

Cadet-vaandrig C.M.C. Meerbach
Bachelorscriptie

**Morele professionaliteit van Algemeen Militair Verpleegkundigen in
hedendaagse operaties**



World Press Photo 2003

C.M.C. Meerbach
Cadet-vaandrig van de Logistiek
Regiment Geneeskundige Troepen
Registratienummer: 87.01.22.254

Morele professionaliteit van Algemeen Militair Verpleegkundigen in hedendaagse operaties

Bachelorscriptie militaire bedrijfswetenschappen
Faculteit Militaire Wetenschappen
Koninklijke Militaire Academie
Breda, 22 december 2009

Onderzoekbegeleiders:

1^{ste} begeleider:

Lkol B.J. Vos M.Sc. (Faculteit Militaire Wetenschappen, Militaire Gezondheidszorg)

2^e begeleider:

Dr. P.H.J. Olsthoorn (Faculteit Militaire Wetenschappen, Militaire Ethiek)

Samenvatting

Deze bachelorscriptie omvat een beschrijvend onderzoek naar de morele professionaliteit van Algemeen Militair Verpleegkundigen (AMV) die recent op uitzending zijn geweest. Morele professionaliteit is een belangrijke voorwaarde die bijdraagt aan het voorkomen van excessen tijdens uitzending en aan de psychologische verwerking van excessen na afloop van een uitzending. Het doel van het onderzoek is een indicatie te geven van de morele professionaliteit van AMV'ers door met behulp van diepte-interviews casuïstiek over morele vragen en dilemma's tijdens recente uitzendingen te verzamelen.

Voor het onderzoek werden met behulp van meerdere wetenschappelijke theorieën over morele professionaliteit zes criteria geformuleerd aan de hand waarvan de mate van morele professionaliteit van een persoon of groep kan worden bepaald. Op basis van deze zes criteria zijn interviewtopics geformuleerd, die vervolgens gebruikt zijn bij het afnemen van interviews bij zeven verschillende AMV'ers die ervaringen hebben met morele vragen en dilemma's tijdens recente uitzendingen.

De afgenomen interviews zijn uitgewerkt, gecodeerd en ten slotte samengevat. Op basis van deze dataverzameling is een tweeledige analyse gemaakt van de antwoorden op de verschillende topics, waarbij deze in verband gebracht zijn met de literatuur uit de theoretische achtergronden. Ten eerste dienden de morele vragen en dilemma's uit de interviews gefilterd te worden. Hierna dienden deze morele vragen en dilemma's beoordeeld te worden in het licht van de zes criteria voor morele professionaliteit. Naast een aantal concrete aanbevelingen en een hoeveelheid aan suggesties voor vervolgonderzoek volgen uit het onderzoek een aantal conclusies.

Uit zeven interviews met verschillende respondenten konden uiteindelijk twaalf bruikbare morele dilemma's gefilterd worden. De morele vragen en dilemma's waar de respondenten tijdens hun uitzendingen tegenaan waren gelopen hadden vaak betrekking op tegenstrijdigheden in medische en militair operationele belangen. Over het algemeen scoorden de geïnterviewden AMV'ers goed op grond van de gestelde criteria voor de beoordeling van de morele professionaliteit van een persoon. Het enige criterium waar over het algemeen door de respondenten geen gehoor aan werd gegeven was de verantwoording aan anderen over de oplossing die zij voor een moreel dilemma hadden bedacht. Volgens de respondenten zou het in de meeste gevallen niet gepast zijn om collega's te betrekken bij

hun morele dilemma's. Ten eerste vreest men dat dit het moreel aantast en dat collega's uit hun concentratie gebracht zullen worden, maar op de tweede plaats voelen de respondenten zich als AMV'er verantwoordelijk voor de mentale gesteldheid van hun collega's en willen ze hen zodoende liever niet betrekken bij moeilijke dilemma's waar de AMV'er tegenaan loopt.

Opmerkelijk is dat een conclusie van dit onderzoek afwijkt van conclusies uit literatuur over morele dilemma's die voortvloeien uit tegenstrijdigheden in medische en militaire ethiek. Meestal wordt een tegenstrijdigheid geconstateerd tussen loyaliteit aan de medische ethiek enerzijds, en de loyaliteit van een militair aan organisatie en collega's anderzijds. Uit dit onderzoek blijkt echter dat loyaliteit aan de organisatie en aan collega's twee verschillende zaken zijn. Uit de interviews blijkt dat AMV'ers bij morele dilemma's waar medische en militaire belangen conflicteren, vaak kiezen voor het militaire belang. De reden daarvoor ligt niet in het feit dat ze loyaal willen zijn aan de organisatie, maar omdat ze loyaal willen zijn aan hun collega's.

Hoewel uit dit onderzoek een aantal opvallende conclusies kunnen worden getrokken is dit onderzoek slechts indicatief van aard. Een kwantitatief onderzoek waarbij een grotere onderzoeksgroep bereikt wordt, brengt de gehele AMV populatie beter in kaart.

Summary

This bachelor thesis contains a qualitative case study on moral professionalism of military nurses who have recently been on missions to Afghanistan, Pakistan or Iraq. Moral professionalism is an important condition which contributes to the prevention of excessive behavior during missions and to a psychological strategy to cope with these excesses after a mission. This study is an indicational investigation into what extent military nurses are morally professional by collecting casuistry from military nurses concerning moral questions and dilemmas they experienced during recent missions.

The study departs from a broad theoretical framework derived from authoritative theories on moral professionalism. In this theoretical framework six criteria for moral professionalism were formulated and then used to define interview topics. These topics were used in seven interviews with military nurses.

The recorded interviews were written down, coded, and summarized. These data were then analyzed per topic and compared to the theories from the theoretical framework. The analysis has led to a number of conclusions, several recommendations, and a number of suggestions for further research.

Twelve moral dilemmas have been filtered from the interviews. Most of the moral dilemmas experienced by medical nurses during their missions concerned conflicts between medical and military operational interests. Generally the respondents scored well judged by the criteria for moral professionalism. One criterion, the one dealing with communication with colleagues during a moral dilemma, had a rather surprising score. None of the respondents had acted in accordance with this criterion. Firstly, the respondents didn't want to burden other colleagues with their own problems because they feared it would hurt the morale in their platoon. Secondly, the respondents felt personally responsible for the mental health of their colleagues and thought their colleagues already went through enough trouble.

Remarkably, a conclusion from this study contradicts conclusions in literature on the subject of moral dilemmas that arise as a result of contradictions between medical and military ethics. Usually, military medical professionals experience moral dilemmas concerning a choice between loyalty to the medical profession on one hand and loyalty to the military

organization they serve and their colleagues on the other hand. However, in this study it was found that allegiance to a military organization and allegiance to colleagues are two different matters. In fact, medical nurses experience a dual loyalty between the medical profession on one hand and loyalty to their colleagues on the other hand. Integrity towards the military organization is less important in this matter.

Although a number of remarkable conclusions are stated in this study, this research gives only an indication which is based on seven respondents. It is advised to perform a similar quantitative study about this subject, which contains a larger research group, in order to be able to make more thorough statements for the whole population of medical nurses who serve in the Royal Netherlands Army.

Voorwoord

Voorafgaand aan mijn scriptieperiode heb ik lang nagedacht over het onderwerp waaraan ik mijn scriptie wilde wijden. Een paar maanden voor aanvang van de scriptieperiode adviseerde de Lkol Vos mij om het boek van de Amerikaan Steven Miles te gaan lezen. In zijn boek *Oath Betrayed* beschrijft hij hoe militair medisch personeel structureel bijdroeg aan de mensonterende schandalen en martelingen die in de Abu Ghraib gevangenis in Irak en op Guantánamo Bay hebben plaatsgevonden. Ik was zeer onder de indruk van het verhaal van Miles en werd naar aanleiding van zijn verhaal nieuwsgierig naar de morele professionaliteit van het militair geneeskundige personeel binnen de geneeskundige dienst van de Nederlandse Krijgsmacht.

In mijn opleiding tot officier op de KMA ben ik nauwelijks in aanraking gekomen met de complexiteit tussen de medische en militaire ethiek en de morele dilemma's die hier het gevolg van kunnen zijn. Tijdens dit onderzoek ben ik mij gaan realiseren dat ik als toekomstig officier bij de geneeskundige dienst van de Koninklijke Landmacht zeer waarschijnlijk vaak met dit soort morele dilemma's te maken zal krijgen, omdat deze problematiek een belangrijke plaats inneemt bij operationele inzet van de Krijgsmacht.

Medische professionals streven vanuit hun professie naar het bevorderen van de gezondheid en het welzijn van mensen. Zij stellen het menselijk leven als hoogste waarde. Militairen streven naar vrede, veiligheid en rechtvaardigheid. In wezen stellen militairen daarom ook het menselijk leven als hoogste waarde, omdat zij de voorwaarden scheppen om het welzijn van het menselijk leven te kunnen bevorderen. In die zin moet het mogelijk zijn om de medische en militaire professie op een goede manier met elkaar te kunnen verenigen, aangezien zij uiteindelijk hetzelfde doel nastreven.

Voordat ik afsluit wil ik graag een aantal mensen bedanken. Ten eerste Lkol Vos. U hebt mij op het spoor van mijn onderzoeksonderwerp gebracht en gedurende het onderzoek heeft u mij met uw kritische reflecties goed begeleid. Ook wil ik graag Dr. Olsthoorn bedanken voor de goede begeleiding en zijn hulp bij het vinden van geschikte literatuur. Tenslotte wil ik graag alle respondenten bedanken voor het delen van hun ervaringen en hun ongezouten meningen.

Claartje Meerbach

Breda, december 2009

Ik zweer (beloof) trouw aan de Koningin, gehoorzaamheid aan de wetten en onderwerping aan de krijgstuicht. Zo waarlijk helpe mij God Almachtig.

(Eed van de Nederlandse Krijgsmacht)

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

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Summary	5
Voorwoord	7
1 Inleiding	12
1.1 Probleemanalyse	13
1.2 Doelstelling	15
1.3 Onderzoeksmodel.....	16
1.4 Onderzoeksvragen	17
1.5 Type onderzoek	17
1.6 Relevantie	18
1.7 Opbouw scriptie	18
2 Theoretische achtergronden.....	19
2.1 Morele professionaliteit.....	19
2.1.1 Militaire en medische ethiek.....	19
2.1.2 Professionaliteit.....	23
2.1.3 Morele professionaliteit	25
2.2 Morele dilemma's.....	30
3 Algemeen Militair Verpleegkundige	34
3.1 De AMV opleiding	34
3.2 Ethiekonderwijs binnen de AMV opleiding.....	36
3.3 Ethiekonderwijs voorafgaand aan uitzending.....	38
3.4 Rol van de AMV'er tijdens uitzending.....	40

4 Methodologie	43
4.1 Onderzoeksstrategie	43
4.1.1 Casestudy	43
4.1.2 Deskresearch	46
4.2 Dataverzameling	46
4.3 Data-analyse	48
4.4 Kwaliteitsaspecten	49
4.4.1 Validiteit en betrouwbaarheid.....	49
4.4.2 Generaliseerbaarheid.....	50
4.4.3 Debriefing, regimentation en ethische vraagstukken	51
5 Resultaten	52
5.1 Algemene kenmerken	52
5.2 Analyse interviews	53
5.3 Analyse morele dilemma's	58
5.3.1 Wordt het morele dilemma herkend en het soort dilemma benoemd?	58
5.3.2 Wordt er een inventarisatie gemaakt van de alternatieven en argumenten?	61
5.3.3 Worden de argumenten weloverwogen en wordt er vervolgens een oplossing geformuleerd?	62
5.3.4 Wordt er verantwoording of uitleg gegeven aan anderen over de oplossing en de manier waarop deze tot stand is gekomen?	66
5.3.5 Wordt de oplossing in de praktijk gebracht?.....	68
5.3.6 Wordt de oplossing achteraf nog teruggekoppeld?.....	71
6 Conclusies & aanbevelingen.....	74
6.1 Conclusies	74
6.2 Aanbevelingen.....	78
7 Reflectie.....	80
7.1 Reflectie op het product.....	80
7.2 Reflectie op het onderzoeksproces.....	81

Literatuurlijst.....	82
Bijlage A – Matrix	88
Bijlage B – Vragenlijst.....	89

1 Inleiding

Het einde van de Koude Oorlog bracht geen wereldwijde vrede. Voornamelijk in gefragmenteerde soevereine staten verschenen nieuwe lokale en regionale conflicten. Deze verschillende interne conflicten hadden overeenkomstige kenmerken. Er was sprake van een vluchtende bevolking in combinatie met een fragiele economie, een falend politiek beleid en een groot gebrek aan sociale instituties (Rietjens, 2006: 1).

Vanaf 1990 is Nederland betrokken geweest bij meerdere militaire interventies in deze gefragmenteerde staten, met als meest recente voorbeeld de huidige missie in Afghanistan. Deze militaire interventies zijn bijna allemaal uitgevoerd onder de verzamelnaam van vredesoperaties. De hoofdtaak van de geneeskundige dienst en het personeel dat werkzaam is binnen deze dienst is de ondersteuning van deze militaire operaties. Zonder uitzondering zal de inzet van het militair vermogen en de daaraan gekoppelde geneeskundige ondersteuning zich hedendaags moeten manifesteren in een complexe en risicovolle context, waarin morele dilemma's de orde van de dag zijn.

Sinds de Nederlandse Krijgsmacht expeditionair wordt ingezet, zijn de discussies over het verlenen van medische hulp aan de burgerbevolking veelvuldig in het nieuws verschenen. Vanuit Afghanistan zijn de afgelopen jaren veel beelden verschenen van baby'tjes met vreselijke brandwonden en burgers met vreselijke verwondingen als gevolg van oorlogsgeweld. Dit heeft niemand onberoerd gelaten. Het personeel van de geneeskundige dienst van de Nederlandse Krijgsmacht krijgt dagelijks van heel dichtbij te maken met deze problematiek. Iedereen kan zich een voorstelling maken van de morele dilemma's waar zij dagelijks mee te maken hebben. Voor mensen in beroep waarin handelingen worden verricht die verregaande en ingrijpende consequenties kunnen hebben, is het nemen van een beslissing soms een kwellende aangelegenheid. Dit geldt bijvoorbeeld voor het personeel van de geneeskundige dienst in Afghanistan, dat dagelijks pijnlijke keuzes moeten maken die in contrast lijken met de menselijke neiging tot het aanbieden van hulp. Bij recente uitzendingen naar Pakistan en Irak was deze problematiek voor de geneeskundige dienst niet anders.

De mate waarin een persoon kan omgaan met morele dilemma's is gerelateerd aan de morele professionaliteit van een persoon. Er is sprake van morele professionaliteit als iemand de morele aspecten van een situatie inziet en de morele consequenties van handelingen in deze situatie adequaat kan beoordelen.

Morele professionaliteit is een belangrijke voorwaarde die bijdraagt aan het voorkomen van excessen tijdens uitzending en aan de psychologische verwerking van excessen na afloop van een uitzending. De vraag is ontstaan in hoeverre het geneeskundig personeel van de Nederlandse Krijgsmacht beschikt over morele professionaliteit. In dit onderzoek zal een deze vraag voor een deel van de geneeskundige professionals binnen de Nederlandse Krijgsmacht worden behandeld. Het onderzoek richt zich op de morele professionaliteit van Algemeen Militair Verpleegkundigen (AMV) binnen de Geneeskundige Dienst (Gnkd) van de Koninklijke Landmacht (KL).

1.1 Probleemanalyse

De aanleiding voor deze vraag is de medeplichtigheid aan de mishandelingen van gevangenen door militair geneeskundig personeel op Guantánamo Bay en in de Abu Ghraib-gevangenis in Bagdad. Hoe is het mogelijk dat juist het geneeskundig personeel, waarvan wordt aangenomen dat ze een hoge professionele en morele standaard hebben, medeplichtig worden bevonden aan de mishandelingen van gevangenen? De nasleep van de gebeurtenissen rondom dit schandaal halen tot op de dag van vandaag wereldnieuws. Kort geleden deed bijvoorbeeld de weigering van de president van de V.S. om foto's van de schandalen vrij te geven veel stof opwaaien binnen de media (NRC, 17 mei 2009).

In het boek 'Oath betrayed' doet de Amerikaanse onderzoeker Steven Miles verslag van talloze mishandelingen die plaatsgevonden in de gevangeniscomplexen en hoe militair geneeskundig personeel zich stelselmatig schuldig maakte aan medeplichtigheid bij deze schendingen tegen de mens. Medisch personeel rapporteerde niet over de mishandelingen, deed niets om deze te stoppen en gaf militaire collega's informatie uit vertrouwelijke dossiers. Ook zou medewerking verleend zijn aan het toedienen van voeding onder dwang bij gevangenen in hongerstaking. Er zijn zelf aanwijzingen dat verklaringen over de doodsoorzaak van sommige gevangenen zijn vervalst, maar harde bewijzen hiervoor ontbreken (zie ook Wilks, 2005: 429-431).

De bovengenoemde schandalen behoren tot de meest extremen, maar het kan ook gaan om minder ingrijpende dilemma's. Het kan gaan om een commandant die besluit de hulpverlening in een bepaalde regio te beëindigen, terwijl de hulpverlener door wil blijven gaan met het verstrekken van de noodzakelijke hulp aan mensen in levensbedreigende omstandigheden. Het kan gaan om een subtiele druk die op een hulpverlener wordt uitgeoefend om – met het oog op een op handen zijnde operatie – de medische vertrouwelijkheid van een patiënt te schenden. Het kan gaan om het abrupt moeten stoppen van de ingrijpende operatie van een man uit de lokale bevolking van een uitzendgebied, omdat gewonde Nederlandse militairen acuut geopereerd moeten worden en er niet genoeg capaciteit is (Verweij, 2007: 6-8). Vooral het laatste voorbeeld is treffend voor de tegenstrijdigheid van operationele en medische belangen.

De schandalen op Guantánamo Bay en in de Abu Ghraib gevangenis in Irak geven aan dat het naleven van morele professionaliteit geen vanzelfsprekendheid is en wekken nieuwsgierigheid naar de stand van zaken op dit gebied onder het militair geneeskundig personeel van de Nederlandse Krijgsmacht. Militair geneeskundig personeel kan incidenteel en soms zelfs structureel onjuiste afwegingen maken in de keuzemogelijkheden voor behandeling van de aan hun zorg toevertrouwde patiënt. Dit maakt het interessant om te onderzoeken op welke schaal de Nederlandse Krijgsmacht te maken heeft met deze problematiek. Immers, de mate van internationale samenwerking in het huidige optreden is groot en dat maakt de kans dat Nederlandse militairen bij excessen betrokken zijn ook groter. Hierbij zijn de AMV'ers een interessante onderzoeksgroep, aangezien AMV'ers, die met de gevechtseenheden meegaan bij acties buiten de poort, een grote mate van autonomie hebben tijdens zulke acties en veel meemaken.

Militair geneeskundig personeel heeft te maken met een dubbele beroepsethiek: een medische en een militaire. De relatie tussen de militaire en medische beroepsethiek is complex en kunnen tijdens uitzendingen voor militair geneeskundig personeel een struikelblok zijn. Uit dilemma's die voortkomen uit het enerzijds zorgprofessional zijn en anderzijds militair zijn, kunnen grote spanningsvelden ontstaan. Enerzijds doordat de zorgprofessional, als individueel beroepsbeoefenaar verantwoording verschuldigd is aan de zorgvrager en anderzijds als militair verantwoording verschuldigd is aan zijn militaire meerderen. Zowel verpleegkundigen als militairen hebben elk hun eigen gedragscodes en vallen onder hun eigen (tucht)recht/wetten. Wanneer er tegenstrijdigheden tussen beide wetten aanwezig zijn, is een goede keuze moeilijk te maken. Zo kunnen, onder operationele

omstandigheden, gezondheidsbelangen ondergeschikt worden gemaakt aan het bereiken van het doel van de eenheid.

Het ontwikkelen van morele professionaliteit, zowel in de militaire praktijk als in de medische praktijk is een voorwaarde voor moreel verantwoord optreden. Moreel verantwoord optreden is binnen het huidige optreden van de Nederlandse Krijgsmacht een noodzakelijk goed, zeker binnen de militaire gezondheidszorg.

