



Medisch personeel in de Nederlandse krijgsmacht: een historisch perspectief op ethische dilemma's, autonomie en hybride professionele identiteit

door dr. Francesca Hoofft

Docent Geschiedenis van Internationale Betrekkingen, Vakgroep Geschiedenis en Kunstgeschiedenis, Faculteit Geesteswetenschappen, Universiteit Utrecht.

Dit artikel geeft een beknopt overzicht van Hooffs proefschrift 'White coats, green jackets. Physicians and nurses in the Dutch armed forces, professional identity & agency, 1990-2010', waarop zij op 14 april 2022 aan de Universiteit Utrecht is gepromoveerd.

Artikel ontvangen september 2022.

Samenvatting

Militaire uitzendingen tussen 1990 en 2010 plaatsten medisch personeel voor een breed scala aan uitdagingen, problemen en ethische dilemma's. Dit onderzoek toont aan dat uitzendingen problematisch konden zijn, maar dat dit niet noodzakelijkerwijs zo was. Verschillende situationele en organisatorische factoren, die per uitzending maar ook per rotatie of zelfs locatie verschilden, creëerden of verhielpen problemen. Maar bovenal toont dit onderzoek aan dat er verschillende patronen zijn in de omgang van medisch personeel met uitdagingen. Patronen, waarin professionele identiteit een verschillende rol speelde. Of uitzendingen als ethisch problematisch werden ervaren wordt zo deels bepaald door de betekenis en ervaring van professionele autonomie.

Introductie

Sinds het einde van de Koude Oorlog is de Nederlandse krijgsmacht steeds meer gericht op expeditionaire uitzendingen naar conflict- en crisisgebieden over de hele wereld. Hieronder vallen vredesmissies met de Verenigde Naties (VN) en stabilisatie- en gevechtsmissies met de NAVO of in ad-hoccoalities, maar ook humanitaire hulpverlening bij bijvoorbeeld natuurrampen. Militairen werden uitgezonden naar gebieden die hen klimatologisch, politiek en cultureel onbekend waren en waar de gevechtshandelingen vaak (nog) niet voorbij waren. Bovendien traden de militairen steeds meer verspreid op, verdeeld in kleinere eenheden over meerdere bases en posten. Dit vergde een hoge mate van zelfredzaamheid. De troepen werden geconfronteerd met gevaren: de instabiele politieke en militaire situatie maar ook natuurlijke gevaren als tropische ziekten en hitte. Bovendien kwamen militairen, vanwege het verspreide optreden binnen het uitzendgebied en de aard van hun taken, vrijwel altijd in contact met de lokale bevolking – en werden zij geconfronteerd met hun humanitaire nood. Deze significante veranderingen ten opzichte van de hoofdtaak tijdens de Koude Oorlog – de verdediging van NAVO-grondgebied tegen de Sovjet-Unie en bondgenoten – vroeg om vernieuwing. Vernieuwing van beleid, protocollen en materieel, maar ook van onderwijs en missiegerichte voorbereidingen voor personeel. Ondersteunende eenheden zoals de geneeskundige troepen waren hierin geen uitzondering.

Tijdens uitzendingen kwamen artsen en verpleegkundigen voor veel uitdagingen te staan. Schaarste van materieel en medicijnen, een tekort aan personeel, problemen met de medische evacuatie (medevac) lijnen, of een uitbraak van malaria of gastro-enteritis, om een aantal voorbeelden te geven. Maar sommige uitdagingen waren naast praktisch ook ethisch van aard. Hoe voer je triage uit als het aantal patiënten de middelen overschrijdt, zeker als sommige gewonden er dusdanig slecht aan toe zijn dat ze veel middelen en tijd zullen vereisen? En wat als sommigen van hen krijgsgevangenen of burgers zijn, terwijl ook gewonde collega's worden binnengebracht? Hoe überhaupt om te gaan met burgers die medische zorg vragen voor alles van oude verwondingen en chronische aandoeningen tot problematische zwangerschappen en tuberculose, zeker als er lokaal geen faciliteiten zijn om zorg voort te zetten nadat de Nederlandse krijgsmacht weer vertrekt?

En, hoe kunnen medische standaarden gewaarborgd worden wanneer gezondheidszorg actief ingezet wordt als militair tactisch middel, zoals in 'Medical Assistance programs' (medcaps) om de lokale bevolking te helpen, maar toch vooral ook gunstig te stemmen? De overkoepelende vraag is hoe medische professionele en ethische standaarden gewaarborgd zijn binnen een militaire uitzending, waar de veiligheidssituatie soms niet mee zit en medisch personeel onder militair commando valt.

Deze vraagstukken en de manier waarop medisch personeel in het verleden omgegaan is met deze uitdagingen en dilemma's, vormen de kern van dit onderzoek. Dit artikel biedt eerst kort meer inzicht in de begrippen professionele identiteit en autonomie en de potentieel problematische positie van medici binnen de militaire organisatie. Ten tweede schetst het de ontwikkelingen in de manier waarop medisch personeel is uitgezonden tussen 1990 en 2010. De focus ligt hierbij op de veranderende doelen, taken en mandaten en de uitdagingen die ontstonden tijdens uitzendingen. Als derde biedt dit onderzoek een analyse van de manier waarop militair artsen en verpleegkundigen omgingen met die uitdagingen en dilemma's. Het onderzoek heeft drie verschillende patronen geïdentificeerd. In het eerste en tweede patroon speelde ofwel de medische ofwel de militaire professionele identiteit de hoofdrol. In het derde patroon gaf een hybride vorm van identiteit houvast tijdens de besluitvorming. Dit hybride patroon creëerde ook een nieuwe kijk op de betekenis aan professionele autonomie. Het artikel sluit af met een reflectie op de toekomst van de geneeskundige eenheden.

Duale-loyaliteit en professionele identiteit

Duale-loyaliteit refereert naar de twee verschillende loyaliteiten die militair medisch personeel ervaart of kan ervaren. Aan de ene kant loyaliteit naar de individuele patiënt en medische standaarden. Aan de andere kant loyaliteit naar de militaire organisatie en het op peil houden van de gevechtskracht^{1,2}. Militair artsen en verpleegkundigen opereren binnen of tussen twee verschillende professionele kaders met eigen standaarden, protocollen en juridische, ethische en morele kaders: het medische en het militaire. Militaire uitzendingen confronteerden artsen en verpleegkundigen met situaties waarin medische en militaire prioriteiten konden botsen. Dit leidde regelmatig tot ethische dilemma's waarin zij moesten kiezen tussen hun conflicterende verplichtingen en wensen. Naast deze intern ervaren strijd tussen identiteiten hadden medici te maken met commandanten zonder medische achtergrond. Die hiërarchie kon hun keuzevrijheid en daarmee hun professionele autonomie hinderen. Artsen en verpleegkundigen moesten continu schipperen tussen de verschillende verwachtingen, prioriteiten en morele codes van beide professies.

De literatuur inzake duale-loyaliteit en de professionele autonomie van medisch professionals binnen de krijgsmacht is sterk gepolariseerd. Aan de ene kant wordt beargumenteerd dat duale-loyaliteit eigenlijk niet bestaat. Een medicus kan alleen medicus zijn. De militaire, hiërarchische organisatie staat medische ethiek en professionele autonomie in de weg en leidt volgens hen tot integriteitsproblemen³⁻⁵. Het wordt breed erkent dat de spanning tussen morele en juridische kaders van beide beroepsgroepen tot dilemma's en een potentiële afbreuk van medische standaarden kan leiden⁶⁻⁸. Maar daar stellen academici aan de andere kant van het debat tegenover dat er geen probleem voor de medische ethiek of integriteit hoeft te ontstaan. Zolang medici zich maar richten op 'het grotere plaatje' en de gevechtskracht zoveel mogelijk op peil houden door militairen snel terug naar hun eenheden te krijgen^{9,10}. Een mogelijke oplossing zou gevonden kunnen worden in het per situatie bepalen van de dominante rol: medisch of militair^{2,11,12}. Dit neemt echter het probleem niet weg maar verplaatst het van het intrinsieke niveau (ben ik primair arts of militair?) naar het situationele (wat ben ik op dit moment?), hetgeen besluitvorming onder stressvolle omstandigheden niet noodzakelijkerwijs vergemakkelijkt. Tot op heden is weinig empirisch onderzoek verricht naar deze problematiek. Onderzoeken naar de Britse en Zweedse krijgsmacht tonen wel de gevaren van socialisatie en groepsconformatie, maar ook van de gelaagdheid van identiteit en prioriteiten^{13,14}. Dit onderzoek biedt nieuwe, empirische inzichten via de ervaringen van

Nederlandse artsen en verpleegkundigen binnen de krijgsmacht. Welke uitdagingen en problemen gaven uitzendingen echt? Welke situationele en organisatorische factoren lagen hieraan ten grondslag? En hoe ervoeren zij de autonomie om hiermee om te gaan?

