

SOMALIA: ”ÖPPET FÖR FÖRHANDLINGAR”

Den här texten är resultatet av en rad samtal mellan Michaël Neuman, ansvarig för studier utgivna av förlaget CRASH-MSF, och Benoît Leduc, landansvarig och senare verksamhetschef för Somalia för den franska sektionen av Läkare Utan Gränser mellan december 2006 och september 2010. Samtalen hölls under juni till december 2010. De belgiska, spanska, holländska och schweiziska sektionernas arbete i Somalia berörs inte i detalj.

Introduktion

Läkare Utan Gränser, som hade bistått somaliska och etiopiska flyktingar i Somalia med medicinsk hjälp sedan 1979, insåg snabbt riskerna och utmaningarna med att arbeta i landet. I januari 1987 kidnappades tio medarbetare av separatister från Somaliland, Tuj Walaje, i norr. I april 1988 utsattes Hargeisa, där Läkare Utan Gränser holländska sektion arbetade, för ett kraftigt bombanfall. 1990-talet inleddes med en konflikt som hade sitt ursprung i händelser som skett flera år tidigare. Nu stod man inför en regering i kollaps och en enorm ökning av antalet privata väpnade grupper, organiserade utifrån såväl enskilda individer som klaner och entreprenörer. Efter att presidenten Siad Barre avsatts år 1991 utförde Läkare Utan Gränser en rad uppdrag i Mogadishu splittrat mellan rivaliserande klaner, bland internflyktingar på landsbygden och bland somaliska flyktingar i Kenya. Läkare Utan Gränser hade som mål att mildra konsekvenserna av den hunger som, från våren 1992 och framåt, resulterade i en av de första internationella "militär-humanitära" insatserna sedan kalla kriget. Läkare Utan Gränser genomförde nu hjälpuppdrag i en av de farligaste miljöer man verkat i. Stridernas intensitet och de direkta hot som de anställda utsattes för, ledde till att ett antal medarbetare evakuerades.

Från april 1992 till mars 1995, genomförde Förenta Nationerna flera uppdrag som syftade till att säkerställa att stridande parter efterlevde ett eldupphör och att den humanitära hjälpen nådde fram. Med en successiv förstärkning av den internationella styrkan följde dock att denna kom att bli direkt involverad i konflikten. De civila och militära förlusterna ökade medan de internationella styrkorna begick krigsbrott. Förvirringen kring humanitär hjälp och en internationell militär intervention var stor. Den franska sektionen av Läkare Utan Gränser beslutade sig för att lämna landet i maj 1993, för att undvika att bli förknippad med det våld som utfördes i det humanitära arbetets namn. Man var även orolig över de ökade säkerhetshoten och att den somaliska befolkningen agerade hotfullt mot främlingar. Beslutet grundade sig även på det faktum att dödligheten kopplad till hunger hade minskat. Under de kommande åren fortsatte konfrontationerna mellan politiska och militära ledare. Trots att Läkare Utan Gränser tvingades avbryta arbetet med jämna mellanrum fortsatte man att arbeta för att hjälpa den somaliska befolkningen. År 1997 mördades den utländske läkaren Ricardo Marques på det sjukhus i Baidoa som stöddes av Läkare Utan Gränser franska sektion som återvänt till landet två år tidigare. Organisationen valde återigen att dra sig tillbaka från Somalia.

Nio år senare möjliggjorde ett uppehåll i striderna i Mogadishu att franska Läkare Utan Gränser kunde återvända till Somalia. Under sommaren 2006 tog Islamic Courts Union, ICU, kontroll över huvudstaden. ICU, som etablerades i mitten av 1990-talet som ett försök att återställa ordningen i Mogadishu där man ville testa hur idén om ett islamistiskt Somalia. Mogadishu upplevde sin lugnaste period på femton år och den internationella flygplatsen, som varit stängd sedan 1995, öppnades återigen. Hjälporganisationer fick nytt hopp om förbättrad säkerhet och nya möjligheter att arbeta i landet. Hoppet grusades dock snart. I december 2006 gjorde den etiopiska regeringen en storskalig offensiv och besegrade ICU. Detta för att säkerställa att man inte skulle få en potentiell islamistregim som granne.

Konflikten eskalerade med förnyad styrka och förvärrades av det globala ”kriget mot terrorismen” och av motsättningarna mellan islamistiska nätverk och länder i väst, FN och dess lokala allierade. Rebellrörelsen blev alltmer radikal och flera utbrytargrupper bildades. En av dem var al-Shabab, ursprungligen en ungdomsrörelse inom ICU, som blev en fristående organisation med ett fåtal mycket radikala medlemmar. Trupperna konfronterade den federala övergångsregeringen, TFG, the Transitional Federal Government, vilken var understödd av FN och AMISOM, Afrikanska unionens uppdrag i Somalia, skapat 2007. Övergångsregeringen, som var splittrad och saknade möjlighet till motstånd, lyckades dock aldrig kontrollera mer än ett fåtal distrikt i Mogadishu.

