

# 13 Att bygga upp ett hälsosystem – erfarenheter från Somalia

Fawziya Abikar Nur

- Somalia är ett land präglad av krig, konflikt, fattigdom samt utdragna och upprepade nödsituationer och har några av de sämsta hälsoutfallen i världen, inte minst för kvinnor och barn.
- Somalias hälsosektor har förstörts på grund av decennier av inbördeskrig och var praktiskt taget oreglerad under många år.
- En provisorisk konstitution antogs 2012 och den federala regeringen installerades. Sedan dess har i stort sett alla statliga institutioner behövt byggas upp på nytt, liksom institutioner och myndigheter på subnationell nivå.
- Med detta i åtanke, och trots att landet återigen står inför svår torka, har det federala hälsoministeriet uppnått mycket när det gäller att återuppbygga några av de viktigaste funktionerna i ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem.

## Inledning

I mars 2017 utsågs jag till hälsominister i Somalias regering och innehade den posten fram till i augusti 2022. Det gör mig till den hälsominister i Somalias historia som innehaft ämbetet längst period. Sverige har varit en långvarig samarbetspartner till Somalia, så när Expertgruppen för biståndsanalys (EBA) bjöd in mig att skriva om mina erfarenheter av att återuppbygga ett hälsosystem för en antologi om global hälsa antog jag utmaningen. I det här kapitlet beskriver jag

några av de insatser som gjordes under min tid som minister och några av de utmaningar som uppstod under resans gång. Jag försöker också ta upp det internationella utvecklingsbiståndets roll i detta arbete.

Under 2012 skedde en fredlig och laglig maktöverföring i Somalia, från en övergångsregering till en federal regering i Mogadishu, med en fyraårig mandatperiod enligt en provisorisk konstitution som godkännts av parlamentet. Den federala regeringen i Somalia tillträdde med internationellt stöd. Den 5 november 2012 utsåg den nya premiärministern ett kabinett med tio ministrar, däribland en kvinna som utrikesminister och vice premiärminister. Detta var verkligen ett historiskt steg för landet och för de somaliska kvinnorna. Sedan 2012 har regeringen ombildats vid flera tillfällen och hade fem hälsoministrar mellan 2012 och 2016, med en genomsnittlig mandatperiod på cirka 13 månader. När jag tillträdde som hälsominister 2017 pågick utbrott av sjukdomar som kolera och mässling i olika delar av landet som drabbats hårt av torka. Jag hade tidigare arbetat som konsult med att stödja hälsosektorn genom att granska policyer och lagstiftning, och jag kände därför till de enorma utmaningar som hälsosektorn och landet stod inför. Prioriteringarna var många, samtidigt som resurserna var begränsade. Det var i dessa utmanande tider som jag började mitt mandat som hälsominister, och det var ett stort ansvar att leda det federala hälsoministeriet (FMoH).

Det federala systemet och konstitutionen fanns som stöd för styrning, men utformningen återspeglade också det splittrade system som fanns före och under inbördeskriget. Under en period när det inte fanns någon centralregering hade informella system etablerats av lokala myndigheter och icke-statliga aktörer i städer, regioner och delstater, som ersättning för en fungerande rättsstat. Det var regeringens extremt utmanande uppgift att börja harmonisera och standardisera dessa för att skapa ett fungerande hälso- och sjukvårdssystem i Somalia. Att skapa ett fungerande system trots alla utmaningar och många konkurrerande prioriteringar i Somalia var en utmaning som jag och ministeriet genast tog itu med.

## Den somaliska kontexten

Situationen i Somalia präglas av utdragna och återkommande humanitära kriser och årtionden av krig och konflikter. Torka och översvämningar som förvärras av klimatförändringar och påföljande hungersnöd är tyvärr en del av den humanitära situationen för miljontals människor i landet och en återkommande del av verksamheten för ministeriet. Regeringens förmåga att tillgodose dessa behov beror i stor utsträckning på tillgången till och hållbarheten i både intern och extern finansiering. Det finns även en lång rad andra utmaningar för regeringen utöver finansieringen, relaterade till säkerhet, politisk instabilitet, svag kapacitet hos institutioner etc.



Somalia är en federal stat som består av två regeringsnivåer: den federala regeringen och de federala medlemsstaterna. De federala medlemsstaterna har sina egna grundlagar. Medlemsstaterna är Puntland, Galmudug, Hirshaabelle, Southwest, Jubaland och Banadir Regional Administration. Därutöver finns Somaliland, som strävar efter att bli erkänt som självständig stat men som för den somaliska regeringen är en del av Somalia. Varje medlemsstat har ett eget hälsoministerium som samarbetar med FMoH.

Den totala befolkningen i landet uppgår till cirka 19 miljoner. För närvarande befinner sig omkring 20 procent av befolkningen i en situation med osäker mattillgång och många – över 700 000 människor, varav många kvinnor och barn – befinner sig i akut hungersnöd (IPC, 2024).

Instabiliteten och konflikterna i Somalia har lett till att nästan 4 miljoner människor har tvingats på flykt inom landet de senaste tre decennierna – ett antal som förväntas öka i och med regeringens offensiv under 2024 för att begränsa icke-statliga aktörers kontroll (IOM, 2024). Tvångsfördrivna, inte minst i läger för internflyktingar, lever ofta under svåra förhållanden med trångboddhet och begränsad tillgång till rent vatten och sanitet, vilket ökar risken för utbrott av smittsamma sjukdomar.

Somalias hälsosektor har förstörts genom decennier av inbördeskrig, vilket har resulterat i några av de sämsta hälso- och nutritionsförhållandena på kontinenten och globalt, se tabell 1.

**Tabell 1: Uppföljning av hållbarhetsmål 2 och 3 år 2020**

SDG-mål	SDG indikator	♂	♀	Totalt
	2.2.1 Hämmad tillväxt hos barn under 5 år <sup>1</sup> .	27,7 %	28 %	27,8 %
	2.2.2 Undernäring hos barn under 5 år.	22,7 %	22,8 %	22,7 %
	2.2.2 a. Akut undernäring hos barn under 5 år <sup>2</sup> .	11,4 %	12,4 %	11,6 %
	3.1.1 Mödradödlighet <sup>3</sup>	-	692	-
	3.1.2 Förlossningar i närvaro av person med sjukvårds-utbildning <sup>4</sup> .	-	-	31,9 %
	3.7.1 Kvinnor i reproduktiv ålder som har tillgång till moderna preventivmedel.	-	2,1 %	-
	3.7.2 Tonårsfödslar <sup>5</sup>	-	140	-
	3.a.1 Tobaksanvändning. <sup>6</sup>	11,3 %	1,1 %	5,9 %
	3.b.1 Vaccintäckning. <sup>7</sup>	9,9 %	11,6 %	10,7 %

Källa: Somalia Health and Demographic Survey 2020 (SHDS, 2020).