Methode

Het onderzoek is grotendeels gebaseerd op interviews, aangevuld met archiefonderzoek. Achtendertig (voormalig) militair artsen en verpleegkundigen en leden van medische specialistenteams zijn geïnterviewd inzake hun persoonlijke uitzendervaringen. De interviews leggen, in tegenstelling tot officiële situatie- en evaluatierapporten uit het archief die vooral feitelijke en numerieke informatie bieden, de aard van ethische dilemma's bloot. 'Oral history' onthult de menselijke kant van uitzendproblematiek en 'coping': motivaties, intenties en ervaren keuzevrijheid. Deelnemers aan het onderzoek reageerden op een oproep, verspreid via verschillende kanalen waaronder de Defensie Gezondheidszorgorganisatie (DGO), het Veteraneninstituut en de beroepsverenigingen voor militair artsen en verpleegkundigen. Om de groep deelnemers zo veelzijdig en evenwichtig mogelijk te maken (m.b.t. uitzendingen, rang, functie) zijn via gerichte deelnameverzoeken en de sneeuwbal-methode meer deelnemers geworven. Deelnemers werden geïnformeerd over het doel van de studie en hun vrijwillige deelname. Mondeling en schriftelijke toestemming werden vooraf verworven. Toestemming van de ethische commissie werd voor dit onderzoek niet noodzakelijk geacht door de Universiteit Utrecht.

De interviews volgden een semigestructureerde aanpak om de invloed van de onderzoeker zo klein mogelijk te houden¹⁵. De geïnterviewde kreeg zo de ruimte om te vertellen over wat hij of zij belangrijk vond en kon vrij associëren naar nieuwe thema's en ervaringen. Wel was er een onderwerpenlijst om nog eventueel onbesproken onderwerpen aan te snijden en om de coherentie tussen de interviews te behouden. Het werven van nieuwe deelnemers continueerde naast het interviewproces om een zo breed mogelijk spectrum aan ervaringen te verzamelen. Het interviewen stopte zodra data-saturatie werd bereikt. De interviews werden gedeeltelijk getranscribeerd, gepseudonimiseerd en zoveel als mogelijk geanonimiseerd. In meerdere rondes werd de data via NVivo, een softwareprogramma voor sociaalwetenschappelijk kwalitatief onderzoek, gecodeerd. Deze methode maakte het mogelijk dat de belangrijke onderwerpen en thema's van dit onderzoek, inclusief problemen, dilemma's, successen en de hieraan gerelateerde emoties, vanuit de geïnterviewden zelf kwamen¹⁶. Vervolgens is het concept professionele identiteit gebruikt om besluitvormingsprocessen en de rol van identiteit hierin te analyseren.

Ontwikkelingen in de militaire gezondheidszorg op uitzendingen

De Nederlandse militaire gezondheidszorg veranderde significant tussen 1990 en 2010. De transitie van de Koude Oorlog naar vredesmissies met de VN vroeg om veranderingen in beleid en protocollen, nieuw materieel en een hervorming van het onderwijs, gericht op de nieuwe taken maar ook op specifieke medische problemen als infectieziekten en mijnverwondingen. De start van het nieuwe millennium luidde een tweede transitie in. Vanaf 2001 was Nederland betrokken bij missies gericht op stabilisatie en wederopbouw, doch in de praktijk ook zeer gekenmerkt door voortdurende gevechtsacties. Naast de 'gewone' huisartsenzorg was steeds meer kennis van traumazorg noodzakelijk.

Veel taken en protocollen bleven voor medici in de gehele onderzochte periode gelijk. Internationaal Humanitair Recht en de Conventies van Geneve bleven van toepassing – dus ook de verantwoordelijkheid om medische zorg te verlenen aan krijgsgevangenen¹⁷. Over de gehele periode bleef het primaire doel van uitzending voor de medische eenheden ook hetzelfde: hun taak was het leveren van medische zorg aan de Nederlandse troepen en de troepen van coalitiepartners. Medische zorg aan derden kon geboden worden in levensbedreigende situaties of onder bijzondere omstandigheden, dit laatste te bepalen door de militaire commandant¹⁸⁻²⁰. Daarnaast hadden medische eenheden continu een belangrijke rol in het leggen van contacten

met de lokale bevolking en autoriteiten. Zo droegen zij indirect bij aan de missie via het winnen van 'hearts & minds', al speelde dit niet bij iedere uitzending een even grote rol.

Ondertussen was de krijgsmacht naast vredes- en stabilisatiemissies ook betrokken bij humanitaire uitzendingen, zoals naar Goma in 1994 en naar Pakistan in 2005. Het grote contrast was het andere doel van de uitzendingen: hulp verlenen aan burgers, medisch of anders. Het waren kortdurende uitzendingen, er was weinig tijd om op te werken en er werd met basale gezondheidszorg het beste voor de meeste mensen gedaan. Bovendien werden humanitaire uitzendingen altijd gekenmerkt door een nauwe samenwerking met lokale autoriteiten, het Internationale Comité van het Rode Kruis (ICRC) of non-gouvernementele organisaties (NGO's) zoals Artsen zonder Grenzen (AzG).

Tegenover deze continuïteiten vereisten de veranderingen in militaire inzet en nieuwe medische inzichten en technieken nieuw beleid, protocollen en taakomschrijvingen. Deze leidden tot grote veranderingen in de uitzendrealiteit van militair artsen en verpleegkundigen. Ontwikkelingen in de (civiele) medische zorg vereisten zorg tijdens uitzendingen van gelijk niveau onder alle omstandigheden – in elk geval voor de troepen. Algemeen onderwijs en de Missie Gerichte Instructies (MGI) werden aanzienlijk verbeterd tussen 1990 en 2010, inzake medische vaardigheden maar ook inzake ethiek. Ondertussen vereiste de steeds meer verspreide manier van militair optreden een hoge mate van zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de medici – sommigen waren als arts of verpleegkundige alleen verantwoordelijk voor de medische zorg op een kleine post. Dit gold al helemaal wanneer medevac niet functioneerde zoals gepland. De nieuwe opleidingen tot Algemeen Militair Arts (AMA) en Algemeen Militair Verpleegkundige (AMV) boden meer houvast. Deze manier van optreden resulteerde ook in steeds intensievere internationale samenwerking – en wederzijdse afhankelijkheid – tussen militair medische faciliteiten^{21,22}.

Inzet over de hele wereld betekende ook een confrontatie met uitheemse infectiezieken. Aandoeningen waarmee het personeel initieel niet bekend of voor opgeleid was. Bovendien, in tegenstelling tot de Noord-Duitse laagvlakte, werden de militairen in hoge mate geconfronteerd met lokale burgers die (medische) hulp behoeften. Zowel tijdens patrouilles als aan de poorten van de compound vroegen burgers om hulp. En ondanks dat de zorg voor burgers – buiten levensreddende hulp – niet tot het officiële takenpakket behoorde kregen zij die hulp vaak op grote schaal. Dit betekende ook dat de medici te maken hadden met een patiëntenpopulatie anders dan de militaire populatie (ouderen, kinderen) die hulp zochten voor aandoeningen die de medici onbekend waren (problematische zwangerschappen, geboortedefecten, chronische aandoeningen, etc.). Naast de toenemende internationale samenwerking leidde dit ook tot toenemende samenwerking met NGO's, vooral inzake langetermijnbehandelingen.

