

Temanotat

Somalia: Behandlingsmuligheter og medikamenter



Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon (Landinfo) skal som faglig uavhengig enhet innhente og analysere informasjon om samfunnsforhold og menneskerettigheter i land som Utlendingsdirektoratet (UDI), Utlendingsnemnda (UNE) og Justis- og beredskapsdepartementet har behov for kunnskap om.

Landinfos rapporter og temanotater er basert på opplysninger fra både åpne og anonyme kilder. Opplysningene er innsamlet og behandlet i henhold til kildekritiske standarder.

Informasjonen 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 omtales.

© Landinfo 2014

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

E-post: landinfo@landinfo.no

www.landinfo.no

SUMMARY

Public health and standard of care in Somalia is among the worst in sub-Saharan Africa, due to years of conflict, widespread poverty and natural disasters. There is no health insurance system in the country. The public hospitals and health centers are funded, managed and partially staffed by international or local organizations. A lack of effective coordination and control within the healthcare sector has contributed to inequality in access to basic health services. Poor security in some areas and lack of access to different parts of the country have also contributed to the fact that urban and secure areas have benefitted the most from investments in health care projects.

SAMMENDRAG

Folkehelsen og standarden på helsetjenestene i Somalia er blant de aller verste i Afrika sør for Sahara, på grunn av årelang konflikt, utbredt fattigdom og naturkatastrofer. Et helseforsikringssystem finnes ikke i noen deler av landet. De offentlige sykehusene og helsestasjonene er finansiert, styrt og delvis bemannet av internasjonale eller lokale organisasjoner. Det skorter på effektiv samordning og regulering innen helsesektoren, og dette har bidratt til ulikheter i tilgangen til grunnleggende helsetjenester mellom by og land, og mellom ulike fylker. Dårlig sikkerhet og manglende tilgang til ulike deler av landet har også bidratt til at urbane og sikre områder drar mest nytte av tiltak fra frivillige organisasjoner og private tilbydere.

INNHold

| | |
|--|-----------|
| 1. Innledning | 5 |
| 2. Fattigdom og folkehelse | 5 |
| 3. Helsefakta for Somalia..... | 6 |
| 3.1 Leger og helsepersonell..... | 8 |
| 4. Tilgang til helsetjenester og behandlingsmuligheter | 8 |
| 4.1 Tilgang til medikamenter..... | 10 |
| 4.2 Kvalitetssikring av legemidler..... | 11 |
| 4.3 Kostnader for helsetjenester | 12 |
| 4.4 Medisinsk utstyr | 12 |
| 4.5 Lik tilgjengelighet for alle? | 12 |
| 5. Helsetjenester i Mogadishu | 12 |
| 5.1 Spesialisthelsetjenester | 13 |
| 6. Helsetjenester i andre byer og på landsbygda i Sør/Sentral-Somalia | 14 |
| 6.1 Tilgang til helsetjenester i områder kontrollert av al-Shabaab | 14 |
| 7. Behandling av diabetes | 14 |
| 8. Behandling av høyt blodtrykk | 15 |
| 9. Behandling av hepatitt..... | 16 |
| 10. HIV/AIDS | 16 |
| 11. Psykisk helsevern | 17 |
| 12. Referanser | 20 |

1. INNLEDNING

Dette temanotatet omhandler behandlingsmuligheter og tilgang på legemidler for tilstander som diabetes, høyt blodtrykk, hepatitt og hiv/aids. Statistikk knyttet til demografi og helse i Somalia, er sammenlignet med tilsvarende tall for naboland og Norge. Notatet bygger på offentlig tilgjengelig informasjon i form av trykte publikasjoner og nettpublikasjoner, og på intervjuer med fagpersoner og internasjonale organisasjoner i Nairobi og Mogadishu i november 2013. Notatet har fokus på situasjonen i Sør/Sentral-Somalia og berører i mindre grad forholdene i utbryterrepublikken Somaliland.

Kildetilfanget er relativt begrenset, og deler av informasjonen i notatet bærer preg av det. Det er verdt å merke seg at både den skriftlige informasjonen og de internasjonale representantene som beskriver forholdene i helsesektoren i Somalia, er svært negative i sin omtale. Det er ingen tvil om at tilstanden er kritikkverdig på en lang rekke områder. Behandlingsmulighetene for en rekke tilstander og alvorlige sykdommer er ikke-eksisterende, men antibiotika og legemidler for vanlige tilstander som høyt blodtrykk og diabetes, er generelt tilgjengelige¹ i Somalia.

I notatet brukes begrep som basishelsetjeneste og andre- og tredjelinjebehandling/tjeneste. Helsetjenesten i Norge er delt inn i primærhelsetjenesten, også kalt førstelinjetjenesten, og sekundærhelsetjenesten, kalt andrelinjetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Dette omfatter både spesialister og sykehus i motsetning til primærhelsetjenesten som er pasientens første kontaktpunkt, det vil si helsetjenestens førstelinje. Uttrykket tredjelinjetjenesten brukes som en beskrivelse på universitetssykehusene. I beskrivelsen av forholdene i Somalia brukes begrepet basistjenester om informasjonsformidling om helse og forebygging av sykdom, god ernæring, rent vann og grunnleggende sanitære forhold, oppfølging av mødre og barn, vaksinasjonsprogrammer og behandling av vanlige sykdommer (luftveisinfeksjoner, mage-tarm-infeksjoner etc.) og skader. Sekundær- og tredjelinjetjenester er spesialisttjenester.

2. FATTIGDOM OG FOLKEHELSE

På grunn av årelang konflikt, utbredt fattigdom og hyppige tørkekatastrofer er folkehelsen og standarden på helsetjenestene i Somalia blant de aller dårligste i Afrika sør for Sahara. Ifølge data fra Verdens helseorganisasjon er forventet levealder i Somalia 50 år (WHO 2014a). Til sammenligning er forventet levealder i nabolandet Kenya 60 år. Dødeligheten for barn under fem år er 180 per 1000, i Kenya 73, og det regionale gjennomsnittet er 58 per 1000 (WHO 2014a; b; 2013).²

¹ Med generelt tilgjengelig menes at medikamentene høyst sannsynlig finnes i hovedstaden og andre større byer. På landsbygda derimot vil situasjonen være annerledes.

² UNICEF rapporterte i 2011 at de viktigste grunnene til dødeligheten blant barn under fem år, er akutte luftveisinfeksjoner, inkludert lungebetennelse, diaré, medfødte misdannelser og innvollsparasitter (Ministry of Human Development and Public Services. Directorate of Health u.å.).

Dødeligheten blant fødende er også svært høy: 1000 per 100 000 sammenlignet med 360 i Kenya og det regionale gjennomsnittet på 480.