Det var i denna kontext som den franska sektionen av Läkare Utan Gränser arbetade för att kunna bistå befolkningen på bästa sätt. Organisationen tvingades till ändlösa förhandlingar inom ett flertal områden: personalens säkerhet, anlita av beväpnade vakter, handlingsstrategier, standarden på hjälparbetet, bidrag till de stridande parternas krigshandlingar och möjligheten att uttala sig i olika frågor.

Diskussion

>För många på Läkare Utan Gränser i Paris kan situationen i Somalia summeras med ett fåtal ord: klaner, minnet av Ricardo Marques död och komplexitet. Det var ett arbete som utfördes under oacceptabla säkerhetsförhållanden med en beroendeställning till de väpnade grupperna. Den franska sektion, som hade dragit sig tillbaka från landet 1997, undersökte möjligheten att återvända under 2006. Hur såg bakgrunden till den diskussionen ut?

ICU tog kontrollen över Mogadishu i juni 2006, efter att man besegrat ARPCT, the Alliance for the Restoration of Peace and Counter-Terrorism. Invånarna som var helt obeväpnade, åtminstone synbart, upplevde en säkerhetsnivå de inte haft på femton år. För dem av som förespråkade den franska sektionens återvändande till Somalia öppnades en möjlighet att återigen ta upp frågan. Sommaren 2006 reste tt team reste till landet och undersökte hjälpbehoven i Mogadishu och i hamnstaden Merka i södra delen av landet. Detta för att etablera kontakter och få en bild av situationen. Initiativet understöddes ytterligare när krig åter bröt ut i slutet av 2006 när den etiopiska armén gick in i Somalia. Det var då jag fick i uppdrag att bevaka situationen och se över potentiella projekt för

landet.

Det förekom många diskussioner inom Läkare Utan Gränser om huruvida vi skulle starta upp ett nytt projekt. Personen som var ansvarig för våra insatser i landet motsatte sig att vi skulle använda beväpnade vakter och tog upp frågan om säkerhetsriskerna för våra team om man återupptog arbetet i Somalia. Dessutom arbetade fyra sektioner av organisationen redan i landet, vilket gjorde att vissa menade att den franska sektionen inte behövdes.

>Låt oss återgå till frågan om beväpnade vakter. I Afghanistan, Eritrea och många andra länder har Läkare Utan Gränser använt vakter för att garantera säkerhet för sina team och konvojer. Även om humanitär hjälp inte ska ges med våld har man flera gånger under organisationens historia använt väpnad eskort för att kunna utföra sitt arbete. Vilka var de argument som lyftes fram i diskussionen och som fick Läkare Utan Gränser att välja att använda beväpnade vakter när man genomförde sitt uppdrag i Somalia?

Under de diskussioner som föregick beslutet att återuppta verksamheten i Somalia, baserades de förslag som motsatte sig användandet av beväpnade vakter på vår tidigare erfarenhet i Somalia och andra länder: risken att bidra till konflikten, att utsätta teamen för större fara och att bli beroende av militären. Detta lyfte frågan om organisationens neutralitet. I början av 1990-talet var användandet av militär eskort en förutsättning för att kunna verka i landet, vilket vi sedan inte kunde frigöra oss ifrån. Trots att milisen hade i uppdrag att skydda organisationen skapade de istället incidenter som gjorde att säkerhetssystemet utvidgades ytterligare. Från mitten av 1990-talet och framåt började teamen minska antalet vakter och våra kontrakt med milisen. Det kunde hända att vi kunde, om än bara marginellt, skulle medverka till omständigheter som skapade våld. Genom att använda vakter fanns det en risk att någon ur vår personal skulle döda någon. De säkerhetsincidenter vi upplevt tidigare tydde på att detta var ett legitimt argument.

Men i Somalia var beväpnade vakter en nödvändighet snarare än ett val. Under vårt första besök i landet sa vi att vi inte ville använda beväpnade vakter, men sedan insåg vi att även de minsta butikerna hade en vakt beväpnad med en kalashnikov. Sedan 1990-talet hade säkerheten i Somalia genomgått en total privatisering. Det var helt enkelt något som accepterats av de team från Läkare Utan Gränser som arbetade där och något vi kom att godta. På alla somaliska sjukhus finns en slags garderob där man checkar in sina vapen i utbyte mot ett nummer. Det är bara så det är. Så efter att vi diskuterat igenom saken kom vi överens om att det var en verklighet vi måste acceptera.

>Hur lade ni upp det nya projektet?

En av deltagarna i teamet som undersökte behoven i landet 2006 var ledare för projektet under 2007 och han stötte på sin tidigare ställföreträdare på hotellet i Mogadishu. Som många andra somalier hade denne lagt märke till den förändring som skett i staden och ville bidra till den positiva utvecklingen. Han var baserad i Kismayo i södra Somalia och tog oss till Jamaame, en stad i regionen. Jamaame låg på landsbygden och hade klarat sig undan striderna. Där fanns dessutom en landningsbana vilket var en nödvändighet

eftersom det snabbt blev örfarligt att resa dit med bil.