Samenvattend wordt van militair geneeskundig personeel in het algemeen een hoge mate van integriteit en moreel juist handelen verwacht. Zij zijn immers gebonden aan de medische beroepsethiek waarin verantwoord medisch handelen en de morele principes van goeddoen en niet-schaden van de aan de zorg toevertrouwde patiënt centraal staan. Door middel van het uitspreken van een medische eed verplichten zij zich aan deze morele waarden. Daarenboven legt het militair geneeskundig personeel ook de militaire eed af, waarin ook nog een rechtmatigheidscomponent is opgenomen ten aanzien van de uitvoering van de opdrachten. Het lijkt erop dat deze dubbele borging garant zou moeten staan voor goede morele afwegingen onder alle omstandigheden. In de praktijk blijkt deze vorm van duale loyaliteit, met de medische ethiek aan de ene kant en de militaire ethiek aan de andere kant, complex.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek wordt als volgt gedefinieerd:

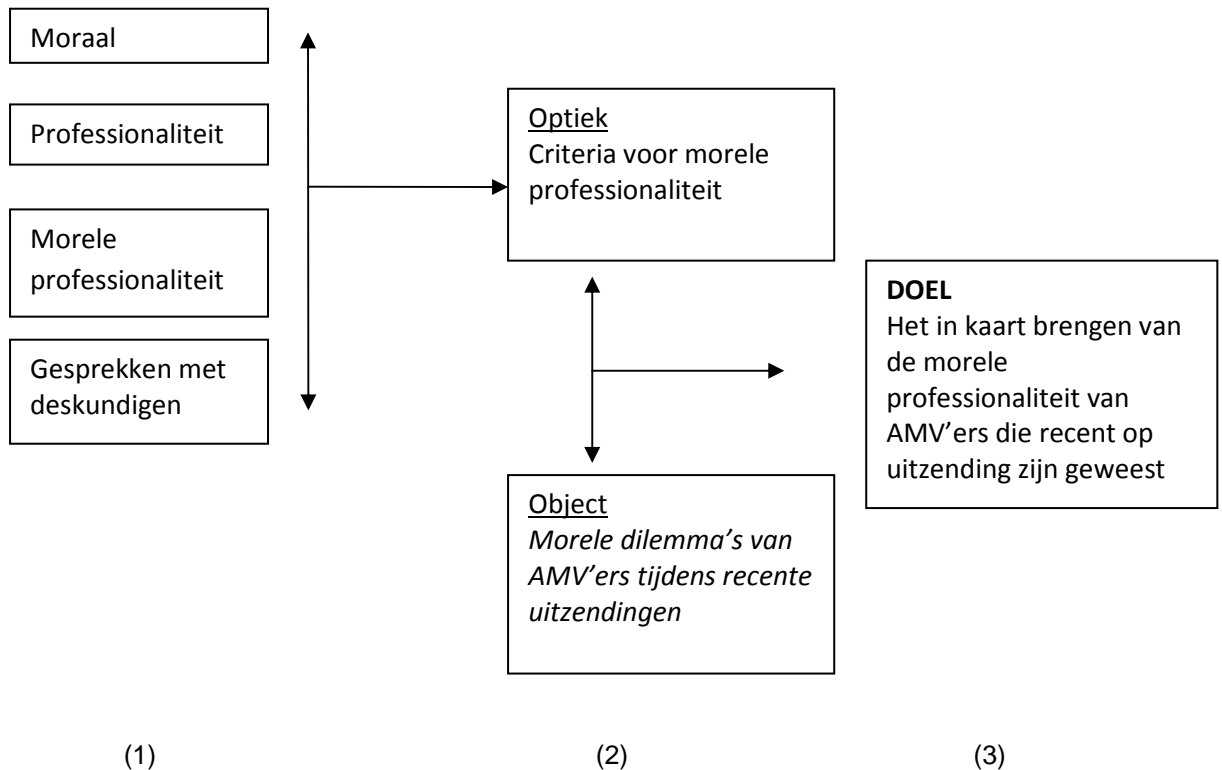
Het doel van het onderzoek is om een indicatie te maken van de morele professionaliteit van AMV'ers door met behulp van diepte-interviews casuïstiek over morele dilemma's uit recente uitzendingen te verzamelen.

Deze doelstelling leidt tot de volgende centrale vraag:

In hoeverre beschikken AMV'ers over morele professionaliteit die nodig is om verantwoord om te kunnen gaan met morele dilemma's?

1.3 Onderzoeksmodel

Aan de hand van de centrale vraag kan het onderzoeksmodel worden afgeleid.



1. Aan de hand van een literatuuronderzoek moet duidelijk worden welke variabelen moeten worden bestudeerd om tot valide criteria voor morele professionaliteit te komen. Deze criteria vormen de kern van het theoretische kader.
2. Aan de hand van nader te onderzoeken criteria moet onderzocht worden in hoeverre de deze criteria daadwerkelijk aanwezig zijn bij AMV'ers die tijdens recente uitzendingen zijn geconfronteerd met morele vragen en dilemma's.
3. Door de bevindingen te analyseren en deze te vergelijken met het theoretisch kader moet duidelijk worden hoe het staat met de huidige morele professionaliteit van AMV'ers die recent op uitzending zijn geweest.

In bovenstaand model is weergegeven hoe het onderzoek is opgebouwd. Vanuit de theorie wordt er een vragenlijst opgesteld die in een diepte-interview voorgelegd wordt aan het object van onderzoek. In dit onderzoek zijn dat de AMV'ers die recent op uitzending zijn geweest. Het doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de morele professionaliteit van AMV'ers die recent op uitzending zijn geweest. In het onderzoek wordt eerst getracht te

verklaren hoe deze variabele *morele professionaliteit* bepaald wordt (theoretische achtergronden) en daarna hoe het object van onderzoek scoort aan de hand van deze bepalingen (analyse resultaten).

1.4 Onderzoeksvragen

Aan de hand van de begrippen uit de centrale vraag en het onderzoeksmodel zijn de onderzoeksvragen van het onderzoek geformuleerd.

1. *Wat zijn criteria voor de beoordeling van de morele professionaliteit van een persoon?*
 - 1.1 Wat betekent ethiek in het licht van de militaire en medische professie?
 - 1.2 Wat betekent professionaliteit?
 - 1.3 Wat betekent morele professionaliteit en hoe is dit te meten?
 - 1.4 Wat zijn morele vragen en dilemma's?
2. *In hoeverre komen AMV'ers tijdens opleiding en training in aanraking met ethiek?*
 - 2.1 In welke mate wordt onderwijs geboden over ethiek voor AMV'ers (tijdens de opleiding en in het opwerktraject naar een uitzending toe)?
 - 2.2 Wat is de rol van de AMV'er in de militaire organisatie tijdens een uitzending?
3. *Wat zijn de ervaringen van AMV'ers tijdens recente uitzendingen met betrekking tot morele vragen en dilemma's?*
4. *Hoe worden de AMV'ers beoordeeld in het licht van de gestelde criteria voor de beoordeling van de morele professionaliteit van een persoon?*

1.5 Type onderzoek

In dit onderzoek is sprake van een *beschrijvend onderzoek*, dit type onderzoek vindt plaats als het gaat om het beschrijven van het voorkomen van een of meer kenmerken binnen een specifieke groep. In dit geval gaat het om het kenmerk *morele professionaliteit* bij AMV'ers. Er zal tijdens het onderzoek gebruik worden gemaakt van diepte-interviews. In hoofdstuk vier van dit verslag wordt uitgebreid ingegaan op de methoden en technieken die voor dit onderzoek zijn gebruikt.

1.6 Relevantie

Dit rapport is in de eerste plaats relevant voor beroepsgroep AMV. In de tweede plaats is het rapport bedoeld voor het overige categorieën militair geneeskundig personeel van Nederlandse Krijgsmacht. Als laatste kunnen de resultaten van dit onderzoek verdienstelijk zijn voor het onderdeel *ethiek* in het opleidingsprogramma voor AMV'ers, dat wordt verzorgd door het Instituut Defensie Geneeskundige Opleidingen (IDGO).

1.7 Opbouw scriptie

In hoofdstuk twee zal de theoretische achtergrond worden geschetst aan de hand van relevante wetenschappelijke literatuur. Het object van onderzoek – de AMV'er - zal in hoofdstuk drie in kaart worden gebracht. Vervolgens zal in hoofdstuk vier de opzet van het onderzoek worden uitgewerkt. In hoofdstuk vijf komen de resultaten van het onderzoek aan bod en wordt de analyses daarop uiteengezet. Tenslotte zullen in het laatste hoofdstuk de conclusies en de aanbevelingen van het onderzoek worden gepresenteerd.

2 Theoretische achtergronden

Als naar de centrale vraag van het onderzoek gekeken wordt komen de volgende begrippen naar voren: *morele professionaliteit* en *morele dilemma's*. In dit hoofdstuk zullen deze begrippen worden uitgewerkt aan de hand van literatuur. Daarnaast zal in dit hoofdstuk antwoord worden gegeven op de eerste onderzoeksvraag: *Wat zijn criteria voor de beoordeling van de morele professionaliteit van een persoon?* Deze criteria zullen worden afgeleid uit de wetenschappelijke literatuur die over dit onderwerp te vinden is.

2.1 Morele professionaliteit

Voordat inzicht verkregen wordt in de criteria voor morele professionaliteit, zal eerst aandacht worden geschonken aan de betekenis van morele professionaliteit. Om een compleet beeld te geven, wordt in de eerste subparagraaf de betekenis van ethiek in het licht van de militaire en medische professie uitgelegd, waarna in de tweede subparagraaf het begrip *professionaliteit* aan de orde komt. De laatste subparagraaf zal ten slotte ingaan op de betekenis van morele professionaliteit en criteria noemen die morele professionaliteit meetbaar maken.

2.1.1 Militaire en medische ethiek

Militaire en medische ethiek zijn vormen van toegepaste ethiek. Deze vormen van toegepaste ethiek zijn ontstaan naar aanleiding van confrontaties met ethische vragen en dilemma's in de concrete praktijk, die een keuze tussen leven of dood kunnen betekenen. Toegepaste ethiek betekent reflectie op de waarden en normen (de moraal) van een bepaalde praktijk (Verweij 2005: 28-30).

Om beter inzicht te krijgen in de militaire en medische ethiek zullen in deze subparagraaf van de begrippen *ethiek*, *militaire ethiek* en *medische ethiek*, elk twee definities worden genoemd. Eerst zal het begrip ethiek worden behandeld, waarna de militaire en medische ethiek aan bod zullen komen. Tenslotte komt het verschil tussen de militaire en medische ethiek aan de orde.

Ethiek

Het begrip *ethiek* wordt vaak gebruikt als een synoniem voor het begrip *moraal*. Strikt genomen bestaat er een hiërarchisch verband tussen de twee begrippen en staat het begrip *ethiek* één stap boven het begrip *moraal*. Hieronder zullen een tweetal definities voor het begrip *ethiek* worden gegeven om het begrip, dat in dit onderzoek veelvuldig aan de orde komt, helder te krijgen.

Volgens Verweij (hoogleraar ethiek FMW) is ethiek: *'het systematisch nadenken over moraal'* (Verweij, 1999: 189). Vervolgens geeft zij de volgende definitie van het begrip *moraal*: *'geheel van waarden en normen, van zeden en gewoonten bij een bepaalde groep mensen in een bepaalde tijd'* (Verweij, 1999: 189 & Van Iersel e.a., 2008: 22). Daarbij is een norm een *'regel, richtsnoer voor het handelen. Normen zijn wegwijzers naar een bepaald doel (een bepaalde waarde)'*. Waarden zijn *'idealen, iets waar je naar streeft, iets dat je probeert te realiseren. Het gaat dus om iets dat je de moeite waard vindt, iets dat je waardevol vindt'* (Van Iersel e.a., 2008: 22).

De tweede definitie van ethiek is van Kimman (hoogleraar ethiek en economie UvA). Volgens hem is ethiek *'een reflectie op het reilen en zeilen van de samenleving, van het bedrijfsleven of van een persoon, waarbij het vrij gekozen gedrag beschouwd wordt. Reflectie is het kijken naar de kennelijk gewilde of afgesproken regels volgens welke mensen, groepen, organisaties of soms naties zich gedragen. Het gaat hierbij om morele regels. Deze zijn dikwijls ongeschreven maar hebben toch een betrekkelijk algemeen karakter in die zin dat ze meestal te herleiden zijn tot een paar morele beginselen. Het reflecteren op de maatschappij en op de wijze waarop mensen in die samenleving leven, kan op velerlei manieren.'* (Kimman 1991: 11).

Militaire ethiek

Zoals aan het begin van de subparagraaf al wordt vermeld is de militaire ethiek een vorm van toegepaste ethiek. Deze vorm van ethiek gaat in op de vraag hoe militairen dienen om te gaan met ethisch problematische situaties die zich specifiek voordoen in een militaire context, zoals een uitzending. Hieronder worden twee definities van het begrip militaire ethiek gegeven.

Militaire ethiek betreft vooral ethiek *'in relatie tot gewelduitoefening door de krijgsmacht. Militaire ethiek gaat niet in de eerste plaats over de vraag hoe personeel van de krijgsmacht met elkaar omgaat, maar betreft primair de externe dienstverlening van de krijgsmacht tijdens militaire operaties'* (Van Iersel e.a., 2008: 22).

Fotion (hoogleraar filosofie V.S.) zegt in zijn boek *Military ethics*:

It goes without saying that the existence and use of military forces significantly affects the lives and well-being of all the people of the world. The function of military ethics is to identify the moral issues that arise because of these forces, explain the relation of these issues to one another, and attempt to come to terms with them

Military ethics can be usefully compared with applied ethics in the various professions including medicine, law and education. The most important difference is that it guides and constrains action that in other contexts are normally condemned in the strongest terms, viz., the intentional killing or injuring of other human beings in large numbers and the mass destruction of property. Thus, in contrast to these other fields, the most important challenge facing military ethics is to explain how its existence is justified at all (Fotion e.a., 1986: 4).

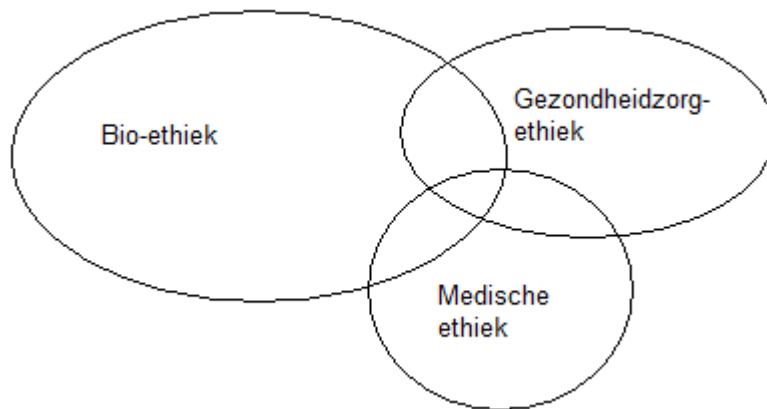
Binnen de militaire ethiek gaat het er dus op welke manier de inzet van de Krijgsmacht tijdens een uitzending moreel verantwoord kan worden ingevuld.

Medische ethiek

De tweede vorm van toegepaste ethiek, die hier behandeld zal worden, is de medische ethiek. Medische ethiek heeft een overlap met de begrippen gezondheidsethiek en bio-ethiek. Hierom zullen hieronder voor alle drie de begrippen enkele definities worden gegeven.

Ten Have (hoogleraar medische ethiek KUN) zegt over medische ethiek: *'Medische ethiek is de reflectie op de morele dimensies van het medisch denken en handelen'*. Waar de medische ethiek zich vooral richt op de behandeling van patiënten, richt de gezondheidsethiek zich meer op de gehele gezondheidszorgsector. Gezondheidsethiek is *'het systematisch bestuderen van ethische vragen in en rond de gezondheidszorg'*. Het begrip bio-ethiek is in Engelstalige landen de vertaling van het begrip medische ethiek. Toch is het begrip bio-ethiek niet één op één vergelijkbaar met het begrip medische ethiek, omdat het begrip bio-ethiek veel breder wordt doorgetrokken naar de wetenschap. *'Bio-ethics: The*

systematic study of the moral dimensions – including moral vision, decisions, conduct, and policies – of the life sciences and health care. Employing a variety of ethical methodologies in an interdisciplinary setting’ (Have ten, 2003: 38).



Figuur 2.1.1 Have ten, 2003: 39

In de medische beroepsethiek staan het verantwoord medisch handelen en de morele principes van goeddoen en niet-schaden van de aan de zorg toevertrouwde patiënt centraal. De bio-ethiek en de gezondheidszorgethiek richten zich op een veel breder terrein dan enkel het medisch handelen.

Militaire versus medische ethiek

Hoewel de medische en militaire ethiek allebei vormen zijn van toegepaste ethiek, bestaan een aantal fundamentele verschillen tussen beide. Het grote verschil tussen militaire en medische ethiek is dat het in de medische ethiek vooral gaat om de relatie tussen individuen en in mindere mate om de relatie tussen instituties. De medische ethiek legt traditioneel de meeste nadruk op de relaties tussen dokters, patiënten, verpleegkundigen en andere medische professionals. Belangrijke beslissingen over leven en dood worden meestal op dit individuele niveau genomen. Bij militaire ethiek ligt de nadruk precies andersom. De individuele acties worden hier juist bepaald door grote instituties, waar de Defensie organisatie er één van is. Verpleegkundigen en dokters zouden hun werk kunnen doen zonder de aanwezigheid van medische instituten, maar militairen zouden hun beroep niet kunnen uitoefenen zonder de aanwezigheid van een krijgsmacht. Anders dan de medische professional binnen de gezondheidszorg, is de militair binnen de krijgsmacht slechts een klein radertje in een grote machine. Militaire ethiek focust zich dus op het niveau van instituties, terwijl de medische ethiek voornamelijk gaat over persoonlijke relaties (Fotion, e.a. 1986: 7).

Wanneer het over de medische ethiek in de militaire praktijk gaat, wordt vaak gesproken van *duale loyaliteit*. Deze duale loyaliteit slaat op het feit dat medische professionals, die in een militaire context werkzaam zijn, zich zowel moeten onderwerpen aan de medische beroepscode als aan de militaire beroepscode. Op een aantal gebieden zijn deze twee codes tegenstrijdig aan elkaar, waardoor een medische professional in de knoop raakt met zijn beroepscode. Een dergelijke tegenstrijdigheid kan zich bijvoorbeeld voordoen wanneer een hogere militaire commandant de opdracht geeft tot het zekerstellen van een IJzeren Voorraad¹. Wanneer dit betekent dat een medische professional hierdoor genoodzaakt is om zieke en gewonde burgers weg te sturen, komt hij in de knoop met zijn medische beroepsethiek. Deze situatie is vergelijkbaar met een medische professional in een civiel ziekenhuis, die door de directie van het ziekenhuis voor het blok wordt gezet wanneer de directie aangeeft dat zij de behandeling van een patiënt niet willen financieren. Tijdens uitzendingen kunnen medische professionals op deze manier geconfronteerd worden met een keuze tussen loyaliteit aan de medische ethiek enerzijds, en loyaliteit aan de defensie organisatie en collega's anderzijds (Clark, 2006: 572).

2.1.2 Professionaliteit

Het denken over professionaliteit is in de loop der tijd sterk veranderd. In de negentiende eeuw werden nog slechts drie bezigheden als echte professies aangemerkt. Dat waren de medische, juridische en religieuze beroepen. Ze onderscheidden zich van de 'gewone' beroepen door het feit dat ze gebaseerd waren op kennis, dat het de beoefenaren niet direct om geldelijk gewin te doen was en dat ethiek een belangrijke rol in hun werk speelde. Verder onderscheidden deze groepen zich doordat de beoefenaars uit de hogere lagen van de samenleving kwamen. In het midden van de twintigste eeuw ontstond de aandacht voor beroepsverenigingen met accenten op 'het bevoegd of niet-bevoegd' uitoefenen van het vak. De certificaten voor professionele opleidingen bij moderne beroepsgroepen hebben echter bij lange na niet de status van een advocaat of medische specialist gekregen (Maas 1999: 16).

¹ Een IJzeren Voorraad is een zo klein mogelijke hoeveelheid geneeskundige goederen ten behoeve van levensreddend handelen die door de commandant van een eenheid gereserveerd blijft voor gebruik voor de eigen troepen voor het geval van stagnatie van herbevoorrading (van Baarda, 2000: 248).

Tegenwoordig is het begrip professionaliteit te typeren aan de hand van zes kenmerken.

1. Men heeft een grote mate van autonomie bij het vaststellen van wat de klant krijgt.
2. Er moet sprake zijn van activiteiten die waarde toevoegen of voor een ander nut hebben.
3. Men maakt gebruik van een afgebakend kennisdomein.
4. De toegepaste kennis en ervaring wordt door derden als specifiek erkend.
5. Men beschikt over een ethische code.
6. Er is een officieel leerprogramma beschikbaar voor continue ontwikkeling van het vak (Maas 1999: 17).

Beroepen in de zorg en de Krijgsmacht voldoen in grote mate aan deze zes kenmerken en de mensen die in deze sector werken, zijn dus professionals. Professions, zoals de gezondheidszorg en de Krijgsmacht onderscheiden zich van gewone beroepen:

1. Omdat voor een professie specifieke kennis nodig is, waarvoor eveneens een specifieke en vaak intensieve opleiding gevolgd moet worden.
2. Omdat professies een, door de samenleving belangrijk geachte – waarde representeren (Groen e.a., 2007: 32-36).

Een zeer belangrijk aspect van het werk van een professional, en die van de militaire professional in het bijzonder, is de ethische kant van het werk. Maas zegt in zijn boek *Professionaliteit: management van professie en professionele organisaties* het volgende over professionaliteit:

Professionaliteit is de mate waarin een individu zich persoonlijk blijft ontwikkelen en met behulp van de daaruit ontstane specifieke kennis en ervaring en met een grote mate van autonomie handelingen verricht waarmee hij iemand of een organisatie van nut is door het welzijn te vergroten of door waarde toe te voegen aan het eigendom van een klant, binnen de gestelde normen van vakkennis, ethiek, sociale verantwoordelijkheid en de beschikbaar gestelde middelen (Maas 1999: 18).

Wanneer het begrip *professionaliteit* expliciet in het licht van de gezondheidszorg wordt bekeken, dan wordt een vergelijkbare definitie van het begrip gegeven: *'Het deskundig, op een kwalitatief goede manier uitoefenen van een beroep door de beroepskracht; komt in zorg en welzijn onder meer tot uitdrukking in een zorgvuldige beoordeling van de individuele situatie van een cliënt, vakkundig interveniëren of behandelen en procedureel correct handelen'* (Thesaurus zorg en welzijn: 2009).

De betekenis van professionaliteit richt zich in dit onderzoek vooral op de morele kanten van het begrip. Professionaliteit schept de verwachting dat een professional in de eerste plaats loyaal is aan zijn professie en pas in de tweede plaats loyaal is aan de organisatie waarin hij werkzaam is. Binnen de medische ethiek is dit een heel gangbare verklaring voor het begrip professionaliteit, aangezien het individuele patiëntenbelang een belangrijke plaats inneemt binnen de medische ethiek. Voor de militaire ethiek is dit echter een ander verhaal. Het organisatiebelang neemt binnen de ethiek van deze beroepsgroep namelijk wel degelijk een belangrijk plaats in.