Myndighetenes strategiske helseplan for 2013-2016 sier at:

[...] the major determinants of population health are poverty, lack of security, lack of access to health services, poor nutritional status of the population, the low status of women and high rates of female genital mutilation, high fertility, low immunization rates, lack of access to potable water and safe sanitation, poor health behaviors and - increasingly - unhealthy life styles (Ministry of Human Development and Public Services. Directorate of Health u.å., s. 5)

Fattigdom, lavt utdanningsnivå og analfabetisme påvirker folkehelsen fordi fattige generelt mangler kunnskap om sykdommer og forebygging.³ De har ofte også en høyere terskel enn andre for å oppsøke lege og helsetjeneste. Dette skyldes blant annet kostnader slike besøk påfører familien eller den enkelte.⁴ Dermed reduseres muligheten til å forebygge sykdom. Med fattigdom følger ofte også feil- og underernæring, som ytterligere reduserer den enkeltes immunforsvar, og dermed øker sannsynligheten for sykdom.⁵

En kartlegging som ble gjennomført i regi av FN i 2002, viste at 95 prosent av byfolk, og 60 prosent av den nomadiske befolkningen og folk på landsbygda, hadde tilgang til en eller annen form for helsetjeneste (World Bank & UNDP 2003). Kun en tredjedel av folk utenfor byene hadde imidlertid råd til å bruke de eksisterende tilbudene, mens mer enn halvparten av bybefolkningen hadde tilsvarende mulighet (se kapittel 4).

3. HELSEFAKTA FOR SOMALIA

Somalia hadde et offentlig helsevesen før 1991, men borgerkrigen og konfliktene i kjølvannet av den, raserte dette tilbudet. Sykehus og andre helseinstitusjoner ble plyndret, og bygningene ble tatt i bruk som boliger av internt fordrevne og andre husløse. Myndighetene i Sør-Somalia tilbyr i dag enkelte basistjenester, det vil si vaksinasjon og grunnleggende helsetjeneste for mødre og barn. Et helseforsikringssystem finnes ikke i noen deler av landet. De offentlige sykehusene

³ Utdanningsnivået i Somalia er lavt, og en stor andel av kvinnene har overhodet ingen skolegang. Lese- og skriveferdighetene for voksne er på landsbasis anslått til ca. 25 prosent. Ca. 23 prosent av barn i grunnskolepliktig alder er i skole. Det er en klar sammenheng mellom kvinnens utdanningsnivå og adferd knyttet til helse, omsorgsevne for barn og fruktbarhet (Ministry of Human Development and Public Services. Directorate of Health u.å.).

⁴ Manglende kommunikasjonsmidler er en vesentlig hindring for å komme til helsetjenester, og henger nøye sammen med sikkerhetssituasjonen i det aktuelle området. Offentlig transport er stort sett ikke-eksisterende, særlig i fjerntliggende områder (Ministry of Human Development and Public Services. Directorate of Health u.å.).

⁵ Tilgang til rent drikkevann og trygge sanitærforhold er begrenset. 29 prosent av befolkningen har tilgang til rent vann. 37 prosent bruker en eller annen form for sanitæranlegg (toalett, latrine eller lignende). Tilgang til såpe og håndvask varierer særlig mellom byfolk og folk på landsbygda.. Urent drikkevann, dårlige sanitære forhold og dårlig hygiene er indirekte ansvarlig for ett av fem dødsfall blant barn under fem år (Ministry of Human Development and Public Services. Directorate of Health u.å.).

og helsestasjonene er finansiert, styrt og delvis bemannet av internasjonale eller lokale organisasjoner.

Det skorter på effektiv samordning og regulering innen helsesektoren, og dette har bidratt til ulikheter i tilgangen til grunnleggende helsetjenester mellom by og land, og mellom ulike fylker (Eng 2013; Capobianco & Naidi 2011). Dårlig sikkerhet og manglende tilgang til ulike deler av landet har også bidratt til at urbane og sikre områder drar mest nytte av tiltak fra frivillige organisasjoner og private tilbydere.

Det finnes åtte henvisningssykehus, ti regionale sykehus og 26 distriktssykehus i Sør-Somalia, men ingen av dem kan tilby spesialisttjenester av betydning. Det er dessuten 198 helsesentre/mødre-barn-klinikker som tilbyr basistjenester. I tillegg finnes det 269 helsestasjoner som skal kunne gi et minimumstilbud for lokalbefolkningen, men mange av dem er ikke operative (Ministry of Human Development and Public Services. Directorate of Health u.å., s. 21).



Daynile sykehus i bydelen Daynile i Mogadishu.

Nødhjelpsprosjekter innen ernæring, bekjempelse av polio, tuberkulose- og malariakontroll, vaksinasjon og hiv/aids, drives av internasjonale hjelpeorganisasjoner. Dessuten har den private, uregulerte helsesektoren vokst betydelig i fraværet av offentlige tjenester. I 1997 ble det anslått at 90 prosent av all behandling, ble gitt av private aktører (WHO 2006).

De føderale myndighetene i Mogadishu (og giverland) bruker i snitt tre amerikanske dollar – ca. 20 norske kroner, per innbygger per år til helse (Ministry of Human Development and Public Services. Directorate of Health u.å.). 70-80 prosent av

helsekostnadene dekkes av pasienten selv.⁶ I Kenya brukes ca. 200 kroner og i Norge ca. 35 000 kroner per person (WHO 2013).

Administrasjonene i utbryterrepublikken Somaliland og føderalstaten Puntland bevilger også midler til helsesektoren. I 2012 utgjorde dette 3 prosent av Somalilands budsjett og under halvannen prosent av Puntlands budsjett, og det meste går til lønn (Tiilikainen 2012; Geopolicity 2012, s. 65). I andre deler av Somalia er disse tjenestene tungt subsidiert av lokalsamfunn, internasjonale hjelpeorganisasjoner eller islamske stiftelser (WHO 2006).

3.1 LEGER OG HELSEPERSONELL

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO 2014a) er det 0,4 leger per 10 000 innbyggere i Somalia. Tallet for Kenya er 1,8 (WHO 2013), og det regionale gjennomsnittet er 10,8 (i Norge er tallet 41,6). Antall sykepleiere og jordmødre er 1,1 per 10 000 (i Kenya er tallet 7,9, og i Norge 319,3).⁷ Ifølge internasjonale representanter som arbeider med helse spørsmål i Somalia, mangler dessuten helsesektoren kvalifisert personell som kan bruke avansert medisinsk utstyr som dialysemaskiner med mer (intervju i Nairobi, 15. november 2013).

Det er syv private legeutdanningsinstitusjoner i Sør- og Sentral-Somalia, syv sykepleieskoler og en offentlig jordmorskole (Ministry of Human Development and Public Services. Directorate of Health u.å.).

4. TILGANG TIL HELSETJENESTER OG BEHANDLINGSMULIGHETER

Anslagsvis 95 prosent av bybefolkningen i Somalia og 60 prosent av befolkningen på landsbygda (nomader og jordbrukere), hadde ifølge en undersøkelse fra 2002, tilgang til en eller annen type helseinstitusjon i en avstand på 1,3 til 2,4 km fra hjemstedet (World Bank & UNDP 2003). Denne undersøkelsen er mer enn ti år gammel, og det har vært til dels betydelige endringer i situasjonen i deler av landet på grunn av lokale konflikter og naturkatastrofer som tørke og flom. Hundretusener er i løpet av det siste tiåret blitt drevet på flukt og har mistet sitt levebrød. Samme undersøkelse viste at ca. 63 prosent av bybefolkningen og 36 prosent av folk på landsbygda, hadde råd til å bruke de helsetilbudene som fantes.⁸ Det er ikke grunn til å tro at disse tallene er vesentlig endret siden 2002, og det innebærer at en betydelig andel av befolkningen ikke har reell tilgang til helsetjenester. Internt fordrevne har gjennomgående dårligere levekår enn andre, og for mange av dem er mangel på helsetilbud et alvorlig problem (Radio Ergo 2014). Selv om kostnadene sett i et norsk

⁶ I perioden 2007-2009 ga ulike giverland anslagsvis 100 millioner amerikanske dollar eller ca. 700 millioner norske kroner årlig til den somaliske helsesektoren. Det finnes ikke tall for andelen som gikk til Sør- og Sentral Somalia (Ministry of Human Development and Public Services. Directorate of Health u.å., s. 24).