<sup>1</sup> ”Stunting”–andel med hämmad tillväxt mätt som längd relaterat till ålder.

<sup>2</sup> ”Wasting”–andel med akut undernäring, mätt som vikt i förhållande till längd.

<sup>3</sup> Antal dödsfall per 100 000 levande födslar.

<sup>4</sup> ”Skilled health personnel”.

<sup>5</sup> Antal födslar av 15–19-åringar per 1 000 kvinnor.

<sup>6</sup> Andel av personer över 15 år, åldersstandardiserat.

<sup>7</sup> Andel i befolkningen, i enlighet med nationella vaccinationsprogram.

Nära 70 procent av befolkningen lever på mindre än 1,90 US-dollar per dag och många fler lever strax över denna fattigdomsgräns (Government of Somalia, 2023). Somalias befolkning växer snabbt med en årlig tillväxttakt på nästan 3 procent; den årliga befolknings-tillväxten i städerna var 4,3 procent 2023 (World Bank Group, 2018).

Somalia är ett av fem länder i världen där dödligheten bland barn under 5 år uppgår till drygt 100 dödsfall per 1 000 levande födda, vilket är mer än 50 gånger högre än i de länder som har lägst dödlighet. Dödligheten bland nyfödda beräknas uppgå till 35 dödsfall per 1 000 levande födda, vilket är den högsta siffran i östra och södra Afrika (SHDS, 2020).

Landet är också bland de länder som har högst antal ovaccinerade barn, med 1,5 miljoner barn under fem år som aldrig har fått några vaccinationer. Somalias mödradödlighet är fortfarande en av de högsta i världen, även om den sjunker något. Mödradödligheten minskade från 1 210 per 100 000 levande födda barn på 1990-talet till 692 per 100 000 levande födda barn 2019 (SHDS, 2020).

Den begränsade tillgången till hälso- och sjukvård har lett till att man misslyckats med att minska sjukligheten och dödligheten bland kvinnor och barn i Somalia. En studie som genomfördes 2023, Harmonized Health Services Survey (opublicerad), visade oroande statistik om hälso- och sjukvården i landet. Endast 42 procent av vårdinrättningarna tillhandahåller vaccinering, färre än 45 procent erbjuder öppenvårdstjänster för barnsjukdomar och endast 39 procent erbjuder diagnos eller behandling av undernäring. När det gäller mödrars och nyföddas hälsa visade undersökningen att endast 45 procent av vårdinrättningarna erbjuder förlossningsvård och 57 procent eftervård.

## Dubbel sjukdomsbörda

Trots de höga siffrorna när det gäller smittsamma sjukdomar och sjukdomar hos mödrar och barn står Somalia också inför en epidemiologisk transition där icke smittsamma sjukdomar och olyckor skördar många liv. De tio vanligaste dödsorsakerna för både kvinnor och män i alla åldrar 2019 var:

1. tuberkulos
2. stroke
3. nedre luftvägsinfektioner
4. diarrésjukdomar
5. hjärt-kärlsjukdom
6. neonatala sjukdomar
7. undernäring
8. hjärnhinneinflammation
9. mässling
10. medfödda missbildningar.

(IHME, 2024).

Detta illustrerar den dubbla sjukdomsbörda som utmanar befolkningen och hälso- och sjukvårdssystemet i Somalia och gör det tydligt att smala sjukdomsspecifika eller tematiska strategier inte är hållbara. Om man tittar på riskfaktorer för både dödlighet och funktionsnedsättning är det slående att det finns en dubbel sjukdomsbörda. Bland de tio viktigaste riskfaktorerna finns både undernäring (på grund av livsmedelsbrist) och felnäring (fet kost med hög sockerhalt)(IHME, 2024).

Personer med funktionsnedsättning har identifierats som en särskilt marginaliserad och utsatt grupp i Somalia (WHO, 2021a). Psykisk hälsa är också ett försummat hälsoproblem med mycket små resurser och begränsad kapacitet (Ibrahim, Rizwan, Afzal, & Malik, 2022).

## Finansiering

Arbetet med att tillgodose de grundläggande behoven hos befolkningen i Somalia försvåras oavbrutet av hotet om torka och hungersnöd, vilket ministeriet måste hantera. Konkurrerande prioriteringar utmanas också av återkommande nödsituationer som kräver omfördelning av finansiering och mänskliga resurser.

Den federala regeringen i Somalia har begränsade möjligheter att mobilisera och driva in skatteintäkter på grund av politisk instabilitet, våld, en stor informell sektor och ett svagt skattesystem. De offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård som andel av BNP beräknades uppgå till cirka 1,3 procent 2020 (WHO, 2021a).

## Upprätta hälsoministeriet

Hur börjar man återuppbygga ett hälso- och sjukvårdssystem inklusive ett ministerium och centrala hälsomyndigheter? Min första omedelbara utmaning när jag utsågs var logistisk. Hälsoministeriet delade kontor med två andra ministerier, och var inrymt i utrikesministeriets lokaler. Det fanns få tillgängliga byggnader i säkra områden, som kunde fungera som regeringskontor. Staden var svårt skadad av många års våldsamheter. Men tack vare stöd från Sveriges regering uppfördes en ny byggnad som stod klar att användas av hälsoministeriet i slutet av 2017.

## Personal och kapacitet

Precis som sjukvården står inför utmaningar relaterat till kapacitet, bemanning och rekrytering av personal, så gjorde även ministeriet det när jag började 2017. Att hitta och anställa den bästa tillgängliga personalen till ministeriet var en utmaning. Under den nya regeringens första tid 2012 var det många som inte ville förknippas med, eller identifieras som, regeringspersonal på grund av rädsla för represalier från icke-statliga aktörer. En del i att hantera detta var

att sakta bygga upp förtroendet för ministeriets dagliga arbete – inte bara hos Somalias befolkning utan även hos ministeriets egen personal.

Trots att ministeriet har en resurspool av extremt kunniga och hårt arbetande yrkesverksamma unga förmågor stod ministeriet ibland inför problemet att vi hade olämpliga personer med bristande kapacitet på vissa positioner, på grund av tidigare politiska utnämningar. Förändring är inte lätt, men jag prioriterade att bättre förstå och utvärdera kärnpersonalens prestationer och förmåga, och allt eftersom skedde det många nödvändiga förändringar. Tidigare hade rekryteringen av personal inte skett genom en konkurrensutsatt och opartisk process utan rekryteringen var föremål för nepotism.

Även under covid-19-pandemin upptäcktes några fall av otillåten förvaltning av medel på ministeriet, vilket snabbt uppdagades, utreddes och hanterades. Efter denna olyckliga episod anlät ministeriet experter från Unicef, WHO och Världsbanken för att hjälpa till att införa ett nytt system för offentlig ekonomisk förvaltning – ett molnbaserat upphandlingssystem med ett helt integrerat ekonomisystem för ministeriet. Under 2021 rekryterade vi och tillsatte ett förvaltningskontor och ett ekonomikontor genom en rättvis och konkurrensutsatt process.

