasa/Sociala-Forhallanden> [Elektronisk abonnementsstjeneste, lastet ned 14. april 2012]

Korte utdrag er tilgjengelig uten brukernavn og passord.

- Landinfo & Udlændingesservice (2007, mars). *Familieret og verifikation af dokumenter samt behandlingsmuligheder m.m. i den Demokratiske Republik Congo (DRC)*. København: Udlændingesservice. Tilgjengelig fra [http://landinfo.no/asset/564/1/564\\_1.pdf](http://landinfo.no/asset/564/1/564_1.pdf) [lastet ned 11. juni 2012]
- Leger uten grenser (u.å.). *Kronisk krise i den Demokratiske Republikken Kongo*. Oslo: Leger uten grenser. Tilgjengelig fra <http://www.legerutengrenser.no/Glemte-kriser/10-Glemte/Kronisk-krise-i-Den-demokratiske-republikken-Kongo> [lastet ned 15. mai 2012].
- MSF (2011, juli). *Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions, 14th Edition*. Geneve: MSF. Tilgjengelig via <http://utw.msfacecess.org/> [lastet ned 11. juni 2012]
- MSF UK, dvs. Médecins sans Frontières United Kingdom (2012, 25. januar). *DRC: 85 percent of AIDS patients deprived of treatment*. London: Médecins sans Frontières. . Tilgjengelig fra [http://www.msf.org.uk/DRC\\_AIDS\\_treatment\\_deprived\\_20120125.news](http://www.msf.org.uk/DRC_AIDS_treatment_deprived_20120125.news) [lastet ned 15. mai 2012]
- Muyer, M. T., Buntinx, F., Mapatano, M. A., De Clerck, M., Truyers, C. and Muls, E. (2010). "Mortality of young patients with diabetes in Kinshasa, DR Congo". *Diabetic Medicine*, 27(4), 405–411. Tilgjengelig via: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-5491.2010.02961.x/abstract;jsessionid=D303C2C48AAD39762FD5FEA46D3ED2E8.d02t02?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage> [lastet ned 15. mai 2012]

Kun utdrag av artikkelen er tilgjengelig på nett, full tilgang må kjøpes.

- PNAM, dvs. Programme National D'Approvisionnement en Medicaments Essentiels (2007, juli). *Enquete sur les prix des medicaments en Republique Democratique du Congo*. [Undersøkelse av legemiddelpriser i den Demokratiske Republikken Kongo]. Kinshasa: WHO & PNAM, Ministere de la Sante Publique. Tilgjengelig fra [http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200707DRC/sdocs/survey\\_report.pdf](http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200707DRC/sdocs/survey_report.pdf) [lastet ned 15. mai 2012]
- Refugees International (2010, 28. juni). *DR Congo: Emergency Response to Sexual Violence Still Essential*. Washington, DC: Refugees International. Tilgjengelig fra <http://www.refugeesinternational.org/policy/field-report/drc-emergency-response-sexual-violence-still-essential> [lastet ned 15. mai 2012]
- Sumaili, E. K., Krzesinski, J. M., C. V. Zinga, E. P. Cohen, Delanaye, P., Munyanga, S. M. & Nseka, N. M. (2008). "Prevalence of chronic kidney