Deze samenwerking werd na 2000 nog sterker. In tegenstelling tot de neutrale VN-vredesmissies van de jaren 90 werden meer missies in deze periode gekenmerkt door voortdurende gevechtshandelingen. Dit leidde tot meer gewonden en de medici waren drukker met hun primaire taak. Burgers werden strikter (volgens beleid) doorverwezen of overgeplaatst naar lokale ziekenhuizen, ook omdat triage aan de poort meestal niet langer door artsen zelf gedaan werd, maar door AMV'ers of reguliere militairen²³.

Hoewel het verlenen van electieve medische zorg in deze latere uitzendingen werd ingeperkt, betekende dit niet dat burgers niet meer geholpen werden. Levensreddende hulp werd geboden, evenals hulp aan gewonden waarbij de troepen op enige manier betrokken waren. Verder werd medische hulp ingezet als onderdeel van de militaire tactiek. Om goede relaties met de lokale autoriteiten of bevolking te bewerkstelligen werd regelmatig hulp verleend aan specifieke personen, zoals familieleden van lokale leiders, of tijdens medcaps in specifieke dorpen. Ondanks dat

tijdens deze uitzendingen de (re)constructie van lokale voorzieningen zoals gezondheidszorg onderdeel was van de missiedoelen, was de meeste hulp gericht op kortetermijnwinst. Via Civil Military Cooperation (CIMIC) werd bijvoorbeeld ondersteuning geboden met de scholing van lokaal medisch personeel om bij te dragen aan 'force protection' van de troepen²⁴⁻²⁶.

De militaire inzet veranderde tussen 1990 en 2010 en zo ook de behoefte aan gezondheidszorg. De uitzendrealiteit was complex: er speelden nieuwe medische en logistieke problemen, werd hulp geboden aan militairen en burgers en werd een bijdrage geleverd aan force protection. Bovendien geschiedde dit alles onder continue dreiging van geweld. Ondanks dat de primaire taak altijd de zorg voor de troepen bleef, gingen de medici een grotere rol spelen in het behalen van missiedoelen. Al deze veranderingen en nieuwe behoeften verliepen niet probleemloos. Aan wie zorg te geven en aan wie niet? Met welke middelen? Hoe te prioriteren, zeker wanneer middelen en tijd schaars zijn? En hoe konden medische standaarden behouden blijven als medische zorg zich richtte op kortetermijnwinst voor de troepen, in plaats van langetermijnwinst voor de lokale patiënten of gezondheidszorg? Medisch personeel stond voor nieuwe uitdagingen en ethische dilemma's.

Problemen en dilemma's in de uitzendingomgeving

Vanuit zowel de evaluatierapporten van de medische eenheden als uit de interviews kan een variëteit aan problemen en uitdagingen opgemaakt worden die deze periode van expeditionaire inzet kenmerken. Sommige problemen zoals het continue tekort aan vaardige verpleegkundigen of belemmeringen in medevac vanwege slecht inzetbare helikopters komen in beide typen bronnen naar voren. Maar de interviews leggen daarnaast ook de aard van de problemen en ethische dilemma's bloot. Ze tonen de spanning tussen de medische en militaire normen, prioriteiten en ethiek. Ze laten de botsingen tussen beleid en praktijk zien, alsmede tussen medisch en regulier militair personeel. Bovendien tonen ze hoe artsen en verpleegkundigen met deze spanning omgingen. Uit de onderzoeksdata kunnen vijf hoofdthema's gedistilleerd worden die problemen opleverden. Interessant genoeg waren ze vrijwel allemaal aanwezig gedurende de gehele onderzochte periode.

Ten eerste het tekort aan personeel, voornamelijk een tekort aan vaardige verpleegkundigen. Dit werd dringender naarmate het militair optreden steeds meer verspreid over uitzendgebieden plaatsvond. Buiten dit numerieke tekort kwam, vooral in de interviews, ook naar voren dat er een gebrek aan geoefendheid bij het personeel was. Dit werd des te meer ervaren bij traumazorg en het bieden van hulp aan kinderen. Bovendien werd dit gebrek aan vaardigheden vaak pas zichtbaar tijdens de uitzending. Meer uitgebreide voorbereidingen hadden deze problemen al eerder aan het licht kunnen brengen. Buiten de ervaren individuele tekortkomingen bleek namelijk ook een gebrek aan voorbereiding als team de medici parten te spelen, zeker in het begin van een uitzendrotatie. Medisch specialistenteams, artsen, verpleegkundigen en ondersteunend personeel kwamen niet allemaal uit dezelfde eenheden. Ze moesten wennen aan elkaars werkwijzen en standaarden terwijl ze al in de uitzendingomgeving waren, met verantwoordelijkheid voor de algehele gezondheidszorg²⁷.

Ten tweede was een continue schaarste van materieel en medicijnen. Wat kwantiteit betreft viel dit mee. Standaardmedicatie of verbruiksgoederen konden schaars worden als er logistieke problemen of mass casualty incidenten waren, maar over het algemeen kon dit snel worden opgelost of worden opgevangen door samen te werken met coalitiehospitelen in de regio²⁸. Een belangrijke uitzondering hierop was de situatie in Srebrenica (missie UNPROFOR) in de lente en zomer van 1995. De enclave werd afgesloten door de omsingelende Servische troepen. Middelen werden extreem schaars wat de mogelijkheden van de medische zorg – vooral voor derden – inperkte²⁹. Buiten kwantiteit zorgde de aard van het materieel wel regelmatig voor problemen. Middelen voor basis- of traumazorg waren over het algemeen in orde maar het feit dat burgers

medische hulp zochten – en kregen – maakte ander materieel noodzakelijk. Zoals hierboven vermeld ontbrak het aan ervaring met de hulp die deze patiëntenpopulatie nodig had. Maar het ontbrak ook aan de juiste middelen om deze patiënten hulp te bieden, al helemaal voor ongewone aandoeningen of voor kinderen³⁰. Ondanks dat personeel met improvisatie ver kwam en dat de juiste middelen vaak na enkele rotaties wel meegenomen werden, gaf dit de nodige uitdagingen en beperkingen in de zorgverlening.

Een derde thema dat uitdagingen gaf is het meest inherente aan militaire uitzendingen: gevaar. Natuurlijke en klimatologische gevaren zoals extreem weer en infectieziekten vereisten goede strategieën wat betreft Hygiëne en Preventieve Gezondheidszorg (HPG), alsmede de capaciteit om malaria of oververhitting te behandelen – mocht preventie niet afdoende blijken. Echter, de gevaren gerelateerd aan de conflictsituatie bleken problematischer – zeker in de vroege uitzendingen toen er nog weinig ervaring was met traumazorg. Deze situaties vroegen om triage en snelle besluitvorming onder complexe omstandigheden. Deze druk legde de spanning tussen de medische en militaire identiteit en prioriteiten duidelijk bloot: niet alles wat medisch kon – of civiel zou kunnen – was ook wenselijk of haalbaar in een uitzending³¹. Bovendien, aangezien de militaire uitzendingen over de onderzochte periode steeds meer gekenmerkt werden door intensieve gevechtshandelingen (zoals Uruzgan), kreeg medisch personeel steeds meer (zwaar)gewonden te behandelen.

Het vierde ‘kernprobleem’ betreft de confrontatie met lokale burgers die medische zorg behoeften en de matige of zelfs volledig afwezige lokale gezondheidszorg. Zoals gezegd werd medische hulp verleend, ondanks dat beleid dit (buiten levensreddende hulp) niet voorschreef of zelfs maar aanmoedigde, en ondanks het gebrek aan juiste middelen of kennis. De hieruit volgende problemen zijn te verdelen in drie categorieën. Ten eerste: welk niveau van zorg kon verleend worden aan burgers? Zij konden niet eeuwig in de militaire hospitalen blijven noch gerepatrieerd worden naar Nederland (zoals de troepen). Zorg moest lokaal te continueren zijn: een hoofdpijndossier voor de medici die verantwoordelijk voor hen waren³². Ten tweede: het vereiste coöperatie met lokale zorgverleners of NGO’s om burgers direct heen te kunnen verwijzen of om door militair medici geleverde zorg te kunnen continueren of afronden. Zij hielden er vaak andere standaarden en vooral andere idealen op na, hetgeen samenwerking niet per se ten goede kwam³³. Ten derde: de context van force protection en winning hearts & minds. Medische zorg voor burgers kon worden ingezet als militaire tactiek, vooral in ‘quick impact’ projecten. Aandacht voor langetermijnzorg of structurele opbouw van lokale gezondheidszorg had militair gezien geen prioriteit³⁴. Al deze elementen leidden tot ethische dilemma’s voor medisch personeel.

