

De humanitaire geneeskunde bekijken door de bril van de klassieke westerse geneeskunde is een hachelijke oefening. Want wat hebben beide gemeen?



© Roger Job

OP DE KRUISSING TUSSEN TWEE VORMEN VAN GENEESKUNDE



Alex Parisel

behaalde een diploma beheersingenieur aan de Solvay-school. Van 1990 tot 2002 bekleedde hij diverse functies binnen AZG. Zo was hij van 1998 tot 2002 algemeen directeur van AZG-België en van 2002 tot 2004 hoofd van de hiv/aidsprojecten bij het Europees Agentschap voor Ontwikkeling en Gezondheid. Momenteel is hij vice-voorzitter van Artsen Zonder Grenzen en hoofd Balies en Secretariaten in het UVC-Brugmann (Horta-site) alex.parisel@chu-brugmann.be

# Waar begint en waar eindigt de beste aller medische werelden?

DOOR ALEX PARISEL →

**H**ightechgeneeskunde en crisisgeneeskunde die in de eerste plaats gericht is op basisgezondheidszorg: het is geen evidente vergelijking. Temeer omdat je dan je vooroordelen en karikaturen moet laten vallen. Het beeld bijvoorbeeld van de traditionalistische, goedbedoelde "scoutsgeneeskunde" enerzijds en de op individueel welzijn gerichte en voor opgeblazen ego's bestemde geneeskunde anderzijds, die allebei even mediageil zijn. In dit artikel willen we nochtans een "gekruiste" kijk geven op twee medisch-sanitaire "tijd-ruimte-complexen". Twee melkwegstelsels als het ware die op het eerste gezicht lichtjaren van elkaar verwijderd zijn, maar toch allebei

dochteren zijn van ons sociaal-democratisch model en waarvan de lotsbestemmingen wel eens dichterbij elkaar zouden kunnen liggen dan we denken...

## HET "COLLOQUE SINGULIER": DE BASISBOUWSTEEN VAN DE GENEESKUNDE

Bestaat er zoiets als een "humanitair" colloque singulier dat radicaal verschilt van het klassieke medische colloque singulier in de ziekenhuiswereld? Nee, *a priori* niet. Het vindt plaats binnen een nogal primitieve omgeving zonder de westerse medische hightech, en kan op cultuur- en taalverschillen botsen, maar het basisprincipe is hetzelfde: wetenschappelijk en geïnspireerd op dezelfde eed. Dat hoeft niet te

verbazen, want de artsen uit beide "groepen" zijn afkomstig uit dezelfde scholen, met dat verschil dat humanitaire artsen een andere specialisatie hebben gevolgd: tropische geneeskunde. Humanitaire geneeskunde is dus een tak van de westerse geneeskunde, die feitelijk geëxporteerd wordt wanneer artsen naar het buitenland trekken. De Belgische humanitaire geneeskunde put haar kracht uit een schitterende wet die bepaalt dat alle personen die zich op Belgisch grondgebied bevinden, zo nodig onmiddellijk medische spoedhulp moeten krijgen, zonder voorafgaande voorwaarden. Die wet uit 1964 betreffende de dringende medische hulpverlening is een eerbetoon aan onze >>>

>>> democratie en is gestoeld op de humanistische basiswaarden van onze geneeskunde: elke gewonde of zieke persoon heeft recht op aangepaste zorg. Een organisatie als Artsen Zonder Grenzen heeft zich daar sterk op geïnspireerd. Ze biedt in de eerste plaats hulp aan de slachtoffers van conflicten en natuurrampen, en stelt zich daarbij volledig onpartijdig en onafhankelijk op. Ze beoefent overal ter wereld spoedgeneeskunde om zo veel mogelijk mensen in nood te helpen en om de waarden van de wet uit 1964 uit te dragen tot buiten onze grenzen. AZG is met andere woorden het genereuze product van onze burgersamenleving en onze medische geschiedenis.

