

Waarom zoveel vrouwen
kiezen voor de dood

Letter & Geest 4



Inburgeren in Marokko
met Kees Beekmans

Boeken 17

De opkomst van Rome
als wereldmacht

Boeken 19

Letter&Geest

Trouw
zaterdag 16 juni 2007

Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd. Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk. Ik zal zo het beroep van arts in ere houden.

Dat beloof ik.

(Zo waarlijk helpe mij God almachtig.)

De in 2003 vernieuwde eed van Hippocrates.



Tijdens de politionele acties eind jaren veertig was medische hulp het lokmiddel dat uitermate geschikt werd geacht om de bevolking weer op de hand van Nederland te krijgen – een strategie die nu ook in Uruzgan weer wordt toegepast.

Leo van Bergen

Artsen hebben te maken met dubbele loyaliteit. Medisch handelen is nu eenmaal niet alleen gericht op loyaliteit met de medische ethiek, maar ook op loyaliteit met een land, een bedrijf of een organisatie. Artsen kunnen daardoor in een situatie komen waarin ze de medisch-ethische regels overtreden.

Het thema staat volop in de belangstelling. Een recente televisiedocumentaire belichtte de praktijken van de cosmetische chirurgie en klaagde die aan. Artsen van uitkeringsinstantie UWV krijgen het regelmatig zwaar te verduren. Volgens uitkeringsaanvragers zouden zij meer bezig zijn met het doorvoeren van bezuinigingen dan met een integere uitoefening van hun beroep.

En ook de krijgsmacht blijft niet buiten schot. Tijdens de oorlog in Joegoslavië worstelden artsen van het Nederlandse VN-bataljon met het vraagstuk van de 'ijzeren voorraad': de medische voorraad die gereserveerd moest blijven voor hulp aan de eigen manschappen en die ze niet mochten aanspreken toen er zich gewonde burgers meldden. Ook nu in Uruzgan zijn

militaire artsen primair verantwoordelijk voor de hulp aan zieke en gewonde soldaten, en niet aan de burgerbevolking. Zolang er geen grote aantallen militaire gewonden zijn, zal dit nauwelijks tot praktische problemen leiden. Maar dat neemt het dilemma van de artsen niet weg.

Als het gaat om medische schendingen van mensenrechten of de overtreding van medisch-ethische regels in oorlogstijd, wordt al snel verwezen naar de praktijken van nazi-artsen. Dat is niet helemaal terecht. Neem W.H.R. Rivers, psychiater en militair arts tijdens de Eerste Wereldoorlog. Hij was een goedmoedig en zachtmoedig mens. Maar ook hij maakte zich schuldig aan het schenden van medisch-ethische regels. Rivers gaf toe aan de wens van zijn militaire meerderen om te proberen oorlogscriticaster Siegfried Sassoon, die naar Rivers' psychiatrische kliniek was verwezen, van zijn ongelijk te overtuigen.

Overtreding van medisch-ethische regels is niet louter het werk van geperverteerde, machtswellustige geneeskundigen. Veruit de meeste militaire artsen zijn zoals

Rivers was: goedmoedige, zachtmoedige en bekwame dokters. Maar ook zij zullen worstelen met de dilemma's die hulpverlening in tijden van grootschalig geweld met zich meebrengt.

Iedere buitenstaander zou het dilemma van de militaire artsen in Uruzgan eenvoudig oplossen met: ja, natuurlijk verleen je ook hulp aan burgerzieken en gewonden. Daarmee zit die buitenstaander geheel op één lijn met de internationale medische ethiek. Die is, aldus de richtlijn van de World Medical Association (WMA), voor een militair arts, en voor elke hulpverlener in tijden van grootschalig geweld, dezelfde als die van een arts in vreedstijd: het belang van de individuele patiënt staat voorop, ongeacht zijn afkomst.

