

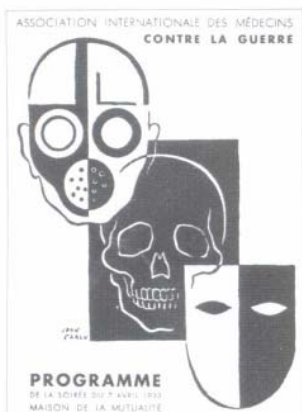
Drie rollen

De gezondheidswerker in oorlogstijd

Sinds jaar en dag strijden de beelden van de strijd zelf met die van zieke en gewonde soldaten en burgers om de twijfelachtige eer de meest in beeld gebrachte oorlogsbeelden te zijn. Er is geen oorlogsfilm of documentaire waarin niet minimaal één keer een ambulance of hospitaal te zien is. Het rode kruis op een wit veld en het daarnaar gemodelleerde teken van Artsen zonder Grenzen zijn misschien wel de meest bekende tekens ter wereld.

Leo van Bergen, medisch historicus

Desondanks is de aandacht zeer klein voor de problemen en dilemma's die voortkomen uit en vastgeklonken zitten aan medisch werk in tijd van oorlog of, zoals je er tegenwoordig altijd bij moet zeggen, andere grootschalige gewelddadige conflicten. De aandacht die er is, is curatief in plaats van preventief van aard: psychiatrisch dan wel klinisch-chirurgisch. De hoofdvraag was en is op welke wijze de individuele fysieke of psychische wonden die door de oorlog zijn geslagen, het best zijn te genezen. Aandacht voor de diverse dilemma's - mogelijke verlenging van de oorlog, in stand houden van het conflict,



Tijdschrift over Programma's van de fracties van de Internationale Geneeskundige Vereniging die Artsen tegen de Oorlog

hulp uit politieke of militaire in plaats van medische motieven, al dan niet gedwongen - is op de keper beschouwd vrijwel nihil. En dat terwijl juist die dilemma's de boventoon voeren bij twee van de drie rollen die een arts - of beter: iedere gezondheidswerker - ten opzichte van oorlog kan spelen. Maar ook bij die andere, de meest toonaangevende rol, namelijk die van hulpverlener, zouden deze dilemma's op zijn minst niet veronachtzaamd mogen worden.

Hulpverlener

Het is zoals gezegd de rol van hulpverlener die de meeste aandacht krijgt, zowel in de medische of verpleegkundige opleiding, als in de media. Dat is niet verwonderlijk. Het is immers de rol die de gemiddelde gezondheidswerker het best past. Het is de natuurlijke rol van de arts en verpleegkundige, de rol die hem of haar voor ogen zal hebben gestaan toen hij of zij de studie medicijnen of verpleegkunde begon. Maar dat neemt niet weg dat het tevens de rol is die voor de meeste medisch-ethische problemen en dilemma's zorgt. Het zijn problemen en dilemma's die voortkomen uit de menselijke neiging partij te kiezen en die dus ook de arts of verpleegkundige niet vreemd is. Maar bovenal zijn het problemen en dilemma's die daaruit voortkomen dat de mensen die voor een groot deel, zo niet volledig, verantwoordelijk zijn voor het slaan van de wonden die de artsen of verpleegkundigen proberen te genezen, ook degenen zijn die voor een groot deel, zo niet volledig, zeggenschap hebben over het doen en laten van die artsen en verpleegkundigen. Zij bepalen of je gewonden mag helpen, en zo ja welke. Zij overtreden allerlei mensenrechten, maar als je daar iets van zegt, is de kans groot dat je je eigen leven of dat van de zieken en gewonden onder je hoede in gevaar brengt.

Activist

Vanzelfsprekend zijn dergelijke problemen niet aan allen voorbij gegaan. Al sinds jaar en dag hebben artsen en verpleeg-



Het Rode Kruis in Nazi-Duitsland

kundigen geprotesteerd tegen de medische gevolgen van oorlog en hebben zij een uitweg gezocht voor de dilemma's waaraan zij werden blootgesteld. Zo voeren met regelmaat artsen en verpleegkundigen actie tegen het gezondheidsbedreigende effect van bepaalde wapens, een rol die de meeste aandacht krijgt met betrekking tot atomaire wapens. Niet voor niets betekent IPPNW International Physicians for the Prevention of Nuclear War. En dat is natuurlijk ook wel enigszins terecht. Al waren er ook voorafgaand aan de Tweede Wereldoorlog al artsen en verpleegkundigen die iets dergelijks verkondigden, het waren toch de bommen op Hiroshima en Nagasaki die het besef tot de medische stand lieten doordringen dat geneeskundige zorg in oorlogstijd wel eens onmogelijk en onzinnig zou kunnen worden. Het neemt niet weg dat de laatste tijd ook de effecten van andere zogenaamde massavernietigingswapens, de effecten van landmijnen en clusterbommen, en de effecten van *small arms*, wat meer aandacht krijgen. Dit culmineerde bijvoorbeeld in de *landmine treaty* - niet ondertekend door Nobelprijswinnaar voor de Vrede Barack Obama [*Yes we can, but no we won't*] - en het door vele landen aanvaarden van een verbod op clusterbommen. Dit laatste vanwege het nondiscriminatoire effect van mijnen en clusterbommen; het feit dat het wapens zijn die geen onderscheid kunnen maken tussen tijd van oorlog en tijd van vrede, en tussen combattanten en non-combattanten. Het geeft al aan dat wapens zaken zijn die ietwat buiten de alle daag-

se realiteit staan, omdat het naar mijn weten de enige zaken zijn waarbij discriminatie openlijk wordt toegejuicht. Maar de praktijk van medische zorg in oorlogstijd heeft gezondheidswerkers er ook toe aangezet de rol van actievoerder in te nemen niet zozeer tegen oorlog en/of de daarin gebruikte wapens, maar tegen de in oorlogstijd gepleegde medische misdaden. Daarbij gaat heden ten dage veel aandacht uit naar verkrachting als oorlogsstrategie, waarmee door 'bezoedeling der vrouwen' hele gemeenschappen kapot worden gemaakt om etnische zuivering dichterbij te brengen.