⁷ I Somaliland er det ifølge lokale myndigheter ca. 100 leger og et tilsvarende antall jordmødre i privat og offentlig sektor. I 2011 var det 15 sykehus, 87 mødre- og barnklinikker og 165 helsestasjoner i dette området (Ministry of Health, Somaliland 2011).

⁸ Undersøkelsen viste at 88 prosent av alle fødsler i 2001 skjedde hjemme uten bistand fra helsepersonell, og ca. 9 prosent av fødslene var på sykehus.

eller regionalt perspektiv er lave, er de betydelige ikke bare for internt fordrevne, men også for den øvrige lokalbefolkningen.

Helseinstitusjonene som finnes er mødre- og barnklinikker og sykehus i byene, og helsestasjoner og mødre- og barnklinikker på landsbygda. I tillegg er det medisinsalg, mobile klinikker og private klinikker.

Tilbudene ved de ulike helseinstitusjonene er primært basishelsetjenester, og ifølge representanter for ulike internasjonale organisasjoner som arbeider med helseproblemer i Somalia, er spesialisthelsetjenesten svært begrenset i alle deler av landet (intervjuer i Mogadishu og Nairobi, november 2013). Enkelte privatklinikker kan ha spesialister, men det finnes ingen uttømmende oversikt over standarden og hvilke tjenester som faktisk finnes. Helsetjenestene i Somalia drives enten av eller med betydelig støtte fra ulike hjelpeorganisasjoner. Da Leger uten grenser (MSF) besluttet å trekke seg ut av Somalia i august 2013, sto innbyggerne i en rekke byer i fare for å miste et viktig helsetilbud: I 2012 hadde organisasjonen mer enn 624 000 konsultasjoner og henviste 41 100 pasienter til sykehus.⁹

Standarden ved sykehusene varierer. Shifa-sykehuset i Mogadishu, som drives av den tyrkiske organisasjonen Doctors Worldwide Turkey, anses å ha god standard. Det samme gjelder Zam Zam-sykehuset som drives av en annen tyrkisk hjelpeorganisasjon; Humanitarian Relief Foundation, IHH. Ved Zam Zam utføres forøvrig grå stær-operasjoner. Digfer-sykehuset i Mogadishu, som er rehabilitert med tyrkisk bistand, skal etter planen åpnes i april 2015 (Republic of Turkey. Ministry of Foreign Affairs 2014). Dette skal være et moderne sykehus som kan tilby avansert behandling, men vil etter alt å dømme bli et tilbud for dem som kan betale (intervju i Mogadishu 15. november 2013).



Madina-sykehuset i bydelen Madina i Mogadishu.

⁹ Hjelpeorganisasjonene Cesvi (Italia) og International Medical Corps overtok driften av sykehuset i Beled Weyne, Hiran etter Leger uten grenser (Nimkar 2014). Det er uklart om andre hjelpeorganisasjoner har overtatt driften av (de andre) tiltakene Leger uten grenser hadde i andre byer.

4.1 TILGANG TIL MEDIKAMENTER

Tilgangen til legemidler påvirkes av minst fire faktorer: rasjonelt utvalg, overkommelige priser, bærekraftig finansiering og et pålitelig helsesystem (Myhr 2011).

Vi har ikke oversikt over alle legemidler som er tilgjengelige i Somalia. Det er ikke utarbeidet en liste over såkalte essensielle legemidler i landet siden 2003 (WHO 2007),¹⁰ men sannsynligvis kan de fleste vanlige legemidlene skaffes i hovedstaden. Det er også mulig at slike medikamenter kan fås ellers i landet, men det er ingen myndighet som sikrer stabil tilgang eller påser at lagringsforholdene er korrekte.

Prisen på legemidlene er en annen faktor som påvirker tilgjengelighet til legemidler. Myhr (2011) peker på at det på verdensbasis ikke er samsvar mellom pris og betalingsevne. Han hevder med utgangspunkt i en rekke studier at tiltak som rettferdig prissetting og differensiert prissetting stort sett ikke har kommet lenger enn til skrivebordsstadiet, og at legemidlene i fattige land derfor er dyre for majoriteten av befolkningen, både i absolutt pris og sett i forhold til kjøpekraften. Prisnivået på medisiner i Somalia er markedsstyrt, og fordi det ikke er et fungerende offentlig helsevesen hvor medisiner kan subsidieres, må kostnadene dekkes av pasienten. Unntaket er medisiner som gis i regi av hjelpeorganisasjoner som del av et behandlingsprogram. Prisnivået ligger etter alt å dømme en del under det norske fordi det generelt er dyrere å drive butikk i Norge enn i Somalia. Uansett vil kjøp av medisiner innebære en betydelig økonomisk belastning for svært mange. En konsultasjon hos helsepersonell koster 2-3 amerikanske dollar eller 12-20 norske kroner. I et land hvor mer enn 40 prosent av befolkningen i byområdene lever i ekstrem fattigdom, det vil si på mindre enn én amerikansk dollar, eller ca. syv norske kroner om dagen, kan valget stå mellom mat eller helse.

WHO (2011, s. 1) sier i en rapport om legemidler, tilgang og priser at:

High medicine prices increase the cost of treatment. For example, treatment of an adult respiratory infection with a 7-day course of treatment with ciprofloxacin would cost the lowest-paid government worker over a day's wage in most countries. Costs escalate when originator brands are used: the same treatment would cost the lowest-paid unskilled government worker over 10 days' wages in the majority of the countries studied; in Armenia and Kenya, over a month's salary would be needed to purchase this treatment. Additional problems of affordability face people living with chronic diseases due to the lifelong nature of treatment and the frequent need for combination therapy.

Somalia er intet unntak, og alvorlige sykdommer som kreft, hjertesykdommer, hiv/aids, schizofreni, psykoser og andre alvorlige psykiske lidelser, kan ifølge representanter for ulike internasjonale organisasjoner som er engasjert i helsearbeid i

¹⁰ Ikke alle legemidler er like viktige. Verdens helseorganisasjon (WHO 2002) definerer essensielle legemidler som de «som tilfredsstiller de prioriterte helsebehovene til en befolkning». Man mener at rundt 400 ulike substanser er tilstrekkelig for å forebygge og behandle de fleste vanlige sykdommer. De kan brukes til å behandle en rekke ulike bakterielle infeksjonssykdommer, malaria, innvollsorm og andre parasitter, lokalbedøvelse, angstlidelser, psykoser, smerter, høyt blodtrykk, epilepsi, krampetilstander, kvalme, astma, allergier, giktsykdommer, oppkast og diaré. WHO's liste over essensielle legemidler omfatter både eldre substanser som ikke lenger er patentbeskyttet og nyere patentbeskyttede legemidler.

Somalia, ikke behandles på en adekvat måte fordi man mangler spesialister (intervjuer i Nairobi og Mogadishu, november 2013). De fleste private legemiddelimportørene kjøper heller ikke inn legemidler for slike sykdommer fordi de er kostbare og betalingsevnen er begrenset hos flertallet av pasientene. Diabetes og høyt blodtrykk derimot behandles på medisinsalg, men farmasøyter finnes knapt, og medikamentene selges reseptfritt over disk, med risiko for feilmedisinering. Pasienter med penger og forbindelser kan skaffe det meste som ikke finnes i landet, enten fra Kenya eller et annet land.