En annan viktig grupp som vi nyttjade för att bemanna och stärka ministeriet var somaliska experter inom diasporan, vilka spelar en avgörande roll för att bygga upp och stärka Somalias institutioner. Många yrkesverksamma återvände efter att ha bott och arbetat utomlands i flera år och de gjorde stora uppoffringar för att bidra till återuppbyggnaden av sitt hemland. Deras bidrag är, och har varit, avgörande för att bygga upp kapaciteten hos den unga och energiska personalen på hälsoministeriet både på nationell nivå och i de federala medlemsstaterna. Under min tid som minister har läkare från diasporan varit ovärderliga i hanteringen av till exempel covid-19 och när det gäller att tillhandahålla olika viktiga tjänster över hela landet. Dessutom har de bidragit med sin expertis som rådgivare inom ministeriet, vilket har varit mycket viktigt för att



stärka ministeriets kapacitet. Ett konkret exempel är hur unga somalisk–svenska experter utan ersättning utvecklat digitala plattformar för sammanställning av data för ministeriet för både torka och covid-19.<sup>8</sup>

I slutet av min tid som minister översåg jag överlämnandet av 132 fast anställda som avlönades av regeringen och 360 tillfälligt anställda som främst bekostades av olika genomförandepartner. Några av dem fick också stipendier och möjlighet att delta i utbildning vid prestigefyllda universitet utomlands.

## Verksamhet

På grund av de mycket speciella omständigheter som är förknippade med att bygga upp ett ministerium från noll, och samtidigt försöka åstadkomma förbättringar inom hälso- och sjukvården i en mycket svår kontext, var ministeriet mycket operativt, särskilt den första tiden. Det saknades både institutioner och statliga myndigheter som kunde effektuera de förslag och uppdrag som ministeriet presenterade.

Ministeriet har omorganiserats ett antal gånger dels i samband med olika reformprocesser när en omstrukturering varit nödvändig, dels i samband med att verksamheten har vuxit. När jag började fanns fem avdelningar:

- policy och styrning
- folkhälsa
- hälso- och sjukvård
- ekonomi och administration
- personalavdelning (HR).

---

<sup>8</sup> Nomad Innovation Lab (NIL)– <https://www.nomadilab.org/about-us>.

I januari 2021 delade vi upp HR-avdelningen i två enheter – dels en som hanterar personalförsörjning för sjukvården, dels en som hanterar ministeriets egna personalfrågor.

Vi etablerade också en ny avdelning ("Family Health") som hanterar bland annat mödra- och barnhälsa, immunisering och nutrition. Därmed kan ministeriet samlat hantera viktiga insatser för att ta itu med landets höga sjuklighet och dödlighet i smittsamma sjukdomar som orsakar de många dödsfall men som enkelt kan förebyggas.

## **Leverans av hälso- och sjukvård och andra byggstenar i hälsosystemet**

En av mina prioriteringar under min tid som minister var att jag skulle lämna efter mig ett starkare och mer kompetent ministerium med högre effektivitet och högre tjänsteleverans. En del av detta var att se till att Somalias befolkning fick bättre tillgång till högkvalitativ andra linjens sjukvård genom egna nationella sjukhus, utan orimliga kostnader. Sjukvård i Somalia är dyrt för enskilda, och den privata sektorn är stark och i stort sett oreglerad (Gele et al., 2017; Warsame, 2020). Felbehandlingar är vanliga men felbehandlingar med negativa konsekvenser beivras inte av tillsynsorgan. Därför var en del av regeringens prioriterade arbete att ta över ansvaret för institutioner med viktiga funktioner för Somalias hälsosektor. Sjukhus som drivits av den offentliga sektorn före inbördeskriget ockuperades under kriget och drevs senare av privatpersoner. Banadir Hospital och Demartino Public Hospital är de viktigaste remissjukhusen i huvudstaden Mogadishu. De är belägna i strategiska områden med stora upptagningsområden, inklusive områden med ett stort antal internflyktingar.

Banadir Hospital är ett mödra- och barnsjukhus, ett remissjukhus för hela landet och ett undervisningssjukhus. Det grundades 1976 som en del av den kinesiska regeringens utvecklingsprojekt för att stödja Somalia. Demartino Public Hospital är det äldsta och största sjukhuset i Mogadishu och har varit en hörnsten i Somalias

sjukvårdssystem sedan sjukhuset grundades 1922. Sjukhuset har nu utvecklats till en heltäckande vårdgivare och blivit synonymt med motståndskraft och engagemang, och det har fortsatt att tillhandahålla viktiga sjukvårdstjänster trots många utmaningar, inklusive omfattande skador under inbördeskriget. Ett av ministeriets prioriterade områden var att återta kontrollen över dessa båda sjukhus. En stor del av befolkningen har inte råd med privat sjukvård och det var viktigt att se till att de åtminstone hade tillgång till viss service av god kvalitet. Det hade också ett starkt symboliskt värde att kunna visa att regeringen tog tillbaka ansvaret för att tillhandahålla grundläggande tjänster, för att långsamt återvinna förtroendet för regeringen bland befolkningen. Från och med den 6 februari 2019 var båda sjukhusen under FMoH:s ledning.

Trots de många utmaningar som finns i Somalia har det skett många framsteg under åren som bådär gott för hälso- och sjukvården i landet inför framtiden. Det har gjorts ett flertal samordnade ansträngningar för att stärka hälsoministerierna både på federal nivå och medlemsstatsnivå. Vissa förbättringar har skett inom nyckelområden, till exempel bättre tillgång till mödrahälsovård, vård för nyfödda, familjeplanering, barnhälsovård och nutritionstjänster samt ett stärkt hälso- och sjukvårdssystem, det vill säga uppbyggnad av kapacitet och ansvarsskyldighet för hälso- och sjukvårdsinstitutioner med mera.

Under 2012 återtog FMoH också kontrollen över den byggnad som hyser Somalias nationella referenslaboratorium, i vilken det hade bott hemlösa internflyktingar sedan inbördeskriget; det var vanligt att människor utan tak över huvudet ockuperade tomma myndighetslokaler. Mindre renoveringsarbeten utfördes samma år, 2013–2014 genomfördes en större renovering och utbyggnad, och 2015 installerades basutrustning. I augusti 2017 invigde vi det renoverade laboratoriet med kapacitet att utföra molekylärbiologiska undersökningar som senare vidareutvecklades under covid-19-pandemin. En månad efter det första bekräftade fallet av covid-19 började Somalia utföra tester i vårt laboratorium och genomförde utbildning för laboratorietechniker från de federala medlemsstaterna (Mohamed, 2023; WHO, 2023b).