Dader en medewerker

Hulpverlening in tijd van oorlog, zoals ook hulp in tijd van dictaturen, leidt echter niet alleen tot protest, maar brengt tevens het gevaar met zich mee dat je, omwille van de slachtoffers, mee gaat denken met de daders. Om erger te voorkomen, zogezegd. Dat meedenken kan echter omslaan in medeplichtigheid of zelfs in een leidende rol bij het overtreden, of het volledig aan je laars lappen van medisch-ethische regels. Dit brengt ons tot de derde rol die een gezondheidswerker ten opzichte van oorlog kan innemen: die van dader. Het is de arts die vaak als monster is afgeschilderd, ook - en wellicht bovenal omdat ons dat kan afhouden van pijnlijke zelfreflectie. Maar die arts begon zijn werk bijna even vaak met de overtuiging het goede te willen doen. En, al komt ons dat achteraf als zeer ongeloofwaardig over, hij of zij bleef die overtuiging vaak ook toegedaan in de tijd dat hij of zij medische experimenten uitvoerde die de kritische beugel van Hippocrates nooit ofte nimmer konden passeren. Kunnen we dergelijke artsen wel geheel en al verantwoordelijk stellen voor de door hun ondernomen acties? Is het niet zo dat, zoals ook bij veel andere



TargetX. Medische studenten voeren actie tegen atoombewapening. Nijmegen 24 mei 2008

oorlogsmisdadigers het geval is, de oorlog een dynamiek in gang zet die medici aanzet tot misdaden die ze zonder die oorlog nooit ofte nimmer zouden hebben begaan? De hoofdaangeklaagde tijdens het Neurenberger artsen proces, Karl Brandt, droomde in de jaren twintig van de twintigste eeuw van een assistentschap bij Albert Schweitzer in diens kleine hospitaal te Lambarene. Betekent dit niet dat we oorlogsmisdaden niet met meer, maar juist met minder afschuw zouden moeten bekijken dan misdaden gepleegd in tijd van vrede omdat oorlog in juridisch opzicht één grote verzachtende omstandigheid kan worden genoemd, ook met betrekking tot medische misstappen? Hoe dan ook: de arts als veroorzaker en niet als verzachter van leed in tijd van oorlog, de arts als Mengele en niet als Nightingale, leidt tot lastige vragen. Waarom bijvoorbeeld voeren artsen vaak medische overwegingen aan voor zaken die overduidelijk hun patiënten schaden? Waarom werken artsen mee aan chemische, biologische of nucleaire wapenprogramma's, en vaak zelfs in grotere getale dan chemici, biologen of natuurkundigen zelf? Waarom assisteren artsen telkens weer bij marteling en andere vormen van onmenselijke en vernederende behandeling, zoals de officiële definitie luidt, terwijl er al sinds jaar en dag door alle internationale artsenorganisaties wordt gezegd dat iedere gezondheidswerker zich daar te allen tijde verre van moet houden? De arts als dader is een rol die ons dwingt ons af te vragen of datgene wat wij onder geneeskunde verstaan wel altijd en overal geldig is, of in ieder geval wel altijd en overal als geldig wordt gezien. Zijn zeker in tijd van oorlog vaak gebezigde opvattingen over de gezondheid of ongezondheid van een groter geheel, een krijgsmacht, een volk, een ras, de vriend, de vijand, niet

medisch van aard? Is alleen onze op het gelijkwaardige individu gerichte ideeënwereld, die ons meteen ook de individuele mensenrechten laat omhelzen, wel de enig mogelijke en enig juiste medische opvatting? En als dat niet zo is, of in ieder geval niet door allen als zodanig wordt gezien, wat heeft dat voor consequenties voor de medisch-ethische regels? Worden, in de ogen van de medische monsters, die regels wel overtreden als zij de opvattingen verwerpen die eraan ten grondslag liggen? En is het wel zo dat wij die opvattingen inderdaad altijd omhelzen en als leidraad gebruiken? Maken wij hier in Nederland nooit onderscheid in soorten patiënten, en laat het lot van de ene ons nooit kouder dan dat van een andere? En zijn we dan ook zelf niet geneigd om voor dat gedrag medische argumenten aan te voeren in plaats van argumenten van financiële of politieke aard, of zelfs simpel desinteresse? Is met andere woorden, de arts als dader inderdaad een monster of lijkt hij of zij in veel opzichten op een arts zoals u? Daar hoort dan natuurlijk altijd achter te komen: of zoals ik, maar dat gaat in dit geval niet op. Ik ben immers geen medicus maar historicus. Dat maakt het leven overigens niet makkelijker. Er zijn tenslotte door misbruik van de geschiedenis nog altijd heel wat meer doden gevallen dan door alle medische missers en medische oorlogsmisdaden bij elkaar. Laat dat een troost zijn.

Leo van Bergen is schrijver van o.a.:

Before my Helpless Sight. Suffering, dying and military medicine on the Western Front 1914-1918 (Ashgate 2009).

Coördinator VUmc-keuzecursus Gezondheidszorg, Ethiek en Vredesvraagstukken
Bestuurslid NVMP-Gezondheidszorg en Vredesvraagstukken