4.2 KVALITETSSIKRING AV LEGEMIDLER

Det finnes ingen offentlig – eller privat – legemiddelkontroll i Somalia, og det farmasøytiske markedet styres av lokale importører.¹¹ Hvorvidt medisiner virker som de skal, avhenger blant annet av riktig merking, riktig oppbevaring på utsalgssted, tilfredsstillende oppbevaring under frakt og kjennskap til og etterlevelse av medikamentets holdbarhetsdato.

Samtlige representanter for organisasjoner som arbeider med helsespørsmål i Somalia, ga overfor Landinfo uttrykk for at kvaliteten på mange av medikamenter som selges over disk, er tvilsom på grunn av manglende kontroll (møter i Nairobi og Mogadishu i november 2013). Medikamentene pasientene får ved de offentlige sykehusene som støttes av FN og frivillige organisasjoner, har derimot erfaringsmessig god kvalitet fordi de er anskaffet via anerkjente kanaler. Somaliske helsemyndigheter ønsker å innføre et kontrollsystem, men mangel på teknisk utstyr, personell og økonomiske ressurser har hittil ikke gjort dette mulig. Falske preparater og medisin som er utgått på dato, kan derfor dumpes i Somalia. Forsøker man å stanse denne virksomheten, risikerer man å bli drept. Borgermesteren i Mogadishu har hevdet at myndighetene slår ned på forhandlerne, men de sentrale forretningsfolkene som står bak innførselen av slike legemidler, er ikke berørt av slike aksjoner (intervju, internasjonal organisasjon 5. november 2013).

De somaliske helsemyndighetene erkjenner problemet:

In urban areas people regularly buy drugs direct from pharmacies. The quality of care provided by private providers (traditional and allopathic) is variable, but there is no comprehensive information on quality of health care in the private sector (Ministry of Human Development and Public Services. Department of Health (u.å., s. 20).

Knapphet og ustabil tilgang på medikamenter er et annet vesentlig problem. Det er med andre ord ingen garanti for at man får nødvendige, virksomme medikamenter eller rutinemessig oppfølging av lege eller helsepersonell når behovet melder seg. Lavt utdanningsnivå og manglende kunnskap bidrar dessuten til at mange av pasientene som får veiledning fra helsepersonell om bruken av medikamenter og nødvendige livsstilsendringer med sunnere kosthold og mer mosjon, ikke følger rådene.

Manglende kontroll med legemidler og veiledning og oppfølging av pasienter, bidrar dessuten til utviklingen av resistente bakterier. Doseringsfeil og feil bruk av

¹¹ Unntaket er Somaliland hvor myndighetene i 2010 etablerte en næringsmiddel- og legemiddelkontroll, men virksomheten mangler foreløpig nødvendig laboratorieutstyr for å gjennomføre kontroller (Rydell & Elmi 2012; Dahir 2013)

medisiner uten forutgående kontakt med helsepersonell, kan dessuten medføre alvorlige helseskader (internasjonal organisasjon, intervju i Nairobi, 15. november 2013).

4.3 KOSTNADER FOR HELSETJENESTER

Behandling – selv i sykehus som støttes av internasjonale organisasjoner – koster, og selv om egenandelen er lav, har ikke alle råd til dette. I møte med Landinfo i Mogadishu i november 2013 opplyste representanten for Somali Health Cluster at medisinsk behandling ved de offentlige sykehusene i prinsippet skal være gratis for folk uten inntekt. Til tross for dette, må fattige tidvis allikevel betale, og representanten mente at det var situasjoner hvor pasienter enten måtte selge eiendeler eller låne penger for å få behandling. Pasienter som eksempelvis trenger regelmessig skift av bandasje, må betale for det, likeledes for nødvendige medikamenter, røntgen og prøver som kan beløpe seg til ca. 14 norske kroner (intervju i Mogadishu 5. november 2013). Selv for familier med visse ressurser, kan derfor syke familiemedlemmer raskt bli en byrde. Fremfor å bidra til husholdningen, tapper de familien for økonomiske ressurser og kan i verste fall ruinere dem.

4.4 MEDISINSK UTSTYR

Avansert medisinsk utstyr er mangelvare ved sykehusene, dessuten skorter det på kvalifisert personell til å betjene eksempelvis dialyseutstyr. En av Landinfos samtalepartnere i Nairobi i november 2013 omtalte et tilfelle hvor somaliere i eksil hadde donert tre dialysemaskiner til Keysaney og Madina-sykehuset. Imidlertid manglet utstyret som er nødvendig for å drifte maskinene, og det fantes heller ikke kvalifisert personell til å bruke maskinene.

4.5 LIK TILGJENGELIGHET FOR ALLE?

På spørsmål om alle innbyggere i ett og samme lokalsamfunn har lik tilgang til helsetjenester, opplyste en representant for en organisasjon med langvarig tilstedeværelse i store deler av landet, at det ikke er tilfellet. Klankonflikter skaper skillelinjer, og medfører at enkelte stenges ute eller får mer begrenset tilgang enn andre. I Galkayo er det eksempelvis ett sykehus i den sørlige delen av byen og ett i den nordlige. Hjelpeorganisasjoner må forhandle seg til tilgang ved behov, og slike forhold bidrar til at enkelte pasienter ikke får tilbudet de har behov for. Konfliktene i Jowhar i Midtre Shabelle (mellom Shidle og Abgal-klanen) og korrupsjon fører til at ikke alle får lik tilgang til tjenester i dette området. Samme situasjon gjør seg gjeldende i Beled Weyne i Hiraan hvor ulike klaner dominerer ulike deler av byen, og dermed kan begrense motpartens bevegelsesfrihet (intervju Nairobi, 15. november 2013).

5. HELSETJENESTER I MOGADISHU

Hovedstaden har langt flere helsetilbud enn andre somaliske byer og tettsteder. Det skyldes både at flere internasjonale hjelpeorganisasjoner har etablert seg der, og at investeringer fra hjemvendte somaliere også har funnet veien til private klinikker. Disse etableringene er muliggjort på grunn av en bedret sikkerhetssituasjon i løpet av

de siste par årene, og selv om daglige granataksjoner og attentater i ulike bydeler naturlig nok bidrar til frykt og årvåkenhet, hindres ikke innbyggerne i å oppsøke de eksisterende helsetilbudene. På dagtid kan derfor folk vanligvis ta seg frem til sykehus og helsesentre. Etter mørkets frembrudd derimot kan bevegelsesfriheten være mer begrenset på grunn av veisperringer og kriminalitet. Selvmordsaksjoner og større bombeangrep skjer med ujevne mellomrom, og i slike situasjoner rammes også sivile. Mange sårede legger naturlig nok beslag på store ressurser ved byens sykehus, og i slike akutsituasjoner er sannsynligvis andre deler av pasientbehandlingen nedprioritert.

5.1 SPESIALISTHELSETJENESTER

Spesialisthelsetilbud er svært begrenset – både i hovedstaden og i andre deler av landet (intervjuer i Nairobi og Mogadishu, november 2013).