Professionaliteit kenmerkt zich verder door de aanwezigheid van een grote mate van individuele verantwoordelijkheid en het vermogen zelf verreikende beslissingen te kunnen nemen, waarbij de omstandigheden en voor- en nadelen van de te nemen beslissing goed worden gewogen. Leidraad daarbij is het professioneel handelen zoals dat in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk is. In die groep is doorgaans een groot besef van normen en waarden (van Baarda e.a. 2004: 250).

Tenslotte moet professionaliteit garant staan voor deskundigheid en morele verantwoordelijkheid. Een professional dient zijn vak niet alleen op kundige wijze uit te voeren, maar doet dit ook met aandacht voor de waarden, normen en belangen die bij de uitoefening van zijn vak aan de orde zijn (Groen 2008: 349).

2.1.3 Morele professionaliteit

Deze subparagraaf omvat een omschrijving van de aard en betekenis van het begrip morele professionaliteit. Binnen de Krijgsmacht wordt van militairen verwacht dat zij op een moreel verantwoorde manier om kunnen gaan met waardeconflicten tussen personen of groepen. Deze paragraaf gaat daarom in op een aantal definities voor morele professionaliteit die in de literatuur zijn gevonden. Daarnaast zullen aan het einde van deze subparagraaf zes criteria voor morele professionaliteit worden genoemd die de rode draad in dit onderzoek zullen zijn.

In de literatuur wordt morele professionaliteit vaak genoemd in combinatie met de begrippen *morele competentie*, *morele fitheid*, *zelfstandig oordeelsvermogen*, *professionele verantwoordelijkheid*, *morele verantwoordelijkheid*, *integriteit*, *ethisch besef (bewustzijn)*, *ethisch gedrag*, *ethisch oordeelsvermogen* en *moreel verantwoord handelen*. Het begrip *morele competentie* kan als een synoniem worden gezien van *morele professionaliteit*. In dit

onderzoek is ervoor gekozen om het begrip *morele professionaliteit* te gebruiken, aangezien de AMV'er als leidend voorwerp van dit onderzoek een professional is. Verweij heeft het begrip *morele professionaliteit* geïntroduceerd in de literatuur. Volgens haar is professionaliteit de verbinding tussen deskundigheid en morele verantwoordelijkheid.

In de inleiding werd *morele professionaliteit* beschreven als de bekwaamheid om de morele aspecten van een situatie in te zien en de morele consequenties van handelingen in deze situatie adequaat te kunnen beoordelen. Volgens Visse (e.a.) kan hier aan worden toegevoegd dat tot *morele professionaliteit* ook het vermogen en de bereidheid behoort om op basis hiervan op verantwoorde wijze te handelen. Daarnaast behoort het tot de *morele professionaliteit* van een militair dat hij de confrontatie met (tragische) morele dilemma's op een goede manier kan duiden en verwerken (Visse e.a., 2007: 28-30).

Verweij gaat nog dieper in op het begrip *morele professionaliteit* en omschrijft het begrip aan de hand van vijf aspecten:

Morele professionaliteit omvat vijf aspecten. Morele professionaliteit wil zeggen, dat een persoon: (1) in staat is om morele dimensies van een situatie te herkennen. Hij dient zich te realiseren welke waarden, normen en hieraan gekoppelde belangen op het spel staan en welke overtreden of geschonden dreigen te worden. Als een persoon dit kan wil dit nog niet impliceren dat deze persoon een adequaat oordeel over de situatie kan geven.

(2) Het betekent op de tweede plaats dat iemand een afgewogen moreel oordeel kan vellen over die situatie en dus kan aangeven waarom iets wel of niet acceptabel is.

(3) Ten derde moet iemand in staat zijn om over zijn inzichten en oordelen te communiceren gebruikmakend van het hiervoor beschikbare moreel/ethische begrippenkader. Iemand moet dus bijvoorbeeld aan kunnen geven dat er sprake is van een tragisch moreel dilemma, welke specifieke normen en waarden op gespannen voet komen te staan en waarom en wat de consequenties (kunnen) zijn van dit soort dilemma's. Dit helpt de persoon in kwestie de situatie zo helder mogelijk te beschrijven en te analyseren. Dit is niet alleen relevant voor de persoon in kwestie zelf, maar ook voor anderen die beter advies kunnen geven naarmate de problematiek helderder onder woorden is gebracht. Daarnaast biedt het moreel/ethische begrippenkader letterlijk een kader voor de vaak ingrijpende morele ervaring.

(4) *Op de vierde plaats betekent morele professionaliteit het vermogen en de bereidheid te handelen op een moreel verantwoorde manier, wat ook kan betekenen dat men op grond van goede redenen af ziet van optreden in een bepaalde situatie.*

(5) *Op de vijfde plaats betekent morele professionaliteit dat iemand het vermogen en de bereidheid heeft om verantwoording af te leggen.*(Verweij, 2007: 6-8).

De verklaringen van het begrip morele professionaliteit door Verweij sluiten goed aan bij die van Karssing. Wanneer Karssing het heeft over morele professionaliteit spreekt hij van morele competentie. Morele competentie is volgens hem: *'de bekwaamheid en bereidheid om taken adequaat en zorgvuldig uit te oefenen, rekening houdend met alle in het geding zijnde belangen, gebaseerd op een redelijke beoordeling van de relevante feiten'* (Karssing, 2000: 40). Karssing schrijft verder dat morele competentie een *samenspel is van houding, kennis en praktische vaardigheden*, die kunnen worden verbeterd door toepassing en oefening in de praktijk. In zijn boek *Morele competentie in organisaties* verdeelt hij morele competentie in zeven verschillende elementen, te weten:

- 1 Oordelen
- 2 Willen
- 3 Durven
- 4 Kunnen
- 5 Doen
- 6 Verantwoorden
- 7 Terugkoppelen

Volgens de auteur verenigt morele competentie oordelen, willen, durven, kunnen, doen, terugkoppelen en verantwoorden. Hij vindt dat oordelen (1) meer is dan rationeel, systematisch en kritisch zelfonderzoek. Emoties als empathie, angst, vreugde en verdriet, jaloezie, verveling, enz. spelen ook een belangrijke rol. Morele competentie doet volgens de auteur een beroep op het verstand en op emoties. Deze vullen elkaar aan en versterken elkaar voortdurend. Om de wereld op een morele wijze te kunnen zien, zijn morele emoties noodzakelijk.

Willen (2) houdt in dat mensen bereid moeten zijn en willen handelen naar hun eigen oordeel. Daarnaast dient men te durven (3) en kunnen (4) handelen naar zijn eigen oordeel. Karssing schrijft dat het zonder lef en moed (durven en kunnen) bij goede bedoelingen blijft. Lef en moed zijn meer eigenschappen dan vaardigheden en daarom lastig te ontwikkelen. Doen (5) is het in de praktijk brengen van het eigen oordeel.

Als laatste worden verantwoordten (6) en terugkoppelen (7) door de Karssing in samenhang omschreven. Verantwoordten en terugkoppelen is leren van fouten die gemaakt zijn, om dezelfde soort problemen in de toekomst te voorkomen. Dit is een belangrijk element. Als men niet leert van zijn fouten, worden dezelfde fouten eindeloos herhaald (Karssing, 2000: 44-45).

Vanuit de militaire ethiek wordt ook wel gesproken van morele fitheid in plaats van morele professionaliteit. In het *Praktijkboek militaire ethiek* schrijven van Baarda (e.a.) dat moreel competente militairen beschikken over morele fitheid. Zij hebben inzicht in de eigen waarden en normen en in die van de organisatie. Zij kunnen deze waarden benoemen, verhelder en uitdragen. Daarnaast schrijven de auteurs dat militairen morele dilemma's dienen te herkennen en in dit soort situaties moreel verantwoorde keuzes kunnen maken. Morele competentie houdt in dat een militair goed voorbereid dient te zijn op morele vragen en dilemma's waarmee hij/zij geconfronteerd kan worden (Baarda van e.a., 2004: 78-89).

De noodzaak dat militairen morele professionaliteit bezitten ligt ten grondslag aan de context van hun taakuitvoering. Militairen hebben morele professionaliteit nodig om op een moreel verantwoorde wijze om te gaan met heftige gebeurtenissen tijdens uitzending, zoals het gebruik van geweld. Het is geen kunst om geweld uit te oefenen, maar dit op een moreel verantwoorde manier te kunnen doen is iets anders.

Hierboven is uitgebreid ingegaan op de inhoud en de betekenis van het begrip morele professionaliteit. Hieronder zal daaraan een eenduidige definiëring van het begrip morele professionaliteit worden toegevoegd, waarbij gebruik wordt gemaakt van de definiëring van Külcü. Zij deed in 2009 een bureauonderzoek naar de betekenis van crossculturele en morele competenties die militairen nodig hebben om effectief te kunnen functioneren op uitzending in andere culturele settings. Aan de hand van literatuuronderzoek en een deskundigenpanel, waar onder anderen Verweij en Richardson deel van uitmaakten, kwam zij tot de volgende definitie van het begrip morele professionaliteit:

Morele professionaliteit is een vermogen en bestaat uit kennis, vaardigheden en attitudes, om in een contextgebonden situatie beslissingen te kunnen nemen en uit te voeren met herkenning van en rekening houdend met mogelijk conflicterende waarden en hierover te kunnen communiceren en verantwoording afleggen (Külcü, 2009: 31).

Wanneer dieper naar de bovenstaande definities en invalshoeken over morele professionaliteit gekeken wordt, dan valt op dat de observaties van Karssing en Verweij sterke overeenkomsten vertonen. In dit onderzoek zullen deze twee beschrijvingen van het begrip morele professionaliteit daarom met elkaar gecombineerd worden. Hier komen zes verschillende criteria uit voort aan de hand waarvan bepaald kan worden in welke mate personen of groepen moreel professioneel zijn.

1. Heeft de persoon het morele dilemma herkend en benoemd? Realiseert hij zich welke waarden, normen en hieraan gekoppelde belangen op het spel staan en welke overtreden of geschonden dreigen te worden?
2. Heeft de persoon een inventarisatie gemaakt van de alternatieven en argumenten?
3. Heeft de persoon de argumenten weloverwogen en vervolgens een oplossing geformuleerd? Kan hij aangeven waarom iets wel of niet acceptabel is?
4. Heeft de persoon zich verantwoord/uitleg gegeven aan anderen over wat de oplossing is en hoe hij daartoe is gekomen?
5. Heeft de persoon die oplossing in de praktijk gebracht?
6. Heeft de persoon zijn oplossing teruggekoppeld. Heeft hij nagedacht (eventueel met anderen) over hoe de oplossing in de praktijk is uitgekapt en wat hij daarvan heeft geleerd?

Deze criteria zullen in dit onderzoek worden gebruikt voor de beoordeling van de morele professionaliteit van de groep AMV'ers die zullen worden geïnterviewd. Hierbij dient echter vooraf een kanttekening te worden gemaakt. Deze criteria voor morele professionaliteit zeggen alleen iets over de manier waarop een besluit tot stand zou moeten komen en hoe

dit verantwoord dient te worden aan anderen. Het gaat dus om het proces en niet zozeer om de outcome. Hoewel het perfect doorlopen van het proces in de meeste gevallen tot moreel juist handelen leidt, hoeft dit niet zo te zijn. De zes criteria bieden dus geen garantie voor moreel juist handelen, aangezien het niet onmogelijk is dat een persoon alle zes criteria perfect doorloopt, maar uiteindelijk toch een moreel foute beslissing neemt.

Ten tweede is morele professionaliteit niet uit te drukken op een schaal van één tot tien. Wanneer een persoon één van de criteria van morele professionaliteit zou overslaan, dan is heel moeilijk te zeggen in welke mate hij dan minder morele professionaliteit bezit dan iemand die wel alle stappen braaf heeft doorlopen. Het is dus moeilijk om morele professionaliteit uit te drukken in waarden.

2.2 Morele dilemma's

In een ver verleden zei Immanuel Kant ooit over morele vragen en dilemma's: *'Handel zo, dat de stelregel van uw wil als beginsel van een algemene wetgeving zou kunnen gelden. Twijfelt men aan een bepaalde handelwijze, dan dient men zich af te vragen wat er met de mensheid gebeuren zou wanneer iedereen volgens deze regel zou handelen'* (Kant 1978: 54).

Morele vragen en dilemma's doen zich voor wanneer mensen zich de vraag stellen of iets wel 'geoorloofd' is, maar het antwoord op die vraag niet vanzelfsprekend is. Het is niet altijd duidelijk of een bepaalde handeling of beleid wel moreel aanvaardbaar is. Een morele vraag of dilemma kan alleen worden opgelost door het nemen van een normatieve beslissing, waarbij bepaalde morele normen en waarden in het geding zijn (van Willigenburg e.a. 2000:11).

Door de reikwijdte en de toegenomen complexiteit van militaire acties hebben militairen te maken met nieuwe morele dilemma's. Deze dilemma's zullen gezien de omstandigheden in de wereld alleen maar verder toenemen en complexer worden. De operaties van tegenwoordig hebben andere kenmerken dan de traditionele wijze van oorlog voeren. Vrede- en wederopbouw operaties vinden meestal plaats in verstedelijkte gebieden en er zijn veel actoren bij betrokken, zoals NGO's, politici en de media. De confrontatie met deze morele dilemma's vereist morele professionaliteit (Verweij 2005: 28-30).

Een moreel dilemma wordt ook wel een waardeconflict genoemd. Van een moreel dilemma is sprake als twee of meer waarden die een persoon, personen of groepen nastreven met elkaar botsen. Zoals in paragraaf 2.1.1 werd vermeld zijn waarden *'idealen, iets waar je naar streeft, iets dat je probeert te realiseren. Het gaat dus om iets dat je de moeite waard vindt, iets dat je waardevol vindt'* (Van Iersel e.a., 2008: 22). Het kenmerkende van een moreel dilemma is dat twee of meer waarden worden nagestreefd, die niet tegelijkertijd gerealiseerd kunnen worden. Dit dwingt tot kiezen.

Van Iersel (e.a.) duiden een moreel dilemma als een *'botsing van twee positieve plichten of waarden, keuze uit twee gelijkwaardige alternatieven die, behalve de nagestreefde effecten ook moreel ongewenste neveneffecten hebben. Algemeen: netelig vraagstuk'* (Van Iersel e.a., 2000: 333).

Karssing geeft een soortgelijke definitie van het begrip moreel dilemma. Hij zegt: *'Een moreel dilemma is een goed-versus-goed vraagstuk, waarbij een keuze moet worden gemaakt uit meerdere alternatieven. Deze alternatieven kunnen niet tegelijkertijd worden gekozen en voor ieder alternatief zijn goede argumenten te geven. Goed-versus-goed dilemma's ontstaan doordat mensen aan meerdere waarden tegelijkertijd hechten en die waarden geregeld met elkaar conflicteren.'* (Karssing, 2000: 93).

Op alle niveaus van de militaire ethiek zijn morele vragen en dilemma's aanwezig. Verweij maakt in haar beschrijving van morele dilemma's onderscheid in drie typen dilemma's. Daarbij gaat het niet altijd om ethische of morele dilemma's.

1. Goed-fout dilemma
2. Goed-goed dilemma
3. Fout-fout dilemma (tragisch dilemma)

Bij een goed-fout dilemma geldt dat je, eenmaal geplaatst voor een keuze, eigenlijk wel weet wat je moet kiezen. Maar je komt in de verleiding om dit niet te doen, omdat eigen gewin, of eigen voordeel op dat moment belangrijker voor je is. Je maakt dus een keuze waarvan je weet dat het eigenlijk een 'foute' keuze is, maar die foute keuze lijkt je meer op te leveren. En wellicht hoop je (of weet je) dat niemand het ontdekt of dat je er wel mee weg komt. Het martelen van (krijgs)gevangenen is hier een goed voorbeeld van. Je weet dat het verboden is, maar je denkt dat door flink druk uit te oefenen je informatie los kunt krijgen, of je kunt je wraakgevoelens en frustraties uitleven met het uitoefenen van 'wat extra druk' (Verweij 2005:

28-30). Een goed-fout dilemma is in wezen een integriteitstest, waarin een persoon laat zien of hij al dan niet betrouwbaar is (Coleman 2009: 114).

Bij een goed-goed dilemma gaat het daadwerkelijk om een moreel dilemma in eigenlijke zin. Dat wil zeggen dat er sprake is van een conflict tussen twee waarden. Bijvoorbeeld rechtvaardigheid versus compassie of welzijn. Hierbij is de vraag aan de orde of je kiest voor het strikt toepassen van een regel (rechtvaardigheid) of het maken van een uitzondering op die regel in het belang van een of meer personen (compassie of welzijn). Ook het bekende dilemma van de 'klokkenluider' kan hier genoemd worden: integriteit versus loyaliteit (Verweij 2005: 28-30).

Bij een fout-fout dilemma gaat het om een, vaak gedwongen keuze, tussen twee opties die beide ingrijpende negatieve gevolgen zullen hebben, zowel voor de persoon in kwestie alsook voor de andere betrokkenen. Deze dilemma's worden dan ook tragische dilemma's genoemd en degene die ermee geconfronteerd wordt zal een dergelijk dilemma niet onberoerd raken. Dit soort dilemma's komt bijvoorbeeld voor wanneer de keuze gemaakt moet worden tussen het helpen van een Afghaans baby'tje of een gewonde Nederlandse militair (Verweij 2005: 28-30).

Een tragisch dilemma heeft als kenmerk dat de mogelijke alternatieven allen negatieve consequenties hebben. Iemand voelt zich gedwongen een keuze te maken tussen alternatieven die allemaal slecht zijn (Visse e.a. 2007: 28-30). Bij een tragisch dilemma moeten geen keuzen gemaakt worden uit waarden, maar uit 'onwaarden'. Dit zijn zaken die mensen juist niet willen nastreven (Karssing, 2000: 94).

De militair die voor een moreel dilemma komt te staan, bevindt zich vaak in een heel specifieke context. Naast alle gevoelens en waarden die een rol spelen, hangt de wijze waarop de militair het dilemma ervaart af van de tijd, de plaats en andere contextuele factoren (Visse e.a. 2007: 28-30).

Het op voorhand oplossen van dilemma's is nauwelijks mogelijk. Het gaat om een ingewikkeld spanningsveld van het in elkaar haken van bedrijfsbelangen, perspectief en ethiek, beroepsethiek en persoonlijke levensovertuiging en ethiek, nog afgezien van de druk die door de omstandigheden in emotionele zin en in de vorm van stress een rol speelt. Het perspectief van het individu zal bepalen hoe de keuze uitvalt. Er is vrijwel altijd sprake van een multiperspectief. Sommige dilemma's zijn nauwelijks oplosbaar en vertegenwoordigen

een keuze uit twee kwaden. Hoe dan ook zal de betreffende militair met zijn gemaakte keuze in het reine moeten komen. Individuele militairen zullen op grond van morele overwegingen een keuze moeten maken en daarmee ook verder moeten leven (Vogels, 2002: 36-44).

Niet alleen de regels van militaire acties zijn aan verandering onderhevig, maar ook het spel. Toekomstige militaire operaties zullen een grotere mate van ethische complexiteit bevatten. Verantwoordelijkheden en omstandigheden tijdens uitzendingen omvatten grote grijze gebieden en zijn ambigu. Het is belangrijk om in deze veranderde omstandigheden effectief je werk te kunnen doen. Mensen moeten steeds vaker zelf morele keuzes maken en verantwoordelijkheid nemen. Een militair dient goed in te kunnen schatten welke waarden er op het spel staan. Om met deze morele vragen en dilemma's om te kunnen gaan op uitzending is het belangrijk voor militairen om moreel professioneel te zijn (Richardson e.a., 2004).

De kanttekening die bij dit hoofdstuk gemaakt dient te worden is dat niet alleen het individu moreel professioneel dient te zijn, maar ook de organisatie waarin hij werkzaam is als geheel. Wanneer een individu wordt afgerekend op zijn daden dient dit altijd te worden gezien in de context van de gehele organisatie. Voor de ethische schandalen die bijvoorbeeld in de Abu Ghraib gevangenis hebben plaatsgevonden dienen de betrokken militairen natuurlijk bestraft te worden, maar hierbij moet ook de gehele context worden belicht, aangezien in deze case niet alleen de appels maar ook de mand rot was (Zimbardo 2007).

3 Algemeen Militair Verpleegkundige

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag in hoeverre AMV'ers worden opgeleid en getraind in ethiek. Allereerst zal worden uitgelegd wat het betekent om AMV'er te zijn en hoe het opleidingstraject van de AMV'er eruit ziet. Hierbij komt ook aan de orde in welke mate ethiekonderwijs verweven zit in de opleiding tot AMV'er. Als laatste zal kort aangehaald worden wat de rol is van de AMV'er in de militaire organisatie tijdens een uitzending.

3.1 De AMV opleiding

Voor de inhoud van deze paragraaf is gebruik gemaakt van interviews met twee instructeurs die op het Instituut Defensie Geneeskundige Opleidingen (IDGO) werkzaam zijn, waarvan één instructeur verantwoordelijk is voor het militaire gedeelte van de AMV opleiding en de andere instructeur verantwoordelijk is voor het civiele gedeelte van de AMV opleiding. Daarnaast is gebruik gemaakt van interviews met zeven individuele AMV'ers en van *het beroepsdeelprofiel AMV*.

Een algemeen militair verpleegkundige is een civiel-wettelijk gecertificeerd verpleegkundige met een algemene militaire opleiding en een afgeronde militair-geneeskundige opleiding. In het *beroepsdeelprofiel AMV* is de betekenis van de AMV'er als volgt verwoord:

Militair verpleegkundigen verlenen zorg aan militairen tijdens een gewapend conflict en in sommige gevallen, binnen kaders, aan lokale bevolkingsgroepen tijdens humanitaire hulpverlening. Daarnaast verlenen zij in vredesomstandigheden zorg aan de eigen eenheid die vergelijkbaar is met de civiele zorg in Nederland. De militair verpleegkundige bezit expertise op deze zorggebieden. Tijdens gewapende conflicten betekent militaire zorgverlening het voorkomen en bestrijden van feitelijke en potentiële gezondheidsrisico's van de zorgvrager die inherent zijn aan de omgeving en omstandigheden waarin de zorgvrager (militair) zijn eigen taak dient uit te voeren. De omgeving waarin de zorg verleend wordt kenmerkt zich door risicovolle en primitieve omstandigheden. De militair verpleegkundige verricht dan ook taken in het kader van hygiëne en preventieve gezondheidszorg.