Het vijfde belangrijke thema dat naar voren kwam betreft de confrontatie met de militaire organisatorische cultuur. De meeste deelnemers van dit onderzoek hadden over het algemeen goede relaties met hun militaire collega’s, inclusief hun commandanten. Hun advies werd serieus genomen³⁵. Maar echt integreren bleek lastig. Vanwege cultuurverschillen, zoals de rol die masculiniteit en groepsconformiteit bij de reguliere militairen spelen. Maar ook vanwege de organisatorische structuur van de krijgsmacht, zoals de principes van hiërarchie en gehoorzaamheid³⁶. Beide legden druk op de autonomie van de medici. Niet verassend is dat deze sentimenten te berde werden gebracht tijdens de interviews, maar niet in de rapporten vermeld staan. Bovendien ervoeren veel medici een mismatch tussen (militair) beleid en de (medische) praktijk van de uitzending, vooral inzake het verlenen van medische zorg aan derden³⁷. En ondanks dat dit wél vermeld staat in officiële evaluaties werd er weinig gedaan dit probleem op te lossen.

Bovengenoemde problemen waren prominent aanwezig in vredes- en stabilisatiemissies, hoewel dit per missie enigszins varieerde. Humanitaire uitzendingen bieden een ander perspectief op de uitdagingen en dilemma’s van medisch personeel. De schaarste van personeel en middelen,

evenals hitte of malaria, waren ook hier aanwezig. Opvallend is dat ook bij humanitaire operaties, waarin het doel het verlenen van hulp aan burgers was, er initieel weinig tot geen juiste middelen (of kennis) waren om deze patiëntenpopulatie te behandelen. Een andere grote uitdaging van humanitaire uitzendingen was de omvang van de medische hulpvraag: duizenden burgers waren hulpbehoevend. En ondanks dat de Nederlandse militairen niet de enige hulpverleners waren, moesten soms moeilijke keuzes gemaakt worden inzake wie behandeld kon worden en op welke manier. Dit vereiste ook veel samenwerking met lokale en NGO-faciliteiten. Opmerkelijk is dat spanning tussen hen vaak op organisatorisch niveau plaats had. Onderling werkten artsen en verpleegkundigen van de krijgsmacht en NGO's meestal goed samen: ze hadden dezelfde doelen en waarden³⁸. Het belangrijkste contrast is echter dat dilemma's waarin de medische en militaire belangen botsten eigenlijk niet voorkwamen in humanitaire uitzendingen: er was tenslotte geen primaire patiëntenpopulatie die voor ging op derden.

Tussen 1990 en 2010 verbeterde de medische zorg op uitzending aanzienlijk, net als het onderwijs voor militair artsen en verpleegkundigen. Medische zorg, zowel volledige behandelingen in het uitzendgebied als snelle stabilisatie en repatriatie naar Nederland, volgde civiele standaarden zo lang als mogelijk. Voor de medici zelf waren uitzendingen echter niet altijd probleemloos, of dit nu lag aan schaarste van middelen of klimatologische gevaren, of aan de spanning tussen de verschillende prioriteiten van de medische en militaire professies. De meeste problemen waren continu aanwezig gedurende de gehele onderzochte periode, ondanks dat ze in evaluatierapporten gemeld werden. Hieronder vallen gebreken in kennis en vaardigheden en voorbereidingen in teamverband, een tekort aan juist materieel (waaronder voor kinderen), gevaarlijke werkomstandigheden en wanverhoudingen tussen beleid en praktijk. Medisch personeel moest omgaan met deze complexe uitzendrealiteit, terwijl hun professionele autonomie ook onder druk stond door de militaire cultuur en hiërarchie.

Omgaan met conflict

Veel problemen waren (initieel) praktisch van aard, niet ethisch. Schaarste, logistieke problemen en gevaar hadden situationele oorzaken, zoals helikopters die niet konden vliegen vanwege de hitte, of organisatorische oorzaken, zoals het bewust niet meebrengen van materiaal om hulp aan kinderen te bieden. Artsen en verpleegkundigen wisten veelal te improviseren met de middelen die ze hadden. Problemen als deze werden beschouwd als inherent aan een uitzendgebied, vergelijkbaar met de werkomstandigheden van NGO's. Het niet kunnen leveren van zorg zoals in Nederlandse civiele ziekenhuizen werd geaccepteerd, hoewel dit makkelijker was als het lag aan onvoorziene situationele factoren dan aan wat de medici beschouwden als omissies van de militaire organisatie.

Buiten problemen van praktische aard kregen artsen en verpleegkundigen te maken met medische dilemma's. Deze hadden duidelijk een ethische dimensie, vooral wanneer schaarste van middelen en tijd – en daarmee de opties voor hoogkwalitatieve zorg en continuïteit van zorg – een belemmering vormden voor medische standaarden, of zelfs leidden tot het staken van behandelingen. Medische dilemma's kwamen voor in iedere uitzending, zeker ook in humanitaire. Maar dit soort dilemma's kwamen ook voor bij NGO's. Ze ontstonden niet uit de spanning tussen de medische en militaire professie, standaarden of prioriteiten. Het waren klassieke tragische dilemma's die geen redelijke oplossing hadden. Een voorbeeld is een arts die de situatie in Cambodja in 1992 beschrijft, waar hij gestationeerd was tijdens de vredesmissie UNTAC:

“We hebben wel eens iemand gehad die was beide ogen verloren bij een mijnontploffing. Ja... ga er maar aan staan hè. Ben je net weer terug uit je vluchtelingenkamp... en een vrouw en twee jonge kinderen... en hartstikke blind. Nou ga er maar wat aan doen. En dat is natuurlijk... ja... Dat snijdt door je ziel als je zo iemand zegt: 'Nou aju paraplu, ontslagen, wij kunnen verder niks meer.' Maar ja... het was zo. Je kon er gewoon niks aan doen dus.”³⁹

Tragisch, maar besluiten konden worden genomen op basis van ‘medische argumenten’: de beschikbare middelen, tijd en lokale nazorg en daarmee de verwachte uitkomst voor de patiënt.

De ethische dilemma’s centraal in deze studie betreffen de spanning tussen de medische en militaire professionele identiteit. Dilemma’s waarbij de twee verschillende professionele kaders van normen en waarden, gedragscodes, ethiek, maar vooral ook prioriteiten een andere beslissing vergden. Ethisch van aard omdat de duale-loyaliteit van militair artsen en verpleegkundigen ogenschijnlijk van hen vraagt een kant te kiezen en daarmee integriteit te verliezen.