Oversiktskartet over helseinstitusjoner og samarbeidspartnere i Mogadishu fra januar 2013, utarbeidet av Somali Health Cluster, se side 19, gir en viss oversikt over behandlingstilbudene, men må ikke tas til inntekt for at det finnes tilbud for hjertelidelser eller nevrologiske sykdommer. Avansert kirurgi for behandling av kreft, hjertesykdommer eller operasjoner i hjernen kan heller ikke utføres. Kirurgiske inngrep for å fjerne ukompliserte kreftsvulster er derimot mulig, men det finnes verken cellegift eller strålebehandling (internasjonal organisasjon, intervju i Nairobi 15. november 2013).

De kirurgiske inngrepene som foretas på sykehusene i Mogadishu, er keisersnitt, behandling av skuddsår, brokk, samt mave/tarmproblemer på grunn av tuberkulose eller innvollsormer, blindtarm eller keisersnitt. UNHCR opplyste for øvrig i samtale med Landinfo i Mogadishu i november 2013, at det hadde blitt stadig vanskeligere for somaliere å få visum til Kenya for medisinsk behandling. Som eksempel på dette omtalte UNHCR en hendelse i oktober 2013 da et barn døde fordi familien ikke fikk visum til Kenya i tide (intervju i Mogadishu, 12. november 2013).



Mødre- og barnklinikk i en av Mogadishus bydeler (foto: Bjørn Claussen)

6. HELSETJENESTER I ANDRE BYER OG PÅ LANDSBYGDA I SØR/SENTRAL-SOMALIA

Tilgang til helsetjenester på landsbygda og i andre større byer i Sør/Sentral-Somalia varierer avhengig av sikkerhetssituasjonen og hvem som administrerer eller kontrollerer det aktuelle området. De fleste byene har imidlertid ikke operative sykehus, og de sykehusene som er i drift, drives av internasjonale organisasjoner og kan bare tilby basistjenester. I byer som Baidoa og Galkayo mangler sykehusene selv det mest grunnleggende utstyret, og ved (andre) sykehus i andre deler av landet mangler utstyr, medikamenter og utdannede leger (Australian Doctors for Africa 2012; intervjuer med internasjonale organisasjoner i Nairobi og Mogadishu, november 2013). Sykehuset i Baidoa behandler eksempelvis i snitt 60 pasienter om dagen, men skal betjene én million mennesker, og i akutte situasjoner er ikke minst mangel på legemidler et problem (Warsame 2014; Bass 2013).

Den internasjonale organisasjonen for migrasjon, IOM, driver et helseprogram for internt fordrevne via mobile klinikker i vanskelig tilgjengelige områder. Organisasjonen har dessuten etablert helsestasjoner ved den kenyanske grensen i Dhobley og ved den etiopiske grensen i Doolow for å bistå flyktninger som vender hjem (intervju i Nairobi, 8. november 2013).

6.1 TILGANG TIL HELSETJENESTER I OMRÅDER KONTROLLERT AV AL-SHABAAB

En representant for Somali Health Cluster forklarte i samtale med Landinfo (intervju i Mogadishu 12. november 2013), at det i Shabaab-områdene hovedsakelig finnes basishelsetjenestetilbud. En representant for en annen vestlig hjelpeorganisasjon mente at Shabaab ikke la særskilt vekt på betydningen av helsetilbud til innbyggerne, og hevdet at tilgjengeligheten til tilbudene derfor er mer begrenset i disse områdene enn i andre deler av landet (intervju i Nairobi 14. november 2013). Hva dette konkret innebærer, kunne ingen av representantene gjøre rede for.

7. BEHANDLING AV DIABETES

Diabetes er et (helse)problem i Somalia, selv om forekomsten blant voksne i aldersgruppen 20-79 år er lavere enn i en rekke andre land (Boutayeb et al. 2012; IDF 2013). Dette skyldes ikke nødvendigvis manglende tilgang på insulin. Både tabletter og insulin til injeksjon er tilgjengelig, men insulin må oppbevares i kjøleskap – som svært mange ikke har. Dessuten utvikler mange somaliske diabetikere alvorlige og dødelige komplikasjoner fordi de ikke følger helseråd og behandlingsopplegg. Fordi mange av diabetes 1-pasientene har dødd på grunn av komplikasjoner erfarer internasjonale hjelpearbeidere at de fleste diabetikerne som oppsøker sykehus, har diabetes 2. Diabetespasienter uten komplikasjoner kan behandles ved sykehusene, mens sammensatte tilfeller hvor det også er komplikasjoner, ikke lar seg behandle ved noen av landets sykehus. De som har råd, reiser derfor ut av landet for behandling (intervju med internasjonal organisasjon i Nairobi, 5. november 2013).

God utdannelse og opplæring i hvordan en skal forholde seg til sin egen diagnose i dagliglivet, er en fordel for en diabetiker. Like fullt vil høyt utdannede med denne kunnskapen om egen sykdom, møte de samme utfordringene som andre diabetespasienter møter i Somalia: et nærmest ikke-eksisterende offentlig helsevesen, potensielt ustabil tilgang på medisiner, manglende teknisk utstyr, og utgifter mange vil ha problemer med å dekke selv om de har inntekt. Prisen på insulin i utsalg i Mogadishu (og andre byer) er ikke kjent, men som omtalt tidligere kan en regne med at prisnivået er noe lavere enn i Norge, se kapittel 4.1.

Landinfo har ikke informasjon om at utstyr for å måle eget glukosenivå er tilgjengelig for privatpersoner.

Som forberedelse til operative inngrep, vanligvis amputasjoner som er en hyppig komplikasjon som rammer mange diabetikere, må pasientene om nødvendig stabiliseres med insulin. Når pasienten skrives ut fra sykehuset, får han eller hun ikke med seg medisin til daglig bruk. Det må kjøpes på markedet eller ved et medisinsalg.¹²

8. BEHANDLING AV HØYT BLODTRYKK

Ifølge Verdens helseorganisasjon (2013) har nærmere 40 prosent av den somaliske befolkningen over 25 år forhøyet blodtrykk.¹³ Til sammenligning er det regionale gjennomsnittet 29 prosent. Det betyr allikevel ikke at alle i denne gruppen har behov for blodtrykksmedisin, det avhenger av nivået og andre kjente risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer. Ukompliserte tilfeller kan behandles i Somalia, men ikke alvorlige tilfeller (Somali Health Cluster, intervju i Mogadishu 12. november 2013). Ved Keysaney og Medina-sykehuset behandles innlagte pasienter med høyt blodtrykk med betablokkere. I likhet med behandlingen av andre sykdommer og tilstander, må pasienten selv kjøpe inn de nødvendige medikamentene etter at han eller hun er ferdigbehandlet og utskrevet fra sykehuset.

¹² Heller ikke norske sykehus eller legevakt gir ut mer enn en «nøddose» og resept.

¹³ Tallene er fra 2008, og fordelingen mellom menn og kvinner er 39, 9 prosent av menn og 35, 7 prosent av kvinner.

9. BEHANDLING AV HEPATITT¹⁴

Ifølge Folkehelseinstituttets informasjonsbrosjyre om hepatitt vil behandlingstilbudet for kronisk hepatitt B omfatte undersøkelser gjennom blodprøver og siden medikamentell behandling (FHI u.å.). Blodprøver tas for å påvise om pasienten har fått leverkreft eller har andre tegn på leverskade. Ved høy risiko for leverskade kan pasienten få medikamentell behandling, i pilleform og/eller som injeksjoner.