Dessutom fanns det, som överallt på landsbygden i Somalia, tydliga medicinska behov men ingen som erbjöd vård. Mellan november 2006 och januari 2007 drabbades området av kraftiga översvämningar. Enligt vad vi fick höra ledde detta till att barn dog av diarré eftersom att man, på grund av bristen på dricksvatten, drack vatten direkt ur floden. Då vi var medvetna om hur viktig floden var för skörden var vi rädda att nutritionssituationen också skulle förvärras.

Det förekom många diskussioner om huruvida det var lämpligt att arbeta i Jamaame. Många upplevde att processen stal tid från den tilltänkta verksamheten i Mogadishu som skulle prioriteras eftersom huvudstaden var centrum för konflikten och dessutom överbefolkad. Men faktum var att projektet i Jamaame startades väldigt snabbt. Vissa människor i regionen kände redan till Läkare Utan Gränser genom vårt arbete i Kismayo under 1990-talet. Byns representanter hjälpte genast till att hitta en kontakt som hade hand om fordonen, rekryterade oerfaren personal och hyrde ut byggnader. Vi förklarade och poängterade de principer som gäller för vårt uppdrag: neutralitet i konflikter, oberoende gentemot politiska myndigheter och det faktum att vi erbjuder vård till alla. Vi hade ett team på plats från och med mars 2007. I april fokuserade vi återigen på att starta projektet i Mogadishu.

Jag tror att det arbete vi utförde i Jamaame var ovärderligt. Man måste komma ihåg att vi hade väldigt lite erfarenhet av att arbeta i Somalia när vi påbörjade uppdraget i landet. Vi var som paralyserade, vi förstod ingenting eller kanske förstod vi enbart riskerna. I Jamaame lärde vi oss på nytt hur vi skulle arbeta i Somalia: hur vi skulle ta oss fram mellan platser, hur vi skulle göra snabba bedömningar av näringssituationen och hur vi skulle kommunicera med våra kontakter för att få förståelse för hälsosituationen.

Det fanns bara en klan – och det ryktades att den höll sig undan konflikten - och människor bad om hjälp. Detta gjorde det möjligt för oss att förstå de äldres roll i byn och även de hövdingar som representerade var och en av de sju underklanerna. Vi förstod också hur vi skulle tackla frågor kring bilar, hus och beväpnade vakter. Alla dessa frågor skulle vi komma att stöta på i Mogadishu. Att hyra bil i Somalia innebär en rad kompromisser. Som logistiker måste man glömma allt man lärt sig: att en bil ska köra rakt, ha fungerande bromsar och säkerhetsbälten. I Somalia handlar det istället om att reda ut vem som är ägare till bilen, hur relationerna ser ut mellan klanerna och enskilda individer och att bedöma riskerna för repressalier mot teamen. Vi hade aldrig kunnat lära oss allt detta i Mogadishu i och med kriget, fördrivningen av människor, de många klanerna och så vidare.

Dessutom fanns det fördelar med att ha landsbygden som bas och ett projekt som verkade ha bättre säkerhetsmöjligheter på längre sikt. Så fram tills 2008 förekom nästan ingen evakuering av personal. Några av skälen att inleda verksamheten i Jamaame var praktiska. Vi visste inte hur lång tid det skulle ta att starta ett projekt i Mogadishu så det var också ett sätt att komma igång och att rättfärdiga etablerandet av ett team i Nairobi som hade som syfte att stödja Mogadishu.

Vi diskuterade även olika alternativ för att komma tillrätta med några av de restriktioner som anlita av beväpnade vakter innebär. Våra vakter arbetar inte på kontrakt och vi anlitar dem inte direkt. Vi ger en summa pengar till invånarnas representant varpå de har bestämmanderätt och sköter organiseringen. Men frågorna kvarstår: Vilka instruktioner ska vi ge vakterna? Hur ska vi sköta relationen till dem?

>Teamet som utförde det första undersökande uppdraget i Mogadishu sommaren 2006, föreslog att man skulle arbeta med mödra- och förlossningsvård, men detta avslogs. Riskerna verkade alltför stora. I och med de islamiska domstolarnas fall och nya stridigheter i början av 2007, behövde man diskutera saken på nytt. Till sist beslutade man sig för kirurgi som huvudområde för projektet. Varför inte förena båda förslagen? Och hur gick det med projektet i Mogadishu?