Toch is met die richtlijn de discussie niet gesloten. Michael L. Gross, ethicus aan de Universiteit van Haifa, betoogde onlangs in zijn boek 'Bioethics and Armed Conflict. Moral dilemmas of medicine and war' (2006) dat de medische ethiek in oorlogstijd wel degelijk verschilt van die in vreedstijd. In een oorlogssituatie kan het noodzakelijk zijn letterlijk de duim schroeven aan te draaien om van

gevangenen informatie te krijgen waarmee de burgerbevolking tegen terroristische aanvallen beschermd kan worden. Het is de ethiek die het belang van het collectief plaatst boven dat van het individu, en dus aan de arts de vraag stelt waar diens loyaliteit ligt. De WMA is duidelijk: die loyaliteit moet liggen bij de individuele patiënt. Gross is net zo duidelijk: in tijden van oorlog ligt de medische loyaliteit bij staat en volk.

Maar als de medische ethiek van geneeskundigen in oorlogstijd mag verschillen van die in vreedstijd, dan zou de ethiek van bijvoorbeeld verzekeringsgeneeskundigen of bedrijfsgeneeskundigen ook mogen verschillen van die van huisartsen. Natuurlijk is medische ethiek een fluctuerende zaak die steeds opnieuw moet worden beschreven en bevochten. Zo heeft zij door de medisch-technologische revolutie van na de Tweede Wereldoorlog op diverse punten een principieel andere invulling gekregen. Maar het standpunt van Gross zou betekenen dat er talloze medische ethieken zijn, geheel afhankelijk van plaatselijke en tijdelijke omstandigheden. En dat zou weer betekenen dat er eigenlijk helemaal geen medische ethiek bestaat.

Gross heeft in zoverre zeker gelijk dat het probleem van het medisch handelen in gewapende conflicten niet is opgelost met één altijd en overal geldende ethiek. Dat zou alleen maar het geval zijn als de medische ethiek de enige,

bepalende factor is in het handelen van artsen. Maar dat is zij niet, is zij nooit geweest en zal zij ook nooit zijn.

Medisch handelen wordt ook door andere zaken bepaald en dus zal, zelfs als de medische ethiek altijd en overal hetzelfde is, het medisch handelen altijd anders zijn.

Dat handelen wordt bijvoorbeeld mede bepaald door de sociaaleconomische en politieke omstandigheden - armoede of rijkdom, democratie of dictatuur - en door de aard van de medische problematiek. In oorlogstijd is er vaak sprake van enerzijds een tekort aan hulpverleners en medische middelen, en anderzijds een overvloed aan gewonden en zieken. Dat veroorzaakt dilemma's die tot overtreding van medisch-ethische regels leiden, omdat die met een dergelijke problematiek geen rekening (kunnen) houden.

Het handelen van de arts wordt bovendien bepaald door de vraag in wiens dienst hij is. Wordt hij betaald door het UWV, Philips, de krijgsmacht? Bovendien is een arts ook inwoner van een land. De belangen van dat land kunnen strijdig zijn met die van zijn patiënt.

Neem de immer neutrale en sociaal-democratische verzorgingsstaat Zweden. Enkele decennia geleden kende dit land nog een eugenetisch sterilisatieprogramma waaraan artsen, loyaal aan de staat, volop meewerkten.

En dan zijn er nog de belangen van de beroepsgroep zelf, zoals

inkomen en maatschappelijke status, die ook haaks kunnen staan op die van de patiënten.

Frictie tussen de belangen van een gemeenschap en die van een individu komen in alle geledingen van de maatschappij voor. Maar in de militair-medische wereld komt zij het scherpst aan het licht. Daar immers dreigt, vanwege het altijd aanwezige gevaar van verlies aan mensenlevens, een voortdurend conflict tussen enerzijds militaire logica en noodzakelijkheid, en anderzijds medische ethiek en humaniteit.

De medische hulpverlener moet rekening houden met de opdracht van zijn werkgever, de krijgsmacht. Dat belang kan het overwinnen van de vijand zijn, het hooghouden van het moreel, of het opsporen en ontmaskeren van simulanten.