Identiteiten, inclusief sociale identiteiten zoals de professionele identiteit, zijn belangrijk in alle fasen van besluitvorming en dus de omgang met dilemma’s. Identiteit geeft een gevoel van houvast en continuïteit, van normen en waarden, eigenwaarde en een idee van juist of onjuist gedrag. (Sociale) identiteit biedt ook een gevoel ergens thuis te horen⁴⁰⁻⁴². Hierin schuilt ook gevaar. Te sterk willen opleven naar een identiteit (voldoen aan de normen of verwachtingen) kan groepsconformiteit uitlokken of leiden tot onjuiste inschattingen van situaties⁴³. Een of meerdere identiteiten spelen dus een rol bij hoe mensen de wereld om zich heen beschouwen (zowel cognitief als qua emoties) en hoe zij hun eigen rol hierin zien. Het speelt daarmee een rol tijdens de verschillende fasen van besluitvorming. Ten eerste, hoe een situatie of probleem initieel wordt waargenomen, of een morele dimensie herkend wordt en welke rol er voor de persoon zelf in weggelegd is. Hieronder vallen taken en verantwoordelijkheden, maar ook aspiraties. Ten tweede beïnvloed identiteit de daadwerkelijke besluitvorming. De overweging van de verschillende opties en mogelijkheden in relatie tot die verantwoordelijkheden – en bij voorkeur ook de aspiraties – en de ethische aspecten van juist/onjuist gedrag vallen hieronder. Ten derde beïnvloedt identiteit het daadwerkelijke handelen en het afleggen van verantwoording voor de keuze. Deze fase omvat de vorige twee stadia, plus de vrijheid – of de bereidheid om autonomie te claimen indien die vrijheid belemmerd wordt – om ook daadwerkelijk te handelen zoals gewenst. Het ‘slagen’, ofwel het wel of niet kunnen voldoen aan verantwoordelijkheden en vervullen van aspiraties, leidt dan ook in deze fase tot het wel of niet ervaren van autonomie en ‘agency’. Dit onderzoek heeft drie patronen van besluitvorming geïdentificeerd, waarin de professionele identiteit als arts, als militair, of juist als een hybride professional de hoofdrol speelt. Maar dit onderzoek heeft ook ontdekt dat de patronen verder gaan dan een interpretatie van een situatie en de besluitvorming. Het gaat om een nieuwe betekenis van autonomie en agency. Via enkele voorbeelden worden deze patronen en de betekenis van autonomie hieronder uiteengezet.

De medische professionele identiteit

Het eerste patroon wordt volledig gekarakteriseerd door de medische standaarden, verantwoordelijkheden, ethiek en aspiraties. Het omvat een duidelijke zelf-perceptie als arts of verpleegkundige. Vrijwel alle deelnemers in dit onderzoek achten zichzelf in eerste instantie medisch professionals. Dertig van de achtendertig deelnemers hebben dan ook eens of vaker volgens dit patroon gehandeld. Zolang grote problemen zich tijdens hun uitzendingen niet voordeden ervaarden zij ook geen ethische dilemma’s. Sommigen die dit patroon demonstreerden kregen bijvoorbeeld nooit te maken met schaarste of grote geweldsincidenten (situationeel positieve omstandigheden) of hadden goedwillende commandanten (organisatorische omstandigheden). Soms moesten zij moeilijke keuzes maken, maar zij ervaarden geen dilemma’s waarin de militaire operatie geprioriteerd moest worden boven medische procedures. Zij behielden autonomie als medisch professionals.

Echter, de meeste deelnemers ervaarden op enig moment tijdens hun uitzending(en) wél spanning tussen de medische en militaire normen en prioriteiten. Dit betrof met name situaties waarin hulp aan derden geboden kon worden (of niet, vanwege de veiligheidssituatie of de primaire taakstelling) en wanneer medische hulp werd ingezet voor tactische doeleinden. Een arts beschreef hoe hij het niet eens was met het apart houden van materieel voor de eigen mensen (de primaire taak) en dit dus ook weigerde te doen:

“Uit principe niet, omdat ik vind dat je de spullen hebt voor de mensen die er komen. En je bewaart geen spullen voor mensen die misschien nooit komen. Het kan niet zo zijn dat je met een ijzeren voorraad blijft zitten, en dat je mensen hebt weggestuurd aan de poort die er vervolgens aan onderdoor gaan... omdat jij op een ijzeren voorraad zat die je niet hebt willen aanspreken.⁴⁴”

Een andere arts vertelde hoe ook hij het niet eens was met het wegsturen van burgers aan de poort. Toen een gewond meisje werd gemeld aan de poort wilde hij haar niet volgens beleid doorsturen naar een lokale kliniek:

“Ja weet je dan ga ik reageren zoals ik moet reageren als dokter. Dus ik heb de operatiekamer laten gereedmaken, de chirurg moet dan zijn ding gaan doen.⁴⁵”

Zijn commandant nam hem dat niet in dank af, maar de arts zou het niet anders doen⁴⁵.

Een andere arts beschrijft dat hij nooit mee wilde werken aan medcaps, omdat dit niet paste binnen zijn idee van goede patiëntenzorg:

“Daar was ik persoonlijk altijd een faliekante tegenstander van. Want ik denk niet dat je geneeskundige hulp moet gaan bieden om informatie te krijgen. En ten tweede, kom je weer op het puntje follow up. Het stuit mij tegen de borst dat ik mensen laat langskomen. Iets doe. En daarna ben ik weer vertrokken. Dan denk ik dan heb je in feite helemaal niks gedaan. Dan heb je mensen iets beloofd wat je niet na kunt komen. [...] En ik denk dat je dat niet kunt maken. Als jij bij mij op behandeling komt dan wil ik die behandeling afmaken. En niet een keer een pilletje en succes.⁴⁶”

Ook voor deze arts leverde het frictie op met zijn commandanten. Opkomen voor medische professionele en ethische standaarden ging dus niet altijd gemakkelijk, artsen en verpleegkundigen moesten opkomen voor wat zij juist achtten. Spanningen liepen hierbij soms hoog op. Een arts die in de enclave Srebrenica gelegerd was vertelde dat hij weigerde om de aanval uit te zitten en ging tegen orders in toch hulp verlenen aan burgers:

“Maar wat wel zo was dat er een verschil was tussen mij en de militairen, want de militairen zijn heel erg heilig verbonden aan het militair bevel. Ikke niet. Ik, eh, had zo van fuck de duck, bekijk het maar. Ik ga doen waarvoor ik gekomen ben. En waarvoor ik dokter geworden ben.⁴⁷”

Een andere arts vertelde hoe hij, en de rest van zijn medische team, in Uruzgan weigerden een intensive care waar burgers lagen leeg te maken omdat er een gevaarlijke operatie plaats zou vinden, die potentieel tot gewonde militairen zou leiden. Het leidde tot een groot conflict met de niet-medische commandanten, die uiteindelijk zelfs dreigden met oneervol ontslag. Ze hielden voet bij stuk:

“En is dat lastig? Ja dat is lastig. [...] Wel een aardig voorbeeld van hoe je toch je medische ethiek een beetje kan bewaren. Terwijl je eigenlijk een beetje de andere kant moet opkijken.⁴⁸”

Uiteindelijk werd er een oplossing gevonden via coalitiehospitals in de buurt, maar hiervoor hadden ze moeten vechten.

Handelen als medisch professional leidde soms dus tot frictie met reguliere militairen en commandanten. Ondanks dat er meestal goede werkrelaties waren konden situaties als hierboven

de verhoudingen op scherp zetten: artsen en verpleegkundigen moesten actief autonomie claimen om te doen wat zij juist achtten. Maar binnen dit patroon uitte de frictie rondom botsende professionele identiteiten zich alleen extern. De frictie werd niet intern ervaren. Zoals een verpleegkundige het omschrijft:

“Dat zijn ethische dilemma’s, ja ik doe daar niet aan.⁴⁹”

Medische standaarden en de uitkomst voor de patiënt, dat is hoe zij situaties in zich opnamen, hun eigen rol zagen en wat de keuze bepaalde. De medische professionele identiteit stond centraal in alle fases van besluitvorming.

De militaire professionele identiteit

Het tweede patroon wordt gekenmerkt door de militaire professionele identiteit, standaarden en verantwoordelijkheden. Slechts een kleine groep demonstreerde dit patroon en bestaat voornamelijk uit verpleegkundigen die reguliere militairen waren voordat zij verpleegkundigen werden. Deze militaire verantwoordelijkheden worden gekenmerkt door de medische taak die zij uitvoerden. Maar, zij hadden een duidelijk andere zelf-perceptie dan in het vorige patroon. Hun prioriteit lag bij het leveren van een bijdrage aan de missie via het zo goed mogelijk zorg verlenen aan hun militaire collega’s en het op peil houden van de gevechtskracht.