Redan under våra första besök i Somalia fick vi en försmak på svårigheterna att hitta pålitliga, mätbara variabler. Det finns inga officiella data att utgå ifrån och siffrorna kan inte verifieras, således kan de vara riggade. Vi tyckte att det var svårt att gå vidare med ett projekt som enbart baserades på teamets magkänsla eller intuition. Vi är ju vana vid att arbeta utifrån siffror och epidemiologiska verktyg. Hur bedömer man behovet av hjälp när det hela känns som en nödsituation: fördrivning av befolkningen, återkommande näringskriser, dålig immuniseringstakt, generell osäkerhet med mera? Det var svårt att göra faktiska bedömningar eftersom bristen på allmän hälsovård till viss del ersattes av apotek och privatoperationer. Vi hade verkligen ingen inblick i den somaliska hälsovårdspraxisen.

På vissa sätt var det lättare i Mogadishu efter den etiopiska interventionen; det var ett krig och människor var skadade. Med tanke på säkerhetsförhållandena kände vi att det var viktigt att arbeta där det fanns fara för liv. Operationer var då det uppenbara alternativet. Vi genomförde en bedömning i januari 2007 och en annan i april 2007. Vid den tidpunkten var Mogadishu en stad i kaos. Regeringstrupper och etiopiska trupper utförde offensiver mot islamiska motståndare i stadens norra distrikt. Enligt UNHCR blev resultatet av stridigheterna att över 1000 civila miste livet och att 350 000 människor fördrevs från sina hem, främst i den så kallade Afgooyekorridoren cirka trettio kilometer väster om huvudstaden. Etiopierna plundrade och förstörde systematiskt vårdcentraler som kunde ha erbjudit islamiska rebeller vård.

Utvärderingsuppdrag utfördes på olika platser i och runt om staden. Vi ville ha en redan existerande anläggning som bas, för att lättare kunna starta projektet och sköta förhandlingar om säkerheten. Vi såg över de alternativ som fanns. Av de 800 sjukhussängar som fanns tillgängliga i januari 2007 var det i juni bara 250 kvar. De anläggningar för kirurgi som fanns att tillgå understöddes av Internationella Rödakorskommittén. Men de var inte tillgängliga för motståndarstyrkorna, delvis på grund av var anläggningarna låg.

Sjukhuset i förortsdistriktet Daynile i den nordvästra delen av staden bedömdes vara bra beläget. Det hade en stabil tillströmning av patienter och kämpade för att klara av arbetet,

men var i bra skick. Det var beläget en bit från centrum, mitt i ett flyktingläger. Detta var viktigt då en anläggning i stadens centrum skulle ha placerat oss i skottlinjen och människor skulle ha svårt att nå fram dit.

Men den lokale entreprenören och krigsherren Mohamed Qanyare, en nyckelfigur i Mogadishu, kontrollerade redan sjukhuset. Vår relation med Qanyare var komplicerad då vissa sektioner inom Läkare Utan Gränser ansåg att relationen med honom innebar en säkerhetsrisk för våra projekt. Från att först ha varit nära Federala övergångsregeringen hade han dragit sig ur sammanslutningen för att sedan gå med igen. USA hade fryst hans tillgångar inom ramarna för 2006 års Allians för återupprättande av fred och antiterrorism (ARPCT).

Vi förklarade vikten av att kunna erbjuda hjälp till alla, för Mohamed Qanyare. Han verkade förstå detta och drog sig tillbaka från ledningen av sjukhuset. Han sa:
– Jag tar hand om säkerheten i området. Vad gäller allt annat, prata med den och den, om det och det, och så och så.

Qanyare är chef för Murusade, en underklan till Hawiye-klanen. Det fanns anhängare till Murusade överallt, såväl inom al-Shabaab och president Yusufs regering som inom den nationella säkerhetsbyrån som är ansvarig för underrättelsetjänst och terrorismbekämpning. Dessa dubbla lojaliteter innebar förstås att situationen var ytterst komplex, men den kunde också med fördel användas för att skapa möjligheter till diskussion mellan de olika parterna. Vi kunde relativt snabbt garantera alla stridande parter vård på sjukhuset. Alla var ense om upplägget, om än motvilligt. Qanyare satte i vis mån sitt rykte på spel. Han hade deltagit i presidentvalet 2004 och var fortfarande inställd på en politisk karriär. På det här sättet kunde han visa på sin öppenhet gentemot alla klaner. Jag tror att han dels hade den rollen, dels agerade dörrvakt genom att öppna upp för främlingar och därmed möjliggöra en överenskommelse med klanen.

För rebellerna innebar sjukhuset en möjlighet till vård för skadade och flyktingar som fördrivits från sina hem. Vidare innebar det en möjlighet att uppmuntra hjälporganisationer att bekräfta krigsbrott utförda av den etiopiska armén och regeringens milisen. De visste att vi arbetade med någon som de hade krigat mot, medan Mohammed Qanyare var medveten om att han gav oss möjligheten att arbeta på ett sjukhus som skulle användas för att ge vård åt fiendesidan.

>När man betänker de olika intressen som parterna i konflikten har väcks frågor om hur operativa beslut tas. De är speglar ju inte enbart vår egen bedömning av behoven hos befolkningen.