### HET TIJD-RUIMTECOMPLEX VAN HET COLLOQUE SINGULIER

Het ziekenhuis als instelling kan bogen op een lange geschiedenis van continue openbare dienstverlening. Het is gestoeld op het recht en gebaseerd op normen en plichten die de wetgever oplegt. Het is ook het epicentrum van de westerse medische kennis en het laboratorium van de geneeskunde van morgen. Het is niet meer weg te denken uit onze samenleving en staat letterlijk aan het begin en aan het einde van onze levensloop, want de meesten van ons worden er geboren en sterven er. De ziekenhuisfinanciering is de spil van onze sociale zekerheid, die op haar beurt de belangrijkste motor is van onze sociale cohesie. Kortom, het ziekenhuis is een bastion van ons sociaaldemocratisch model waarvan de grote symbolische kracht onaantastbaar lijkt.

De humanitaire geneeskunde laaft zich aan een energiebron die zowat de tegenpool is van de "rustige kracht" van de ziekenhuiswereld. Ze is immers onvoorspelbaar in de tijd (AZG moest in 2004 Irak en Afghanistan verlaten om veiligheidsredenen) en beperkt in de ruimte, om niet te zeggen exclusief (we spreken dan ook van humanitaire eilandjes of corridors). Ze wordt per definitie beoefend in een crisisomgeving (oorlogen, epidemieën, hongersnoden) en is *a fortiori* heel krachtig, omdat ze in de eerste plaats mensens levens wil redden.

Terwijl het ziekenhuis zich positioneert als bron van wetenschappelijke vooruitgang die "onderzoeksroutines" ontwikkelt om "aan de toekomst te bouwen", heeft de humanitaire geneeskunde haar eigen grenzen moeten aanvaarden en haar aanspraken moeten inperken tot: tijdelijk hulp bieden aan personen in nood. Het is een "geneeskunde van het heden" die niet (langer?) de ambitie heeft om de wereld te veranderen, maar wel als inspiratiebron kan dienen, dankzij de waarden die ze verdedigt<sup>1</sup>.

Beide benaderingen van de geneeskunde zijn gebouwd rond dezelfde atomische kern en dreigen nu zozeer onder druk te worden gezet door hun respectieve omgevingen dat ze wel eens zouden kunnen uiteenvallen. Met aan de ene kant "de fusie" van het colloque singulier in de heksenketel van de humanitaire omgeving en aan de andere kant "de splijting" van de ziekenhuisgeneeskunde, die onderworpen wordt aan een dramatische taylorisatie.

### EEN FUSIEGENEESKUNDE

Bernard Kouchner, de oprichter van AZG-Frankrijk, noemde indertijd medisch handelen een paspoort voor de politiek. Hij wilde daarmee zeggen dat humanitair engagement niet houdbaar is zonder duidelijke doelstelling voor ogen. Het volstaat niet om mensen te verzorgen die het slachtoffer zijn van zware en massale mensenrechtenschendingen: je moet ook de impact ervan nagaan en die reflectie in een concreet engagement gieten, als publieke getuigenis. Zo moet je je afvragen welke functie medische hulpverlening vervult te midden van een genocide die gericht is op de uitroeiing van een hele groep, vaststellen dat die hulp daar niet thuishoort en erop wijzen dat "artsen geen genocide kunnen stoppen" (Rwanda, 1994), in de hoop dat de beleidsverantwoordelijken reageren.

### ■ EEN WERELD VAN DILEMMA'S

De humanitaire geneeskunde steekt vol dilemma's, onzekerheden en blijvende vraagtekens. Dat vereist een grote waakzaamheid. Het is namelijk een wereld waarin therapeutische guidelines (het equivalent van de EMB

in de ziekenhuiswereld) en technische prestaties onvoldoende zijn om zin te geven aan medisch handelen. Het colloque singulier is in dat opzicht een venster op de wereld dat tot een dialectiek leidt met de omgeving en waarbij de medische ethiek - en met name haar basisprincipe: "vooral niet schaden" - als richtbaken fungeert.

Kouchner ging echter nog verder in zijn visie. Hij vereenzelvigde medisch handelen volledig met zijn symbolische betekenis, waardoor het nagenoeg een voorwendsel werd om mensenrechtenschendingen of gewelddadige regimes aan te klagen. Uiteindelijk rechtvaardigt hij zelfs de militaire "inmengingsplicht" (Irak, 1991) met humanitaire argumenten. De patiënt wordt in dat model een politieke vaandeldrager. Uit een humanistische benadering op basis van het colloque singulier groeit een zekere vorm van humanitair engagement dat "fuseert" met de politieke belangen van het Westen en er zelfs de slippendrager van wordt. Vragen over de relevantie en de zin van een interventie worden "elders" beslist, "op topniveau", en vertalen zich in financieringen en instructies die de belangen van volkeren in nood alderminst dienen. Er wordt opnieuw een opdeling gemaakt in "goede en slechte slachtoffers", afhankelijk van hun politiek en strategisch nut, wat compleet indruist tegen de hooggestemde idealen van de wet uit 1964.