Een verpleegkundige vertelde hoe hij zijn rol als verpleegkundige pragmatisch zag, als schakel in het militaire systeem. Hij ervoer daarom zelf geen botsing tussen wat medisch noodzakelijk was en wat realistisch was in de militaire omgeving⁵⁰. Een andere verpleegkundige zag zijn rol op een vergelijkbare manier:

“De normen en waarden... nee die veranderden voor mij niet zoveel in de uitvoering van het werk operationeel. Je hebt alleen een andere positie, en die begreep ik goed. Het gaat hier om gevechtskrachten, en niet om de geneeskundige installatie optimaal te laten functioneren. Ja optimaal wel, maar niet dat dit de corebusiness is. Dat kon ik begrijpen en dat vond ik logisch ook.⁵¹”

Dit patroon werd ook gevolgd in het apart houden van materieel of medicijnen om altijd paraat te staan voor de zorg voor de eigen militairen. Een arts legde uit hoe hij dit zag:

“De familie van je mensen, je eigen collega’s, moet je recht in de ogen kunnen kijken. [...] Je zit wel in een militair systeem. Als je daar niet mee kan leven moet je bij Artsen zonder Grenzen gaan werken. En niet in een militaire setting.⁵²”

Een andere arts zag dit hetzelfde:

“Je moet spullen overhouden voor je eigen mensen. Als je dat niet doet... ja dan kan je beter inpakken.⁵³”

Hun primaire verantwoordelijkheid was de primaire militaire taak: zorg voor de militaire collega’s, het op peil houden van de gevechtskracht en daarmee het slagen van de militaire uitzending.

Militaire waarden en prioriteiten speelden in alle fases van besluitvorming de hoofdrol. De primaire taak kreeg voorrang. Daarmee werd in dit patroon geen externe en geen interne frictie ervaren tussen loyaliteiten. De militaire professionele identiteit en taak – ook al was die taak in essentie medisch – kon zo zonder ethische bezwaren worden volbracht. Medische bezwaren werden wel herkend, maar de militaire belangen kregen voorrang. In dit patroon werd autonomie dan ook voornamelijk ervaren als militair professional.

Hybride professionals

Het derde patroon wordt gekenmerkt door een combinatie van de medische en militaire identiteit, die in verschillende fasen van besluitvorming een andere rol spelen. Artsen en verpleegkundigen die dit patroon volgden, beschouwden situaties in eerste instantie nog steeds volledig als medisch professionals. Zij zagen de situationele behoeften, eventuele morele dimensies en hun verantwoordelijkheden als artsen of verpleegkundigen. Maar, de tweede fase, het nemen van een besluit en de derde, het handelen en verantwoorden, werden ook gekenmerkt door de militaire verantwoordelijkheden en prioriteiten. Niet noodzakelijkerwijs omdat zij bevelen opvolgden, maar omdat zij hun militaire verantwoordelijkheden zelf inschatten. De artsen en verpleegkundigen in dit patroon ervoeren duidelijke duale-loyaliteit in ethische dilemma's.

Het patroon demonstreert hun hybride, medische en militaire, professionele identiteit. Zo vertelde een arts dat hij in zijn hart primair arts was en voor patiënten tot het uiterste zou gaan. Hij zou echter ook nooit een missie in gevaar willen brengen met zijn keuzes.

“Ik vind dan... je moet het voor jezelf kunnen verkopen. En als je dat kan verkopen, en daar is ook die handleiding medische ethiek voor, daar staan ook al die punten in, dan denk ik ja... dan hoeft het niet altijd te bijten. Je moet gewoon goed die afweging maken.⁵⁴”

Een verpleegkundige beschrijft zijn houding op vergelijkbare wijze door te stellen dat hij voor 90% wit is (verpleegkundige) en voor 10% groen (militair). Maar:

“die 10% [kon] wel heel erg de overhand nemen. [...] De consequenties die het kan hebben als ik wit blijf denken. En wit handel. Kan dusdanig grote gevolgen hebben voor mijn groene collega's. En mijzelf. Dat ik ook vind dat ik daar gewoon gevolg aan moet geven.⁵⁵”

Zij namen de militaire context mee in hun keuzes en handelen.

Dit betekende ook dat de kwestie van het apart houden van materieel of medicijnen voor de primaire patiëntenpopulatie – in tegenstelling tot het eerste patroon – in dit patroon niet geweigerd werd maar juist verantwoord kon worden. Zo legt een verpleegkundige, uitgezonden naar Uruzgan, uit:

“En je hebt je eigen verpleegkundig hart dat zegt ‘ik wil die mensen helpen’. Maar het bevel zegt ‘nee dat mag je niet doen’. Ja wat doe je dan, dan volg ik het bevel maar op. Ja... heel bizar. Maar je doet het gewoon. Je denkt ook bij jezelf, als ik nu een lokale Afghaan een infuus geef, en ik geef hem vocht, dat hij over een uur wegloopt en dat ik twee uur later een gewonde Nederlander heb waar ik geen infuusmateriaal meer voor heb. Ja... dan weet je... dan sla je jezelf ook voor de kop. Dan heb je ook zoiets van... ja... en dan vind ik die Nederlander toch belangrijker dan een Afghaan.⁵⁶”

Ondanks dat hij initieel de situatie als verpleegkundige inschatte en graag hulp aan burgers verleend had, nam hij ook zijn primaire verantwoordelijkheid als militair mee in zijn keuze en acceptatie van het bevel. Ondanks dat dit niet per se makkelijk was. Een arts uitgezonden naar Cambodja verantwoorde zijn handelen op een vergelijkbare manier. Er kon daar niet ongelimiteerd zorg geboden worden:

“Een: als je daar moeite mee hebt, wordt dan arts bij Artsen zonder Grenzen. En moet je geen militair arts worden. Twee: gegeven dat stukje dat je maar beperkt aanwezig bent moet je kijken, wat kan ik wel voor deze persoon betekenen?⁵⁷”

Sommige collega's, die hij de 'dokter-dokter types' noemt hadden hier moeite mee. Hij kon het voor zichzelf verantwoorden:

“Ik wist gewoon dat ik daar een beperkte tijd zou zijn.⁵⁷”

Een andere arts beschouwde zijn rol in Cambodja vergelijkbaar: hij zag welke zorg voor burgers noodzakelijk was maar kon al die zorg niet daadwerkelijk bieden. Hij verwees mensen eerder door naar lokale of NGO-faciliteiten, ook al waren die soms ondermaats, of hij deed zijn best met de middelen die hij wel had.

“Ja, is dat ethisch verantwoord? Het is roeien met de riemen die je hebt. Je kunt er een probleem van maken, van 'ik eis dit of dat...' Maar je kunt ook zeggen 'dit is de praktijk'. Als ik er niet was geweest dan was de patiënt ook niet geholpen.⁵⁸”

Ondanks dat deze medici in de eerste fase zagen wat er medisch noodzakelijk was konden zij niet alles ook daadwerkelijk uitvoeren, onder andere omdat zij te weinig middelen hadden of die apart moesten houden voor hun primaire taak. Zij konden dit voor zichzelf verantwoorden zonder het gevoel te hebben autonomie te verliezen.

Dit hybride patroon strekte zich ook uit naar het domein van de inzet van medische hulp voor militaire doeleinden. Zo vertelde een arts dat hij tijdens zijn uitzendingen soms bepaalde mensen moest helpen, zoals lokale autoriteiten en hun familie, of naar specifieke plekken toe moest – in zijn geval een gevangenis – zodat de militairen daar een 'ingang' hadden. Hij kon weinig echte structurele hulp bieden. De arts erkende de ethisch twijfelachtige dimensie aan zijn rol maar de winst voor de operationele situatie bepaalde en verantwoordde uiteindelijk zijn keuze⁵⁹. Een andere verpleegkundige beschrijft dat ook hij regelmatig hulp moest verlenen aan specifieke mensen en hun families, maar kon dit op vergelijkbare wijze verantwoorden:

“Puur medisch gezien vond ik dat verwerpelij. Vanuit militair oogpunt gezien vond ik dat prima. En de optelsom daarvan is dat ik het prima vond.⁶⁰”

De militaire context en de uitzendingomgeving hadden duidelijk invloed op de besluitvorming en verantwoording voor veel artsen en verpleegkundigen. Ondanks dat zij initieel situaties beschouwden – en aspiraties als medici vormden – namen zij hun militair zijn mee in de context als zij keuzes maakten en verantwoorden. Soms leidde de militaire situatie of prioriteiten ertoe dat medisch gezien niet alles kon. Ook zorgde de hiërarchie er soms voor dat andere besluiten dan initieel gewenst genomen moesten worden. Echter, dit werd in dit patroon niet ervaren als een inbreuk op professionele autonomie of zelfs een integriteitsprobleem: er werd op hernieuwde wijze autonomie ervaren als hybride professionals.

