

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/22471>

Please be advised that this information was generated on 2021-06-14 and may be subject to change.

Medische neutraliteit en het recht op gezondheid

De Nijmeegse aanbevelingen

F. Barten, L. van Bergen en L. Keune

Medisch neutraal handelen moet een richtlijn zijn, maar mag geen dogma worden. En: medische neutraliteit speelt zich af op twee niveaus. Twee relevante conclusies van het Nijmeegse seminar over schendingen/relevantie van medische neutraliteit nader toegelicht.

ENKELE JAREN HER maakte de Indiaanse bevolking van Chaman, Guatemala, zich op om de eerste verjaardag van haar dorpje te vieren, toen een eenheid van het leger met geweld de nederzetting binnendrong. De volgende dag zou het precies een jaar geleden zijn dat de vluchtelingen, die vele jaren in ballingschap in Mexico hadden geleefd, waren teruggekeerd naar hun geboorteland. In het geweld dat volgde, vielen vele doden en trachtten anderen een goed heenkomen te zoeken in de plaatselijke kliniek, die door een Spaanse hulporganisatie werd beheerd. Ook de vele gewonden werden daar in allerijl heen gebracht. Het leger omsingelde de kliniek en dreigde meermalen deze te zullen innemen. De lokale gezondheidswerkers slaagden er echter in dit te voorkomen door met behulp van hun lokale radio melding te doen van de massamoord en het leger aan te klagen.

De casus-Chaman werd op 10 mei van dit jaar gepresenteerd tijdens een in Nijmegen gehouden seminar over schendingen/relevantie van medische neutraliteit. Is dit een geslaagd voorbeeld te noemen van 'medische neutraliteit'?

Gezien de onduidelijke definitie van het concept en de vele interpretaties die - naar het schijnt afhankelijk van de situatie en de daarmee gemoeide belangen - daaraan zijn en worden gegeven, zullen wellicht niet allen daar onmiddellijk mee kunnen instemmen. Minder moeite zal men ermee hebben te erkennen dat de effectieve aanklacht van de Spaanse hulpverleners duidelijk aangeeft welke rol gezondheidswerkers kunnen spelen bij

schendingen van mensenrechten. De vraag is echter of dit niet (in sommige gevallen) strijdig is met medisch neutraal handelen.

Conventies

Vaak wordt in de discussies over schendingen van medische neutraliteit verwezen naar de Conventies van Genève (1949) en de zogeheten Additionele Protocolen (1977). Ten tijde van internationale gewapende conflicten blijken dit namelijk de voornaamste instrumenten te zijn die de rechten van de bevolking nog in enigerlei mate waarborgen. In deze zonder twijfel zeer belangrijke documenten wordt het concept 'medische neutraliteit' weliswaar niet genoemd, maar wordt toch min of meer aangegeven welke rechten enerzijds de bevolking heeft op medische zorg en anderzijds ook welke plichten de gezondheidswerkers hebben in de vervulling daarvan.

Sinds het ondertekenen van de Conventies van Genève en de Additionele Protocolen is de wereld in verschillende opzichten ingrijpend veranderd. Terwijl de Conventies werden opgesteld ten tijde van veelvuldige internationale gewapende conflicten, nam de kans daarop sinds de Tweede Wereldoorlog en zeker sinds de beëindiging van de Koude Oorlog geleidelijk af. In tegenstelling daarmee is het aantal zogenoemde intraregionale conflicten sinds 1989 alleen maar toegenomen; dit, ondanks het feit dat ook al tijdens de periode van de Koude Oorlog tal van 'low intensity'-oorlogen (VS/Nicaragua) of bevrijdingsoorlogen (Angola, Mozambique, El Salvador) plaatsvonden. Behalve het type gewapend conflict veranderden ook het denken over en de visie op gezondheid en daarmee de voorgestelde benadering van de gezondheidszorg. Beide veranderingen dienen in de discussies over medische neutraliteit te worden betrokken.