De åtgärder som beskrivs ovan var inte bara viktiga för att de säkerställde att hundratusentals somalier fick förbättrad tillgång till hälso- och sjukvård av hög kvalitet genom nationella offentliga sjukhus, eller för att landet åter fick ett fungerande nationellt referenslaboratorium med global standard. Insatserna byggde också tillit – både hos befolkningen och hos partners nationellt, regionalt och globalt.

## Juridiskt ramverk och styrning för hälsa

Vid ett regeringssammanträde i maj 2017 fick varje ministerium i uppdrag att identifiera prioriterade områden som skulle kunna åtgärdas under den nya regeringens första 90 dagar. Vi på hälso- ministeriet prioriterade att upprätta viktiga dokument och regelverk som styr hälsosektorn. Allt från läkemedel till utbildning av vårdpersonal och tillhandahållande av behandling och vård var praktiskt taget oreglerat. Ett förslag till ramlag togs fram som reglerar hälso- och sjukvården för att säkerställa grundläggande kvalitet och patientsäkerhet – The National Health Professionals Council Act. Förslaget presenterades för regeringen inom den fastställda tidsramen, godkändes och överlämnades till den nationella lagstiftande församlingen.

Kabinettet har också godkänt inrättandet av följande institutioner:

- National Institute for Health (NIH) 2019 – Somalias nationella folkhälsoinstitut och den första statliga myndighet som inrättas under ministeriet. Det fungerar som landets kontaktpunkt för det internationella hälsoreglementet (IHR)<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Det internationella hälsoreglementet (IHR 2005) är ett legalt bindande ramverk för medlemsländerna i Världshälsoorganisationen (WHO). Syftet är att förebygga, förhindra och hantera gränsöverskridande hälsohot med minsta möjliga påverkan på internationell handel och trafik. Läs mer i kapitel 5. [https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1)

- The National Medicine Regulatory Authority – Somalias läkemedelsmyndighet; beslutet om myndigheten var fortfarande under behandling i parlamentet när jag lämnade min post i augusti 2022.

Ministeriet har sedan dess godkänt flera nationella och tematiska strategier och viktiga både normativa och vägledande dokument för att förbättra hälsosektorns funktion och smidiga drift:

- Strategisk plan för hälsosektorn II och III
- Handlingsplan för vård av nyfödda, 2019–2023
- Immuniseringspolicy, 2021
- Färdplan mot allmän hälso- och sjukvård 2021–2026
- Strategi för reproduktiv hälsa samt vård för nyfödda, barn och unga 2020–2024
- Nutritionsstrategi 2020–2025.

## Utvecklingsbistånd för hälsa till Somalia

På grund av de många utmaningarna samt de sektorsövergripande och mångfacetterade behov som utvecklas i komplexa humanitära miljöer som Somalia är det viktigt att åtgärder är harmoniserade och att det finns ett övergripande helhetstänkande. Beslutsfattare på alla tre nivåerna (federal nivå, medlemsstatsnivå och lokal nivå) samt icke-statliga organisationer, FN-systemet, givare och genomförare måste uppmuntras att arbeta tillsammans för att undvika fragmentering och dubbelarbete. Men hur fungerar detta?

För att bygga upp motståndskraft och långsiktighet krävs samordning av relevanta aktörer som exempelvis FMOH och andra statliga organ, för att säkerställa en effektiv prioritering av åtgärder. Denna harmonisering kräver en hel del kommunikation, samordning och gemensamma insatser som ter sig nästan omöjliga i en så bräcklig kontext som Somalia.

WHO är en central partner när det gäller tekniskt bistånd och expertis inom hälso- och sjukvårdsområdet. WHO implementerar också program direkt och har kontor på flera platser i Somalia. Den nuvarande samarbetsstrategin med regeringen gäller 2021–2025 (WHO, 2021a). WHO har stöttat alla aspekter av hälsosystemet. En viktig komponent har varit stöd till hälsoinformationssystemet tillsammans med andra multilaterala organisationer som exempelvis Unicef (WHO, 2022a).

Somalia har många multilaterala och bilaterala partner som är involverade i utvecklingsbistånd för hälsa, och ett stort antal program har genomförts genom åren. Här finns både framgångsrika och mindre framgångsrika exempel att lära av. Några beskrivs nedan och visar både på viljan att lindra de svåra omständigheterna för befolkningen i Somalia och på utmaningarna med en mängd intressenter och varierande tillvägagångssätt. Jag kommer att nämna några exempel.

Det första exemplet är satsningen Essential Package for Health Services (EPHS) som introducerades 2009. Arbetet påbörjades under en kritisk övergångsfas i Somalia. Samtidigt som man identifierade viktiga behov hos befolkningen i Somalia identifierade man också viktiga utmaningar för hälsosektorn. En viktig prioritering var den begränsade institutionella kapaciteten hos medlemsstaternas hälsoministerier, begränsade personalresurser för att utföra viktigt hälsoarbete och slutligen ohållbar och otillräcklig finansiering för arbetet på lång sikt.

EPHS utvidgades 2012 och gick in en genomförandefas genom Joint Health and Nutrition Programme (JHNP). JHNP var ett femårigt program som pågick under 2012–2016 och leddes av de somaliska hälsomyndigheterna med stöd från UNFPA, Unicef och WHO. Programmet finansierades av givare som Storbritannien, Finland, Sverige och USA. JHNP byggde vidare på EPHS och syftade till att minska sjukligheten och dödligheten bland mödrar och barn, förbättra hälso- och näringsstatusen för Somalias befolkning samt tillhandahålla tillgänglig, kvalitativ sjukvård inom reproduktiv hälsa,

mödra- och barnhälsa och nutrition i hela landet. Detta var ett första försök till en harmonisering som är absolut nödvändig för att tillgodose landets behov, samtidigt som den institutionella utvecklingen för Somalias hälsomyndigheter säkerställs. En halvtidsutvärdering av JHNP genomfördes av Sida 2015, där både framsteg och utmaningar identifierades. Bland annat identifierade man bristande samordning mellan givarna och svag kapacitet på institutionell nivå (Andersson, Lukmanji, Nor, & Rothman, 2015).

När JHNP avslutades 2016 bidrog det tyvärr till en ökad fragmentering av tjänsteleveranserna, med olika partners som täckte olika geografiska områden och olika områden. Givarna ingick i stället bilaterala avtal med regeringen och hälsoministeriet. Det saknades tyvärr en stark samordningsmekanism, vilket bidrog till bristande kvalitet och bristande koordinering vad gäller tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdstjänster. Några bilaterala initiativ som följde var bland annat ett DFID-projekt<sup>10</sup> på 100 miljoner brittiska pund: Somalia Health and Nutrition Project (SHINE) 2016–2021 (förlängt till 2022) med fokus på hälso- och näringsstatus, särskilt bland kvinnor och barn. SHINE hade ett nära samarbete med de olika medlemsstaternas hälsoministerier.