Door operationele omstandigheden kan het voorkomen dat de militair verpleegkundige de enige hulpverlener ter plekke is. Bij afwezigheid van een arts moet hij in voorkomende gevallen zelfstandig een beperkt en waar mogelijk een geprotocolleerde vorm van eerstelijnszorg kunnen verlenen (Beroepsvereniging Nederlands Militair verpleegkundigen en verzorgenden, 2005: 13).

De AMV opleiding bestaat uit twee delen te weten de civiele verpleegkundige beroepsopleiding (CVBO) en het militair geneeskundig opleidingsdeel. De verschillende delen van de opleiding worden respectievelijk ook wel de 'witte' en de 'groene' opleidingen genoemd. Het afronden van de CVBO resulteert tot het diploma verpleegkundige niveau vier en wanneer een persoon ook het militair geneeskundige opleidingsdeel met goed gevolg heeft afgerond, kan deze persoon zichzelf een AMV'er noemen. De witte en groene gedeeltes van de opleiding lopen door elkaar heen, zodat het aanleren medische vaardigheden afgewisseld worden met het aanleren van militair-medische vaardigheden.

De CVBO bestaat uit het behalen van civiele deelkwalificaties (CDK). De structuur van de CVBO beslaat drie verschillende fases te weten:

1. Beroepsgenerieke vorming
Duur is 15 weken theorie en 14 weken praktijk, 6 weken beroepspraktijkvorming (BPV) in een verpleeghuis en 8 weken BPV in een ziekenhuis.
2. Beroepsspecifieke vorming
Duur is 32 weken theorie en 32 weken praktijk, twaalf weken BPV in de Psychiatrie en 20 weken BPV in een ziekenhuis.
3. Differentiatie / specialistische vorming
Duur is 4 weken theorie en 18 weken BPV ziekenhuis.

De totale opleidingsduur is 115 weken, 64 weken praktijk (56%) en 51 weken theorie (44%).

Tussen de CVBO door komt ook het militair geneeskundig deel aan bod. Het militair geneeskundig opleidingsdeel bestaat uit het behalen van aanvullende deelkwalificaties (ADK) waarin extra vaardigheden worden aangeleerd die niet (diepgaand) zijn behandeld tijdens de CVBO, maar die wel nodig zijn om het takenpakket van een AMV'er tijdens militaire operaties aan te kunnen. Hierbij kan gedacht worden aan extra onderwijs in laboratoriumtechnieken, bedrijfsspecifieke organisatie en werkwijzen Geneeskundige dienst KM/KL/KLu en 1^{ste} lijns gezondheidszorg. De ADK's duren in totaal circa 8 maanden.

De deelkwalificatie 1^{ste} lijns gezondheidszorg is bedoeld om de AMV'er op te leiden voor situaties waarin door omstandigheden plaatselijk en tijdelijk geen arts beschikbaar is. Het is geen zins de bedoeling om van de algemeen militair verpleegkundige een arts te maken maar wel hem juist die vaardigheden bij te brengen die nodig zijn om in voorkomend geval de patiënt adequaat te kunnen helpen. De verantwoording van het optreden van de AMV'er buiten zijn eigen verpleegkundige domein blijft een verantwoording van de militair arts.

Om als AMV'er bij de KL te kunnen werken zal er eerst een krijgsmachtspecifieke militaire (kader)opleiding gevolgd moeten worden. Voor de KL is dit de Koninklijke Militaire School voor onderofficieren (KMS). Deze opleiding duurt één jaar. Tijdens deze militaire opleiding krijgen de aspirant-AMV'ers voor het eerst les in militaire ethiek. Doorgaans gaat de aspirant-AMV'er vervolgens voor een periode van drie jaar de AMV opleiding op het IDGO volgen.

3.2 Ethiekonderwijs binnen de AMV opleiding

In de opleiding tot AMV'er zijn in de CVBO een aantal modules belegd die over ethiek gaan. Hieronder worden deze modules beschreven:

- In de CDK 204 zit de eerste module die over ethiek gaat. Hierin worden voornamelijk de waarden en normen in relatie tot de interactie in de beroepspraktijk behandeld.
- In de CDK 404 wordt vervolgens de nadruk gelegd op het aanleren van het verwoorden van je eigen normen en waarden en hoe je om moet gaan met de normen en waarden van anderen. Daarnaast wordt de beroepscode voor verpleegkundige behandeld in relatie tot de eigen waarden normen.
- In de CDK 412 wordt vervolgens de relatie tussen de ICN-code, de beroepscode, ethische vragen en verpleegkundige dilemma's behandeld. De ICN-code staat voor *International Council of Nurses* en is een ethische code voor verpleegkundigen waarin ethische begrippen en normen en hun toepassing op de verpleegkundige zorg staan verwoord.

Een geïnterviewde instructeur die lesgeeft binnen de CVBO geeft aan dat het ethiekonderwijs voornamelijk is gericht op de civiele (witte) setting. In de opdrachten, die voor de verschillende CDK's gemaakt moeten worden, mogen de studenten ook militair geneeskundige casuïstiek gebruiken, maar dit is geen verplichting. De instructeur vindt dat medisch/militaire ethiek wel explicieter in de opleiding terug zou moeten komen. Hierbij denkt

hij voornamelijk aan het feit dat AMV'ers een veel uitgebreider takenpakket krijgen dan civiele verpleegkundigen.

In Nederland zal een verpleegkundige het niet meemaken dat een arts zo ver weg is dat deze geen beslissing over een patiënt kan maken. Voor een AMV'er op uitzending is deze situatie heel goed denkbaar. De ADK's weerspiegelen de aanvullingen op het takenpakket van de AMV'er en middels de ADK's probeert de werkgever (Defensie) steeds meer de grens op te zoeken om een AMV'er bevoegdheden te geven die in de civiele setting bij de bevoegdheden van de arts behoren. AMV'ers zouden daar (in ethisch opzicht) beter op voorbereid moeten worden, om zodoende hun eigen grenzen te kunnen bepalen.

In de opleiding tot AMV'er zijn in het militair geneeskundig opleidingsdeel geen modules belegd die over ethiek gaan. Een geïnterviewde instructeur die lesgeeft in de ADK's zegt hierover het volgende:

Binnen de PHTLS opleiding is ethiek wel verweven in de opleiding, maar dit wordt niet expliciet als zodanig benoemd. De manier waarop de AMV'ers in opleiding tijdens de PHTLS module in aanraking komen met ethiek heeft te maken met het feit wanneer een gewonde wel of niet geholpen kan worden. Dit kan bijvoorbeeld alleen als er voldoende veiligheid gegarandeerd is, dus bij een vuurgevecht kan een gewonde bijvoorbeeld alleen worden geholpen als het vuuroverwicht zich aan eigen zijde bevindt. De ethische kant hiervan wordt trouwens niet als zodanig besproken, maar er wordt gewoon aangegeven dat een gewonde pas geholpen kan worden als dit veilig is om te doen.

Volgens de instructeur is er geen onderzoek voor nodig om te hoeven bepalen dat ethiek onderwijs meer in de opleiding tot AMV'er verweven zou moeten worden. Het is duidelijk dat er op dit moment nog veel te weinig mee gedaan wordt. Training in ethiek mist duidelijk in de opleiding en zou een goede toevoeging zijn aan de ADK's. Het enige wat hij zich afvraagt, is in welke vorm de training in ethiek dan zou worden gegeven. Daarnaast geeft hij aan dat onderwijs in ethiek ook ter voorbereiding aan een uitzending gegeven zou moeten worden. Onderwijs in ethiek moet bovendien niet alleen voorafgaand aan een uitzending gegeven worden, maar juist ook achteraf. Achteraf kan dan in een onderwijssetting worden teruggekeken naar de AMV'ers tijdens hun uitzending tegenaan zijn gelopen. Hij zegt dat het dan vooral interessant is om te kijken wat de AMV'er vooraf had gedacht hoe hij zou handelen als hij in een bepaalde situatie zou komen en wat hoe hij er in de werkelijkheid

mee om is gegaan. Daarbij is het interessant om te kijken wat de AMV'er achteraf vindt van de manier waarop hij heeft gehandeld in die specifieke situatie.

3.3 Ethiekonderwijs voorafgaand aan uitzending

Elke militair die op uitzending gaat volgt voorafgaand aan de uitzending de cursus missie gerichte instructie (MGI). Tijdens de MGI komt ethiek slechts zijdelings aan bod wanneer bijvoorbeeld gesproken wordt over Re's. Bovendien is de ethiek die tijdens de MGI aan de orde komt zeer algemeen en zeker niet toegespitst op ethiek bij militair geneeskundige zaken.

Het opwerktraject naar een uitzending toe verschilt per functie die een AMV'er in het uitzendgebied vervult. Afvoergroepen worden doorgaans tijdens het opwerktraject toegevoegd aan de eenheid waar ze voor de duur van de uitzending toe behoren. Een specifiek geneeskundig opwerktraject voor afvoergroepen wordt niet standaard gegeven. Meestal trainen zij met hun eigen eenheid mee, maar daarbij worden geneeskundige casussen slechts sporadisch getraind. Een aantal respondenten geeft aan dat ze tijdens het opwerktraject vooral als geneeskundige ondersteuning voor hun eenheid dienden en dat er in de oefeningen nauwelijks trainingsmomenten voor de afvoergroep waren ingebouwd.

De AMV'er die daarentegen op een hulppost of in een hospitaal komt te werken, heeft een opwerkingstraject dat veel specifiek is gericht op het geneeskundige werk wat daar verricht wordt. AMV'ers die op een hulppost of een hospitaal komen te werken krijgen de mogelijkheid om voorafgaand aan hun uitzending ambulance stages of specifieke traumacursussen te doorlopen. Hoewel ethiek geen onderdeel uitmaakt van deze stages, leren de AMV'ers wel hoe ze met specifieke situaties om kunnen gaan.

Op het IDGO zit het kennis- & trainingcentrum waar geneeskundige cursussen worden verzorgd die voorafgaand aan een uitzending standaard aan elke nieuwe rotatie geneeskundig personeel gegeven worden. Tijdens deze driedaagse cursus komen allerlei casussen aan de orde, waarmee de cursisten aan de slag moeten. Tijdens deze cursus wordt niet specifiek getraind met casussen waarbij AMV'ers tegen morele dilemma's aanlopen, maar zijdelings wordt hier wel over gesproken. Een aantal respondenten geven aan dat ze tijdens de KTC de ethische casustrainingen hebben gemist.

Vlak voor een uitzending heeft elke rotatie een grote integratieoefening waar wordt geprobeerd om alles zo realistisch mogelijk neer te zetten en waar alle grote spelers voor het eerst samenkomen. Meerdere respondenten geven aan dat het belangrijkste van die oefening is dat daar heel veel contacten worden gelegd tussen collega's die met elkaar op uitzending gaan, maar ook met collega's die net van uitzending terugkomen en die assisteren bij de integratieoefening. Door informele contacten met collega's die hun ervaringen delen worden de beste handvatten bereikt om met morele dilemma's om te kunnen gaan.

Een respondent geeft aan dat de geneeskundige dienst in Oirschot een aantal jaren geleden het initiatief heeft genomen om een specifiek geneeskundige MGI te organiseren. Op een gegeven moment werd daar namelijk opgemerkt dat er behoefte aan was om alle afvoergroepen en hulpposten voorafgaand aan een uitzending bij elkaar te krijgen om informele contacten te leggen met collega's. De geneeskundige dienst in Oirschot heeft toen geïnitieerd om het geneeskundig personeel dat op uitzending gaat een specifiek geneeskundige MGI te geven die aanvullend is op de algemene MGI. Deze geneeskundige MGI duurt één week en er worden daar uitsluitend militair geneeskundige zaken behandeld. Dit wordt slechts vanuit Oirschot geregeld en dit is niet van hoger af opgelegd of gecoördineerd. Deze geneeskundige MGI bevat goed, maar wordt niet standaard bij elke rotatie gegeven.

Over het algemeen gaven alle respondenten aan dat morele dilemmatrainingen vooral door henzelf geïnitieerd moest worden, aangezien er anders geen aandacht aan werd besteed. Een respondent zegt hierover:

In de voorbereidingen voor de uitzending hebben we heel veel getraind met casussen met de afvoergroepen waarvan ik wist dat ze ook op uitzending zouden gaan. Dit gebeurde veelal spontaan en informeel. Vooral tijdens de voorbereidingsdagen voor de uitzending als iedereen bij elkaar was, dan zocht je elkaar als afvoergroepen natuurlijk op en dan ging je informeel met al die lui casussen doornemen. Dat gebeurt dan allemaal eigenlijk heel spontaan, want elke AMV'er heeft toch wel het besef dat er tijdens die uitzendingen naar Afghanistan echt wel dingen gaan gebeuren waarbij hij in conflict met zichzelf zou kunnen raken. Het valt me op dat je er zelf achteraan moet zitten als je dat soort casussen goed wil oefenen voor een uitzending. Als ik het niet had aangegeven, dan was er ook niet zoveel aandacht aan besteed.

Hoewel onderwijs in ethiek en training met morele dilemma's niet standaard is belegd in het opwerktraject van AMV'ers voor een uitzending, wordt er in informele sferen toch veel over nagedacht en gepraat. Tijdens de voorbereidingen op een uitzending zoeken de AMV'ers elkaar over het algemeen veel op om met elkaar over morele vragen en dilemma's te discussiëren.

3.4 Rol van de AMV'er tijdens uitzending

De hoofdtak van AMV'ers op uitzending is het leveren van geneeskundige steun. Dit kan zijn aan de eenheid waar de AMV'er deel van uit maakt of in een veldhospitaal als verpleegkundige.

In algemene zin is de fundamentele verantwoordelijkheid van AMV'ers tijdens een uitzending viervoudig:

1. Het bevorderen van gezondheid
2. Het voorkomen van ziekte
3. Het herstellen van gezondheid
4. Het verlichten van lijden.

De medische ethiek stelt dat eerbied voor het leven en voor de eigenwaarde en de rechten van de mens inherent is aan verpleegkundige zorg. De verpleegkundige zorg wordt gegeven zonder onderscheid te maken in nationaliteit, ras, geloof, leeftijd, geslacht, politieke overtuiging of sociale status.

In het huidige inzetgebied in Uruzgan zijn 21 AMV'ers werkzaam variërend van in een afvoergroep tot een functie in een hospitaalcompagnie. De taken van de AMV'er in het uitzendinggebied hangen af van het feit of hij in een afvoergroep (role 1), hulppostgroep (role 1) of verpleeggroep (role 2/3) is ingedeeld. In de onderstaande voorbeelden zal een indruk worden gegeven van de taken die bij de verschillende roles horen. Dit gebeurt aan de hand van sfeerbeschrijvingen van respondenten, die op de verschillende roles werkzaam zijn geweest.

AMV op afvoergroep

Ik was verpleegkundige en samen met twee PTL'S'ers [Primary Trauma Life Supporter] zorgde ik voor de gewondenafvoer van het peloton met wie wij mee de poort uit gingen. Zelf reden wij met mee in een patria GWT [gewondentransport]. Je bent dan gewoon de hospik van dienst, wat betekent dat je gewoon met alle patrouilles meegaat. Het grootste deel van de tijd ben je gewoon buiten de poort voor operaties/acties van minstens drie dagen en hoogstens tien dagen. Dan zit je in het voorterrein en tijdens deze operaties reed ik in een patria GWT en daarnaast liep ik mee met patrouilles. Vanuit een overwatch deden we dan vaak patrouilles en wanneer er dan een gewonde viel werd deze naar een landing point gebracht (waar de heli goed kan landen) en ik ging daar behandelen/klussen. De OPC [opvolgend pelotonscommandant] neemt dan contact op met TK [Tarin Kowt], stuurt een 9-liner mee in die richting en dan komt er een helikopter. Vervolgens lever ik de gewonde af en vliegt de helikopter naar TK of naar Kandahar als de verwondingen ernstiger zijn.

Het werken op een afvoergroep valt ten opzichte van de civiele sector het best te vergelijken met het werk op een ambulance. In Afghanistan wordt een patiënt altijd met een helikopter afgevoerd, maar de patria GWT is in de eerste instantie ook bedoeld om patiënten in te vervoeren.

AMV op hulppost

Als verpleegkundige op de hulppost was ik altijd bezig met ziekerapporten en gewondenopvang van zowel militairen als burgers. Over het algemeen werden op een dag overwegend lichtgewonden militairen en zieke Afghanen behandeld. De militairen kwamen vooral voor 'huisartsenklachtjes' langs. Op de hulppost zaten twee artsen, drie AMV'ers en vijf PTL'S'ers.

Het werken op een hulppost is eigenlijk een combinatie tussen een huisartsenpraktijk en een EHBO afdeling in een civiel ziekenhuis. In Uruzgan staan op dit moment twee hulpposten. Eén in Tarin Kowt en één in Deh Rawod.

AMV in hospitaal

'Behalve verpleegkundige was ik ook gpc [groepscommandant] van de Nederlandse club die daar zat. Als er een patiënt werd binnengebracht dan stond ik, afhankelijk van de soort dienst die ik die dag had, of op de trauma-afdeling SEH [spoed eisende hulp] om de patiënt op te vangen, of op de verpleegafdeling om daar mijn ding te doen.

Als ik op de SEH stond dan ging ik de patiënt die werd binnengebracht gewoon behandelen samen met een arts. We onderzochten hem van a tot z en noteerden al zijn verwondingen. Hierna keken we dan of de patiënt naar de OK, naar de verpleegafdeling of naar een ander lokaal ziekenhuis zou gaan.

Als ik op de verpleegafdeling stond dan werden aan het begin van mijn dienst de patiënten verdeeld. Vervolgens was ik dan voor die patiënten acht uur lang verantwoordelijk. Dit gaat van wassen, scheren, aankleden in de ochtend tot het vervangen van verband, medicatie en eten en drinken toedienen, de artsenronde of het assisteren bij eventuele operaties die voor die dag gepland staan. Dat laatste betekent dat je de patiënt inleidt voor een operatie, hem vervolgens richting de OK brengt en hem vervolgens ook weer recovered (laten bijkomen na de operatie). Je bent gewoon verantwoordelijk voor het hele reilen en zeilen om de jou toegewezen patiënten heen. Daarnaast ben je ook nog verantwoordelijk voor de sturing aan VIG'ers.'

Het werk in een militair hospitaal is bijna geheel gelijk aan het werk in een civiel hospitaal. Het enige verschil is de hoeveelheid aan materiaal en expertise. In een civiel ziekenhuis werken vaak meer specialisten en is meer hoogwaardig apparatuur aanwezig.

De militaire gezondheidszorg heeft onder alle omstandigheden een bijzondere verantwoordelijkheid bij de handhaving en (zo nodig) herstel van de gezondheid van militairen. Daarnaast heeft zij een belangrijke taak in het handhaven van de inzetbaarheid en daarmee het bevorderen van veiligheid. Militair geneeskundig personeel kan voorts worden belast met hulpverlening aan derden.

AMV'ers verlenen hun diensten tijdens uitzendingen in de eerste plaats ten behoeve van de gezondheid van het individu en daarnaast voor het operationele belang. Zij werken hierin samen met andere zorgprofessionals.

4 Methodologie

In dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek weergegeven. Als eerste zal de onderzoeksstrategie aan bod komen. Deze strategie zal worden bepaald aan de hand van de centrale vraag van dit onderzoek: *In hoeverre beschikken AMV'ers over morele professionaliteit die nodig is om verantwoord om te kunnen gaan met morele vragen en dilemma's?* Vervolgens worden de methodes van dataverzameling en data-analyse uiteengezet. Tot slot wordt uitgelegd op welke manieren in dit onderzoek rekening is gehouden met betrouwbaarheidsaspecten.

4.1 Onderzoeksstrategie

Om goed onderzoek te kunnen doen is aandacht besteed aan bepaalde methoden en technieken van onderzoek. De volgende strategieën zijn gehanteerd: de 'casestudy' en het 'deskresearch'. Dit onderzoek zal vooral een casestudy betreffen met elementen van een deskresearch.