Besluten grundade sig på en mängd saker. Det diskuterades huruvida vi skulle styra vår verksamhet mot pediatrik eller kirurgi. Om vi hade valt pediatrik hade det uppfyllt stora vårdbehov. Det hade varit lättare att ordna då de tekniska kraven inte var lika komplexa. Men vi började med kirurgi – som det också fanns ett ofantligt behov av – därför att det var vad de nyckelpersoner och ledare vi mötte bad oss om. Om vi hade öppnat en näringsklinik eller fokuserat på pediatrik hade inte rebellerna, den radikala

islamistmilisen, Murusadeanhängarna eller någon av de andra grupperna varit lika toleranta gentemot projektet. Det är troligt att sjukhuset då hade plundrats förr eller senare.

Under vårt besök i april 2007, vid samma tidpunkt som diskussionerna om starten av ett projekt i Mogadishu ägde rum, fick vi kontakt med en grupp läkare som hade nära kontakt med rebellrörelsen. De verkade i hemlighet och beskrev de våldsamma aktioner som den etiopiska armén genomfört mot medicinska kliniker. De underströk vikten av att ha neutrala vårdenheter för att kunna ge behandling till de sårade oavsett vilka dessa var. Vi pratade med dem om vårt projekt i Daynile och samarbetet med Qanyare. Efter att först ha varit motvilliga förstod de snart att även rebellerna skulle få tillgång till sjukhusvård. För att stödja deras uppdrag donerade vi medicinsk utrustning, en radiologienhet och operationsbord värda över 120 000 euro, motsvarande över 1 miljon kronor. Läkare inom oppositionen hade inte längre resurser för att ge vård till befolkningen och de ville att vårdinrättningar skulle öppna igen. Genom donationerna kunde vi möta deras behov och bygga en relation till läkarna. Det var också ett sätt för oss att betala priset för vår relation med Qanyare medan vi förhandlade om uppstarten av ett projekt i Daynile. Vi hade ingen kontroll över användandet av utrustningen. Men vi beslutade oss för att genomföra donationen trots att vissa sektioner inom Läkare Utan Gränser menade att detta så kallade stöd för islamistoppositionen kunde äventyra alla våra projekt i landet.

Vi implementerade även vattenförsörjningsprojekt i de läger som byggts upp runt sjukhuset efter en flyktingvåg våren 2007. Vi delade ut vattendunkar och filter. Att stödja den lokala befolkningen var ett sätt att skydda sjukhuset.

>Medan vi startade projektet var vi måna om att formalisera fördelningen av resurser tillsammans med olika nyckelpersoner. Vilka strategier valde vi här?

För att kunna inleda och utveckla projektet behövde vi utforma ett organ som var ansvarigt för verksamheten, en slags styrelse fristående från Läkare Utan Gränser. Vi fortsatte arbeta med "indirekt" förvaltning och undvek att blanda oss i konflikter av personlig och politisk natur samt i klankonflikter. Vi väljer inte de cirka tolv medlemmarna i styrelsen. Då de ofta är ledande personer i området är de ofta vänner eller släkt med Qanyare och Murusadeanhängare. Om det uppstår ett problem säger vi till dem: "Ni är styrelsen, det är ert sjukhus, ni sköter verksamheten och vi stödjer den." När vi ville tillgodose vattenförsörjningen genom att börja borra istället för att använda lastbil diskuterade vi frågan med styrelsen. Det var styrelsen som skötte förhandlingarna om tillträde till marken och som avslutade hyreskontrakten för lastbilarna. Vi involverar oss inte i frågorna utan förmedlar enbart budskapet: "Om Läkare Utan Gränser blir utsatt för hot måste vi kanske avsluta projekten."

Vad gäller rekrytering så beslutade vi oss för att göra en chansning: om vi fokuserade på skicklighet skulle vi hitta den klanblandning som behövdes för att nå våra patienter. Under rekryteringen använder vi skriftliga prov och frågeformulär som övervakas av internationell personal. Vi har inför styrelsen betonat vikten av att rekryteringen är en

öppen process. Om alla får delta och personalen rekryteras för sina färdigheter och inte för sin klantillhörighet är människor positivt inställda. I april 2008, då vi skulle rekrytera tjugo sjuksköterskor, var det 535 personer som genomförde testet.

Precis som i Jamaame är säkerheten aldrig långt borta. Budgeten som ska gå till användandet av beväpnade vakter är inkluderad i ett paket som vi ger till sjukhuset. Paketet är avsett att användas till driftskostnader, inklusive icke-kirurgiska medicinska aktiviteter i vilka vi inte är inblandade.

>Sedan projektet startade har över 12 000 patienter vårdats på sjukhuset. Över 50 procent av skadorna har orsakats av kriget. Situationen har förändrats drastiskt. Regionen kontrolleras nu av al-Shabab medan Qanyares inflytande har minskat. Är det då fortfarande möjligt för civila befolkningar och stridande från olika fraktioner att nå fram till sjukhuset?