Ett annat exempel är Community Health and Social Accountability Project (CHASP) 2017–2021 och 2021–2024 som drivs av Rädda Barnen och finansieras av Sverige (genom Sida) och Schweiz (genom Swiss Agency for Development). Programmet tillhandahåller mödra- och barnhälsovård i utvalda områden och på utvalda vårdinrättningar. Ett syfte är även att stärka kapaciteten hos relevanta hälsomyndigheter (Sida, 2023).

---

<sup>10</sup> Numera nedlagda Department for International Development (DFID).

## Kvalificering för den globala finansieringsfaciliteten

Under 2019 blev Somalia ett GFF-land (Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents), vilket var en milstolpe och en stor bedrift eftersom det krävdes en hel del omstrukturering och reformer innan landet godkändes. Som en del av GFF-processen togs en Investment Case-rapport fram, som fungerade som en grund för reformarbetet (MoH Somalia).

GFF är ett partnerskap med Världsbanken som värd, som bekämpar fattigdom och ojämlikhet genom att främja kvinnors, barns och ungdomars hälsa och rättigheter. Detta görs genom att man stödjer länder att stärka sina hälso- och sjukvårdssystem och förbättra tillgången till vård genom prioritering, anpassad offentlig och privat finansiering samt politiska reformer (GFF, 2024). ”Damal Caafimaad” (EPHS 2020) är ett flaggskeppsprogram för hälso- och sjukvård som stöds av GFF, vilket syftar till att förbättra hälso- och sjukvården i Somalia och genomförs av Somalias federala regering (WB, 2021). Programmet syftar till att förbättra spridning och täckning av viktiga hälso- och nutritionstjänster i fem medlemsstater.

## Utmanande samordning

Samordning av myndigheter på olika nivåer inom landet, liksom samordning av givare, är en enorm utmaning på grund av dels den extremt fragmenterade hälsosektorn, dels utmaningar med det federala systemet. Samtidigt är samordning en nödvändighet av flera skäl. De ansvariga hälsomyndigheterna behöver bland annat ha kontroll över leveransen av hälso- och sjukvårdstjänster och kunna samla in kritisk hälsoinformation. Med JHNP etablerade de somaliska hälsomyndigheterna (som då var indelade i tre subnationella zoner – Somaliland, Puntland och South-Central) tillsammans med partners inom hälsosektorn en nationell kommitté för hälsosektorn och en rådgivande nämnd för hälsa som var



verksam fram till 2016. Dessa skulle samordna insatser inom hälsa, nutrition och WASH<sup>11</sup>. När JHNP avslutades hade nya federala medlemsstater tillkommit och samordningskommittén för hälsosektorn stod inför många utmaningar. Vissa samordningsmöten fick äga rum utanför landet för att tillgodose alla medlemsstaters önskemål.

I linje med den nationella utvecklingsplanen (NPD 8) (Government of Somalia, 2020) etablerade Somalias federala regering en ny struktur för samordning. Detta skedde vid en workshop i Addis Abeba, Etiopien, i slutet av 2019 då FMoH – tillsammans med det federala finansministeriet, hälsoministerierna i de federala medlemsstaterna, företrädare för FN-organisationer och flera utvecklingspartners samt organisationer i det civila samhället och den privata sektorn – enades om att återupprätta en samordningsplattform i landet för hälsa, näring och WASH, under ledning av hälsoministeriet (FMoH Somalia, 2022).

Samordningen är en utmaning på flera sätt, vilket framgått ovan. Många partners och givare befinner sig utanför landet på grund av säkerhetsskäl och många möten måste äga rum utanför landet, vilket innebär en ytterligare börda för beslutsfattare och tjänstemän. Sedan 2018 har den somaliska regeringen uppmanat sina partners att verka inom landet, vilket har underlättat arbetsrelationerna mellan nationella och internationella partners.

Behoven i Somalia är många och ett nära samarbete mellan partners, givare och somaliska myndigheter är nödvändigt och ökar förståelsen hos alla aktörer för behov, prioriteringar och avvägningar som måste göras. Koordinering kan säkerställa att åtgärder inte vidtas i stuprör utan parallellt med andra pågående insatser.

---

<sup>11</sup> Water, sanitation and hygiene (WASH).

## **Samarbete med Africa CDC – den afrikanska smittskyddsmyndigheten**

Tekniskt stöd och kapacitetsuppbyggnad behövs lika mycket som ekonomiska resurser. Den afrikanska smittskyddsmyndigheten Africa Centres for Disease Control and Prevention (ACDC) spelar en viktig roll i kapacitetsuppbyggnad och ledarskap samt för etableringen av starka nationella folkhälsoinstitut i Afrika (ACDC, 2024). National Institute of Health (NIH) är en somalisk myndighet som har haft nytta av ACDC:s expertis och erfarenhet sedan starten. Innan NIH bildades besökte en konsult från ACDC Somalia och gav råd om utformningen av myndigheten, och NIH har haft ett nära samarbete med både huvudkontoret i Addis Abeba och det regionala östafrikanska kontoret i Nairobi. ACDC är viktigt för det afrikanska ledarskapet och kunskapsstyrningen inom hälsa, för att olika länder ska få och dela kunskap med varandra och för att underlätta formellt samarbete mellan länder på den afrikanska kontinenten, liksom för gränskontroll för tidig upptäckt av sjukdomar etc. Laboratorie-samarbete mellan länder är ett område som kan utvecklas betydligt i framtiden.

## **Hälsoutbildning och forskning**

Bland alla behov är kvalitet och kapacitet inom utbildning och forskning inom hälsa, inklusive One Health, avgörande (Bile, Warsame, & Ahmed, 2022). I likhet med vårdgivare så är de flesta universitet i Somalia privata och det finns ett behov av starkare reglering och kontroll samt kapacitetsuppbyggnad. Samtidigt finns det begränsad kapacitet och begränsade resurser på både federal och subnationell nivå för att samla in, analysera och övervaka hälso-statistik. För att nyttja de knappa resurser som finns på bästa sätt finns det därför ett behov av ett nära samarbete mellan olika utbildnings- och forskningsinstitut och hälsomyndigheterna. FMOH har bland annat arbetat tillsammans med WHO för att utveckla

forskningsprioriteringar för hälsa i Somalia (Ssendagire, Mohamoud et al., 2023). Sverige, bland många andra, har också stött kapacitetsuppbyggnad inom somalisk hälsoforskning genom stöd till uppbyggnad av uppföljnings- och forskningskapacitet vid NIH (Fohm, 2024) men också genom andra initiativ från svenska universitet som Högskolan Dalarna (Erlandsson et al., 2021), Somali–Swedish Research Association (Dalmar et al., 2017) och Umeå universitet.<sup>12</sup> Umeå universitet är även värd för en somalisk vetenskaplig tidskrift för att underlätta för somaliska forskare att publicera sina forskningsresultat – Somali Health Action Journal<sup>13</sup>.