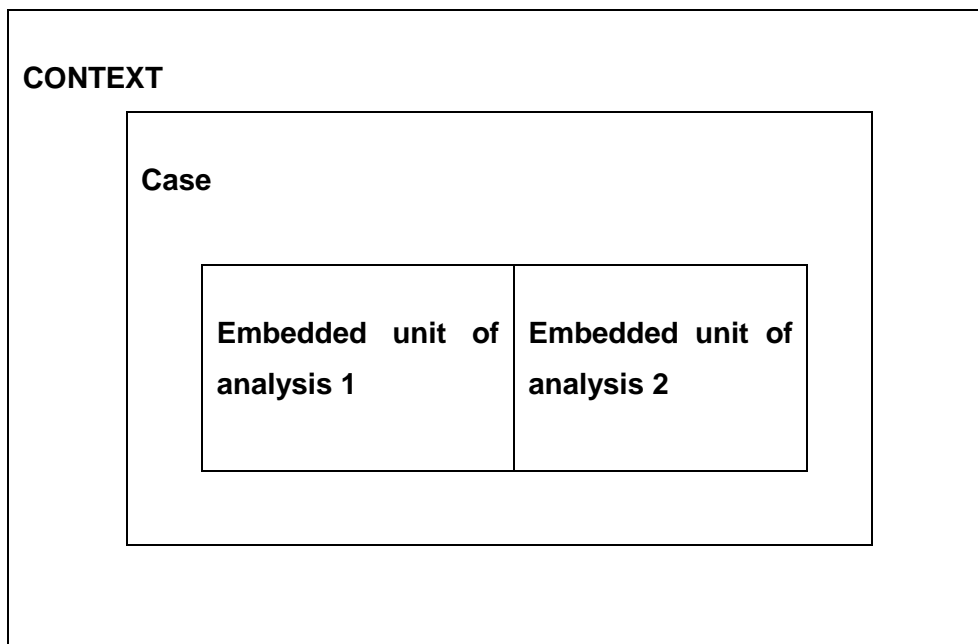
4.1.1 Casestudy

In dit onderzoek zal met behulp van kwalitatieve gegevens, die uit de casestudy gegenereerd worden, antwoord worden gegeven op de laatste drie onderzoeksvragen. De probleemstelling in dit onderzoek is geschikt voor een casestudy, aangezien een tijdelijk fenomeen wordt onderzocht binnen zijn natuurlijke context (Yin 2003: 39). Een casestudy is een onderzoek waarbij de onderzoeker probeert om een diepgaand inzicht te krijgen in een of enkele tijdruimtelijk begrensde objecten of processen. Een casestudy heeft een zestal kenmerken:

- Een klein aantal onderzoekseenheden
- Een arbeidsintensieve benadering
- Meer diepte dan breedte
- Een selectieve/ strategische steekproef
- Kwalitatieve gegevens en dito onderzoeksmethoden

Binnen de casestudy wordt onderscheid gemaakt tussen een enkelvoudige en een vergelijkende casestudy. Bij een enkelvoudige casestudy wordt slechts één case diepgaand bestudeerd. Het grootste verschil tussen de vergelijkende casestudy en de enkelvoudige casestudy is dat de onderzoeker bij de vergelijkende casestudy meerdere cases vergelijkt met elkaar (Verschuren en Doorewaard, 2007: 172).

De onderstaande figuur weerspiegelt het ontwerp van dit onderzoek. Het gaat om een enkelvoudige casestudy, waarbij meerdere analyse-eenheden gebruikt zullen worden.



Figuur 4.1 Basic types of designs for case studies (Yin, 2003: 40).

Context:	het uitzendgebied
Case:	de AMV'er
Analyse-eenheden:	morele vragen en dilemma's
Analysemiddel:	zes criteria voor morele professionaliteit

De natuurlijke context in dit onderzoek is het uitzendgebied. De AMV'er die recent op uitzending is geweest vormt de case van het onderzoek. Aangezien dit de enige case in dit onderzoek is, is er sprake van een enkelvoudige casestudy.

De bril waarmee naar deze case wordt gekeken is de analyse-eenheid. Dit kunnen er één of meerdere zijn. In dit onderzoek is sprake van meerdere analyse-eenheden. In het uitzendgebied krijgt de AMV'er te maken met morele dilemma's. Alle morele dilemma's, die uit interviews met respondenten naar voren komen, vormen een aparte analyse-eenheid.

Uit de theoretisch achtergronden werden zes criteria gegenereerd welke bepalen in welke mate een persoon of groep morele professionaliteit bezit. Deze zes criteria zullen in dit onderzoek als middel gebruikt worden om de analyse-eenheden te analyseren.

Om tot een goed antwoord op de vraag te komen is het de bedoeling dat elke case en alle analyse-eenheden onafhankelijk worden bestudeerd. Dit kan door één en de zelfde onderzoeker gedaan worden, maar er kan ook onderzoekertriangulatie worden toegepast. In dit onderzoek is echter geen gebruik gemaakt van meerdere onderzoekers. Om het eenvoudig te houden is gekozen voor het individueel onderzoeken van de case en alle analyse-eenheden, om daarna individueel de gevonden uitkomsten te analyseren. Door de casestudy toe te passen in dit onderzoek is het mogelijk om het probleem goed te onderzoeken, aangezien deze vraagt om een kwalitatieve benadering.

Buiten de hierboven beschreven enkelvoudige casestudy bestaan meer cases die in het kader van het onderwerp van dit onderzoek het onderzoeken waard zijn, maar die bewust buiten de scope van dit onderzoek zijn gelaten. In dit onderzoek wordt alleen de AMV populatie onderzocht, terwijl andere actoren binnen de geneeskundige dienst van de KL zeker ook de moeite waard zijn om te onderzoeken. Hierbij dient gedacht te worden aan Combat Life Savers (CLS) en Primary Trauma Life Supporters (PTLS), maar ook de huisartsen en specialisten die mee op uitzending gaan. In het licht van de toenemende internationale samenwerking, waarin verschillende krijgsmachten met elkaar dienen samen te werken, zou een vergelijkend onderzoek naar de morele professionaliteit van geneeskundige diensten van verschillende nationaliteiten ook van toegevoegde waarde zijn aan dit onderzoek.

Om een goede afbakening van het onderzoek te kunnen garanderen is de keuze gemaakt om alleen te focussen op de morele professionaliteit van de AMV'er in het uitzendgebied. Wanneer meer actoren in dit onderzoek betrokken zouden zijn, dan waren de uitkomsten algemeen en breed geweest aangezien de tijd ontbrak om alles gedetailleerd te onderzoeken. Gezien het oogmerk van een bachelorscriptie is gemeend de scope van dit onderzoek goed af te bakenen. Dit betekent niet dat bovenstaande objecten niet bijdragen

aan een betere analyse van morele professionaliteit voor militairen in het uitzendgebied. Er is bewust voor gekozen om niet verder te kijken binnen de Nederlandse geneeskundige dienst of bij andere krijgsmachten.

4.1.2 Deskresearch

Deskresearch als onderzoeksstrategie zal vooral gebruikt worden voor het literatuuronderzoek dat nodig is om het theoretisch kader vorm en inhoud te geven. Eén van de twee hoofdvarianten van het bureauonderzoek is het literatuuronderzoek, waarbij gebruik wordt gemaakt van door anderen geproduceerde kennis. In dit onderzoek wordt een literatuurstudie verricht, die zich richt op zowel nationale als internationale wetenschappelijke literatuur. Zowel uit de internationale literatuur als de nationale literatuur worden op het niveau van organisaties theorieën en criteria gefilterd over morele professionaliteit. Dit type onderzoek zal worden gebruikt om antwoord te geven op de eerste centrale vraag; *Wat zijn criteria voor de beoordeling van de morele professionaliteit van een persoon?* Daarnaast zal vooral secundaire literatuur worden geraadpleegd voor de beantwoording van de tweede centrale vraag; *In hoeverre komen AMV'ers tijdens opleidingen en trainingen in aanraking met ethiek?* (Verschuren en Doorewaard, 1998: 184).

Vanuit verschillende theoretische invalshoeken kunnen telkens opnieuw gegevens worden verzameld en geanalyseerd over morele professionaliteit. Dit theoretisch kader geeft conceptuele veronderstellingen over morele professionaliteit bij AMV'ers in het uitzendgebied.

4.2 Dataverzameling

Bij een casestudy is het belangrijk om de objecten van onderzoek goed af te bakenen. Goede manieren om aan informatie te komen zijn het houden van interviews met personen of met groepen, het observeren van gebruiken en het analyseren van tekstueel materiaal. Deze verzamelmethoden zijn te combineren. Zo is het mogelijk de sfeer binnen de organisatie te peilen door middel van het lezen van beleidsstukken en vergaderverslagen, en hier dan verder op door te vragen in een interview met verschillende personen. Daarnaast is het mogelijk deze verkregen informatie te gebruiken bij een observatie, zodat de onderzoeker weet waar op gelet moet worden. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de eerste twee verzamelmethodes, te weten interviews en tekstueel materiaal. Helaas kon voor

dit onderzoek geen gebruik worden gemaakt van observaties, aangezien een verzoek om af te reizen naar Afghanistan niet ontvankelijk zou zijn verklaard.

Allereerst is in dit onderzoek gebruik gemaakt van de catalogus Defensie bibliotheken, internet, *Google Books* en *Google Scholar*, boeken, (beleid)documenten en interviews. Er is gezocht op de volgende zoektermen: Ethiek + moraal + morele professionaliteit + morele competentie + morele fitheid + medische ethiek + militaire ethiek + morele dilemma's + publieke sector + defensie. Er is tevens gezocht op de Engelstalige vertalingen van deze zoektermen.

Ten tweede is in dit onderzoek gebruik gemaakt van secundaire literatuur. Hiervoor zijn ten eerste (beleid)documenten gebruikt die afkomstig zijn van het IDGO. Het gaat hierbij om cursusbeschrijvingen van het opleidingsmodel van de AMV'er. Ten tweede is gebruik gemaakt van het *beroepsdeelprofiel Militair Verpleegkundige* van de Beroepsvereniging Nederlands Militair Verpleegkundigen en Verzorgenden. Door het analyseren van de (beleid)documenten kan meer inzicht worden verkregen voor de beantwoording van de probleemstelling.

Ten derde zijn in dit onderzoek interviews gehouden met verschillende werknemers in de organisatie. Hierdoor is een duidelijk beeld ontstaan over de situatie op de werkvloer. Het gaat hierbij om de volgende interviews:

- Interview met instructeur IDGO; verantwoordelijk voor het militaire gedeelte AMV opleiding (ADK's)
- Interview met instructeur IDGO; verantwoordelijk voor het civiele gedeelte AMV opleiding (CDK's)
- Zeven interviews met AMV'ers die sinds 2002 ten minste één uitzending hebben gedraaid

De eerste twee interviews zijn vooral bedoeld voor het verkrijgen van informatie over de AMV opleiding. Deze respondenten zijn gebruikt als deskundigen op het terrein van de AMV opleiding en in die hoedanigheid ook geïnterviewd. Bij de selectie van de andere respondenten is de keuze gemaakt om onderscheid te maken in AMV'ers die op afvoergroepen, hulpposten of hospitalen werken. Het is voor het onderzoek relevant om te achterhalen hoe men in de verschillende AMV functies te maken krijgt met morele vragen en dilemma's. Van de zeven respondenten hebben twee in een hospitaal, één in een hulppost

en vier op een afvoergroep gewerkt. Het belang van deze zeven respondenten is groot, aangezien zij de casuïstiek dienen aan te leveren die voor dit onderzoek van belang is. De verzamelde casuïstiek vormt de kern van dit onderzoek.

Bij de afname van de interviews met de zeven AMV'ers is gebruik gemaakt van een narratieve onderzoeksmethode. 'Narratief' betekent verhalend. De narratieve methode gaat ervan uit dat verhalen en daarin opgenomen ervaringen subjectief en emotioneel gekleurd zijn, en dat ieder mens zijn eigen unieke beeld van de werkelijkheid heeft. In plaats van vragenlijsten met gesloten vragen, worden in dit onderzoek verhalen van AMV'ers (casuïstiek) verzameld. *Verhalen blijken dankzij hun structuur zeer geschikt om de grilligheden en ondubbelzinnigheden te representeren die zo kenmerkend zijn van het werken in een militaire context* (Visse e.a., 2007:28-30).

In de onderstaande opsomming wordt aangegeven welke verzamelmethoden (semigestructureerde interviews, wetenschappelijke literatuur of (beleids)documenten) gebruikt zijn voor welke onderzoeksvraag.

Onderzoeksvraag 1: Literatuuronderzoek + interviews met deskundigen

Onderzoeksvraag 2: (Beleids)documenten + interviews met deskundigen

Onderzoeksvraag 3: Interviews met AMV'ers

Onderzoeksvraag 4: Interviews met AMV'ers

Personen: Zowel respondenten als informanten en deskundigen zijn in dit onderzoek gehoord.

Documenten: Interne dossiers.

Literatuur: Vergelijking van verschillende theorieën of theoretische concepten ten einde het theoretische kader van dit onderzoek verder uit te werken.

4.3 Data-analyse

In dit onderzoek is de data die geanalyseerd wordt vooral gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, beleidsstukken en interviews. Er is gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews. De vragenlijst is van tevoren opgesteld met specifieke vragen voor elke geïnterviewde en bevatten elementen die terugkomen in het theoretisch kader (zie bijlage B).

De analyse in dit onderzoek is tweeledig. Ten eerste dienen de interviews te worden geanalyseerd. Uit de zeven interviews zullen morele vragen en dilemma's gefilterd moeten worden, die als analyse-eenheden zullen dienen. Ten tweede zullen de morele vragen en dilemma's die uit de interviews naar voren zijn gekomen worden geanalyseerd aan de hand van de zes criteria voor morele professionaliteit die uit de theorie naar voren zijn gekomen. Hierbij zal gelet worden op de samenhang met het theoretisch kader en de antwoorden van de geïnterviewden onderling. De interviews zijn thematisch geanalyseerd. Hierbij zijn drie verschillende thema's gebruikt. Deze thema's zijn: persoonlijke kenmerken, morele dilemma's en ethiekonderwijs. Het onderdeel morele dilemma's is vervolgens verder geanalyseerd aan de hand van de criteria voor morele professionaliteit die uit de wetenschappelijke literatuur naar voren is gekomen. Een matrix van de uitgewerkte morele dilemma's is opgenomen in bijlage A.

4.4 Kwaliteitsaspecten

Bij een wetenschappelijk onderzoek moet rekening worden gehouden met de volgende aspecten:

- validiteit
- betrouwbaarheid
- generaliseerbaarheid
- debriefing
- regimentation
- ethische vraagstukken

Hieronder worden deze aspecten nader toegelicht.

4.4.1 Validiteit en betrouwbaarheid

Validiteit wil zeggen of het doen van het onderzoek het mogelijk maakt om terechte uitspraken te doen (Wester en Peters 2004: 176). Systematische fouten dienen vermeden te worden. Het gaat om de vraag of de variabelen die zijn gebruikt in het onderzoek ertoe leiden dat de juiste conclusies worden getrokken. Voor de validiteit is het bijvoorbeeld in dit onderzoek belangrijk om de juiste criteria te betrekken bij de eerste onderzoeksvraag. Door het betrekken van (beleid)documenten en interviews van deskundigen bij de interviews met de AMV'ers wordt de validiteit versterkt (triangulatie, dat wil zeggen dat meerdere soorten

gegevens met elkaar gecombineerd worden om de betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten).

Bij betrouwbaarheid gaat het erom of er dezelfde resultaten uitkomen wanneer anderen het onderzoek zouden doen (Wester en Peters 2004: 177). Om dit te bereiken dienen juist de onsystematische fouten vermeden te worden. Dit kwaliteitsaspect is erg belangrijk voor het onderzoek; het houdt namelijk in dat de 'toevallige' fouten vermeden moeten worden, zodat geen conclusies worden getrokken aan de hand van toevallige gebeurtenissen. Een belangrijk betrouwbaarheids criterium bij een casestudy is bijvoorbeeld het aantal respondenten dat wordt geïnterviewd. Dit moet een acceptabele weergave van de werkelijkheid zijn.

Om ervoor te zorgen dat in de interviews rekening gehouden wordt met validiteit en betrouwbaarheid zullen de interviews worden opgenomen. Op deze manier wordt voorkomen dat antwoorden vertekend raken door de manier waarop de notities gemaakt zijn, aangezien het gesprek meerdere keren na te luisteren is. Daarnaast versterkt het opnemen van de interviews de betrouwbaarheid, aangezien andere onderzoekers ook het gesprek kunnen beluisteren. Interviews hebben als nadeel dat de geïnterviewden niet per definitie de waarheid spreken. Dit maakt het extra lastig om de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen. Om dit te voorkomen dient de interviewer constant uitspraken te vergelijken en terug te koppelen.

4.4.2 Generaliseerbaarheid

Generaliseerbaarheid heeft betrekking op de vraag of de conclusie over de steekproef ook geldig is voor de populatie waaruit de steekproef afkomstig is. Als de steekproef aselekt is, en redelijk groot, zal dat meestal het geval zijn. Bij andere steekproeven is de generaliseerbaarheid vaak een probleem. Generaliseerbaarheid wordt ook wel externe validiteit genoemd.

Zoals de doelstelling van dit onderzoek al aangeeft, zal slechts een *indicatie* gemaakt worden van de morele professionaliteit van AMV'ers. Over het algemeen zou een steekproef van zeven op een totaal van ongeveer honderd AMV'ers niet genoeg zijn om de uitkomsten van het onderzoek te kunnen generaliseren over de gehele populatie AMV'ers. In dit geval is het geen probleem dat de steekproef niet zo groot is, aangezien in dit onderzoek slechts een indicatie gegeven zal worden van de morele professionaliteit van AMV'ers. Aan de hand van

deze indicatie zal blijken of een grondiger onderzoek naar deze materie al dan niet gewenst is. Daarenboven heeft de casuïstiek die is verzameld betrekking op acht verschillende uitzendingen en ook tussen de respondenten is bestaat veel variatie (zie ook hoofdstuk 5).

4.4.3 Debriefing, regimentation en ethische vraagstukken

Om met het onderzoek op de goede weg te blijven, zal gebruik worden gemaakt van *debriefing*. Tussentijdse uitslagen en bevindingen in het onderzoek zullen regelmatig in gesprekken met de onderzoeksbegeleiders worden doorgenomen.

Om alle data die verzameld is voor dit onderzoek goed en navolgbaar te registreren zullen tussentijdse rapportages worden gemaakt die apart van het moederdocument worden opgeslagen. Deze *regimentation* is bedoeld om andere onderzoekers inzicht te geven in de manier waarop het rapport tot stand is gekomen.

Een belangrijk aspect van *ethische vraagstukken* is de *anonimiteit* van de respondenten. Wanneer respondenten niet goed zouden begrijpen wat het doel van het onderzoek is en wat er met de verzamelde gegevens wordt gedaan, dan zou dit tot vervelende en pijnlijke discussies kunnen leiden wanneer de onderzoeker de resultaten van het onderzoek openbaar maakt. In het geval van dit onderzoek worden AMV'ers geïnterviewd over hun ervaringen met morele vragen en dilemma's tijdens hun uitzendingen en hun meningen en gevoelens hierover. Dit is persoonlijke informatie waarbij het belangrijk is dat de verzamelde gegevens vertrouwelijk worden behandeld. Hierom is ervoor gekozen om alle respondenten in dit onderzoek anoniem te laten in het kader van hun privacy.

Ten tweede is het belangrijk om expliciet toestemming te krijgen om de verzamelde gegevens te mogen gebruiken. De AMV'ers die aan het onderzoek hebben meegewerkt zijn van tevoren goed gebriefd over het doel van het onderzoek en wat er met de verzamelde gegevens zou gebeuren. Nadat de interviews waren afgenomen, werden deze door de onderzoeker geheel uitgewerkt en vervolgens teruggestuurd naar de respondenten. Wanneer respondenten vonden dat zaken verkeerd geïnterpreteerd waren of extra uitleg behoeften, konden zij dit aan de onderzoeker melden en werd dit veranderd.

5 Resultaten

In het vorige hoofdstuk werd beschreven hoe de empirische data verzameld werd. In dit hoofdstuk zullen de daadwerkelijke resultaten die uit de interviews naar voren zijn gekomen worden besproken. Hiermee kan antwoord worden gegeven op de derde en vierde onderzoeksvragen: *Wat zijn de ervaringen van AMV'ers tijdens recente uitzendingen met betrekking tot morele vragen en dilemma's?* en *Hoe worden de AMV'ers beoordeeld in het licht van de gestelde criteria voor de beoordeling van de morele professionaliteit van een persoon?* Allereerst zullen de algemene kenmerken van de respondenten besproken worden. Ten tweede komen de ervaringen met morele dilemma's van AMV'ers tijdens uitzending aan de orde en als laatste zullen deze ervaringen met morele dilemma's worden geanalyseerd aan de hand van de zes criteria voor morele professionaliteit.

5.1 Algemene kenmerken

Zoals al in het vorige hoofdstuk is vermeld, bestaat de totale onderzoeksgroep uit zeven respondenten. De respondenten zijn in de leeftijd tussen de 26 en 38 jaar. Eén respondent is vrouw en zes respondenten zijn man. Vier van de respondenten zijn getrouwd en drie zijn samenwonend. Vijf van de zeven respondenten hebben kinderen en twee van de zeven respondenten belijden een geloof.

Drie respondenten hebben de rang van sergeant 1 en vier respondenten zijn sergeant-majoor. Qua opleiding hebben vijf respondenten de volledige AMV opleiding aan het IDGO gevolgd (CDK's en ADK's) en twee respondenten hebben civiel een HBO-V opleiding gevolgd en alleen de ADK's via de AMV opleiding gedaan.

De respondenten zijn tussen de één en de vier keer op uitzending geweest, wat neerkomt op een gemiddelde van 2,7 voor de totale onderzoeksgroep. De morele dilemma's die de respondenten hebben ervaren hebben betrekking op uitzendingen die tussen 2002 en 2009 hebben plaatsgevonden. De meeste morele dilemma's komen uit Afghanistan, maar een aantal ook uit Pakistan en Irak. De uitzendingen naar Afghanistan hebben zowel betrekking op OEF als op ISAF (TFE 1, 3, 7, 8, 9). Zes respondenten hadden al dienstervaring voordat ze aan de AMV opleiding begonnen en slechts één respondent is als 'spijkerbroek' aan de AMV opleiding begonnen.

De taken van de respondenten tijdens hun uitzendingen varieerden tussen het werken in een hospitaal (twee respondenten), op een hulppost (één respondent), op een afvoergroep (vier respondenten) en als ploegmedic bij een antiterreureenheid van het Korps Commando Troepen (één respondent). Eén respondent was zowel werkzaam op een afvoergroep als op een hulppost.