Laboratorier som kan analysere blodprøver, finnes i Mogadishu, men medikamenter til behandling av hepatitt B, er derimot ikke tilgjengelig. Det skyldes at de er svært kostbare, og verken FN eller internasjonale organisasjoner innfører derfor disse medikamentene (Somali Health Cluster, intervju i Mogadishu 12. november 2013; internasjonal organisasjon, intervju i Nairobi 15. november 2013).

Legemidler som brukes til behandling av hepatitt, er kostbare også i Norge. Prisen for de vanligste legemidlene for én måneds behandling varierer fra ca. 1 800 til 7 000 kroner (Felleskatalogen 2014). Enkelte pasienter vil få behov for levertransplantasjon, som ikke er mulig i Somalia.

10. HIV/AIDS

Undersøkelser som er foretatt blant gravide, kan tyde på at hiv-forekomsten i Somalia er på anslagsvis 1 prosent. Blant kvinnelige prostituerte er forekomsten ca. 5 prosent (Ministry of Human Development and Public Services. Directorate of Health u.å.). Sammenlignet med nabolandene Kenya, Djibouti og Etiopia er forekomsten i Somalia lav.¹⁵ WHO (2013) anslår at det lever 35 000 personer med hiv i Somalia og at ca. 1100 av dem får behandling med antivirale medikamenter. Forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer generelt er imidlertid høy, og kunnskapen om smittemåter mv. er lav (WHO 2006; 2013). Om man ikke igangsetter forebyggende tiltak, kan dette bidra til at hiv-forekomsten vil øke i årene fremover.

¹⁴Hepatitt A-viruset overføres i hovedsak gjennom vann som er forurenset av kloakk eller via mat som er håndtert av smittede personer med dårlig håndhygiene. Sykdommen kan også i sjeldne tilfeller overføres seksuelt. Det finnes vaksiner mot hepatitt A. Hepatitt A er vanligvis en relativt godartet, men plagsom sykdom som går over av seg selv. Den blir aldri kronisk.

Hepatitt B smitter gjennom blod og kroppsvæsker. Sykdommen er svært vanlig på verdensbasis. Hepatitt B finnes i både en kronisk og akutt form. Ca. 5 prosent av de som blir smittet med hepatitt B-viruset, kvitter seg ikke med viruset. Hos dem blir viruset «sittende fast» i leveren og gjør dem til kroniske bærere. En slik kronisk bærertilstand gir vanligvis ingen symptomer og kan bare oppdages ved blodprøver. De aller fleste som får kronisk hepatitt B, er slike friske smittebærere. Noen kan derimot utvikle en kronisk betennelse i leveren. Denne kan i løpet av mange år gi skrumplever og øker også risikoen for leverkreft. Det er derfor viktig at personer som er kroniske bærere av hepatitt B-viruset, regelmessig blir undersøkt med blodprøver. Personer med kronisk hepatitt B kan smitte andre uavhengig av om de har sykdomsplager eller ikke.

Det finnes ingen vaksiner mot hepatitt C. Som for hepatitt B er det bruk av urene sprøyter som er den vanligste smittemåten ved hepatitt C. Seksuell smitte kan i svært sjeldne tilfeller forekomme. Alle som får påvist antistoffer mot hepatitt C, må i dag regnes som smitteførende og kroniske bærere av viruset. Bare ved oppfølging over lengre tid og ved bruk av spesielle blodprøver, kan man avgjøre om viruset fortsatt er til stede i kroppen. De som er kronisk bærere av hepatitt C-viruset, har vanligvis lite plager. Etter mange års bærertilstand vil noen utvikle leverskade (FHI u.å.).

¹⁵ Forekomsten i Kenya er ca. 6 prosent, Djibouti 1, 4 prosent og Etiopia ca. 2 prosent (IndexMundi 2013).

Manglene i helsesektoren i Somalia er betydelige, og med de store behovene som finnes, er ikke arbeidet med hiv/aids et prioritert område, verken fra myndighetenes eller hjelpeorganisasjonenes side. Det har dessuten vært vanskelig å få gehør hos myndighetene for at hiv/aids er et fenomen også i Somalia. Antivirale medikamenter ble først relativt nylig tatt i bruk i behandlingen av voldtektsofre for å hindre hiv-smitte, og blodgivere testes, men utover dette er tiltakene få (internasjonal organisasjon, intervju i Nairobi 15. november 2013).

I lys av den informasjonen som er tilgjengelig, er det grunn til å tro at det er tilgang til rådgivning, testing og medikamentell behandling – i det minste ved ett av sykehusene i Mogadishu. Mer omfattende oppfølging av sykdommen er trolig ikke mulig på grunn av manglende utstyr og kvalifisert personell.

11. PSYKISK HELSEVERN

WHO (2009) og andre viser til at det ikke finnes en nasjonal handlingsplan for psykisk helse, og at behandlingstilbudet i alle deler av landet er svært mangelfullt. Det betyr at utredning, behandling og rehabilitering av personer med lettere eller alvorlige psykiske lidelser – i den grad utredning og rehabilitering skjer – heller ikke følger standardprotokoller for vurdering og behandling. Det skal finnes tre mentalsykehus i Sør/Sentral-Somalia¹⁶, men kun tre eller fire psykiatere, og kun én utdannet psykolog, ifølge en internasjonal organisasjon som arbeider med helsespørsmål i Somalia (intervju i Nairobi, 15. november 2013), men det er en rekke med falske papirer. Det finnes heller ikke terapi eller andre støttetilbud til psykotiske pasienter, og det er svært vanlig å se folk med mentale lidelser i bybildet i Mogadishu.

Den eneste klinikken i hovedstaden – Habeb Public Mental Hospital and Rehabilitation – som kan tilby en form for behandling, eies og drives av en sykepleier – Abdirahman Ali Awale.¹⁷

Forholdene ved de tre mentalsykehusene er til dels kummerlige, og det er vanlig at utagerende pasienter settes i lenker. Enkelte pasienter har vært i lenker i flere år (Harper 2014; Osman 2013).

Per 2005 var det fem kvalifiserte sykepleiere (med tre måneders opplæring i psykisk helsevern) som kunne forskrive nevroleptika i Sør/Sentral-Somalia (WHO 2009). Fram til 2012 var essensielle legemidler for ulike psykiske lidelser, i prinsippet kostnadsfritt tilgjengelig for pasienter som var registrert ved en offentlig helseinstitusjon. Legemidlene ble donert av WHO, men denne ordningen opphørte åpenbart i 2012 på grunn av manglende ressurser (Harper 2014), og medikamentene må nå kjøpes på det private, uregulerte markedet.

¹⁶ I utbryterrepublikken Somaliland er det to behandlingstilbud – Berbera Mental Hospital i byen Berbera, som har 42 senger, og en avdeling ved sykehuset i Hargeisa med 110 senger (Sheriff et al. 2010).