NIH och FMoH har genomfört flera aktiviteter för att stärka utbildning och forskning. Workshops om prioritering inom hälsoforskning med somaliska universitet har genomförts, och NIH:s avdelning för forskning har etablerat ett samarbete med flera somaliska universitet genom Somali Universities Association. År 2022 (30 januari–1 februari) arrangerade NIH och FMoH den första somaliska hälsoforskningskonferensen i Somalia i Puntland, med deltagande och ekonomiskt bidrag från Sverige.

FMoH och NIH har också, med stöd av Africa Field Epidemiology Network, genomfört utbildningar i fältepidemiologi sedan 2021, med flera grupper av studenter och totalt 123 hälsoarbetare som hittills avslutat utbildningen. Denna kategori av personal är avgörande för beredskap och insatser vid sjukdomsutbrott, inklusive för system för tidig upptäckt av nya utbrott och för ett fungerande hälsoinformationssystem.

Liksom många andra svaga hälsosystem står Somalia inför en kritisk brist på vårdpersonal och personal med begränsad kapacitet och kompetens. Privata universitet producerar ett stort antal utbildade unga varje år men det finns stora brister i styrning och kvalitet.

---

<sup>12</sup> Somali-Swedish Research Collaboration for Health – [www.umu.se/en/department-of-epidemiology-and-global-health/collaborate-with-us/somali-swedish-research-cooperation/](http://www.umu.se/en/department-of-epidemiology-and-global-health/collaborate-with-us/somali-swedish-research-cooperation/).

<sup>13</sup> Somali Health Action Journal – <https://journals.ub.umu.se/index.php/shaj/about>.

Utbildning och forskning inom hälsa är grundläggande för att lyckas att utveckla hälsosystemet och främjar starkare hälsosystem och bättre hälsoutfall.

## **Covid-19-pandemin som ett exempel på samarbete på global och nationell nivå**

Trots de många utmaningar som covid-19 medförde gav den världen ett konkret exempel på hur samarbete kan gynna oss alla (Sendagire, Karanja et al., 2023). Somalias hälsosektor var inte redo för pandemin. Den hade inte de personalresurser som krävdes för att säkerställa att viktig verksamhet upprätthölls. Man hade inte de laboratorier som behövdes för att testa och diagnostisera. Social distansering och kontaktsparning var nästan omöjligt i de trånga miljöerna i städerna och i lägren för internflyktingar. Men trots detta visade den somaliska hälsosektorn på motståndskraft under en av de svåraste prövningarna under senare år.

Somalia lanserade sin nationella beredskapsplan för covid-19 den 5 mars 2020 och rapporterade sitt första fall 11 dagar senare. Beredskapsplanen för covid-19 var utformad för att underlätta samordning och ledarskap, stärka den nationella kapaciteten för upptäckt av fall, vård och stöd, bidra till kapacitet för förebyggande och kontroll av infektioner samt stärka mekanismerna för riskkommunikation. Den 13 mars 2020 utsåg FMoH ett sjukhus i huvudstaden Mogadishu (Demartino Hospital) till landets medicinska covid-19-center och sjukhuset anpassade sina rutiner för att ta emot patienter med covid-19.

Den 5 maj 2021 uppgick det totala antalet bekräftade covid-19-fall i hela landet till 14 121, med 721 bekräftade dödsfall. Dessa siffror är dock grovt underrapporterade eftersom majoriteten av fall inte testas eller läggs in på sjukhus, på grund av begränsad kapacitet för testning, vård och intensivvård. Under några av de tidiga topparna samlades information om antalet begravningar in veckovis på vissa

platser, och muntliga obduktioner genomfördes, för att försöka få en snabb bedömning av omfattningen på spridningen.

Dessutom bidrog utbredd desinformation och felaktig information om covid-19 i sociala medier till att allmänheten hade lågt förtroende för de åtgärder som regeringen vidtog – särskilt vad gällde användning av ansiktsmask och social distansering. Ett sätt att effektivt ta itu med detta och ingjuta förtroende var genom dagliga uppdateringar som spred saklig information, delade verifierbara uppgifter och motarbetade den felaktiga information som spreds i media.

Flera givare och partners gav finansiellt och tekniskt stöd till FMoH under pandemin och såg till att Somalias insatser för att hantera pandemin också fick positiva resultat på andra områden, till exempel vad gällde laboratoriekapacitet, syrgasanläggningar och integrerad hälsoövervakning.

Sida bidrog till att stödja hälsoministeriet i att säkerställa att viktiga tjänster kunde fortsätta under covid-19-pandemin samtidigt som man stödde vaccinationskampanjen och bidrog med vaccin. Sidas arbete har konsekvent varit i linje med hälsoministeriets prioriteringar och det somaliska folkets behov. I dialogen (på hög nivå) mellan Sverige och FMoH 2020 när pandemin var som värst, framhölls till exempel den strategiska prioriteringen att säkerställa att landet hade ett modernt och lyhört system för hantering av hälsoinformation. Etableringen av NIH har fått stöd av både Sida och WHO och detta var ovärderligt inte bara under covid-19-pandemin utan också för att stärka ett centralt behov i den somaliska hälsosektorn (WHO, 2022b).

## **Solcellsdrivna system för syrgasleverans**

Ett annat fantastiskt resultat som uppnåddes trots eller på grund av pandemin var utvecklingen av soldrivna syrgasleveranssystem, vilka togs fram genom ett samarbete med WHO och olika givare (WHO, 2021b, 2023a).

Demartino Hospital utsågs till remissjukhus för covid-19, och till deras intensivvårdsavdelning anlände patienter från hela landet. På grund av den stora efterfrågan på intensivvårdsplatser på Demartino kunde inte sjukhuset erbjuda vård till alla som behövde det, och väntetiderna och kön med patienter blev långa. När covid-19-patienternas kliniska status försämrades köptes syrgas in via privata leverantörer, men det fanns bara två privata leverantörer som hade syrgas tillgängligt i Mogadishu. När situationen förvärrades blev tillgången till syrgas via dessa privata leverantörer en utmaning med stor konkurrens mellan offentliga och privata anläggningar. Vid ett tillfälle gick en av de två syrgaskoncentratorerna sönder under natten och då fanns det endast en tillgänglig för hela staden.

Det privata näringslivet och partners, inklusive WHO, köpte syrgas till sjukhuset under covid-19 men det rådde en global brist som innebar att förseningar uppstod. Det fanns ett akut behov av en hållbar och långsiktig lösning som skulle kunna gynna sjukhuset och dess patienter på lång sikt. De soldrivna syrgassystem som infördes var innovativa och hållbara och kunde säkerställa tillgången till syrgas under en kritisk tid i Somalia (WHO, 2023a). Samarbetet och partnerskapet mellan hälsoministeriet, WHO, Världsbanken, IOM, Unicef och givare säkerställde att denna livräddande teknik kunde införas i Somalia. Även om den föddes ur ett behov av att stödja covid-19-patienter kan den användas, och har använts, för att stödja andra patienter, inklusive pediatrika patienter med lunginflammation. Innovation och samarbete bidrog alltså till att rädda otaliga liv i Somalia. När vi bygger upp och bygger ut hälso- och sjukvården i Somalia, som är så hårt drabbat av klimat-katastrofer, är det dessutom oerhört värdefullt om vi kan investera i hälso- och sjukvård som inte bidrar till ytterligare klimatförändringar.