Under projektets första månader kom främst patienter från områden nära sjukhuset. Av de som skadats i bombräderna var en stor andel kvinnor och barn: över 50 procent mellan oktober och december 2007 och över 53 procent under 2008. Så småningom började det komma patienter från andra områden och vi fick bekräftat att hela befolkningen, oavsett klantillhörighet, hade möjlighet att nå fram till sjukhuset. Vi var då i ett område som kontrollerades av islamistoppositionen och de krigsskadade kom från området. Det var större geografisk spridning på de patienter som inte hade krigsskador.

Det är högst troligt att vissa beväpnade grupper vägrade att besöka sjukhuset, men så är sannerligen inte fallet för kvinnor och barn. Det är svårt att veta säkert. Av alla som behandlats för krigsrelaterade skador sedan 2008 har andelen kvinnor och barn minskat. Siffrorna varierar dock då konflikten förändras beroende på stridigheternas natur och plats. Så fort det förekommer bombräder i bostadsområden ökar andelen direkt. Under perioder av intensiva närstrider, såsom dem vi sett sedan början av året, gäller motsatsen. Den största andelen patienter är då stridande parter. Men vi måste fortsätta bevaka de olika patientgruppernas möjligheter att nå sjukhuset.

Med tanke på detta betraktas vi ibland som krigskirurger till oppositionen, av vissa politiska ledare, till exempel uppdragsledare för Afrikanska unionen. Det är vid sådana tillfällen vi måste påminna människor om grunderna i arbetet med att ge vård i krigssituationer, nämligen att skadade och obeväpnade stridande parter klassas som icke-stridande. Dessutom utgör de enbart en liten del av våra patienter. Vi kan också påminna folket om vårt stöd till den medicinska avdelningen på sjukhuset, där 70 procent av de inlagda är kvinnor och barn.

I Jamaame måste vi också hantera det faktum att ett maktskifte hade skett och att al-Shabab tagit över. I början av vårt uppdrag hade äldremännen makten och ledde rättsväsendet, polisen, fängelset och marknaden –även om en representant från Federala övergångsregeringen, TFG var närvarande. När al-Shabab återtog kontrollen av staden i maj 2008 framtogs äldremännen makten och anklagades i vissa fall för korruption. De är nu till viss del integrerade i samhället igen då al-Shabab förmodligen insett fördelarna med

att ha äldremännens stöd i arbetet med att styra regionen.

>I januari 2008 attackerades ett holländskt team från Läkare Utan Gränser och tre anställda – en somalier, en kenyan och en fransman – miste livet. Tillsammans med en försämrad säkerhetssituation i landet ledde attacken till en stor utredning av våra operativa metoder. Alla projekt sattes på så kallad "remote management", vilket betyder att den dagliga projektstyrningen utförs av nationell personal medan den internationella personalen arbetar på distans. Detta är till viss del en fråga liknande den med beväpnade vakter: den slår hål på den idealiserade myten om vad hjälparbete innebär. Handlar inte all humanitär hjälp i grunden om vår relation till andra människor: läkaren som åker till ett annat land för att hjälpa människorna där? De som argumenterar emot "remote management" ifrågasätter neutraliteten och oberoendet hos den nationella personalen samt möjligheten att kontrollera resursfördelningen. Hur löser vi dessa dilemman?

Attacken i Kismayo i januari 2008 ledde till att all vår internationella personal drog sig tillbaka från pågående projekt. Efter ett par veckor fyllda av interna diskussioner valde vi dock att sända tillbaka teamen till Jamaame och Daynile. Mordet på al-Shabab-ledaren Aden Hashi Ayro, som utfördes av USA i maj 2008, skapade ett maktvakuum som ett antal islamistgrupper drog fördel av och som fick vissa av dem att radikaliseras. Denna fragmentering av de islamistiska rebellerna påverkade säkerheten för biståndsarbetare negativt. Samtidigt såg vi att allt fler TFG-anhängare avvisade humanitär hjälp då denna enbart ansågs stödja islamisterna. De attacker mot biståndsarbetare som utfördes av TFG-anhängare var minst lika farliga som de som iscensattes av al-Shabab. Detta förändrades i och med att Sheikh Sharif Sheikh Ahmed valdes till regeringschef i januari 2009.

Medan Ayro var i livet kunde vi hålla kontakten med oppositionen via Murusadeanhängare och medicinska kontakter och vi etablerade en konstruktiv arbetsrelation till al-Shabab. Organisationen skrev till och med till oss i januari 2008 för att uppmuntra vårt arbete. Men så snart islamistiska rebeller som inte var Murusades kom till Daynile blev det svårare för oss att förhandla om besök, speciellt då vägen mellan flygplatsen och sjukhuset blev ännu farligare på grund av stridigheterna och kidnappningsrisken.