Conclusie

Militaire uitzendingen stelden medici voor vele uitdagingen. Praktisch, want artsen en verpleegkundigen moesten omgaan met schaarste van personeel en materieel, gebreken in de voorbereiding en in beleid, gevaar en een vaak slechte lokale gezondheidszorgsituatie. Maar ook vanuit ethisch perspectief. Artsen en verpleegkundigen in de krijgsmacht kregen te maken met de spanning tussen de medische en militaire normen en waarden, standaarden en prioriteiten: de spanning tussen de medische en militaire professionele identiteit.

Het is duidelijk dat uitzendingen problematisch konden zijn voor medisch personeel. Sterker nog: de problematiek was vaak gerelateerd aan de spanning tussen de militaire en medische professionele identiteit. Echter, het was niet noodzakelijkerwijs problematisch, en zeker niet voor iedereen. Dit lag aan meerdere factoren. Ten eerste, de situationele omstandigheden.

Niet iedereen kreeg te maken met bijvoorbeeld problematische schaarste, niet functionerende evacuatielijnen of grootschalige hulpverzoeken van burgers. Ten tweede lag het aan organisatorische factoren. Protocollen, bijvoorbeeld inzake de beperkte hulp aan burgers, waren vaak strikt. Maar goede verstandhoudingen met niet-medische commandanten konden de vrijheid bieden die medici nodig hadden om te kunnen handelen volgens medisch professionele standaarden.

Ten derde lag dit aan de individuele houding en zelfidentificatie van artsen en verpleegkundigen. Dit onderzoek toont het belang van professionele identiteit in alle fasen van besluitvorming. Er zijn drie verschillende patronen van coping geïdentificeerd. Ten eerste het medische patroon. Hier hadden artsen of verpleegkundigen de vrijheid te handelen zoals zij juist achtten als medisch professionals, of het leidde tot frictie met hun niet-medische commandanten. Zij ervoeren geen duale-loyaliteit of ethische dilemma's zoals geschetst in de literatuur, maar autonomie als medisch professionals, ondanks dat zij het soms actief moesten claimen. Ten tweede het militaire patroon. In dit patroon werden vanaf het begin de militaire normen en prioriteiten vooropgesteld. Interne en externe frictie werd zo voorkomen. In dit patroon werden beperkingen voor de medische aspiraties geaccepteerd en autonomie ervaren als militair professionals. In het derde, hybride patroon speelden zowel medische als militaire normen en prioriteiten een rol. Hoewel de eerste fase van besluitvorming alsnog gekenmerkt werd door de medische normen en aspiraties werden de militaire context en prioriteiten meegenomen in het maken van een keuze en het uitvoeren en verantwoorden van die keuze. In dit patroon werd duidelijk duale-loyaliteit ervaren. Maar aan de betekenis van autonomie en agency werd een andere, nieuwe invulling gegeven. De artsen en verpleegkundigen in dit patroon beschouwden zichzelf als onderdeel van het militaire systeem en zagen hun verantwoordelijkheden hierin. Zij overstegen zo de spanning tussen professionele identiteiten en duale-loyaliteit. Bovendien overstijgt deze bevinding het idee van situatie-specifieke rolbepaling, zoals naar voren komt in de literatuur. De gehele betekenis van professionele autonomie veranderde. Artsen en verpleegkundigen konden zo keuzes maken vanuit hun hybride kader van normen en standaarden en autonomie ervaren als hybride professionals.

Deze bevindingen bieden een nieuw perspectief in het academisch debat over duale-loyaliteit en de vraag hoe problematisch militaire dienst daadwerkelijk is voor artsen en verpleegkundigen. Deze empirische studie toont hoe zij in de praktijk omgingen met de uitdagingen die zij kregen en hoe zij naar eer en geweten konden dienen in de krijgsmacht. Duale-loyaliteit werd duidelijk anders ervaren. Via verschillende patronen van coping konden zij professionele autonomie behouden. Ook blijkt dat professionele identiteiten in de praktijk minder spanning opleverden dan gedacht, in elk geval intern. Slechts een kleine groep rapporteerde het gevoel te hebben autonomie verloren te hebben bij het opvolgen van bevelen⁶⁰. Uitzendingen veranderden aanzienlijk tussen 1990 en 2010 en beïnvloedden de uitzendrealiteit van medisch personeel. Ondanks deze veranderingen waren veel problemen continu aanwezig. Er ontstonden tragische dilemma's, medische dilemma's en ethische dilemma's gerelateerd aan de spanning tussen identiteiten en gerelateerde prioriteiten. Deze dilemma's konden, maar hoefden niet per se problematisch te zijn voor de uitgezonden artsen en verpleegkundigen.

Op basis van dit onderzoek kunnen enkele aanbevelingen voor de toekomst gedaan worden aan de DGO. Ten eerste is dit personeel meer gelegenheid geven om praktische ervaring, zoals met traumazorg op een spoedeisende hulp of in een ambulance, op te doen. Ten tweede is dit een betere voorbereiding op uitzendingen, waarin de voorbereiding in teamverband en het bespreken van ethische dilemma's erg belangrijk zijn. Ten derde is dit beter beleid: beleid dat meer aansluit bij de realiteit van de uitzendingomgeving, inclusief het meebrengen van voldoende personeel en materieel om hieraan te kunnen voldoen. Dit geldt voor beleid inzake het wel of niet verlenen van medische hulp aan derden maar ook voor het aanwijzen van voldoende verpleegkundigen om de medische zorg goed af te kunnen dekken. Er zou meer gedaan moeten worden met

de geïdentificeerde lessen. Maar dit vraagt ook om meer begrip van de medische ethiek bij regulier personeel, dat hierin meer scholing nodig heeft. In de afgelopen jaren zijn expeditionaire uitzendingen teruggeschroefd en ligt de focus opnieuw meer op het verdedigen van het eigen en NAVO-grondgebied. Maar ook in de nieuwe geopolitieke status quo blijft de morele component van militaire inzet en de bescherming van mensenrechten belangrijk, niet in het minst voor de geloofwaardigheid van de NAVO. De medische eenheden zullen ook in de toekomst een belangrijke rol spelen.

SUMMARY

MEDICAL PERSONNEL IN THE DUTCH ARMED FORCES: A HISTORICAL PERSPECTIVE ON ETHICAL DILEMMAS, PROFESSIONAL AUTONOMY, AND HYBRID PROFESSIONAL IDENTITY

Military deployments between 1990 and 2010 confronted medical personnel with many challenges, problems, and ethical dilemmas. This research demonstrates that deployments with the armed forces could be problematic for medical personnel, but did not need to be. This depended on different situational and organisational factors, which were different in every deployment, but also within deployments based on rotations or locations. Factors that could either lead to problems or aid in solving them. Yet above all this research demonstrates that there are different patterns of coping with challenges displayed by physicians and nurses, in which professional identity plays a different role. Whether deployments are experienced as problematic depends largely on the derived meaning of professional autonomy and the experience of this autonomy and agency. This article presents an overview of Hooft's PhD dissertation 'White coats, green jackets. Physicians and nurses in the Dutch armed forces, professional identity & agency, 1990-2010', which she successfully defended on 14 April 2022 at Utrecht University.