## Hållbarhet och finansiering

När jag tog över ministeriet 2017 var budgeten för hälsosektorn 1,2 miljoner US-dollar. Att se till att ministeriet kunde säkra en ansevärd budget för att kunna prioritera och planera effektivt var en av mina högsta prioriteringar och i slutet av min mandatperiod, 2022, kunde jag säkra finansiering för FMoH på drygt 50 miljoner US-dollar. Detta var en betydande ökning och ett första steg. Genom att stärka hälsosektorn och säkerställa harmonisering och synergier i våra partners insatser skulle ministeriet kunna ta itu med en del av de utmaningar som Somalias befolkning står inför på ett sätt som skulle kunna innebära bättre sektorsövergripande planering.

Långsiktigt är det naturligtvis oerhört viktigt att se till att ministeriet kan avsätta tillräckliga nationella medel för hälsa genom skatteintäkter, vilket kräver åtgärder från regeringen. Investeringar i nyckelsektorer som hälsa, utbildning och sysselsättning bör prioriteras och är också ett sätt att förhindra att unga människor dras in i antisociala och våldsamma beteenden.

## Sammanfattningsvis

Jag vill uttrycka min djupaste tacksamhet till den svenska regeringen och det svenska folket för deras generositet och stöd till det somaliska folket och i synnerhet till hälsosektorn. Ert bidrag har betytt oerhört mycket, särskilt för somaliska mödrar och barn och för landets hälso- och sjukvårdssystem som helhet. Detta skulle inte ha varit möjligt utan ert och andra givares stöd.

Somalia har kommit långt efter decennier av inbördeskrig och den konflikt som har resulterat i utbrett våld, tvångsflyttningar och humanitära katastrofer. Men det är fortfarande en mycket lång väg kvar att gå. Landet har fortfarande några av de sämsta hälsoutfallen i världen, och hälsosektorn är fortfarande kraftigt underfinansierad.

Hög mödra- och barnadödlighet, undernäring och förekomsten av infektionssjukdomar är betydande utmaningar för folkhälsan.

Befolkningens hälsa, särskilt kvinnors och barns, är beroende av ett starkt stöd från beslutsfattare och ledare i landet för att dessa ska prioritera allmän hälso- och sjukvård, och av ett fortsatt starkt stöd från externa givare under en överskådlig framtid. Kvinnors och barns hälsa i Somalia är högsta prioritet och situationen för kvinnor och barn förtjänar all uppmärksamhet.

Kvinnors och barns hälsa är samtidigt en integrerad del av det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet. Under 2012, med början i JHNP, övergick givarna från årtionden av ad hoc-finansiering av små projekt till en långsiktig hälsosystemstrategi med mer hållbara effekter. Ett sådant tillvägagångssätt kan möjliggöra en övergång från huvudsakligen humanitärt bistånd till mer långsiktig utveckling. Genom att bygga upp somalisk inhemsk kapacitet kommer vi att kunna bygga upp vår motståndskraft och kommer att kunna bemöta framtida kriser på ett bättre sätt.

Givare som stödjer ett land bör anpassa sitt stöd till landets specifika behov och prioriteringar för att nå framgång. Ibland har givare fokuserat, och fokuserar fortfarande på, områden som de själva har prioriterat eller som de anser vara prioriterade eller mycket viktiga baserat på sina egna mandat och perspektiv. Detta är inte alltid i linje med de befintliga bristerna eller de strategiska prioriteringarna i mottagarlandet, eller med de personalresurser och den kapacitet som finns i landet. För att maximera effektiviteten, minimera fragmenteringen och bygga upp landets inhemska kapacitet behöver givarna genomföra en grundlig analys av de befintliga bristerna, i samarbete med landets regering, för att säkerställa att stödet från givarna tillgodoser landets prioriterade behov.

Det är min övertygelse att ett integrerat angreppssätt möjliggör att högprioriterade och centrala områden inom hälso- och sjukvården kan hanteras på ett hållbart och effektivt sätt i linje med lärdomar från tidigare erfarenheter i landet, till exempel Essential Package of



Health Services. Detta skulle vara att föredra framför att fokusera snävt på ett tematiskt område genom vertikal programmering, med ett mer isolerat tillvägagångssätt.

Dessutom bör givarna samordna sina insatser för att maximera effekten och resurseffektiviteten. Gemensam planering och utveckling samt förstärkning av system för informationsutbyte före fördelningen av finansiella resurser kan bidra till att säkerställa att alla resurser används effektivt och säkerställa att det finns en rättvis geografisk fördelning. Det bör vara en självklar del i allt samarbete att givare åtar sig att stödja hälsoministerier samtidigt som mottagarlandets hälso- och sjukvårdssystem stärks, särskilt inom områden som styrning och förvaltning. Detta är en viktig byggsten för att säkerställa att framtida partnerskap kan bli framgångsrika och att framtida arbete, som att skala upp eller ta itu med nya prioriteringar, kan ske mer smidigt. Genom att ge ministerierna möjlighet att ta en ledande roll, och identifiera och fastställa prioriteringar, kan givarna bidra till att bygga ett mer hållbart och effektivt hälso- och sjukvårdssystem.

Det är min högsta önskan att arbetet med att tillhandahålla kvalitativ hälso- och sjukvård till en överkomlig kostnad för Somalias befolkning och att stärka hälsosektorn förblir en prioritet för nationella institutioner och det internationella samfundet. Vi har enats om en agenda på alla nivåer (globalt, regionalt och nationellt) för att säkerställa att vi kan se förbättringar vad gäller hälsostatusen för befolkningen i Somalia. Det är min förhoppning att vi snart kommer att kunna se betydande framsteg när det gäller mödra- och barnhälsa, att vi kan minska antalet dödsfall som kan förebyggas bland kvinnor och barn samt införa allmän hälso- och sjukvård (UHC) i Somalia.

## Referenser

ACDC. (2024). Framework for Development of National Public Health Institutes in Africa. Retrieved from <https://africacdc.org/download/framework-for-development-of-national-public-health-institutes-in-africa/>

Andersson, B., Lukmanji, Z., Nor, H. W., & Rothman, J. (2015). *Mid-term Review of the Somali Joint Health and Nutrition Programme (JHNP)*.