- disease in Kinshasa: results of a pilot study from the Democratic Republic of Congo”. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 24(1), 117-122. Tilgjengelig fra <http://ndt.oxfordjournals.org/content/24/1/117.full> [lastet ned 13. mai 2012]
- Trefon, T. (2011, 21. november). Failed state: Can DR Congo recover? *BBC*. Tilgjengelig fra <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-15775445> [lastet ned 15. mai 2012]
  - Ulimwengu, J., Roberts, C., & Randriamamonjy, J. (2012, januar). *Resource-Rich Yet Malnourished Analysis of the Demand for Food Nutrients in the Democratic Republic of Congo*. Washington, DC: IFPRI. Tilgjengelig fra <http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ifpridp01154.pdf> [lastet ned 15. mai 2012]
  - UNAIDS (2009). *Democratic Republic of Congo. Country Situation 2009*. Geneve: UNAIDS. Tilgjengelig fra [http://www.unaids.org/ctrysa/AFRCOD\\_en.pdf](http://www.unaids.org/ctrysa/AFRCOD_en.pdf) [lastet ned 15. mai 2012]
  - UNAIDS (2010a, 31. mars). *2010 Rapport National UNGASS République Démocratique du Congo. Période considérée : janvier 2008 – décembre 2009*. Geneve: UNAIDS. Tilgjengelig fra [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/progressreports/2010countries/democraticrepublicofthecongo\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/progressreports/2010countries/democraticrepublicofthecongo_2010_country_progress_report_fr.pdf) [lastet ned 15. mai 2012]
  - UNAIDS (2010b). *Report on global AIDS epidemic 2010*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra [http://www.unaids.org/globalreport/global\\_report.htm](http://www.unaids.org/globalreport/global_report.htm) [lastet ned 15. mai 2012]
  - UNAIDS (u.å.). *Democratic Republic of the Congo*. Geneve: UNAIDS. Tilgjengelig fra <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/democraticrepublicofthecongo/> [lastet ned 15. mai 2012]
  - UNDP (2011). *Human Development Report 2011. Sustainability and Equity: A better future for all*. New York: UNDP. Tilgjengelig fra [http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2011%20Global%20HDR/English/HDR\\_2011\\_EN\\_Complete.pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2011%20Global%20HDR/English/HDR_2011_EN_Complete.pdf) [lastet ned 15. mai 2012]
  - UN Secretary General (2010, 30. mars). *Thirty-first report of the Secretary-General on the United Nations Organization Mission in the Democratic Republic of the Congo*. New York: UN Security Council. Tilgjengelig via Refworld <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4e7c5d0b2.html> [lastet ned 15. mai 2012]
  - UN Secretary General (2012, 26. januar). *Report of the Secretary-General on the United Nations Organization Stabilization Mission in the Democratic Republic of the Congo*. New York: UN Security Council. Tilgjengelig via Refworld <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4fbc2bef2.html> [lastet ned 15. mai 2012]
  - USAID (2010, september). *Democratic Republic of Congo Hiv/aids health profile*. Washington, DC: USAID. Tilgjengelig via <http://rhin.org/documents/HIV->

[AIDS Health Profile Democratic Republic of Congo English.pdf](#) [lastet ned 20. juni 2012]

- WFP (u.å.). *Congo, Democratic Republic of. Overview*. Roma: WFP. Tilgjengelig fra <http://www.wfp.org/countries/Congo--Democratic-Republic-Of/Overview> [lastet ned 15. mai 2012]
- WHO (2006). *Prevention of blindness from diabetes mellitus. Report of a WHO consultation in Geneva, Switzerland, 9-11 November 2005*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/blindness/Prevention%20of%20Blindness%20from%20Diabetes%20Mellitus-with-cover-small.pdf> [lastet ned 15. mai 2012]
- WHO (2009, november). *Rapid advice. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra [http://www.who.int/hiv/pub/arv/rapid\\_advice\\_art.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/arv/rapid_advice_art.pdf) [lastet ned 15. mai 2012]
- WHO (2011a, august). *Diabetes. Fact sheet N°312*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html> [lastet ned 15. mai 2012]
- WHO (2011b). *Global Tuberculosis Control Report 2011*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2011/gtbr11\\_full.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf) [lastet ned 15. mai 2012]
- WHO (2011c). *World health statistics 2011*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf) [lastet ned 15. mai 2012]
- WHO (2012a, mars). *Tuberculosis. Fact Sheet no. 104*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/> [lastet ned 15. mai 2012]
- WHO (2012b). *World health statistics 2012*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra [http://who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2012/en/](http://who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/) [lastet ned 30. mai 2012]
- WHO (u.å.). *Democratic Republic of Congo*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra [https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO\\_HQ\\_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=CD&outtype=html](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=CD&outtype=html) [lastet ned 15. mai 2012]

Tallene i rapporten er hentet fra 2009 til 2010.

- WHO, UNAIDS & UNICEF (2011). *Global HIV/AIDS Response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access 2011*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130\\_UA\\_Report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130_UA_Report_en.pdf) [lastet ned 15. mai 2012]
- WHO, UNICEF, UNFPA & World Bank (2012). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. Geneve: WHO. Tilgjengelig via



<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/index.html> [lastet ned 30. mai 2012]

### **Muntlige kilder**

- HivNorge. Telefonsamtale 2. desember 2009.
- Internasjonal diplomat i Kinshasa. E-postutveksling mai 2012.
- Ormaasen, Vidar. Avdelingsoverlege ved infeksjonsmedisinsk avdeling ved Ullevål universitetssykehus. E-post 27. oktober 2009.
- PNAM, Directeur adjoint du Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels. E-post 17. april 2012.
- Solhjell, Randi, DR Kongo-forsker ved NUPI og PhD-kandidat ved London School of Economics. Kontakt via sosiale medier mars 2012.