Dit is al zo sinds er oorlog wordt gevoerd, en al helemaal sinds vanaf het midden van de negentiende eeuw de medische hulp een bepalende rol in de oorlogsvoering is gaan spelen. Vreemd genoeg wordt er iedere keer weer gedaan alsof het een geheel nieuw probleem is, of wordt zelfs ontkend dat het probleem bestaat. Zo zei onlangs een hoge militair geneeskundige tegen me dat bij de militaire medici de lessen van Joegoslavië alweer geheel vergeten lijken te zijn.

Terug naar de nazi-artsen. Hun experimenten lijken niet louter te zijn voortge-

Artsen beloven of zweren het belang van de individuele patiënt boven alles te stellen. Dat klinkt helder. Maar zeker in tijden van oorlog kampen militaire artsen met het probleem van dubbele loyaliteit, zegt medisch historicus Leo van Bergen. "Dit is al zo sinds er oorlog wordt gevoerd. Vreemd genoeg wordt iedere keer ontkend dat het probleem bestaat."

Schipperen met de eed

vloeid uit wreedheid en nazistische sympathieën, maar vaak ook uit medisch-wetenschappelijke interesse. Volgens sommige medische historici waren hun experimenten de uiterste consequentie van de natuurwetenschappelijke geneeskunde - een geneeskunde die geheel ontdaan is van iedere vorm van ethiek en moraal, volledig gericht op het ontdekken en ontwarren van anatomische, fysiologische en ziektekundige processen.

De nazi-artsen overtraden met andere woorden de medisch-ethische regels niet ondanks het feit dat ze arts waren, maar omdat ze dat waren. Het naziregime en later de oorlog gaven hun de ideologische, financiële en maatschappelijke mogelijkheden om de experimenten uit te voeren die ze altijd al hadden willen uitvoeren. Niet op ratten of konijnen, maar op mensen. Ze waren zogezegd loyaal aan hun beroep en overtraden juist daardoor de medische ethiek.

En de lijst van voorbeelden is langer.

Tijdens de koloniale oorlogen die Nederland rond 1900 voerde werden het aantal medici en de voorraad die ze meekregen geheel toegesneden op de grootte van de Nederlandse krijgsmacht en het verwachte aantal zieken en gewonden onder hen. Mede doordat dat getal meestal hoger uitviel, kwam hulp aan zieke en gewonde Atjeeers hooguit incidenteel voor.

Tijdens de Eerste Wereldoorlog werden mensen ziek verklaard die gewond hadden moeten worden verklaard, omdat een zieke geen aanspraken kon maken op een oorlogspensioen. Ziek worden kon immers altijd en overal, en had niets met de oorlog te maken. Dit was natuurlijk vooral bij psychische aandoeningen het geval. Om te bewijzen dat een neurose niets met de oorlog te maken had, gingen artsen naarstig op zoek naar afwijkend gedrag van de betreffende soldaat voorafgaand aan de oorlog. Ook gingen ze de familie af om te kijken of daar al enkele vreemde exemplaren tussenzaten.

Tijdens het onderzoek naar *shell-shock* in het Britse leger, kort na de oorlog, verklaarde een legerarts dat hij niet zou~ aarzelen het leven van een patiënt op te offeren, als dat de sterkte van de krijgsmacht ten goede zou komen.

Tijdens de politionele acties eind jaren veertig, om weer bij Nederland terug te keren, werd de urgentie van medisch ingrijpen afhanke-

lijk gemaakt van de nationaliteit van de gewonden. Tegelijkertijd was medische hulp aan de bevolking onderdeel van de militair-politieke strategie van *carrot and stick*. Medische hulp was het lokmiddel dat uitermate geschikt werd geacht om de bevolking weer op de hand van Nederland te krijgen - een strategie die nu ook in Uruzgan weer wordt toegepast.