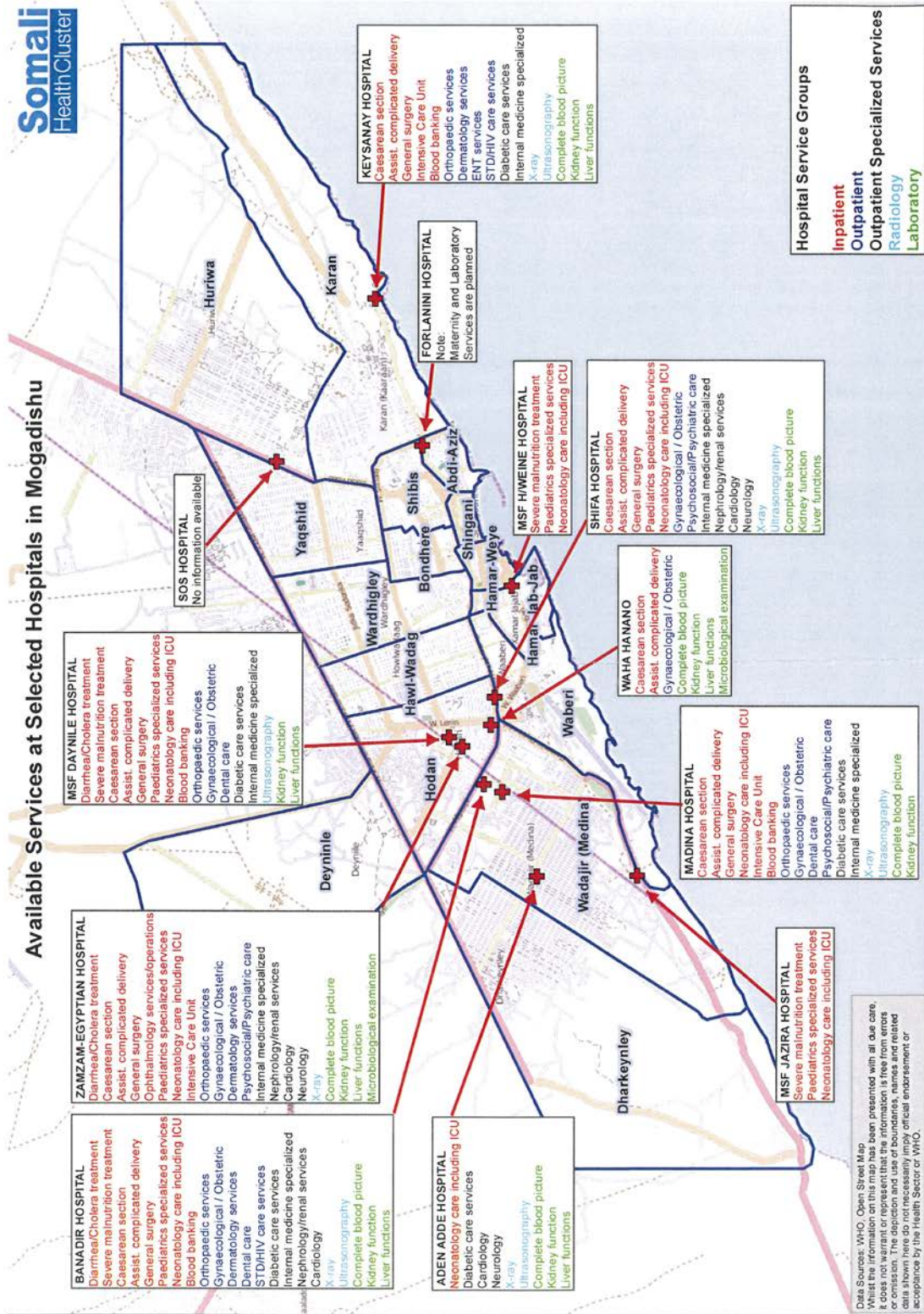
¹⁷ Sykehuset ligger i bydelen Waberi og har 53 senger. Ifølge WHO (2009) ble 1094 pasienter behandlet ved dette sykehuset i 2007. Rehabiliteringssenteret har 170 senger og er beregnet på langtidspasienter.

I samtale med Somali Health Cluster i Mogadishu i november 2013 påpekte representanten at antipsykotiske medikamenter selges på markedene, men kvaliteten er tvilsom, og det er derfor ingen garanti for at medisinen har effekt. Utover dette mente representanten at tilgangen var svært begrenset.

Prisnivået på antidepressiva og antipsykotiske legemidler er relativt høyt: i 2007-2008 ble det anslått at pasienter brukte mellom to og fem prosent av en daglønn for henholdsvis antidepressiva og antipsykotiske legemidler (WHO 2009).

En oversikt utarbeidet av blant annet eieren av Habeb Public Mental Hospital and Rehabilitation (som gjengitt i WHO 2009), viser at eldre antipsykotiske legemidler som blant annet Klorpromazin, kostet ca. 0,15 amerikansk dollar, det vil si ca. 60 øre per 200 mg tablett i 2007-2008. Ukes- og månedskostnadene avhenger av dosering. Ifølge legemiddelhåndboka (u.å.) varierer døgndoseringen av Klorpromazin mellom 25 og 600 mg).

Available Services at Selected Hospitals in Mogadishu



Data Sources: WHO, Open Street Map
 Whilst the information on this map has been presented with all due care, it does not warrant or represent that the information is free from errors or omission. The depiction and use of boundaries, names and related data shown here do not necessarily imply official endorsement or acceptance by the Health Sector of WHO.

12. REFERANSER

Skriftlige kilder

- Australian Doctors for Africa (2012). *Report ADFA team to Hargeisa, Somaliland*. Perth: Australian Doctors for Africa. Tilgjengelig fra http://ausdocafrica.org/doc/Somaliland_Report_2012.pdf [lastet ned 28.juli 2014]
- Bass, D. (2013, 14. februar). Somalia's 'death city': Rescue mission far from over. *Daily Maverick*. Tilgjengelig fra <http://www.dailymaverick.co.za/opinionista/2013-02-14-somalias-death-city-rescue-mission-far-from-over/> [lastet ned 28.juli 2014]
- Boutayeb, A. Lamlili, M. E. N., Boutayeb, W., Maamri, A., Ziyat, A & Ramdani, A. (2012). The rise of diabetes prevalence in the Arab region. *Open Journal of Epidemiology*, 2, 55-60. Tilgjengelig fra <http://www.scirp.org/journal/PaperDownload.aspx?paperID=19113> [lastet ned 28. juli 2014]
- Cameron, A., Ewen, M., Auton, M. & Abegunde, D. (2011). *The World Medicines Situation 2011. Medicines Prices, Availability and Affordability*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch6_wPricing_v6.pdf [lastet ned 28. juli 2014]
- Capobianco, E. & Naidi, V. (2011). *A Decade of Aid to the Health Sector in Somalia 2000–2009*. The World Bank: Washington DC. Tilgjengelig fra <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/5960/618980WP0Aid0S000public00BOX358355B.pdf?sequence=1> [lastet ned 28.juli 2014]
- Dahir, B. (2013, 2. september). Somalia: Unregulated Drugs Threaten Public Health in Somaliland. *AllAfrica*. Tilgjengelig fra <http://allafrica.com/stories/201309030104.html> [lastet ned 28. juli 2014]
- Eng, M. (2013, 10. oktober). Unfair distribution of health services by the Health ministry of Somalia has emerged. *Shabelle net*. Tilgjengelig fra <http://shabelle.net/?p=5672> [lastet ned 28.juli 2014]
- Felleskatalogen (2014). *Felleskatalogen*. Oslo: Felleskatalogen Tilgjengelig fra <http://www.felleskatalogen.no/medisin/sok?sokord=Hepatitt%20B> [lastet ned 28. juli 2014]
- FHI, dvs. Folkehelseinstituttet (u.å.). *Fakta om Hepatitt A, B og C og om hvordan du unngår smitte*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra <http://www.fhi.no/dokumenter/EA4AABBE28.pdf> [lastet ned 14.juli 2014]
- Geopolicity (2012, 15. april). *Study on Sector Functional Assessments Within Education, Health & WASH in Puntland*. Dubai: Geopolicity. Tilgjengelig fra <http://jplg.org/documents/reports%5CSector%20Studies%5CPuntland%20-%20Sector%20Functional%20Assessment%20-%20FINAL%20REPORT%20-%20April%2018%202012.pdf> [lastet ned 28. juli 2014].
- Harper, M. (2014, 3. mars). Mental Health in Mogadishu. *Mary Harper* [blogg]. Tilgjengelig fra <http://mary-harper.blogspot.no/2014/03/mental-health-in-mogadishu.html> [lastet ned 28. juli 2014]
- IndexMundi (2013). *Country facts*. IndexMundi. Tilgjengelig fra <http://www.indexmundi.com/facts/indicators/SH.DYN.AIDS.ZS/compare?country=dj#country=dj;et:ke:so> [lastet ned 28. juli 2014]
- IDF, dvs. International Diabetes Federation (2013). *IDF Diabetes Atlas*. Brussel: IDF. Tilgjengelig fra <http://www.idf.org/atlasmap/atlasmap> [lastet ned 28. juli 2014]
- Ministry of Human Development and Public Services. Directorate of Health (u.å.). *Health Sector Strategic Plan January 2013 – December 2016*. Tilgjengelig fra