### EEN SPLIJTINGSGENEESKUNDE

De tegenpool daarvan is het colloque singulier zoals het in de ziekenhuiswereld bedreven wordt: in een ivoren toren, volledig afgescheiden van de rest van de wereld. Daar zijn verschillende redenen voor, maar ik beperk me tot drie en laat het klassieke, maar al te gemakkelijke argument dat artsen "van nature" individualisten zijn, terzijde.

Allereerst is het medisch handelen gebonden aan tal van beperkingen: de administratieve doolhof, financieringsproblemen, de wettelijke druk in combinatie met de toenemende juridische risico's, de impact van de numerus clausus enz. Het valt dan ook te begrijpen dat de artsen zich daarvoor opnieuw gaan concentreren op hun kerntaken: "intellectuele arbeid". >>>

>>> Tussen Kafka en Don Quichot is inzet met hart en ziel nodig, om routine en hokjesdenken (zich veilig opsluiten in de eigen dienst, operatiezaal, secretariaat...) te doorbreken en om het brede werkveld niet over te laten aan anderen.

Maar ook de arts sluit zich op in zijn wereldje van "steriele" technische prestaties. Het RIZIV en de OCMW's nemen het grootste deel van het financiële luik voor hun rekening, de administratieve loketten trekken de "tarifaire wacht" op en incasseren, terwijl de sociale dienst zo nodig tussenbeide

## “De wet uit 1964 betreffende de dringende medische hulpverlening is gestoeld op de humanistische basiswaarden van onze geneeskunde: elke gewonde of zieke persoon heeft recht op aangepaste zorg”

komt. Dankzij die filters kan de patiënt in al zijn mechanische naaktheid aan het colloque singulier beginnen, los van zijn leefomgeving. Belangrijkste uitzondering is de deur van de spoedgevallen. Die blijft open op de wereld en benadert ook het dichtst de oorspronkelijke gastvrijheid van de ziekenhuizen. De wetgever begint ze echter geleidelijk te sluiten door een logica te hanteren waarbij de patiënt meteen moet betalen als hij zich aanmeldt.

### ■ EEN TIJDLOZE STARHEID

Uiteindelijk is het de evolutie zelf van de ziekenhuisgeneeskunde die de patiënt heeft gedegradeerd tot een optelsom van organen, normen en supergespecialiseerde taken (vandaag probeert men het gezichtsveld opnieuw te verbreden door multidisciplinaire consulten aan te bieden). Die medische segmentering, in combinatie met de takenverdeling (verpleegkunde, administratie, juridische zaken, enz.), isoleert het medisch handelen nog iets meer en heeft tot de bureaucratisering ervan geleid. De patiënt is voortaan een te registreren siskaart die een "klinisch parkoers" aflegt dat zo rationeel mogelijk georganiseerd moet worden en waarvan het resultaat in het uniek medisch dossier belandt.

Het is aartsmoelijk om een ruime kijk te behouden op de hele zorgketen en

te aanvaarden dat je eigenlijk maar een radertje bent in een hele machinerie die ons overstijgt. Vooral als het colloque singulier van bij het begin beschouwd wordt als de atomische kern van de westerse geneeskunde, zozeer dat het de grondbeginselen van de medische opleiding bepaalt.

Deze geneeskunde is zo sterk vertekeneerd dat ze noodgedwongen maar ook fatalistisch haar "roots" van humanisme en menselijke tederheid de rug heeft toegekeerd. Die zijn nochtans terug te vinden in haar recente geschiedenis. Denken we maar aan

pijnbestrijding en palliatieve zorg. De ziekenhuisgeneeskunde werkt veel te veel in een vacuüm en is versnipperd in tal van specialisaties met elk hun eigen cultuur. Ze lijkt te zijn vastgeroest in een vorm van tijdloze starheid (weerstand tegen verandering, corporatisme, energievervalsing door interne machtsspelletjes en territoriumstrijd), waarbij het ziekenhuis als "de" wereld wordt beschouwd, terwijl de gezondheidszorg evolueert met de snelheid van het licht.