Vi tvingades begränsa oss till att enbart företa sporadiska besök i Jamaame där vi hade ett utländskt team på plats. I Daynile hade vi startat projektet utan internationell personal närvarande, inte bara på grund av risken för att utlänningar skulle attackeras utan också för att dessa oavsiktligt kunde hamna i korselden, i attacker och så vidare. Vårt beslut att inte delta i icke-kirurgiska medicinska aktiviteter berodde även på brist på utländsk personal. Från att tidigare ha gjort oregelbundna besök kom vi alltmer att avlägga blixtvärd besök med kort varsel. Det utländska teamet har fortfarande sin bas i Nairobi så projektstyrningen är nu mer beroende av somalisk personal än tidigare. Självfallet har vissa personer kunnat anpassa sig till situationen som innebär att de får lön utbetald men får mindre tillgång till resurser och mediciner med minskad tillsyn. Planeringen av besöken i Daynile innebär ytterligare ett stressmoment för vår personal eftersom de måste ta vår säkerhet i beaktande.

Projektets framtid är avhängigt frågan om säkerhet och skyldigheten att bevaka situationen. En medlem i Dayniles styrelse förklarar deras syn på saken som att: "Vi vet att utifall att något går fel innebär det slutet för sjukhuset." Vår uppdragschef förklarade det som att: "Om ingenting händer, det vill säga att vi inte åker dit, så innebär även det slutet för sjukhuset." Och där är vi idag.

Vårt största hinder är vår begränsade förmåga att vidga våra aktiviteter och vår kapacitet i nödsituationer. I augusti 2010 bodde det troligen cirka 110 000 flyktingar i lägren i Daynileområdet. Hjälpbehovet var enormt och den vård som gavs räckte inte till. Vissa organisationer, så som Röda halvmånen, utför lite arbete i lägren. Under normala omständigheter hade vi troligen beslutat om en stor intervention med vattenförsörjning, renings- och distributionssystem, medicinsk vård etc. Men lägren kontrolleras av al-Shabab och vår personal är inte alltid bekväm med tanken på att arbeta där. Hoten mot de lokalanställda är enorma och deras säkerhet är ständigt i fara.

När det gäller kontrollen av våra resurser och hur vi ser till att dessa används på rätt sätt, tittar vi på så mycket medicinsk, logistisk och finansiell information vi kan. Vi utvärderar tillsynen, kvalitén på den medicinska vården och övervakningen. Vi analyserar hur mycket medicin som används och ser över aktivitetsrapporter och antalet registrerade patienter. Sedan undersöker vi konsumtionen av speciella, dyra mediciner. Vi ser även över motiveringar och register för näringsaktiviteter och hur man bedömt antagning och utskrivning. All information kan vi inte få tag på, till exempel om hur många barn som deltar i näringsprogrammen, och det förekommer även fingerade patienter. Men vi stöter på samma utmaningar i projekten med utländsk personal. Våra besök i Daynile – där vi inte har varit sedan april 2009 – är faktiskt relativt ineffektiva. Det medicinska arbetet, så som att inventera apoteksförrådet, bevaka en patient och göra en översyn av vårdkvalitén och utskrifter, utgör bara en liten del av det dagliga arbetet. Vi måste hela tiden hantera oförutsedda händelser.

Detta är något vi stöter på hela tiden varför vi bör vara oroliga över kvalitén på den vård vi tillhandahåller. Standarden på vårt arbete i Daynile är inte densamma som i våra projekt i Haiti till exempel. Det är ibland till och med svårt att kontrollera våra läkares kvalifikationer. På grund av detta, och trots de diskussioner vi har haft med de anställda och den utbildning vi har genomfört, utförs inte frakturreparationer och infektionskontroller under de förhållanden vi skulle önska.

Så länge säkerhetssituationen fortsätter att vara problematisk är det osannolikt att vi, inom den närmaste framtiden, kommer att återgå till att utföra ett vanligt arbete med utländsk personal på plats. Dessutom kan det komma nya restriktioner i och med al-Shababs krav om att all utländsk personal måste vara av en viss nationalitet för att få arbeta i landet.

>I januari 2008 proklamerade al-Shabab sin lojalitet med ledarna för al-Qaida. Samtidigt blev den internationella sidan alltmer influerad av kriget mot terrorismen. Hur har denna polarisering påverkat vår verksamhet?