http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Somalia/the_federal_government_of_somali_republic_health_sector_strategic_plan_2013-2016.pdf [lastet ned 28. juli 2014]

- Ministry of Health, Somaliland (2011, november). *National Health Policy*. Hargeisa: Ministry of Health. Tilgjengelig fra http://www.nhpcsomaliland.org/documents/Somaliland%20National%20Health_Policy.pdf [lastet ned 28. juli 2014]
- Myhr, K. (2011, 12. september). *Tilgang til og pris på legemidler globalt*. Oslo: Tidsskrift for den norske legeföreningen. Tilgjengelig fra <http://tidsskriftet.no/article/2156980/> [lastet ned 28. juli 2014]
- Nimkar, R., (2014, 24. januar). *Filling the gap in providing healthcare after MSF pull-out*. Nairobi: EU Humanitarian Aid and Civil Protection department Tilgjengelig fra : <http://ec.europa.eu/echo/en/field-blogs/stories/somalia-filling-gap-providing-healthcare-after-msf-pull-out?> [lastet ned 28. juli 2014]
- Norsk legemiddelhandbok (u.å.). *Klorpromazin*. Oslo: Foreningen for Norsk legemiddelhandbok. Tilgjengelig fra <http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/52221> [lastet ned 28. juli 2014]
- Osman, J. (2013, 9. oktober). Life in chains: the plight of Somalia's mentally ill. *Channel4*. Tilgjengelig fra <http://www.channel4.com/news/somalia-mental-health-ill-chains-abdullahi-care-treatment> [lastet ned 28. juli 2014]
- Radio Ergo (2014, 23. mai). IDPs complain of lack of medical services. *Radio Ergo*. Tilgjengelig fra http://www.radioergo.org/en/read.php?article_id=1381? [lastet ned 28. juli 2014]
- Republic of Turkey, Ministry of Foreign Affairs (2014, 16. februar). *Press Release Regarding Turkey's Aid to Somalia*. Ankara: Ministry of Foreign Affairs. Tilgjengelig fra http://www.mfa.gov.tr/no_-49_-16-february-2014_-press-release-regarding-turkey_s-aid-to-somalia.en.mfa [lastet ned 28. juli 2014]
- Rydell, U. & Elmi, R. (2012). *Assessment Study of the Pharmaceutical Sector in Somaliland. Report from a visit to Somaliland 2012 04 12 – 2012 04. 22*. Uppsala: Pharmacists without Borders, Sweden. Tilgjengelig fra http://www.fug.se/filarea/2012/Somaliland/Report%20Pharmaceutical%20Sector%20Assessment%20Somaliland%20April%202012_20120624.pdf [lastet ned 28. juli 2014]
- Sheriff, R.J.S. et al. (2010). Improving Human Resource Provision for Mental Health in Somaliland. *ps.psychiatryonline.org*, 61(3) 225-227 . Tilgjengelig fra <http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3904/10ps225.pdf> [lastet ned 28. juli 2014]
- Tiilikainen, M. (2012). *Somali health care system and post-conflict hybridity*. Finnish Somalia Network. Tilgjengelig fra <http://afrikansarvi.fi/42-artikkeli/125-somali-health-care-system-and-post-conflict-hybridity> [lastet ned 28. juli 2014]
- Warsame (2014, 14. mai). Somalia: Baidoa Hospital Faces Shortage of Drugs. *Mareeg*. Tilgjengelig fra <http://www.mareeg.com/somaliabaidoa-hospital-faces-shortage-of-drugs/> [lastet ned 28. juli 2014]
- World Bank & United Nations Development Programme Somalia Country Office (2003). *Socio Economic Survey 2002*. Washington DC & New York: World Bank & United Nations Development Programme. Tilgjengelig fra http://siteresources.worldbank.org/INTSOMALIA/Resources/swb_complete_report.pdf [lastet ned 28. juli 2014]
- WHO, dvs. World Health Organization (2002, juni). *The Selection of Essential Medicine*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.2.pdf [lastet ned 28. juli 2014].

- WHO (2006). *Health Systems Profile - Somalia*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <http://hinفو.humaninfo.ro/gsdل/healthtechdocs/documents/s17309e/s17309e.pdf> [lastet ned 28. juli 2014].
- WHO (2007). *Somalia Standard Treatment Guidelines and Training Manual on Rational Management and Use of Medicines at the Primary Health Care Level*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/selection_medicines/country_lists/som_stg_2007.pdf?ua=1 [lastet ned 28. juli 2014].
- WHO (2009). *WHO-AIMS Report on Mental Health System in Mogadishu and South/Central Somalia*. Mogadishu: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/mental_health/mogadishu_south_central_somalia_who_aims_report.pdf [lastet ned 28. juli 2014].
- WHO (2011). *The World Medicines Situation 2011. Medicines Prices, Availability and Affordability*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch6_wPricing_v6.pdf [lastet ned 28. juli 2014]
- WHO (2013). *Global Health Observatory Data Repository*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <http://apps.who.int/gho/data/node.country.regionAFR?lang=en> [lastet ned 28. juli 2014]
- WHO (2014a). *Somalia: Health Profile*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/gho/countries/som.pdf?ua=1> [lastet ned 28. juli 2014].
- WHO (2014b). *Kenya: Health Profile*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/gho/countries/ken.pdf?ua=1> [lastet ned 28. juli 2014].

Muntlige kilder

- Internasjonal organisasjon. Møte i Nairobi 5. november 2013
- IOM, dvs. International Organization for Migration. Møte i Nairobi 8. november 2014.
- Somali Health Consortium. Møte i Mogadishu 12. november 2013
- UNHCR. Møte i Mogadishu 12. november 2013
- Internasjonal organisasjon. Møte i Nairobi 14. november 2013.
- Internasjonal organisasjon. Møte i Nairobi 15. november 2013