### DE WESTERSE GEZONDHEIDSZORG IN VOLLE GROEI

Dr. Knock<sup>2</sup> beweerde dat "elke gezonde mens eigenlijk ziek is, maar het niet beseft". Dit citaat wordt vandaag bevestigd door de Britse Nuffield Council on Bioethics. Die stelt vast dat ons bestaan door en door gemedicaliseerd is en dat het probleem schuilt in de verbreding van de diagnose. Met andere woorden: "de trend om stoornissen zo ruim te definiëren dat steeds meer mensen verstrikt raken in de diagnosesetten."

Wat is ziekte? Wie definieert ze? Welke levensproblemen moeten medisch behandeld worden? We leven in een wereld waarin we van de wieg tot het graf met geneeskunde te maken krijgen en waarin alle aspecten van ons bestaan gemedicaliseerd worden: gedrag (bv. het massale aantal gevallen van ADHD

bij kinderen, het feit dat schuchtheid bij volwassenen voortaan weer "sociale fobie" heet...), seksualiteit, vermoeidheid, ouderdom... De nakende komst van de voorspellende genetische geneeskunde zal die greep nog meer totalitair maken.

De farmaceutische industrie speelt daarbij een sleutelrol. Beheerd als ze wordt door managers, beschouwt ze gezondheidszorg louter als groeimarkt. Vroeger ging de farmaceutische industrie op zoek naar een molecule om een ziekte te behandelen, vandaag lijkt ze soms veeleer op zoek te gaan naar een ziekte om een molecule op de markt te kunnen gooien...<sup>3</sup>.

De limieten van de groei worden bepaald door de wetten van de rendabiliteit: van de 1.400 moleculen die het farmaceutisch onderzoek de voorbije 25 jaar heeft ontwikkeld, had slechts 1 % betrekking op "tropische" ziekten, ook al – moeten we het nog herhalen – zijn die de belangrijkste doders op wereldvlak (malaria, tuberculose, ziekte van Chagas...)<sup>4</sup>. Maar helaas: de patiënten zijn onvermogen en vertegenwoordigen geen echte markt. Er gaapt een brede kloof tussen de medische behoeften en de agenda van de farmaceutische wereld. Die laatste wordt volledig bepaald door rendabele ziekten, waardoor de humanitaire geneeskunde en een deel van de niet-westerse geneeskunde in een soort medisch zwart gat belanden.

De industrie probeert niet alleen haar alliantie met de artsen te verstevigen (klinische tests, voorschriften), maar ook de vraag van de patiënt te beïnvloeden, door in te spelen op primitieve reflexen als angst, sociaal conformisme en de wellnessrage. Daaruit kunnen we toch niet anders dan besluiten dat het colloque singulier dreigt te onttaarden omdat het "geplet" wordt tussen de eisen die de patiënt zich laat aanpraten en de praktijken van de arts die zich laat beïnvloeden? Dat alles veilig gedekt door de sociale zekerheid.

### DE BESTE ALLER WERELDEN

In een democratie is gezondheid een tegelijk collectieve en individuele uitdaging die een ruime consensus behoeft. Gezondheidszorg is politiek in >>>

>>> de edele zin van het woord. Ze verdient een debat, een kritische bevraging en objectieve informatie. De overheid speelt daarbij een sleutelrol: ze moet de voorwaarden creëren voor dit debat en een optimaal evenwicht waarborgen tussen ethiek, economie en geneeskunde.

Als we de zaken echter op hun beloop laten, dreigt de geneeskunde te ontmenselijken.

In heel wat Afrikaanse landen hebben de mensen geen toegang tot gezondheidszorg doordat ze ineen is gestort en omdat gezondheid er niet als een gemeenschappelijk goed wordt beschouwd (vaak onder druk van westerse geldschietters<sup>1</sup>). Daardoor is een deel van de bevolking overgeleverd aan de "willekeur" van hun lichaam en hun omgeving. Ze leiden geen menswaardig bestaan meer, verliezen hun vrijheid en worden de speelbal van een soort onmenselijk malthusianisme. Het recht van de sterkste dus.