5.2 Analyse interviews

De eerste analyse in dit onderzoek bestond uit het filteren van morele dilemma's uit de zeven interviews. Aan de respondenten werd in de eerste instantie gevraagd tegen wat voor problemen (kritische incidenten) ze waren aangelopen tijdens hun uitzendingen. Hierna dienden zij een definitie en een voorbeeld van een moreel dilemma te lezen, waarna de vraag werd gesteld in welke mate zij tijdens hun uitzendingen met een moreel dilemma te maken hadden gehad. De meeste respondenten wisten goed te filteren welke problemen tijdens hun uitzending morele dilemma's waren geweest en welke problemen gewoon moeilijke situaties inhielden, maar een enkeling kon dit onderscheid minder goed maken en kwam met voorbeelden van morele dilemma's die strikt genomen geen morele dilemma's waren.

Uit de zeven interviews kwamen in de eerste instantie ongeveer vijftientig kritische incidenten naar voren. Deze waren niet allemaal geschikt voor een volledige analyse door middel van de zes criteria voor morele professionaliteit. Uiteindelijk zijn door de onderzoeker twaalf morele dilemma's gefilterd die bruikbaar waren voor verdere analyse. Een aantal morele dilemma's werden door meerdere respondenten genoemd, maar zijn in de analyse van de dilemma's tot één dilemma gerekend. Hierdoor zijn in er in werkelijkheid meer dan twaalf dilemma's verzameld, maar voor de analyse was het overbodig om soortgelijke dilemma's apart te noemen. Hieronder zal kort worden aangegeven waar de dilemma's betrekking op hebben.

1. Canadese verpleegkundige geeft haar patiënten structureel cederende medicijnen als dit niet noodzakelijk is. Hoewel een patiënt hierdoor bijna overlijdt, bedekt haar naast hogere commandant het voorval met de mantel der liefde, terwijl de Canadese verpleegkundige hier eigenlijk voor gestraft moet worden. De Nederlandse AMV'er die werkzaam is in hetzelfde hospitaal voelt zich geplaagd voor een moreel dilemma waarin hij moet kiezen tussen de veiligheid van de patiënten en een soepele

samenwerking en collegialiteit. In dit geval is sprake van een *goed-fout dilemma*, omdat de integriteit jegens de medische professie en het patiëntenbelang hier tegenover het bewaren van een goede collegiale werksfeer staan. In deze case is het duidelijk wat moreel gezien juist en onjuist is.

2. Als gevolg van onvoldoende zorg van verpleegkundigen raken de beenwonden van een krijgsgevangene die is opgenomen in het ziekenhuis dermate ontstoken dat zijn benen geamputeerd dienen te worden. Hoewel de krijgsgevangene recht had op goede zorg heeft hij deze niet gekregen en niemand wil de verantwoordelijkheid voor deze vorm van verwaarlozing toegeven. Het hospitaal wil geen ruchtbaarheid aan het voorval geven. De Nederlandse AMV'er die werkzaam is in hetzelfde hospitaal voelt zich geplaatst voor een moreel dilemma waarin hij moet kiezen tussen rechtvaardigheid en loyaliteit aan het ziekenhuis. In deze case is het minder helder om wat voor soort dilemma het gaat. In geval van de medische ethiek is het een *goed-fout dilemma*, waarin patiëntenbelang tegenover het bewaren van een goede werksfeer staat. In het geval van de militaire ethiek staat het belang van de patiënt tegenover het operationele belang om een goede internationale samenwerking te kunnen handhaven. Wanneer de AMV'er het patiëntenbelang tegenover het bewaren van een goede werksfeer plaatst is er dus sprake van een *goed-fout dilemma*, maar wanneer de AMV'er het patiëntenbelang tegenover loyaliteit aan de Nederlandse krijgsmacht plaatst is er sprake van een *goed-goed dilemma*.
3. Een Canadese arts wil een bloedtransfusie met behulp van een lopende bloedbank² toepassen op een Nederlandse militair die gewond is geraakt, terwijl de Nederlandse wetgeving het gebruik van een lopende bloedbank verbiedt. De aanwezige Nederlandse verpleegkundige dient de afweging te maken of hij de arts zal tegenspreken of niet. In dit geval is er duidelijk sprake van een *goed-fout dilemma*, aangezien het belang van de Nederlandse regelgeving tegenover de moeite die het kost om tegen een hoge medische autoriteit in te moeten gaan. Het tweede belang is geen morele waarde.

² Bij een lopende bloedbank worden voorafgaand aan een uitzending een aantal militairen geselecteerd die tijdens de uitzending als bloeddonor zullen dienen. Voorafgaand aan de uitzending worden de kwaliteit en het type bloed van deze militairen gescreend en tijdens de uitzending kunnen ze elk moment worden opgeroepen om bloed af te staan. De Nederlandse militairen maken gebruik van bevroren bloed, dat in Nederland verworven is en vervolgens in bevroren toestand naar het uitzendgebied wordt gestuurd. Voordat dit bevroren bloed klaar is om te kunnen worden gebruikt dient het bloed eerst ontdooid en gespoeld te worden. Doorgaans duurt het ongeveer dertig tot vijfenveertig minuten, voordat het bloed klaar is voor gebruik.

4. De Afghaanse bevolking mag in beginsel alleen geneeskundig worden ondersteund in geval van levens- of ledemaatbedreigende situaties die door toedoen van ISAF zijn ontstaan. Dit betekent dat AMV'ers in het uitzendgebied worden geconfronteerd met ernstig gewonde of zieke burgers die ze niet mogen helpen, hoewel ze wel de kennis en de middelen ervoor hebben. Daarnaast kan geneeskundige steun aan burgers heel nuttig zijn om in contact te komen met de bevolking en een stukje informatie los te krijgen. Het is bovendien niet makkelijk om een ernstig zieke burger weg te moeten sturen, terwijl je weet dat je best zou kunnen helpen. Aan de andere kant wordt het lokale gezondheidszorgsysteem ondermijnd wanneer de Afghaanse bevolking wel wordt geholpen en daarnaast kan de opname van een Afghaanse burger in het militaire hospitaal betekenen dat er voor een gewonde ISAF militair geen plaats meer is. Hier is sprake van een *fout-fout dilemma*, aangezien het volgen van de regelgeving (rechtvaardigheid) ertoe leidt dat zieke en gewonde Afghaanse burgers aan hun lot worden overgelaten, maar dat het volgen van de medische ethiek (compassie) ertoe leidt dat een geneeskundige behandeling van zieke en gewonde Afghaanse burgers wel gestart maar niet afgemaakt kan worden, aangezien er geen afvoermogelijkheden worden gegeven door de hogere legerleiding. Daarnaast heeft dit tot gevolg dat het lokale gezondheidszorgsysteem niet van de grond komt.
5. Wanneer een AMV'er meegaat met een actie buiten de poort, dan is hij verantwoordelijk voor het geneeskundig plan. Hierbij dient de AMV'er er op toe te zien dat zijn commandant tijdens patrouilles rekening houdt met de geneeskundige afdekking. Hier ontstaat soms onenigheid over met de commandant, aangezien deze vaak geen rekening wil houden met de geneeskundige afdekking. Als AMV'er is dit een lastige situatie aangezien hij aan de ene kant verantwoordelijk is voor het geneeskundig plan, maar aan de andere kant moet luisteren naar zijn commandant. Dit geldt ook voor acties waar in beginsel te weinig voorbereiding voor gegeven wordt, maar die toch binnen de gegeven tijd gewoon opdracht zijn van de hogere legerleiding. Aan de ene kant weet men dat onvoldoende voorbereiding extra risico's met zich mee brengt, maar opdracht blijft opdracht. Hier is sprake van een *goed-goed dilemma*, waar het medische belang tegenover het militaire belang staat. Aan de ene kant heeft de AMV'er gelijk als het om de militair geneeskundige regelgeving gaat, maar aan de andere kant wordt er in militaire organisaties veel belang gehecht aan hiërarchie.

6. Aan het begin van de uitzending naar Uruzgan hadden de Nederlandse troepen te weinig medische middelen. Toch was het verboden om deze middelen te lenen bij andere landen die in gebied aanwezig waren. De AMV'ers die toen mee op uitzending waren en voor een actie mee de poort moesten, konden ervoor kiezen om mee te gaan, al wetende dat ze onvoldoende medische middelen zouden hebben als het mis zou gaan of toch stiekem bij andere landen medische middelen te lenen. Wederom is hier sprake van een *goed-goed dilemma*. Aan de ene kant dient de AMV'er verantwoord zijn werk te kunnen doen (medisch belang), maar aan de andere kant dient hij te gehoorzamen aan de regels van de militaire organisatie (militair belang).
7. De conventie van Geneve geeft aan dat geneeskundige voertuigen en het medisch personeel in deze voertuigen als non-combattanten worden beschouwd en dat het in die hoedanigheid verboden is om zwaar geschut aan boord te hebben. In beginsel mogen non-combattanten enkel een handwapen bij zich dragen om zich te verdedigen. Nu erkent de Taliban de Conventie van Geneve niet en is het medisch personeel zelfs een gewild doelwit. In Afghanistan wordt het rode kruis om die reden niet gedragen en wordt oogluikend toegestaan dat medisch personeel ook met een diemaco rondloopt wanneer ze buiten de poort zijn. Toch gebeuren er dingen die verder gaan dan dat. Sommige eenheden gebruiken het geneeskundig voertuig als extra bevoorrading en vinden het doodnormaal om mortieren op een draagbaar te stallen. Sommige AMV'ers monteren zelfs een boordwapen op hun geneeskundige voertuig of rijden mee in de voorste linie tijdens een offensief. De belangenafweging hierbij is of de Conventie van Geneve gerespecteerd en uitgedragen wordt of dat het operationele belang van voldoende gevechtskracht prevaleert. In dit geval is sprake van een *goed-goed dilemma*, aan de ene kant staat het belang om collega's te beschermen in een risicovolle omgeving, maar aan de andere kant zegt de regelgeving dat non-combattanten zich niet mogen mengen in gevechtssituaties.
8. Een AMV'er komt tijdens een actie in een situatie terecht waarbij meerdere slachtoffers vallen. Hij komt hierbij voor de keuze te staan om eerst een ernstig gewonde Afghaan te helpen of eerst een minder ernstig gewonde Nederlandse militair. De medische ethiek zegt hierover dat slachtoffers geholpen moeten worden op volgorde van medische noodzaak en dit zijn ook de regels waar het medische personeel zich in het uitzendgebied aan dient te houden. Het operationele belang is daarentegen om de Nederlandse militair zo snel mogelijk weer inzetbaar te krijgen en bovendien zegt het gevoel van de AMV'er dat hij liever eerst de Nederlandse militair wil helpen. Dit dilemma is te typeren als een *goed-goed dilemma*. Aan de ene kant

staat het leven van een collega op het spel en is het van operationeel belang om deze collega eerst te helpen, maar de medische ethiek schrijft voor dat patiënten geholpen dienen te worden naar noodzakelijkheid.

9. ISAF troepen gaan geregeld de poort uit samen met de ANA. Wanneer tijdens zo'n actie met de ANA verdachten worden opgepakt is het voor ANA militairen heel normaal dat die persoon mishandeld wordt voordat deze gevangen wordt genomen. ISAF militairen hebben zich daarentegen te houden aan de Conventie van Geneve die het mishandelen van krijgsgevangenen strikt verbied. Een AMV'er dient als non-combattant extra alert te zijn op dit soort misdragingen, maar wanneer een AMV'er signaleert dat ANA militairen een krijgsgevangene mishandelen en hier tegenin gaat dan is het effect nul, aangezien de ANA zijn eigen regels heeft. In deze case gaat het om een *goed-goed dilemma*. Het dilemma waar de AMV'er zich voor geplaatst voelt is of hij prioriteit geeft aan zijn eigen waarden en regels of aan de waarden van de bewoners van het land waarin hij op uitzending is.
10. Aan een AMV'er wordt tijdens een spoedoverleg gevraagd door een militair met een hoge rang (niet zijnde een medische professional) om een beslissing te maken over leven of dood, terwijl hij hier medisch en militair gezien niet voor bevoegd is. Wat moet hij doen? Hier is sprake van een *goed-fout dilemma*. Aan de ene kant heeft de AMV'er medisch gezien wel de meeste kennis, maar hij is volgens de medische ethiek niet bevoegd om beslissingen over leven en dood te maken (verantwoordelijkheid van een arts) als volgens de militaire hiërarchie zou de AMV'er ook niet in deze positie geplaatst mogen worden.
11. Een ernstig verbrande vrouw wordt binnengebracht in het hospitaal en daar zo goed mogelijk behandeld hoewel de juiste middelen ontbreken. De vrouw kan onmogelijk langer in het hospitaal blijven liggen, maar het andere ziekenhuis in de buurt heeft geen capaciteit om brandwonden te behandelen. Zonder behandeling zal de vrouw sterven, maar er zijn geen reële opties om haar toch te kunnen behandelen. De AMV'er ziet zichzelf geconfronteerd met het feit dat doelbewust de keuze gemaakt wordt om de vrouw over te dragen naar het lokale ziekenhuis waar ze zeker weten zal sterven. In dit geval kan worden gesproken over een *fout-fout dilemma*. Welke oplossing ook bedacht wordt, de vrouw zal in ieder geval komen te overlijden, terwijl zij het in een Nederlands civiel ziekenhuis zeker overleefd zou hebben.

12. Een Afghaanse burger overlijdt als gevolg van verdrinking in een zwembad. Op het moment dat ISAF militairen hulp bieden blijkt de patiënt al te zijn overleden. Hierbij komen ze voor de keuze te staan om de Afghaan ter plekke dood te verklaren en hem achter te laten bij zijn vrouw en kinderen die erbij staan of om de schijn op te houden en de Afghaan te blijven reanimeren en een ziekenauto te laten komen. Hier is sprake van een *goed-goed dilemma*. Aan de ene kant zegt de medische ethiek dat het respect voor het leven betekent dat een behandeling moet worden gestopt op het moment dat een persoon overleden is. Aan de andere kant is het voor de vrouw en kinderen van de verdronken man al traumatisch genoeg om hun man en vader in zo'n toestand te moeten zien (compassie) en is het daarnaast is het kweken van *goodwill* van operationeel belang.

5.3 Analyse morele dilemma's

Nadat de morele dilemma's uit de zeven interviews gedestilleerd zijn, dienen deze morele dilemma's tegen het licht van de zes criteria voor morele professionaliteit gehouden te worden. In deze paragraaf worden deze zes criteria elk apart behandeld en geanalyseerd.

5.3.1 Wordt het morele dilemma herkend en het soort dilemma benoemd?

Het is niet mogelijk te achterhalen of de respondenten een moreel dilemma altijd herkennen. De morele dilemma's die in de interviews door de respondenten worden benoemd zijn uiteraard herkend als een moreel dilemma, maar wanneer de respondenten in situaties terecht zijn gekomen tijdens hun uitzending waarin ze geen moreel dilemma herkenden, dan hebben ze deze situaties ook niet genoemd in de interviews, aangezien zij deze situaties niet relevant zullen vinden om te noemen.

De morele dilemma's die de respondenten noemen worden in de meeste situaties meteen als zodanig herkend en benoemd. Slechts twee respondenten geven bij een paar morele dilemma's aan dat zij pas inzagen dat het om een moreel dilemma ging in de dagen na het voorval. In een enkel geval werd een moreel dilemma niet goed herkend, maar aangezien deze kritische incidenten niet bruikbaar waren voor een analyse zijn ze niet verder uitgewerkt. Onderstaand tekst is een voorbeeld van een respondent die te maken dacht te hebben met een moreel dilemma, terwijl dit feitelijk niet zo was:

In het hospitaal werd een pasgeboren baby'tje binnengebracht die een vreemd soort uitstulping op zijn ruggetje had. De artsen hebben vervolgens het baby'tje geopereerd en daarna in een couveuse gelegd om het te laten herstellen van de operatie. De moeder heeft toen 's nachts het baby'tje uit de couveuse gehaald en naast haarzelf in bed gelegd. In haar slaap is de moeder toen op het kindje gaan liggen, waardoor het baby'tje is overleden. Waar ik het meeste moeite mee heb gehad is dat de ouders van het kindje het helemaal niet erg schenen te vinden wat er was gebeurd. 'Inshallah' zeggen ze dan en daarmee is de kous af.

Van de twaalf morele dilemma's zijn vier een goed-fout dilemma, twee een fout-fout dilemma en zes een goed-goed dilemma. De tegenstrijdige belangen die in de dilemma's vooral voorkwamen hadden betrekking op medische en militaire belangen. De militaire regelgeving en de regels die de medische ethiek voorschrijft contrasteerden vaak met elkaar. Een respondent die het over hulp aan de Afghaanse bevolking heeft zegt hierover:

'Aan de ene kant betekent het verpleegkundige zijn haast dat je beloofd dat je er alles aan zal doen om iedereen zo goed en zo kwaad als het kan te helpen, maar aan de andere kant ben je militair en heb je regels waar je je aan moet houden. Dus de letters van de wet en je gevoel als verpleegkundige en je gevoel als mens om andere mensen te willen ondersteunen botsen dan gewoon. Je stuurt iemand weg die je in NL nooit weg zou sturen, dus dat klopt dan eigenlijk gewoon niet.'(dilemma 4).

Dilemma's waarin de integriteit van de patiënt en de organisatie tegenover collegialiteit staat of waarin de integriteit van de patiënt tegenover de loyaliteit van de Defensie organisatie staat worden ook genoemd door respondenten. Als laatste komt de tegenstrijdigheid tussen regelgeving aan de ene kant en opdracht van de hogere commandant aan de andere kant ook veelvuldig voor in de dilemma's die de respondenten noemen. Hierbij wordt in het bijzonder benadrukt dat het hogere niveau vaak beslissingen neemt waarbij de geneeskundige regelgeving nogal gemakkelijk over het hoofd wordt gezien. Een respondent zegt hierover:

Ik heb gemerkt dat het operationele belang bijna altijd prevaleert over het medisch belang. Op het hogere niveau dient de Senior Medical Officer (SMO) in de voorbereidingen op acties buiten de poort het geneeskundige plaatje te verdedigen. De realiteit is dat negen van de tien SMO's totaal geen operationele kennis hebben, omdat ze altijd op de compound zitten en nooit mee de poort uitgaan. Als je een SMO hebt die niet snaait hoe het tactisch/militair in de war steekt, dan kan hij jou ook geen steun geven en dan heb je een dilemma. Als ik dan tegen mijn commandant zeg dat zaken op medisch gebied niet in de hand zijn en dat die

geregeld moeten worden en zo'n commandant zegt vervolgens tegen mij: "dikke lul, zo gaan we het doen, klaar" en ik loop daarop naar de SMO, maar die kan mij geen back-up geven, omdat hij gewoon niet snaait wat er loos is, dan sta je er als AMV'er heel zwak voor. (dilemma 5).

De respondenten blijken bij de morele dilemma's goed in staat te zijn om aan te geven welke belangen of waarden in strijd zijn met elkaar. Daarnaast kunnen zij goed aangeven waarom zij het bij de desbetreffende morele dilemma's moeilijk vonden om een besluit te nemen. Een respondent die voor de keuze staat om zijn geneeskundige voertuig wel of niet in te zetten tijdens een offensief zegt hierover:

Je weet dat je met je geneeskundige voertuig en je non-combattantenstatus je eigenlijk niet mag mengen in militaire acties, maar op het moment dat je in zo'n actie zit en je ziet dat je collega's, die redelijk onbeschermd in zo'n softtop zitten, duidelijk gevaar lopen, dan wil je toch helpen, want je weet dat je op de goede positie zit om ze te kunnen beschermen en je weet dat jouw voertuig wel goed gepantserd is. Bovendien voorkomen is beter dan genezen, toch? (dilemma 7).

Een andere respondent die twijfelt of hij tegen het besluit van een Canadese arts is moet gaan zegt hierover:

Ik zou op dat moment tegen iemand in moeten gaan die medisch gezien gewoon veel beter is dan ik. Dat is gewoon heel simpel, want dat is een arts en die is medisch gezien niet alleen veel beter, maar hij heeft ook nog eens veel meer ervaring. Toch zei mijn eigen oordeelsvermogen dat ik het bij het juiste eind had, maar wanneer ik dat kenbaar zou maken betekende dit wel dat ik bereid was om een risico te nemen met de gewonde patiënt, terwijl de arts het niet met mij eens was. (dilemma 3).

Conclusie eerste criterium

In algemene zin komt dit eerste criterium voor morele professionaliteit in voldoende mate tot uiting bij de respondenten. Hoewel hier enkel een uitspraak kan worden gedaan over de morele dilemma's die door de respondenten als zodanig herkend werden zijn de genoemde dilemma's op een juiste manier herkend en benoemd. In een enkel geval werd een moreel dilemma niet goed herkend en waren dus ook niet bruikbaar voor verdere analyse.

5.3.2 Wordt er een inventarisatie gemaakt van de alternatieven en argumenten?

Het overgrote deel van de respondenten gaat heel bewust stap voor stap de mogelijke opties in het dilemma na. Dit heeft onder andere te maken met een zekere voorspelbaarheid van de dilemma's waar AMV'ers tegenaan kunnen lopen. De vier respondenten die tijdens hun uitzendingen op afvoergroepen werkten hadden bijvoorbeeld al voordat ze op uitzending gingen een inventarisatie gemaakt van de alternatieven en argumenten voor het geval ze werden geconfronteerd met een zieke of gewonde Afghaan die ze niet zouden mogen behandelen. Een respondent zegt hierover:

Voordat ik op uitzending ging had ik een aantal argumenten uitgedacht die verklaarden waarom de ROE's aangaven dat slechts in noodgevallen Afghaanse bevolking behandeld zou mogen worden.