Gezondheid voor allen

In Alma Ata besloten in 1978 regeringsvertegenwoordigers van alle landen ter wereld dat de vastgestelde ongelijkheid in gezondheidsstatus tussen bevolkings-

groepen binnen landen en tussen landen onderling, niet langer acceptabel was. De vastgestelde verschillen tussen arm en rijk waren 'man-made' en daarom te voorkomen. Forse kritiek werd ook geuit op het Westers medisch model dat met name in ontwikkelingslanden onvoldoende effectief was gebleken om de gezondheidsproblemen van de arme meerderheid daadwerkelijk aan te pakken. Als alternatief en als benadering om de 'Health for all'-strategie van de World Health Organisation (WHO) ten uitvoer te brengen, werd de primary health care (PHC) gelanceerd, met als belangrijke pilaren het streven naar gelijkheid, intersectorale samenwerking en participatie van de bevolking in besluitvormingsprocessen. Het ondertekenen van de Verklaring van Alma Ata in 1978 door alle naties, en daarmee de adoptie van primary health care als benadering (en uitdrukkelijk niet als niveau van zorg!) om 'Gezondheid voor allen' te verwezenlijken, betekende een belangrijke mijlpaal in de geschiedenis van de geneeskunde. De Verklaring van Alma Ata, met haar nadruk op bevordering van gezondheid, vereist echter niet alleen een heroriëntering van de bestaande gezondheidszorg door het bevorderen en beschermen van gezondheid. Zij heeft ook verstrekkende gevolgen voor de rol, de attitude en de plichten van artsen en andere gezondheidswerkers en daarmee ook voor de discussie over medische neutraliteit.

De definitie over gezondheid van de WHO, die stelt dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte, zal door niemand meer in twijfel worden getrokken. Het Recht op Gezondheid zoals vastgelegd in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948) en de Internationale Overeenkomst over Economische, Sociale en Culturele Rechten (1966), impliceert daarmee het recht op alle basisvoorzieningen en omstandigheden die de gezondheidsstatus mede bepalen. Gezondheidszorg wordt als één van de determinanten beschouwd. Het opkomen voor het recht op gezondheid (zorg) en het streven naar vermindering van ongelijkheid vereisen een humanitaire betrokkenheid van alle 

gezondheidswerkers, en bij uitstek van artsen, die zo'n cruciale positie innemen in de gezondheidszorg. Het bevorderen van gezondheid in de ruimste zin van het woord - zoals voorgestaan in primary health care - vereist een actieve houding, alsmede een attitude die vanuit een ideologisch standpunt verre van neutraal is.

Naar een nieuwe definitie

Anno 1996 zijn we wel iets dichterbij het jaar 2000, maar zijn we waarschijnlijk nog even ver af van het gestelde doel van 'Gezondheid voor allen' als in 1978. Op wereldschaal zijn de verschillen in gezondheid tussen arm en rijk nauwelijks en ieder geval onvoldoende afgenomen. De crisis komt onder andere tot uiting in stedelijke gebieden van ontwikkelingslanden, waar de armoede enorme proporties aanneemt en gepaard gaat met een dramatische verslechtering van het sociaal en fysiek milieu.

Naast het opvlammen van nationalistische tegenstellingen, zijn de armoede en de verslechtering van het milieu factoren die de wereldvrede op de lange (?) termijn bedreigen en die aandacht vereisen in een discussie over medische neutraliteit.

Deze discussie werd onder meer tweemaal gevoerd in Nijmegen, in 1992 en nogmaals in mei 1996. Om de discussie hierover - en natuurlijk het handelen op zich - van een houvast te voorzien, zijn in 1992 de Nijmegen Recommendations on Medical Neutrality opgesteld. Tijdens de bijeenkomst van mei jongstleden is besloten deze aanbevelingen te herzien dan wel uit te breiden.

Naar voren kwam dat medisch neutraal handelen een richtlijn moet zijn, maar geen dogma mag worden en dat medische

neutraliteit zich op meer *niveaus* afspeelt:

- Ten eerste: het aloude handelen van artsen en verpleegsters dat wordt verhinderd of dat zelf weinig neutraal kan worden genoemd (medisch handelen om de gevechtskracht van een leger op peil te houden of om de bevolking van een gebied op de hand van een politiek-militair systeem te krijgen).

- Ten tweede: het handelen van en ten opzichte van de vele andere gezondheidswerkers. Zij mogen niet meer buiten de bescherming van allerlei conventies en protocollen worden gehouden.