De humanitaire geneeskunde kan proberen om een bepaalde situatie te "humaniseren" en inzicht te bieden in een aan de gang zijnd proces, maar structureel kan ze niets veranderen. De oplossing is vaak politiek, zelden uitsluitend medisch. De kracht van een organisatie als AZG is dat ze nadenkt over medisch handelen en dat handelen ruimer ziet dan alleen technisch. Ze gaat op zoek naar de zin ervan en is altijd bereid om te discussiëren over de doelstellingen. Het is in de onderlinge samenhang tussen de verschillende beroepen en opvattingen (logistieke, politieke, juridische, medische, enz.) dat de geneeskunde haar bestaansreden vindt. Die wordt gevoeld door twijfel en onzekerheid over voortdurend veranderende situaties.

Bij ons verloopt die ontmenselijking via verschillende processen. Allereerst de machtsgreep van de farmaceutische industrie, die het colloque singulier des te makkelijker kan verenigen omdat de westerse geneeskunde een



© Frédéric Raevens

De deur van de spoedgevallen blijft open op de wereld en benadert ook het dichtst de oorspronkelijke gastvrijheid van de ziekenhuizen. De wetgever begint ze echter geleidelijk te sluiten door een logica te hanteren waarbij de patiënt meteen moet betalen als hij zich aanmeldt.

radicaal individuele geneeskunde aan het worden is (de klant), wat ten koste gaat van haar publieke en collectieve dimensie (met uitzondering van epidemieën en natuurrampen). Diezelfde geneeskunde, die technologisch steeds verfijnder, maar tegelijk vrijwel mechanisch wordt, zal binnenkort het tijdperk van de voorspellende genetische geneeskunde binnentreden. Daardoor zullen we geleidelijk verworpen tot "mensen met x % kans op", tot cijfertjes in statistieken.

De positieve band die tot nog toe bestond tussen de westerse en de humanitaire geneeskunde, door de uitvoer van onze knowhow, valt stilaan weg. We importeren immers steeds meer intellectuele krachten (artsen, verpleegkundigen) uit landen met een groot tekort aan medisch personeel, en tegelijk daalt het aantal Belgische artsen die de klassieke medische grenzen kunnen overstijgen. De numerus clausus, in combinatie met de hypertechische artsenopleiding, is een beetje de val van Icarus van een op de wereld gerichte humanistische geneeskunde. De medische Icarus verbrandt immers zijn vleugels aan een gevaarlijke vorm van verblinding: de

misvatting dat de grenzen van de "beste aller werelden" ophouden aan de poorten van het Westen, van België of zelfs van zijn eigen ziekenhuis.

#### DE GRENZEN VERLEGGEN

De ziekenhuisgeneeskunde en de humanitaire geneeskunde zijn de dochters van ons sociaaldemocratisch model. De druk op de eerste heeft aanzienlijke gevolgen op de tweede, en de verzwakking van de tweede zorgt ervoor dat de eerste aan menselijkheid moet inboeten. De humanitaire geneeskunde blijft de genereuze emanatie van een doeltreffend medisch-sociaal model. De afbraak van dat model zal de horizon van een humanistische visie op geneeskunde (in de brede zin van het woord) verenigen.

Als we medische vooruitgang op mensenmaat willen – want dat is de echte uitdaging van vandaag – en ze tegelijk economisch verantwoord willen houden, moeten we een permanent en open debat aangaan over de gezondheidszorg van de toekomst, de prioriteiten ervan en de plaats die de ziekenhuisgeneeskunde daarin zal bekleden. Op gevaar af enkele starre grenzen aan het wankelen te brengen... ○

1 AZG kreeg in 1999 de Nobelprijs voor de Vrede, ook al is ze strikt genomen geen pacifistische organisatie (AZG heeft nooit oorlogen aangeklaagd, maar

probeert wel de gevolgen ervan te "humaniseren". Daarbij combineert ze een pessimistisch mensbeeld met een realistische kijk op de

internationale betrekkingen.)  
2 'Knock', Jules Romain, Gallimard Folio.  
3 'Les inventeurs de maladies', Jörg Blech, Actes Sud, 2005.

4 Patrice Trouiller et al "Maladies négligées et médicaments: entre déficience du marché et échec de la santé publique", Lancet, 2002; 359:2188-94.

5 'Investing in Health for Economic Development', report of the Commission on Macroeconomics and Health, WHO, 2001.