- 1. Als ik iedereen zou helpen dan zou ik het lokale systeem ondermijnen, doordat ik op geneeskundig gebied alles voor de Afghanen zou opknappen.*
- 2. Als ik mijn medische middelen zou gebruiken voor een local en vervolgens zouden wij verder gaan en wij zouden op een IED rijden, dan zou ik geen middelen meer hebben voor de gewonden die dan zouden vallen. Zeker als het om een local zou gaan die ik niet zou kunnen afvoeren, want dat betekent dat ik mijn spullen ook niet zou kunnen herbevoorraden. Voor wat we konden verwachten had ik tijdens mijn uitzendingen genoeg materiaal bij me, maar als er in één keer zes prio 1 gewonden zouden vallen, dan had ik wel een uitdaging gehad. Toch hadden we vrijwel altijd de zekerheid dat er binnen 20 min gewoon een helikopter zou komen om gewonden te evacueren.*
- 3. Voordelen om een de bevolking te helpen was natuurlijk een stukje goodwill, maar ook om informatie los te krijgen, maar ook voor mezelf vond ik het heel fijn om via mijn geneeskundige systeem de Afghaanse bevolking te helpen. Door geneeskundige steun te verlenen wordt het in één keer heel tastbaar dat je daadwerkelijk wat hebt kunnen doen voor Afghanistan. Ik vond het zelf ook hartstikke leuk om contact te hebben met de bevolking, ook als ze niet gewond waren. Al ging het maar over het weer en hoe zij vonden dat het misschien beter kon in de regio, dat vond ik ook wel heel interessant, gewoon het contact. (dilemma 4).*

Uit de interviews bleek dat bij morele dilemma's waarin tegenstrijdigheid bestaat tussen militaire en medische belangen, door AMV'ers in de eerste instantie geprobeerd wordt om het medische belang te behartigen in de lijn van commandanten. AMV'ers zien het als hun plicht om de medische belangen in het operationele plaatje op de kaart te krijgen. Een aantal respondenten geven aan dat zij pas voor zichzelf een afweging gingen maken welk belang

(militair of medisch) ze zelf prevaleerden vanaf het moment dat het hogere niveau niet van plan was om rekening te houden met de medische belangen. Een aantal respondenten geven aan zich wel eens machteloos te hebben gevoeld wanneer het hogere niveau niets met hun medische adviezen leken te doen. Aan de andere kant zegt het gros van de respondenten dat ze in de eerste plaats militair blijven, wat impliceert dat er een hele duidelijke hiërarchie is in wie besluiten maakt en wie niet. *'Opdracht is uiteindelijk opdracht, ook voor de AMV'er.'*

Conclusie tweede criterium

Uit dit tweede criterium blijkt dat het overgrote deel van de respondenten bewust stap voor stap de mogelijke opties in het dilemma nagaan. De respondenten gebruiken hier overigens niet bewust een aangeleerd model voor (zoals het ethisch besluitvormingsmodel). Hoewel de respondenten over het algemeen bij elk moreel dilemma een duidelijke inventarisatie maken van de opties, blijkt dat een opdracht van hoger af toch vaak het doorslaggevende argument is om een bepaalde richting te kiezen.

5.3.3 Worden de argumenten weloverwogen en wordt er vervolgens een oplossing geformuleerd?

De respondenten blijken goed te kunnen aangeven waarom iets wel of niet acceptabel is bij een dilemma waar men tegenaan loopt. De meest gebruikte meetlat die de respondenten gebruiken om een oplossing te formuleren is of ze verwachten dat ze zichzelf nog recht in de spiegel kunnen aankijken wanneer ze voor een bepaalde oplossing zouden kiezen. Vijf van de zeven respondenten geven aan dat ze regelgeving van ondergeschikt belang achten en dat ze liever van hun eigen geweten uitgaan. Een respondent die een keuze moet maken om of met te weinig medische middelen op pad te gaan of tegen de regels in bij de Amerikanen in het gebied medische middelen te lenen zegt hierover:

Tijdens die eerste uitzending hadden we bijvoorbeeld ook heel vaak te weinig materiaal (medische middelen). We hadden niet genoeg infuuszakken, niet genoeg morfine, etc., er waren toen nog veel logistieke problemen. Wij konden wel medische middelen bij de Amerikanen krijgen, maar dit werd strikt verboden door het hospitaal op TK. De Amerikanen noemen ons natuurlijk niet voor niks de 'loan army'. Feit bleef gewoon dat onze logistiek niet in de hand was en dat ik empty handed de poort uit werd gestuurd als het aan al die hoge lui lag. Als er dan gewonden zouden vallen tijdens een actie, dan zou ik heel weinig kunnen beginnen. Mijn enige maat bij dit soort dilemma's is gewoon dat ik mezelf in de spiegel moet kunnen blijven aankijken. Ik wilde mijn collega's gewoon fatsoenlijke geneeskundige steun

kunnen bieden als het mis ging, dus natuurlijk ging ik stiekem spullen lenen bij de Amerikanen. Als de lui uit het NL hospitaal er vervolgens achter kwamen dat wij noodzakelijkerwijs spullen geleend hadden bij de Amerikanen (want wij moesten namelijk wel mee de poort uit naar buiten, terwijl die lui hoog en droog op de base bleven) dan werden we daar goed op afgetikt, want dat mochten we niet doen. (dilemma 6).

Een ander voorbeeld waaruit blijkt dat regelgeving van ondergeschikt belang is op het moment dat dit betekent dat collega's in gevaar zouden kunnen komen, wordt door een respondent als volgt verwoord:

Ik heb zelf ook meegemaakt dat ik twee gewonden had, waarvan er één Taliban was en de ander een ISAF militair. Officieel moet je dan voor de zwaarst gewonde gaan, maar dat doe ik dan niet, dan ga je gewoon voor de ISAF-militair. Vervolgens moet dat dan weer niet bekend worden, want dan wordt je weer afgetikt. Dat interesseert me dan echt niet wat de regel is, je wordt daar ook hard en het is daar een totaal andere manier van leven dan je hier gewend bent. Als je dan ziet hoe je maten voor hun flikker worden geschoten en er vallen doden om je heen, dan ga je wel andere gevoelens ontwikkelen. (dilemma 8).

Bij dilemma's waar medische en militaire belangen tegen elkaar indruisen, lijkt een AMV'er op het eerste gezicht de keuze te moeten maken of hij loyaal blijft aan zijn medische professie of loyaal blijft aan de defensie organisatie. Wanneer echter dieper gekeken wordt naar de motieven van de AMV'ers om voor één bepaalde oplossing te kiezen bij een moreel dilemma, dan blijkt dat het verantwoordelijkheidsgevoel die AMV'ers hebben voor hun collega's vaak een veel doorslaggevender motief is. Zo blijkt uit de interviews dat AMV'ers bij morele dilemma's waar medische en militaire belangen conflicteren, toch vaak kiezen voor het militaire belang. De reden daarvoor ligt niet in het feit dat ze loyaal willen zijn aan de organisatie, maar dat ze loyaal willen zijn aan hun collega's. Meestal (bijv. door Clark zie hs. 2) wordt een tegenstrijdigheid geconstateerd tussen loyaliteit aan de medische ethiek enerzijds, en de loyaliteit van een militair aan organisatie en collega's anderzijds. Echter komt uit de interviews naar voren dat loyaliteit aan organisatie en aan collega's twee verschillende zaken zijn. Een respondent zegt hierover:

De laatste keer dat ik op uitzending was zat ik bij een compagnie, die was opgebouwd uit twee verkennerpelotons. Op een gegeven moment hadden wij toen een actie op Mirabad, wat toen nog een heel gevaarlijk gebied was. Er was één verkennerpeloton dat vond dat er te weinig voorbereidingstijd was en dat het materieel niet goed in de hand was. En daar

hadden ze ook volkomen gelijk in, want we hadden een hele korte voorbereidingstijd voor een complexe actie. Dat verkenners peloton heeft vervolgens voet bij stuk gehouden en is toen op non-actief gezet. Maar goed dat betekende wel dat de rest van de compagnie wel naar Mirabad toe ging, met minder vuurkracht, met minder mensen, noem maar op... Hoewel ik vond dat het verkennerpeloton helemaal gelijk had om te weigeren mee te gaan naar Mirabad zonder een fatsoenlijke voorbereiding ben ik toch met het andere deel van de compagnie meegegaan naar de actie in Mirabad. Ik heb dit gedaan omdat ik het niet aan mezelf had kunnen verkopen om niet mee te gaan. Je zult maar net zien dat ik niet mee ga en dat er dan wat gebeurd met één van die mannen. We zijn toen gegaan en vervolgens kregen we daar ook een tic, waar gelukkig geen gewonden bij zijn gevallen. Maar dit soort situaties zijn ook van die keuzemomenten waarbij je niet goed weet wat je nu moet kiezen. Puur uit je verantwoordelijkheidsgevoel kies je er dan toch voor om mee te gaan met zo'n actie. Als er gewonden waren gevallen, terwijl ik er niet bij was, dan had ik daar een schuldgevoel aan over gehouden. (dilemma 5).

Niet alle respondenten blijken consequent te zijn in de manier waarop zij met morele dilemma's omgaan. Een respondent die in het geval van de Canadese verpleegkundige ervoor kiest om een zaak te maken van het voorval, ondanks de extra spanning die dit zal opleveren voor de werksfeer, kiest er in het dilemma van de krijgsgevangene voor om juist geen actie te ondernemen. De rol van klokkenluider is wellicht de eerste keer minder moeilijk dan de tweede keer. De respondent zegt over het feit dat hij bij de krijgsgevangene geen zaak van het voorval heeft gemaakt het volgende:

Ik kon er voor kiezen om het voorval toch bekend te maken en eventueel voor te stellen om een onafhankelijk onderzoek te laten plaatsvinden. Ik heb hier niet voor gekozen, omdat de werkdruk in het ziekenhuis op dat moment heel groot was en een ander argument was dat ik op dat moment niet zo'n zin had om weer opnieuw mijn hoofd in een wespennest te steken, omdat dit voorval gebeurde na de casus waarbij ik de Canadese verpleegkundige had aangegeven. Het risico was dat ik dan misschien wel meerdere mensen uit het ziekenhuis tegen het licht moest houden (aanspreken op hun gedrag) en dat ik dan mijn relatie met die lui zou verkloten die al heel moeilijk was op dat moment (ook vanwege werkgerelateerde stress). 'Ja, we konden nog samenwerken, nee, dat ging niet altijd meer van harte. Ik had er geen zin in om zo'n stoeve samenwerking nog moeilijker te maken. Bovendien moesten er na mijn uitzending ook weer Nederlanders in dit ziekenhuis samenwerken met zoveel verschillende nationaliteiten en ik wilde het ook niet voor hen verpesten, want je moet wel

met elkaar door één deur kunnen in zo'n ziekenhuis (operationeel belang). Dit werden uiteindelijk wel de zwaarstwegende argumenten om niet aan de bel te trekken. (dilemma 2).

Een ander voorbeeld van inconsequentie in de manier waarop met morele dilemma's wordt omgegaan is geneeskundige steun aan de Afghaanse bevolking. Meerdere respondenten geven aan dat ze er soms voor kozen om strikt de regelgeving te volgen, maar dat ze op andere momenten toch de verleiding niet konden weerstaan om toch te helpen. Hoe vaker men te maken krijgt met een soortgelijk moreel dilemma, des te lastiger wordt het om elke keer aan hetzelfde standpunt vast te houden. Een respondent zegt hierover:

Ik had van tevoren voor mezelf de beslissing gemaakt dat ik in de eerste plaats mee op uitzending was om de ISAF militairen geneeskundig te ondersteunen. Afghaanse bevolking wilde ik alleen helpen als dit strikt noodzakelijk was. In het begin van de uitzending hield ik dit goed vol, maar toch begon het op een gegeven moment aan mij te knagen. Ik merkte dat ik af en toe gewoon tegen de regels in toch Afghanen behandelde, zodat ik daarna weer een tijdje minder moeite had om ze weg te sturen, totdat het weer begon te knagen en dan begon het liedje weer van voren af aan. (dilemma 4).

Ondanks deze inconsequentie overwegen de meeste respondenten toch telkens alle voor- en tegenargumenten en nemen ze de belangen van alle betrokken actoren mee om te bepalen welke actie het meest gepast zou zijn. De inconsequentie heeft eerder te maken met contextuele factoren dan met het inconsequent analyseren van een moreel dilemma.

Conclusie derde criterium

De respondenten blijken goed te kunnen aangeven waarom iets wel of niet acceptabel is. De meest gebruikte meetlat die de respondenten gebruiken om een oplossing te formuleren is of ze verwachten dat ze zichzelf nog recht in de spiegel kunnen aankijken wanneer ze voor een bepaalde oplossing zouden kiezen. Daarbij is regelgeving van ondergeschikt belang aan hun eigen geweten.

Een opmerkelijke bevinding die uit de interviews naar voren komt is dat er een verschil bestaat tussen de loyaliteit aan de organisatie en de loyaliteit aan collega's. Meestal wordt namelijk een tegenstrijdigheid geconstateerd tussen loyaliteit aan de medische ethiek enerzijds, en de loyaliteit van een militair aan organisatie en collega's anderzijds (zie Clarks hs. 2). Uit dit onderzoek blijkt dat loyaliteit aan de organisatie en aan collega's twee verschillende zaken zijn. Wanneer een AMV'er bijvoorbeeld te maken krijgt met een morele

dilemma waar medische en militaire belangen conflicteren, dan kiest hij over het algemeen gekozen voor het militaire belang. De reden daarvoor ligt niet in het feit dat ze loyaal willen zijn aan de organisatie, maar omdat ze loyaal willen zijn aan hun collega's.

De respondenten neigen om bij soortgelijke morele dilemma's niet altijd dezelfde keuze te maken. Deze inconsequentie komt tot uiting doordat een aantal respondenten in sommige gevallen ervoor kiezen om strikt de militaire regelgeving te handhaven, maar op andere momenten toch voor hun gevoel kiezen. Ondanks deze inconsequentie overwegen de respondenten toch telkens alle voor- en tegenargumenten en nemen ze de belangen van alle betrokken actoren mee om te bepalen welke actie het meest gepast zou zijn. De inconsequentie heeft eerder te maken met contextuele factoren dan met het inconsequent analyseren van een moreel dilemma.

5.3.4 Wordt er verantwoording of uitleg gegeven aan anderen over de oplossing en de manier waarop deze tot stand is gekomen?

Opvallend is dat het overgrote gedeelte van de respondenten nauwelijks communiceert met hun collega's op het moment dat ze te maken krijgen met een moreel dilemma. Achteraf wordt vrijwel altijd verantwoording en uitleg gegeven aan anderen over de oplossing en de manier waarop deze tot stand is gekomen, maar voorafgaand aan het besluit gebeurt dit slechts in twee van de twaalf morele dilemma's die uit de interviews gefilterd werden. Daarbij wordt vaak ook onderscheid gemaakt in de personen met wie het morele dilemma wordt besproken. Een respondent die betrokken was bij het dilemma met de Canadese verpleegkundige zegt hierover:

Ik heb wel de bedrijfsmaatschappelijk werkster (Maatschappelijke Dienst Defensie) van het gebied om advies gevraagd. Zij adviseerde mij om mijn belangen goed af te wegen en dan te besluiten welk belang ik voorop stelde. Zij adviseerde om het niet voor mezelf te laten zoals het was, maar om voor mezelf wel een duidelijke keuze te maken en als ik er wat mee ging doen, dat ik er dan ook wat mee moest gaan doen. Dat betekende dat ik dus niet moest denken van ja ik ben nu bij de commandant geweest, dus nu is het wel klaar, maar dan moet je je besluit ook nastreven.

Ik heb er bewust voor gekozen om hier niet met mijn collega's over te praten. Dat vond ik ook een vorm van zieltjes werven en daar hou ik dus niet van. Het was ook niet nodig, want het probleem was tussen haar en mij en ik vind het niet netjes om daar ook andere collega's bij te betrekken. Als je met zijn allen dagelijks in zo'n hospitaal werkt dan ga je je collega's

niet belasten met dit soort zaken, want ook zij moeten dagelijks samenwerken met deze Canadese verpleegkundige. Bovendien krijg je dan het mug-olifant verhaal, want dan gaan je collega's ook op dingen letten en dan wordt de sfeer helemaal vijandig. (dilemma 1).

In het voorbeeld hierboven had de respondent de tijd om advies in te winnen en het dilemma uitgebreid te analyseren. Het gros van de dilemma's waar de respondenten tijdens hun uitzending tegenaan liepen waren niet van dien aard dat er veel tijd was om een oplossing voor het dilemma te bedenken. Hierdoor is vaak geen tijd om met collega's te overleggen of om uitgebreid over oplossingen te gaan discussiëren. Daarnaast geven veel respondenten aan het niet gepast te vinden om dit te doen. Een aantal respondenten zeggen hierover:

Ik stond op de overwatch, terwijl mijn eenheid een patrouille liep. Ineens besloot de commandant van het oorspronkelijke plan af te wijken en nog eens vijf kilometer extra de green in te trekken dan was afgesproken. Daardoor was de geneeskundige afdekking niet meer gegarandeerd en als het mis zou gaan, dan zou ik te laat bij de patrouille kunnen zijn en een helikopter zou er al helemaal niet in de buurt kunnen landen. De commandant was niet van plan om naar mijn waarschuwingen te luisteren. Tijdens zo'n actie ga je dan niet met anderen je problemen bespreken, want dat heeft dan heel veel invloed op het moreel. Als je op het punt staat om met een actie te beginnen en je gaat dan lopen kankeren, dan is dat niet best. Iedereen moet op zo'n moment gewoon scherp zijn en met zijn dingen bezig zijn en dan doe ik dat dus niet. Je probeert juist als AMV'er het moreel hoog te houden, want dat is daar super belangrijk, dus je probeert niet als een negatieve hond over te komen. Als AMV'er heb je ook wel een beetje de taak om de mentale gesteldheid van je club in de smiezen te houden, dus als jij zwaar negatief daar rondloopt, dan help je daar niemand mee. Hoewel ik me tijdens de uitzendingen vaak heel gefrustreerd heb gevoeld, heb ik dat wel altijd verborgen proberen te houden voor de mannen. Dat krijg je er dan wel bij, want hoewel je heel vrij kunt praten, moet je geen mensen de put in gaan lullen, want je moet nog heel veel klussen doen. Tijdens mijn laatste uitzending zijn we in totaal 68 dagen buiten de poort geweest, dus het moreel moest echt wel hoog gehouden worden. (dilemma 5).

Toen ik op de hulppost werkte was het mijn taak om naar de poort te gaan als er Afghaanse bevolking aan de poort stond en om hulp vroeg. Negen van de tien keer mag je zo iemand dan niet mee naar binnen nemen als je de regels volgt. Tijdens zo'n moreel dilemma heb ik juist altijd geprobeerd om discussie met collega's te voorkomen, want op zo'n moment staat iedereen erbij. Je hebt bijvoorbeeld de mensen die aan de poort om hulp zijn komen vragen, maar ook de militairen die de wacht houden staan daarbij. Als die burgers zien dat er gepraat

wordt dan zouden ze valse hoop kunnen krijgen doordat ze zien dat er wordt overlegd dus dan gaan denken dat ze mee naar binnen mogen. Ik hakte de knoop door en achteraf wilde ik best aan iedereen uitleggen waarom ik dat had gedaan maar nooit tijdens. (dilemma 4).

Conclusie vierde criterium

Buiten het feit dat tijdens de morele dilemma's vaak de tijd en de ruimte ontbreekt om hierover met collega's te communiceren vinden de respondenten het niet gepast om collega's te betrekken bij hun morele dilemma's. Ten eerste vreest men dat dit het moreel aantast en dat collega's uit hun concentratie gebracht zullen worden, maar op de tweede plaats voelen de respondenten zich als AMV'er verantwoordelijk voor de mentale gesteldheid van hun collega's en willen ze hen zodoende liever niet betrekken bij moeilijke dilemma's waar ze als AMV'er tegenaan lopen. Communicatie met collega's over een moreel dilemma kan ook tot gevolg hebben dat je als AMV'er onzeker overkomt en dat het bijvoorbeeld voor Afghaanse burgers aan de poort een verkeerd beeld geeft.

5.3.5 Wordt de oplossing in de praktijk gebracht?

Zonder het oordeel dat is gemaakt over het morele dilemma in praktijk te brengen, blijft het oordelen een theoretische exercitie en is iemand praktisch gesproken niet moreel professioneel (Karssing 2000: 45).

De respondenten blijken bereid en bekwaam om te bepalen welke handeling in een concrete situatie het meest gepast is. Hoewel een groot aantal van de respondenten uiteindelijk uit gaat van hun eigen geweten, worden alle overige actoren en hun belangen zeker meegenomen in de besluitvorming.

In een aantal gevallen kwamen respondenten met oplossingen voor een moreel dilemma door een soort van compromis te sluiten tussen de verschillende keuzeopties. Een respondent die het over hulp aan de Afghaanse bevolking heeft zegt hierover:

Ik hielp een zieke of gewonde burger eigenlijk altijd wel, maar dit deed ik dan meer met het idee van als ik er maar even naar kijk en ik geef die Afghaanse burgers aandacht, dan help ik ook al. Verbandmiddelen had ik eigenlijk altijd wel genoeg bij me, dus dan deed ik even een pleistertje of een noodverbandje op de plekken waar ze gewond waren. Op die manier hadden zowel de burgers als ik het idee dat ik iets gedaan had en dat er naar ze geluisterd

was, maar dan gingen ze toch voor verdere behandeling naar hun eigen lokale gezondheidszorgsysteem. (dilemma 4).

Andere respondenten maken wel duidelijk een keuze in één richting. Een andere respondent zegt over een vergelijkbare situatie:

Ze hebben daar in Afghanistan de truc dat ze kinderen in kokend heet water leggen om ze te straffen. Vervolgens komen dan diezelfde ouders, die de daders zijn van de mishandelingen, met dat kind bij ons aanzetten. Tijdens je patrouille kom je dan bijvoorbeeld die kinderen tegen en die kun je dan niet meenemen. Dat mag dus niet, want die kinderen voldoen niet aan die eisen van levens of ledemaatbedreigend, terwijl je eigenlijk die kinderen hartstikke graag wil helpen en meenemen.