Bile, K., Warsame, M., & Ahmed, A. D. (2022). Fragile states need essential national health research: the case of Somalia. *Lancet Glob Health*, 10(5), e617-e618.

Dalmar, A. A., Hussein, A. S., Walhad, S. A., Ibrahim, A. O., Abdi, A. A., Ali, M. K., . . . Wall, S. (2017). Rebuilding research capacity in fragile states: the case of a Somali-Swedish global health initiative. *Glob Health Action*, 10(1), 1348693.

Erlandsson, K., Wells, M. B., Wagoro, M. C., Kadango, A., Blomgren, J., Osika Friberg, I., . . . Lindgren, H. (2021). Implementing an internet-based capacity building program for interdisciplinary midwifery-lead teams in Ethiopia, Kenya Malawi and Somalia. *Sex Reprod Healthc*, 30, 100670.

FMoH Somalia. (2022). About the Sector Coordination. Retrieved from <https://moh.gov.so/en/health-sector/>

Fohm. (2024). Folkhälsomyndigheten samarbetar med National Institute of Health Somalia. Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/internationellt-samarbete/folkhalsomyndigheten-samarbetar-med-national-institute-of-health-somalia/>

Gele, A. A., Ahmed, M. Y., Kour, P., Moallim, S. A., Salad, A. M., & Kumar, B. (2017). Beneficiaries of conflict: a qualitative study of people's trust in the private health care system in Mogadishu, Somalia. *Risk Manag Healthc Policy*, 10, 127-135.

GFF. (2024). Global Financing Facility (GFF) Somalia. Retrieved from <https://www.globalfinancingfacility.org/partner-countries/somalia>

Government of Somalia. (2020). *Somalia National Development Plan 2020 to 2024. The Path to a Just, Stable and Prosperous Somalia*. The Ministry of Planning, Investment and Economic Development. Government of Somalia. Retrieved from <https://nwm.unescwa.org/sites/default/files/2023-06/Somali-National-Development-Plan-2020-2024.pdf>

Government of Somalia. (2023). *Somalia Poverty Report 2023*. Retrieved from <https://goaltracker.nbs.gov.so/content/platform/somalia/publications/somalia-poverty-report-2023.pdf>

Ibrahim, M., Rizwan, H., Afzal, M., & Malik, M. R. (2022). Mental health crisis in Somalia: a review and a way forward. *Int J Ment Health Syst*, 16(1), 12.

IHME. (2024). Country profiles Somalia. Retrieved 18 October 2024, from Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA: IHME, University of Washington [www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/somalia](http://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/somalia)

IOM. (2024). Displacement Tracking Matrix Somalia. Retrieved from <https://dtm.iom.int/somalia>

IPC. (2024). Somalia: About 4.4 million experiencing high levels of acute food insecurity; 1.6 million children likely to suffer from acute malnutrition. Retrieved from [www.ipcinfo.org/ipcinfo-website/countries-in-focus-archive/issue-109/en/](http://www.ipcinfo.org/ipcinfo-website/countries-in-focus-archive/issue-109/en/)

MoH Somalia. *Investment Case for the Somali Health Sector 2022–2027*. Retrieved from [www.globalfinancingfacility.org/sites/default/files/Somalia-GFF-Investment-Case.pdf](http://www.globalfinancingfacility.org/sites/default/files/Somalia-GFF-Investment-Case.pdf)

Mohamed, S. M., Ayni, Abukar, Hassan,. (2023). Expansion of national laboratory capacity in the Federal Republic of Somalia throughout the COVID-19 pandemic (Abstract, Pre-print).

SHDS. (2020). *The Somali Health and Demographic Survey 2020. Directorate of National Statistics, Federal Government of Somalia*. Retrieved from [https://somalia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FINAL%20SHDS%20Report%202020\\_V7\\_0.pdf](https://somalia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FINAL%20SHDS%20Report%202020_V7_0.pdf)

Sida. (2023). Openaid RÄDDA BARNEN SOMALIA (CHASP) 2021-2024. Retrieved from <https://openaid.se/en/contributions/SE-0-SE-6-13107#description>

Ssendagire, S., Karanja, M. J., Abdi, A., Lubogo, M., Azad Al, A., Mzava, K., . . . Malik, S. (2023). Progress and experiences of implementing an integrated disease surveillance and response system in Somalia; 2016-2023. *Front Public Health*, 11, 1204165.

Ssendagire, S., Mohamoud, S. A., Bashir, F., Jamal, M. A., Bulale, M., Azad, A., . . . Malik, S. (2023). Health research prioritization in Somalia: setting the agenda for context specific knowledge to advance universal health coverage. *Front Public Health*, 11, 1202034.

Warsame, A. A. (2020). *Somalia's Healthcare System: A Baseline Study & Human Capital Development Strategy*. Retrieved from <https://www.heritageinstitute.org/wp-content/uploads/2020/05/Somalia-Healthcare-System-A-Baseline-Study-and-Human-Capital-Development-Strategy.pdf>

WB. (2021). *Improving Healthcare Services in Somalia ("Damal Caafimaad") Project*. Retrieved from <https://documents1.worldbank.org/curated/en/671481625191487648/pdf/Somalia-Improving-Healthcare-Services-in-Somalia-Damal-Caafimaad-Project.pdf>

WHO. (2021a). *Country Cooperation Strategy for WHO and Somalia 2021–2025*. Retrieved from <https://applications.emro.who.int/docs/9789290211280-eng.pdf>

WHO. (2021b). WHO in Somalia. Solar-powered medical oxygen systems saving lives in Somalia: using innovation to accelerate impact in a fragile setting. Retrieved from <https://www.emro.who.int/somalia/news/solar-powered-medical-oxygen-systems-saving-lives-in-somalia-using-innovation-to-accelerate-impact-in-a-fragile-setting.html>

WHO. (2022a). *Comprehensive assessment of Somalia's health information system 2022*. Retrieved from <https://applications.emro.who.int/docs/9789292742188-eng.pdf>

WHO. (2022b). *Strengthening the public health system in a conflict setting: an example of a unique partnership between WHO, Sweden and Somalia working towards achieving health for all*. Retrieved from <https://www.emro.who.int/images/stories/somalia/documents/Strengthening-public-health-systems-case-study-september-2022.pdf?ua=1>

WHO. (2023a). *Increasing access to medical oxygen in Somalia: fostering a resilient health system in fragile context*. Retrieved from <https://www.emro.who.int/images/stories/somalia/strengthening-public-health-systems-case-study-august-2-2023.pdf?ua=1>

WHO. (2023b). *Rapid build-up of essential public health functions in Somalia: utilizing the COVID-19 response to improve preparedness and readiness for health security threats in complex emergency situation*. . Retrieved from <https://www.emro.who.int/images/stories/somalia/documents/strengthening-public-health-systems-case-study-august-1-2023.pdf?ua=1>

World Bank Group. (2018). Urban population growth (annual %) - Somalia. Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.GROW?locations=SO>