- Last but not least: politieke en economische strategieën die schendingen van medisch neutraal handelen in de hand werken, zoals het steeds breder worden van de kloof tussen arm en rijk, zowel lokaal als interregionaal.

Op geleide hiervan stellen wij de volgende definitie van (schending van) medische neutraliteit voor:

"Violation of medical neutrality refers to all deviations from the ideal of non-discrimination of health-rights and unrestricted provision of health care for all those in need, in all situations and circumstances, and to the corresponding respect for both the professional integrity and the inviolability of health personnel and institutions. In this sense application of the concept of the ideal of medical neutrality can and must not be limited to situations of armed conflicts (international and intra-state), but has to be put in practice in all situations of discriminations of health rights."

Tot slot

Voorop staat dat ondanks alle nadelen de term 'medische neutraliteit' gehandhaafd blijft. Een nieuwe term zal waarschijnlijk

evenzeer nadelen kennen, waaronder het niet onbelangrijke 'onbekendheid'. Scylla zou worden ingeruild tegen Charybdis, de pest met cholera worden bestreden.

Ook is het ons inziens niet noodzakelijk om nieuwe wetgeving te maken. Het is geen zaak van nieuwe wetten, maar van het nu eens implementeren van de reeds bestaande regels. Wel zouden alle regels in de vele verschillende conventies, verdragen en protocollen eens bij elkaar moeten worden gezet, waardoor met een frisse blik wellicht een nieuwe, ruimere interpretatie daarvan mogelijk is.

Verder zouden wij, de deelnemers aan de conferentie van mei jongstleden, graag zien - om ons te beperken tot de meest praktische aanbevelingen - dat er een gids wordt uitgebracht waarin praktijksituaties worden beschreven, waarna tips volgen die kunnen bijdragen aan een medisch neutraal verantwoorde reactie. Tevens zou er een organisatie moeten worden opgezet waaraan schendingen van medische neutraliteit, in al hun gradaties, kunnen worden gemeld. Als standplaats ligt Genève - de residentie van het CICR en de WHO - of Den Haag - het Internationaal Hof van Justitie - voor de hand. •

MEDISCHE NEUTRALITEIT

RECHT OP GEZONDHEID

mw dr F. Barten,
Institute for International Health
Katholieke Universiteit Nijmegen

dr L. van Bergen,
Studiecentrum voor Vredesvraagstukken
Katholieke Universiteit Nijmegen

dr L. Keune,
Ontwikkelingsstudies
Katholieke Universiteit Brabant

H U L P V E R L E N I N G A A N A R T S E N

Landelijke contactpersonen

mw drs F.M. Arendsen Hein, psychologe, psychotherapeute

Psychotherapeutische Dagkliniek Veluweland,
Klomperweg 175, 6741 PH Lunteren,
tel. 0318-572141

R. Vecht-van den Bergh, psychiater 'Curium'
Endegeesterstraatweg 27,
2342 AK Oegstgeest, tel. 071-5170661

H. van Berkestijn, psychiater
Van Ketwich Verschuurlaan 7
9721 SB Groningen, tel. 0517-398818/398832
(overdag)/050-274963 ('s avonds)

J.J.C. Marlet, zenuwarts
Etnalaan 27, 5801 KA Venray, tel. 0478-581610

drs W.H. Melles, theoloog, psychotherapeut
Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum,
tel. 035-6918361

dr J. Pols, psychiater
Cederlaan 4, 9401 RC Assen,
tel. 0592-314731 ('s avonds)

prof.dr M.M.W. Richartz
Postbus 88, 6200 AB Maastricht,
tel. 043-3685330

prof.dr W.J. Schudel
AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010-4633227

dr M.J. van Trommel, psychiater
Terbregsealaan 18, 3055 RG Rotterdam,
tel. 010-4610750

K. Visser, psychiater
Middelstraat 9, 5176 NH Den Moer,
gem. Loon op Zand, tel. 013-5159550

J.M. Komen, huisarts
Prof. Lorentzstraat 13, 7557 AV Hengelo (Ov.),
tel. 074-2439046 / 074-2912131

W.Chr.F. de Vries
De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 0546-833110/833333 (overdag), 0546-574774 ('s avonds).

Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 035-6914097/
078-6912292

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3479979/
070-3559547