Wat de Nederlanders deden in Indonesië gaat ook op voor de Amerikanen in Vietnam. Zij weigerden regelmatig - met het argument dat de eed van Hippocrates alleen in de VS zelf geldig was - gewonde en zieke Vietcongstrijders aan de ziekenhuisdeur. Ook zij combineerden dat met een *carrot and stick*-strategie door de inzet van het zogeheten Medcap-team: Medical Civic Actions Program. Haastig getrainde mensen met vaak niet meer dan een EHBO-cursus moesten medische hulp verlenen, omdat daar een pacificerend effect van werd verwacht. De huidarts Howard Levy, die uit medisch-ethische overwegingen weigerde aan het trainingsprogramma mee te werken, werd veroordeeld tot dwangarbeid.

In de jaren vijftig hadden diezelfde Amerikanen al soldaten en burgers willens' en wetens blootgesteld aan bovengrondse nucleaire explosies om het effect van *fall-out* te kunnen testen. Ook aan deze experimenten werkten artsen volop mee.

Ondanks deze allesbehalve complete lijst van voorbeelden is het verklaarbaar dat iedere keer weer opnieuw het wiel moet worden uitgevonden. Iedere oorlog is anders, in opzet en doelstelling, uitvoering, klimaat, ideologische achtergrond. Ook de medische hulpverlening is organisatorisch en technisch iedere keer weer anders. Al deze factoren leiden tot steeds weer andere medische beslissingen: het handelen dat de ethiek ingeeft moet worden afgewogen tegen telkens andere belangen. Maar het achterliggende probleem, dat van de dubbele loyaliteit, van het kiezen tussen de medisch-ethische richtlijnen en belangen buiten het strikt medische veld, is steeds hetzelfde. En het is onoplosbaar. Dat wil evenwel niet zeggen dat Gross gelijk heeft en dat iedere situatie zijn eigen ethiek moet krijgen. Zoals gezegd zou ethiekloosheid daarvan het enige resultaat zijn.

Wat dan? Natuurlijk, we zouden kunnen afspreken dat 'kleine' schendingen oogluikend worden toegestaan, omdat in bepaalde situaties nu eenmaal niet anders gehandeld had kunnen worden. Er is zelfs wel iets voor dergelijke afspraken te zeggen. Maar het roept wel de vraag op of een schending van een eed wel 'klein' kan zijn. Een eed is tenslotte niet voor niets een eed. Bovendien dreigt zo de grens te vervagen: waar gaat een kleine schending over in een grote? Een constante discussie tussen preciezen, rekkelijken en zeer rekkelijken zou het enige gevolg zijn.

Neem wederom Uruzgan. Het is natuurlijk mooi dat daar ook burgers worden geholpen, al gebeurt dat dan niet louter uit medische overwegingen. Maar door de hoofdpdracht van hulp aan de eigen manschappen, zal de deur dichtgaan als er te veel zieke en gewonde burgers aankloppen. En als er veel Nederlandse soldaten in de ziekenboeg belanden, gaan zij voor.

Wat te doen? Hoe kan een arts in een dergelijke situatie nog handelen op een wijze die in overeenstemming is met de medische ethiek van 'doe geen kwaad' en 'het heil van de individuele patiënt', ongeacht ras, sekse, geloof?

De officier-arts zit in een onmogelijke spagaat tussen Mars en Hippocrates. Het lijkt alsof ons na het erkennen van het probleem niets anders rest dan ons erbij neerleggen. Toch is er een uitweg, al zal die niet de hele problematiek oplossen. Hulpverleners zouden moeten worden ontslagen van iedere plicht tot loyaliteit aan staat en krijgsmacht. Voor artsen en andere gezondheidswerkers telt maar één eed. En dat is de medische.

Dr. Leo van Bergen is universitair docent medische geschiedenis aan het VUmc-Amsterdam.



Medische hulp tijdens de Eerste Wereldoorlog. Linksboven: operatietent aan de Somme. Linksonder: gewonde Britse soldaten. Midden: een Britse veldoperatietent bij Ieper. Rechts: ondergrondse eerstehulppost. De foto's komen uit J.H.J. Andriessen: 'De Eerste Wereldoorlog in foto's' (Uitgeverij Rebo Productions, 2002).