Vi har en helt ny situation där parterna i konflikten försöker samarbeta i hjälpinsatsen. Detta i ett land som har sett många försök till liknande samarbeten tidigare. I januari 2010 förkunnade FN:s livsmedelsprogram (WFP), mot en bakgrund av missberäkningar och korruption, att man avbröt sina hjälpaktioner i centrum och de södra delarna av landet på grund av ett ökat antal attacker mot personalen. I februari förbjöd al-Shabab matsändningar från WFP med motiveringen att organisationens hjälparbete var "politiskt motiverat" och underminerade den lokala marknaden. I november 2009 utfärdade man en lista med elva villkor för fortsatt internationellt hjälparbete, inklusive en skatteavgift på 20 000 dollar varje halvår och avskedande av all kvinnlig personal (förutom de som arbetade med behandling). I augusti 2010 förkunnade al-Shabab att man hade förbjudit enskilda organisationer som World Vision, ADRA och Diakonia och anklagade dessa för missionerande. Gruppen kräver nu att Läkare Utan Gränser somaliska personal som arbetar i områden kontrollerade av al-Shabab betalar fem procent skatt på sin inkomst, utöver en registreringskostnad på 10 000 dollar per projekt. Man försöker också införa flygplatsskatter. Daynile är dock inte påverkat, eller så har styrelsen lyckats kringgå kraven, vilket visar hur viktigt projektet är för al-Shabab.

Varje krav från al-Shabab leder till diskussioner om vilka begränsningar vi är redo att acceptera och vilka som är rimliga i den här typen av komplexa situationer: en kombination av ett betydande medicinskt behov, vår förmåga att genomföra komplicerade projekt och den återvändsgränd som inblandade internationella aktörer och landet självt befinner sig i.

Men internationella sanktioner och antiterrorismlagstiftning gör det svårare för hjälporganisationer att arbeta i områden som kontrolleras av rebeller. Det är de civilas möjlighet att få vård som påverkas. Medan FN dagligen sänder ut alltmer alarmerande rapporter om "den humanitära situationen" drog amerikanska givare in en del av sitt bistånd under 2009 av rädsla att bli åtalade för stöd till al-Shabab (som sedan mars 2008 klassas som en terroristorganisation av USA:s utrikesdepartement). I mars 2010 antog FN en resolution som reglerar införandet av sanktioner för hjälporganisationer som arbetar i områden kontrollerade av oppositionsgrupper. I en artikel som publicerades i juni 2009, skrev FN:s representant i Somalia, Ahmedou Ould-Abdallah, att "de som hävdar att de är neutrala i själva verket kan vara medbrottslingar" (till oppositionen). Även om detta inte får några direkta konsekvenser understryker det vikten av att särskilja internationella initiativ, både ur folkets perspektiv och ur konfliktparternas perspektiv.

Så länge al-Shabab kontrollerar större delen av landet och Mogadishu kan vi inte annat än att acceptera situationen. Det är oerhört viktigt att vi försäkrar att patienter inte väljs ut på grund av deras grupptillhörighet och att vi inte väljer vilka vi talar med, inklusive de som hävdar att de tillhör al-Qaida.

>Våld mot civila förekommer hela tiden, attacker mot sjukhus är inte ovanliga och vår verksamhet begränsas av säkerhetsfrågor. Utåt sett hör vi dock fler uttalanden från FN än från Läkare Utan Gränser. Vad vill vi säga? Vad tillåter vi oss inte att säga?

I början var vår kommunikationspolicy samstämmig med våra uppdrag och projekt. Att

hålla låg profil var en prioritet. Vi ville inte uttala oss överhuvudtaget. Vi var rädda för alla. Vem eller vilka som var ansvariga för attacken mot holländska Läkare Utan Gränser i Kismayo har aldrig blivit uppkärlat. Vi var rädda för al-Shabab, etiopierna, klanerna, krigsherrarna, regeringen och bristen på regeringsstyre.

I början sa alla i Daynile – den lokala befolkningen, personalen, rebellerna och sedan al-Shabab – "Prata inte politik, bli inte involverade i politik". Detta budskap fick vi till oss ofta. Kanske har strategin fungerat då al-Shabab i Jamaame har förbjudit alla enskilda organisationer utom Läkare Utan Gränser.

Riskerna vi tar när vi uttalar oss i en sådan komplex situation är enorma. Vår nuvarande externa kommunikation är därför rent faktamässig och sammanlänkad med vår verksamhet, såsom behandlingen av undernärda barn och skadade i Daynile. Rädslan för al-Shabab är stor och vår kommunikation måste vara pragmatisk. Detta då det nu är viktigt att vi distanserar oss från internationella ansträngningar att störta al-Shabab och ge stöd åt en övergångsregering som kämpar för sin existens. Vi lyckades publicera ett pressmeddelande med en vädjan till Afrikanska unionen om att inte bomba bostadsområden, men vi har aldrig bett al-Shabab om att inte använda civila som mänskliga sköldar när gruppens medlemmar tar skydd under marknaden i Bakaraha.

Med tanke på det enorma behovet av medicinsk vård och svårigheten att uppfylla detta är vi rädda att förlora det vi har byggt upp. Det tycks viktigt för oss att särskilja oss från andra internationella aktörer genom att exempelvis välja att inte söka stöd hos AMISOM, Afrikanska unionens uppdrag i Somalia. Men att uttala sig offentligt om vilka som är de skyldiga parterna i konflikten är sannerligen svårare att definiera och acceptera.

Översatt från engelska av Ingrid Skarp