Bronnen en literatuur:

1. [Allhoff Fritz](#): Physicians at War: The Dual-Loyalties Challenge (2008).
2. [Howe Edmund G.](#): Mixed Agency in Military Medicine: Ethical Roles in Conflict, in: E. Howe ed., *Military Medical Ethics*, Volume 1 (Washington D.C. 2003) 331-365.
3. [Annas G.J.](#): Military medical ethics—physician first, last, always, in: *New England Journal of Medicine* 359:11 (2008) 1087-1090.
4. [Annas G.J.](#), [Crosby S.](#): US military medical ethics in the War on Terror, in: *J R Army Med Corps* 165 (2019) 303-306.
5. [Sidel V.](#), [Levy B.](#): Physician—soldier: A moral dilemma, in: E. Howe ed., *Military Medical Ethics*, Volume 1 (Washington D.C. 2003) 293-329.
6. [Benatar S.R.](#), [Upshur R.E.G.](#): Dual Loyalty of Physicians in the Military and in Civilian Life, in: *American Journal of Public Health* 98:12 (2008) 2161-2167.
7. [Dew Antony](#), [Carrick Don](#): Military Medical Personnel: A Unique Responsibility to Protect, in: David Whetham and Bradley J. Strawser eds., *Responsibilities to Protect: Perspectives in Theory and Practice* (Leiden, Boston 2015) 116-136.
8. [Hooft F.B.](#): Legal framework versus moral framework: military physicians and nurses coping with practical and ethical dilemmas, in: *Journal of the Royal Army Medical Corps* 165:4 (2019) 279-281.
9. [Gross Michael L.](#): The Limits of Impartial Medical Treatment during Armed Conflict', in: Michael L. Gross and Don Carrick eds., *Military medical ethics for the 21st century* (Farnham 2013) 71-84.
10. [Madden William](#), [Carter Brian S.](#): Physician-Soldier: A Moral Profession, in: E. Howe ed., *Military Medical Ethics*, Volume 1 (Washington D.C. 2003) 269-291.
11. [Gordon Stuart](#): Health, stabilization and securitization: towards understanding the drivers of the military role in health interventions, in: *Medicine, Conflict and Survival* 27:1 (2011) 43-66.
12. [Messelken Daniel](#), [Baer Hans-Ulrich](#): Hovering Between Roles: Military Medical Ethics, in: Michael L. Gross and Don Carrick eds., *Military medical ethics for the 21st century* (Farnham 2013) 261-277.
13. [Gordon Stuart](#): The military physician and contested medical humanitarianism: A dueling identity? in: *Social Science & Medicine* 120 (2014) 421-429.
14. [Lundberg Kristina](#), [Kjellstrom Sofia](#), [Anders Jonsson](#), [Lars Sandman](#): Experiences of Swedish Military Medical Personnel in Combat Zones: Adapting to competing Loyalties, in: *Military Medicine* 179:8 (2014) 821-826.
15. [Weiss Robert S.](#): Learning from Strangers. The art and method of qualitative interview studies (The Free Press New York 1994).
16. [Tidy Joanna](#): The Gender Politics of 'Ground Truth' in the Military Dissent Movement: The Power and Limits of Authenticity Claims Regarding War, in: *International Political Sociology* 10 (2016) 99-114.
17. Geneva Conventions of 12 August, 1949 and Protocols Additional to the Conventions.
18. [Schoonoord D.C.L.](#): Srebrenica: a 'safe' area. Appendix I: Dutchbat III and the population: medical issues (2002).
19. [Brocades Zaalberg Thijs W.](#): Soldiers and Civil Power: Supporting or Substituting Civil Authorities in Modern Peace Operations (Amsterdam 2006).
20. [Olsthoorn Peter](#), [Bollen Myriame](#), [Beeres Robert](#): Dual Loyalties in Military Medical Care - Between Ethics and Effectiveness', in: Herman Amersfoort, René Moelker, Joseph Soeters

- en Désirée Verweij eds., Moral responsibility & military effectiveness (Den Haag 2013) 79-96.
21. NATO MC 363/2 Principles and policies of operational medical support, April 2004.
 22. Medical Support Manual for United Nations Field Missions, United Nations Department of Peacekeeping Operations and Department of Field Support (DPKO/DFS) 3th edition 2015.
 23. Interviews [Respondenten 8, 15, 18, 19, 22, 32, 37].
 24. NATO AJP-9 Civil-Military co-operation (CIMIC) Doctrine, June 2003.
 25. CDS Aanwijzing A-475, Geneeskundige hulpverlening aan de lokale bevolking en steunverlening aan gezondheidszorginstellingen tijdens militaire operaties, 13-4-2005.
 26. Vos B.J.: Research Paper: Operationele gezondheidszorg in Afghanistan, publication of the Faculty of Military Sciences, Netherlands Defence Academy (Breda 2009).
 27. Interviews [Respondenten 3, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 29, 33, 35, 37].
 28. Interviews [Respondenten 1, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 38].
 29. Interviews [Respondenten 11, 18, 28, 38].
 30. Interviews [Respondenten 1, 4, 7, 11, 12, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 37].
 31. Interviews [Respondenten 2, 3, 4, 8, 13, 14, 18, 19, 20, 22, 23, 26, 30, 31, 32, 34, 35, 37].
 32. Interviews [Respondenten 1, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 18, 21, 23, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 37, 38].
 33. Interviews [Respondenten 5, 9, 14, 23, 34, 35].
 34. Interviews [Respondenten 14, 15, 18, 23, 25, 27, 31, 32, 33, 34, 38].
 35. Interviews [Respondenten 3, 4, 7, 12, 20, 23, 25, 27, 32, 34, 35, 36, 37].
 36. Interviews [Respondenten 8, 9, 12, 14, 16, 19, 22, 28, 33, 38].
 37. Interviews [Respondenten 4, 5, 14, 15, 16, 21, 22, 25, 29, 33, 35, 37].
 38. Interviews [Respondenten 5, 9, 10, 14, 16, 23, 24].
 39. Respondent 21, 02:30-02:37.
 40. Hammack Phillip L.: Theoretical Foundations of Identity, in: Kate C. McLean and Moin Syed eds., The Oxford Handbook of Identity Development (Oxford University Press 2014) 11-30.
 41. Korostelina Karina V.: Social Identity and Conflict: Structures, Dynamics, and Implications (Palgrave Macmillan, Basingstoke 2007).
 42. Tajfel H., Turner J.: The social identity theory of intergroup behaviour, in: S. Worschel and W. Austin eds., Psychology of intergroup relations (Chicago 1986) 7-24.
 43. Robillard Michael: Risk, War, and the Dangers of Soldier Identity, in: Journal of Military Ethics (published online, 2018).
 44. Respondent 7, 00:45-00:50.
 45. Respondent 14, 00:15-00:20.
 46. Respondent 34, 01:25-01:30.
 47. Respondent 28, 00:45-00:55.
 48. Respondent 32, 00:40-00:45.
 49. Respondent 37, 01:35-01:40.
 50. Respondent 18, 01:55-02:00.
 51. Respondent 1, 00:40-00:45.
 52. Respondent 31, 02:30-02:35.
 53. Respondent 9, 00:45-00:50.
 54. Respondent 8, 01:20-01:28.
 55. Respondent 15, 02:25-02:30.
 56. Respondent 12, 01:20-01:25.
 57. Respondent 29, 01:30-01:40.
 58. Respondent 30, 00:25-00:30.
 59. Respondent 14, 00:45-00:50.
 60. Respondent 18, 01:45-01:50.



Aanmelden voor abonnement NMGT

Instromend personeel

Om het nieuw instromend personeel dat behoort tot het beroeps- en actief reservepersoneel van de militair geneeskundige dienst te abonneren op het digitale Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift (NMGT), mag ik de abonnees die het NMGT reeds ontvangen verzoeken dit nieuwe personeel te wijzen op het bestaan van ons tijdschrift. Zij kunnen zich dan eveneens abonneren door zich aan te melden door een e-mail te sturen naar de secretaris via e-mailaccount a.sondeijker@kpnmail.nl (voorkeur) of a.sondeijker.01@mindef.nl met als onderwerp 'aanmelden NMGT' onder vermelding van naam, adres, woonplaats en het e-mailaccount waarnaar het tijdschrift moet worden verzonden. Uiteraard zijn aan dit abonnement geen kosten verbonden.

Uitstromend personeel

Wanneer u als militair of burgermedewerker binnenkort de dienst verlaat, kunt u het abonnement op het digitale NMGT kosteloos voortzetten. U stuurt dan uw naam, adres, woonplaats en e-mailaccount naar de secretaris, e-mailaccount: a.sondeijker@kpnmail.nl (voorkeur) of a.sondeijker.01@mindef.nl met als onderwerp 'wijziging abonnement NMGT'.

De secretaris NMGT A. Sondeijker