In TK heb je een lokaal hospitaaltje, maar als je daar binnenkomt dan lijkt het net alsof je in de Middeleeuwen bent beland. Daar wil je echt voor geen goud behandeld worden. Als je dan een local hebt die niet aan de voorwaarden van levens of ledemaatbedreigend voldoet, dan moet je voor die persoon de gegevens van dat lokale ziekenhuisje op een briefje zetten en hem daarnaar doorverwijzen. Vaak gaan die locals dan te laat naar dat ziekenhuis of ze zijn al dood voordat ze überhaupt aankomen, dat maak je vaak mee.

Wanneer ik dan bijvoorbeeld zo'n ernstig verbrand of ziek kindje bij mij kreeg, die niet aan de voorwaarden voldeed om meegenomen te worden maar die ik wel graag wilde helpen, belde ik de SMO op die op de base de hoogste arts is zeg maar. Maar de SMO zei dan bijna altijd dat ik die kinderen niet mocht behandelen en dat ik ze niet mocht meenemen naar de base. Dat is natuurlijk lekker makkelijk lullen voor zo'n SMO die daar vanuit zijn pantsercomplex zo'n beslissing maakt. Ik ben vervolgens dan degene die zo'n besluit van de SMO persoonlijk moet vertellen aan zo'n local die om hulp vraagt. Vaak verzin je daar wel listen op. Dan vertel ik dan gewoon niet dat ik locals toch behandel. Zoiets moet je achteraf niet gaan zeggen, want dan krijg je de grootste problemen. Zo heb ik een keer op deze manier een verbrand kind geholpen. Die heb ik toen tijdens een langdurige patrouille enkele dagen behandeld. Stiekem neem je dan toch wat extra spullen mee waardoor je locals toch kunt behandelen. Een andere manier is om een beetje te sjoemelen aan de prio die je aan een gewonde local geeft. Stel dat iemand geïndiceerd wordt met prio twee dan is dat voor een local niet ernstig genoeg om naar de base te mogen komen. Wat je dan kunt doen is de verwondingen die zo'n persoon heeft ietwat uitvergroten of aandikken. Als je geluk hebt dan

lukt het je op die manier wel eens om iemands toch naar de base te krijgen. Dat soort dingen worden wel gedaan hoor. (dilemma 4).

De respondenten geven aan dat een besluit bij een moreel dilemma over het al dan niet helpen van de Afghaanse bevolking moeilijker te maken was op het moment dat er kinderen in het spel waren. De respondenten bleken in die gevallen vaker gewillig om de regels opzij te schuiven en toch te behandelen. Een respondent zegt hierover:

Ik vond het moeilijker om een ziek of gewond kind weg te moeten sturen dan een volwassene. Een ziek of gewond kind is zo tegennatuurlijk, kinderen moeten lekker buiten kunnen spelen en rondrennen. Bij volwassenen denk je toch stiekem sneller dat ze al een leven achter de rug hebben. En bij volwassenen speelt ook mee dat je sneller wantrouwig bent. Daarnaast blijven volwassenen je niet snel bij, terwijl een kind je wel bijblijft.

Ik heb ook wel eens volwassen mannen aan de poort gehad die hele rare verwondingen hadden en waarbij we het vermoeden kregen dat die expres aangebracht waren door de Taliban om één van hun handlangers op de base te krijgen om intell te verzamelen. (dilemma 4).

Soms leidde de inventarisatie van alle beschikbare informatie over een moreel dilemma ertoe, dat een respondent er juist voor koos om niets te doen en de situatie te laten zoals deze was, terwijl men niet blij met de situatie was. De oorzaak ligt in het feit dat de situatie zelf moreel onjuist is, maar dat er heel moeilijk iets aan gedaan kan worden. Een respondent zegt hierover:

Je gaat ook vaak op pad met de ANA, maar als die lui zo'n vent (Taliban) te pakken krijgen, dan kun je je wel voorstellen wat er met zo'n kerel gebeurt. Als je dan genezerik bent dan moet je daarna wel naar zo'n vent gaan kijken. Als AMV heb je dan niet de macht om daar wat van te zeggen, je staat daar dan gewoon bij te kijken en als zo'n kerel daarna voor pampus ligt, dan probeer je hem weer een beetje op te lappen, maar tegenhouden kun je dat echt niet. Zo'n ANA vent zegt dan gewoon dat ik niet moet lullen, want zijn hele familie is uitgeroeid door de Taliban, dus ik kom er wel uit. Ik keur het niet goed, maar je kunt er niets aan doen. (dilemma 9).

Geen van de respondenten geeft aan dat ze spijt hebben van besluiten die ze hebben genomen op het moment dat ze met morele dilemma's te maken hebben gehad. Niemand vindt dat hij dingen anders zou doen indien hetzelfde dilemma zich nogmaals zou voordoen.

Uit de interviews komt dan ook niet naar voren dat men de gewilde oplossing uiteindelijk toch niet in de praktijk heeft uitgevoerd. Zelfs bij morele dilemma's waarbij onenigheid met de commandant over de opdracht ontstond konden de desbetreffende respondenten zich verenigen met het feit dat ze er uiteindelijk toch voor kozen om het besluit van de commandant te volgen, omdat ze wisten dat ze alles geprobeerd hadden om hun gelijk te krijgen. *'Het belangrijkste vond ik dat ik mijn collega's kon helpen indien zij dit nodig hebben, dus natuurlijk ging ik mee ook al was ik het totaal niet eens met de gang van zaken.'* (dilemma 5).

Conclusie vijfde criterium

De respondenten hebben geen kritische incidenten genoemd waarbij zij hun oplossingen niet daadwerkelijk in de praktijk tot uiting hebben gebracht. Geen van de respondenten geeft aan dat ze spijt hebben van besluiten die ze hebben genomen op het moment dat ze met morele dilemma's te maken hebben gehad. Niemand vindt dat hij dingen anders zou doen indien hetzelfde dilemma zich nogmaals zou voordoen. Aan de andere kant geven veel respondenten aan dat ze wel gefrustreerd zijn geweest over besluiten die door hogere commandanten voor hen genomen zijn en waar ze het niet mee eens waren. Soms kan de context van een moreel dilemma zodanig zijn dat de situatie zelf moreel onjuist is, maar men daar niets aan kan veranderen.

5.3.6 Wordt de oplossing achteraf nog teruggekoppeld?

Alle respondenten geven aan dat men in een later stadium nog nagedacht heeft over hoe de oplossing van het morele dilemma in de praktijk is uitgekapt en wat men daarvan heeft geleerd. Dit werd mede gestimuleerd door de manier waarop tijdens de uitzendingen werd omgegaan met evaluaties. Een respondent zegt hierover:

Het is regulier om direct na een actie een debriefing te doen. Dit is een korte meeting die wordt gebruikt om even de stoom van je af te blazen. Vervolgens ga je dan één of twee dagen daarna de situatie tot in detail evalueren met elkaar. Hierbij dient iedereen precies te vertellen wat zijn rol en zijn gedachten waren in de situatie en wat hij hiervan denkt te hebben geleerd. Ik heb dit als zeer nuttig ervaren, maar bovenal gaf het ook steun om met elkaar erover te praten.

Een aantal respondenten geven aan deze debriefing vaak te hebben gebruikt om aan hun collega's uit te leggen waarom ze bepaalde keuzes hadden gemaakt tijdens een actie. Een respondent zegt hierover:

Veel van mijn collega's om mij heen begrepen bijvoorbeeld niet waarom ik zo vaak Afghaanse burgers wegstuurde als ze om hulp kwamen vragen. Die collega's zien dat je de spullen hebt en die begrijpen niet waarom ik dan niets doe. Zeker als het kleine kinderen waren kostte het me vaak best wel wat moeite om aan mijn collega's duidelijk te maken waarom ik dan niet kon helpen. Later konden we dat gewoon uitspreken en dan was het ook wel weer helemaal goed, maar mensen hadden daar toch een raar gevoel bij. We rijden dan in zo'n gebied met de mooiste spullen die je maar kan hebben, want het is haast een ambulance die je bij je hebt, en dan kun je toch niet alles gebruiken. Dat was af en toe vooral voor de mensen om mij heen die niet medisch waren toch zwaar. Ik had soms zelfs het idee dat het voor hun zwaarder was dan voor mij, omdat ik van te voren wist dat ik het tegen zou gaan komen. De evaluaties na zo'n actie waren dan heel nuttig, omdat ik dan aan hen kon uitleggen waarom ik die mensen had weggestuurd.

Hoewel deze evaluaties die standaard na elke actie plaatsvinden over het algemeen positief worden beoordeeld, blijkt uit de interviews ook dat veel AMV'ers elkaar op de base opzoeken. Het contact met collega AMV'ers die vaak met soortgelijke dilemma's te maken krijgen en die op dezelfde manier tegen die dilemma's aankijken, voelt vertrouwd en makkelijk.

Conclusie zesde criterium

De respondenten komen op een geslaagde manier tegemoet aan het laatste criterium. Alle respondenten geven aan dat men in een later stadium nog nagedacht heeft over hoe de oplossing van het morele dilemma in de praktijk is uitgekapt en wat men daarvan heeft geleerd. Tijdens uitzendingen worden acties standaard uitvoerig geëvalueerd en de respondenten geven aan dat ze tijdens deze evaluaties goed konden verwoorden wat ze hadden meegemaakt. Daarnaast blijkt ook dat veel collega AMV'ers elkaar opzoeken om te praten over moeilijke situaties waarmee ze te maken hebben gehad in een actie tijdens hun uitzending. Deze vorm van het uitwisselen van informatie tussen AMV collega's is echter niet structureel geregeld vanuit de organisatie.

Geen van de respondenten geven aan dat zij na hun uitzending nog een aparte evaluatie hebben gehad die specifiek gericht was op kritische incidenten waar zij als AMV'er tegenaan liepen. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat een medisch ethische evaluatie na afloop van een uitzending met het gehele AMV populatie die mee op uitzending was van toegevoegde waarde zou zijn.

6 Conclusies & aanbevelingen

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: *In hoeverre beschikken AMV'ers over morele professionaliteit die nodig is om verantwoordelijk om te kunnen gaan met morele vragen en dilemma's?* In dit hoofdstuk zal antwoord gegeven worden op deze vraag en zullen aanbevelingen gedaan worden die meegenomen kunnen worden bij training en opleiding van de AMV'er.

6.1 Conclusies

De morele dilemma's die door de respondenten als zodanig werden herkend en benoemd, worden door de respondenten over het algemeen zorgvuldig geanalyseerd om te kunnen bepalen welke handeling in bij het desbetreffende dilemma het meest gepast is. Uit de resultaten kunnen een aantal belangrijke conclusies worden getrokken

Uit de analyse van de casuïstiek komt het beeld naar voren dat de AMV'er een moreel dilemma kan herkennen en benoemen. Hoewel hier enkel een uitspraak kan worden gedaan over de morele dilemma's die door de respondenten als zodanig herkend werden zijn de genoemde dilemma's op een juiste manier behandeld. In een enkel geval werd een moreel dilemma niet goed herkend, maar deze zijn niet opgenomen in de casuïstiek, omdat ze niet geschikt waren voor verdere analyse.

Het overgrote deel van de respondenten gaat bij de confrontatie met een moreel dilemma bewust stap voor stap de mogelijke alternatieven na. Bij deze inventarisatie werd geen aangeleerde systematiek gebruikt, maar dit gebeurde volgens een individueel aangeleerd patroon en voornamelijk intuïtief. Hoewel de respondenten voor zichzelf bij een moreel dilemma een duidelijke inventarisatie maken van de opties, is een opdracht van hoger af meestal een doorslaggevend argument om mee te gaan in de richting die het hogere niveau verwacht. Dit ondermijnt de eigen morele afweging en leidt tot frustratie bij de respondenten, aangezien een opdracht van hoger af vaak betekende dat de eigen afwegingen niet in de praktijk gebracht konden worden.

Uit de analyse van de casuïstiek blijkt dat de respondenten goed kunnen aangeven waarom iets wel of niet acceptabel is. De meest gebruikte meetlat die de respondenten gebruiken om een oplossing te formuleren is of ze verwachten dat ze zichzelf nog recht in de spiegel kunnen aankijken wanneer ze voor een bepaalde oplossing zouden kiezen. Daarbij is regelgeving van ondergeschikt belang aan hun eigen geweten. Wanneer de AMV'er uitgaat van zijn eigen geweten betekent dit niet dat hij de realiteit uit het oog verliest. Werkzaam zijn als AMV'er in een complexe situatie betekent dat er soms harde keuzes gemaakt moeten worden en dat zich altijd situaties kunnen voordoen die slecht aflopen, ook al wordt er alles aan gedaan om dit te voorkomen. Uit de analyse van de casuïstiek blijkt dat de respondenten hier goed mee omgaan.

Wanneer de respondenten werden geconfronteerd met een moreel dilemma werden collega's hier bijna nooit bij betrokken. Buiten het feit dat vaak de tijd en de ruimte ontbrak om hierover met collega's te communiceren vinden de respondenten het niet gepast om collega's te betrekken bij hun morele dilemma's. Ten eerste vreest men dat dit het moreel aantast en dat collega's uit hun concentratie gebracht zullen worden, maar op de tweede plaats voelen de respondenten zich als AMV'er verantwoordelijk voor de mentale gesteldheid van hun collega's en willen ze hen zodoende liever niet betrekken bij moeilijke dilemma's waar ze als AMV'er tegenaan lopen.

Geen van de respondenten geeft aan dat ze spijt hebben van besluiten die ze hebben genomen op het moment dat ze met morele dilemma's te maken hebben gehad. Niemand vindt dat hij dingen anders zou doen indien hetzelfde dilemma zich nogmaals zou voordoen. Aan de andere kant geven veel respondenten aan dat ze wel gefrustreerd zijn geweest over besluiten die door hogere commandanten voor hen genomen zijn en waar ze het niet mee eens waren. Soms kan de context van een moreel dilemma zodanig zijn dat de situatie zelf moreel onjuist is, maar men daar niets aan kan veranderen.

Alle respondenten geven aan dat zij in een later stadium nog nagedacht hebben over de manier waarop de oplossing van het morele dilemma in de praktijk is uitgekapt en wat men daarvan heeft geleerd. Tijdens uitzendingen worden acties standaard uitvoerig geëvalueerd en de respondenten geven aan dat ze tijdens deze evaluaties goed konden verwoorden wat ze hadden meegemaakt. Daarnaast blijkt dat veel collega AMV'ers elkaar opzoeken om te praten over moeilijke situaties waarmee ze te maken hebben gehad in een actie tijdens hun uitzending. Deze vorm van het uitwisselen van informatie tussen AMV collega's is echter niet structureel geregeld vanuit de organisatie.

Uit de casuïstiek komt naar voren dat geneeskundig personeel na een uitzending geen aparte evaluatie krijgt die specifiek gericht is op kritische incidenten waar zij als geneeskundig personeel tegenaan zijn gelopen. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat een medisch ethische evaluatie na afloop van een uitzending, met de gehele AMV populatie die mee op uitzending was, van toegevoegde waarde zou zijn.

Naast conclusies omtrent de morele professionaliteit, die hierboven zijn toegelicht, kan uit de analyse van de resultaten nog een aantal opvallende conclusies worden getrokken die hieronder worden toegelicht.

Ten eerste blijkt uit de resultaten dat de dilemma's waar AMV'ers in het uitzendgebied mee te maken krijgen hoofdzakelijk verband hebben met de verschillen tussen medische en militaire belangen. Opvallend hierbij is dat AMV'ers hoofdzakelijk voor het militaire (organisationele) belang kiezen. De oorzaken hiervan is dat de hogere legerleiding in de meeste gevallen het operationele belang boven het militaire belang verkiest, waardoor de AMV'er in een positie wordt gedrukt waarin hij kan kiezen om te gehoorzamen aan de opdracht van de hogere legerleiding of datgene te doen dat in de medische ethiek als moreel juist staat omschreven.

De voornaamste reden waarom de respondenten zich vaak neerleggen bij besluiten van de hogere legerleiding, is omdat zij zich verantwoordelijk voelen over het welzijn van hun collega's. AMV'ers, die meegaan met een actie waar zij in morele zin een dubbel gevoel over hebben, doen dit uit collegialiteit en kameraadschap en niet zozeer omdat ze loyaal willen zijn aan de organisatie. Het idee dat men niet ter plaatse zou kunnen zijn als één van hun collega's gewond raakt voelt kennelijk alsof de AMV'er zijn collega's in de steek laat en zodoende zijn verantwoordelijkheid ontduikt. Dit morele argument weegt op tegen alle andere morele argumenten. Hoewel meestal een tegenstrijdigheid wordt geconstateerd tussen loyaliteit aan de medische ethiek enerzijds, en de loyaliteit aan de militaire organisatie en collega's anderzijds, bestaat er dus ook een tegenstrijdigheid tussen de loyaliteit aan de militaire organisatie en de loyaliteit aan collega's.

Een tweede opvallende conclusie is dat de soort beslissingen die de respondenten nemen afhangen van de positie die de respondenten innemen in de missie. Sommigen zien zichzelf in de eerste plaats als krijger die als extra's ook nog medische hulp kunnen bieden, terwijl anderen zich vooral focussen op het bieden van geneeskundige steun. De functie die men vervult in het missiegebied heeft in grote mate invloed op de manier waarop een AMV'er

zichzelf ziet: krijger of verpleegkundige. Hierbij verkiezen AMV'ers van afvoergroepen vooral voor de militaire kant en AMV'ers van hulpposten of hospitalen de medische kant.

Ten derde wordt een kritisch incident soms door sommige respondenten als een moreel dilemma gezien, terwijl andere respondenten dit anders beoordelen. Sommige AMV'ers vinden de vraag over het wel of niet helpen van de Afghaanse bevolking een serieus dilemma, terwijl andere AMV'ers een duidelijk keuze voor zichzelf hebben gemaakt dat het hun functie is om alleen geneeskundige steun aan ISAF militairen te verlenen. Het afwijzen van steun aan de Afghaanse bevolking werd door deze respondenten al bijna niet meer als een dilemma gezien.

De mate waarin gebeurtenissen wel of niet als een dilemma worden ervaren is ook terug te vinden in de mate waarin AMV'ers wel of geen militaire steun verlenen op het moment dat zij met hun eenheid met een actie bezig zijn of in een tic³ terechtkomen. Sommige AMV'ers willen het liefst geen diemaco in hun hand hebben, terwijl andere AMV'ers het geen probleem vinden om een boordwapen op hun voertuig te monteren en te assisteren in een offensief. Regelgeving op dit gebied is onduidelijk, zodat beide vormen voorkomen in het uitzendgebied. Het hangt er maar vanaf hoe de commandant van een eenheid de militaire inzet van een geneeskundige afvoergroep ziet. Deze commandanten komen veelal bij de infanterie of de cavalerie verkenning vandaan en krijgen niet of nauwelijks scholing in hoe omgegaan moet worden met geneeskundige afvoergroepen op het gebied van de Conventie van Geneve om maar te zwijgen over hun kennis over de medische ethiek.

Ten vierde blijkt dat de regelgeving in het uitzendgebied niet altijd even duidelijk was voor de AMV'er. Niet alleen de regelgeving betreffende de inzet van gevechtskracht door medisch personeel is onduidelijk, maar ook de regelgeving over de hulp aan de Afghaanse bevolking was niet altijd even helder. Respondenten geven aan dat zij de ene keer wel Afghanen, die niet levens- of ledemaatbedreigend gewond waren, mochten behandelen, maar dat ze andere keren zelfs geen Afghanen mochten behandelen die wel levens- of ledemaatbedreigend gewond waren, omdat zij die verwondingen niet door toedoen van ISAF hadden opgelopen. Morele dilemma's die het gevolg zijn van onduidelijke regelgeving zijn lastig te beoordelen. Het overgrote deel van de respondenten geeft aan dat hun belangrijkste

³ TIC is een afkorting voor Troops In Contact. Dit betekent dat een eenheid tijdens een actie in gevecht raakt met vijandelijke eenheden.

criterium bij de confrontatie met een dergelijk moreel dilemma is of zij zichzelf later met de bedachte oplossing recht in de spiegel kunnen aankijken.

6.2 Aanbevelingen

Aanbevelingen in het kader van dit onderzoek zouden zich in de eerste instantie moeten richten op de opleiding van de AMV'er. Hoewel uit dit onderzoek blijkt dat tijdens de opleidingen en trainingen van de AMV'er weinig tijd wordt besteed aan ethiek, lijkt er gezien de resultaten van dit onderzoek op het eerste gezicht geen directe noodzaak te bestaan om daar meer aandacht aan te besteden. Veel AMV'ers nemen op dit moment zelf de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van hun eigen morele professionaliteit. Men zoekt elkaar op, deelt ervaringen en discussieert hierover. Op deze manier zorgt de AMV'er er zelf voor dat hij over de materie na blijft denken, maar dit hangt volledig af van het eigen initiatief. Morele professionaliteit is voor geneeskundig personeel van grote waarde en Defensie zou deze capaciteit niet van eigen initiatief mogen laten afhangen. Door tijdens de AMV opleiding vaker gastsprekers uit te nodigen die hun ervaringen met morele dilemma's in het uitzendinggebied kunnen delen, wordt het contact tussen collega's vanuit de organisatie gestimuleerd. Uit dit onderzoek blijkt dat contact met collega AMV'ers een grote bijdrage levert aan de morele professionaliteit, dus dit contact moet door Defensie al in de AMV opleiding gegarandeerd en gestimuleerd worden.

Hoewel AMV'ers op dit moment zelf het contact met collega AMV'ers opzoeken om ervaringen met ethische dilemma's te delen en te bediscussiëren zou dit vanuit Defensie zelf gestimuleerd kunnen worden. Zowel voor, tijdens als na de uitzending moeten er vanuit de organisatie mogelijkheden worden gecreëerd om collega AMV'ers in contact te brengen met elkaar. De geneeskundige dienst in Oirschot heeft hier al een belangrijke stap gezet, maar deze initiatieven zouden door de organisatie omarmd moeten worden. Dit soort zaken dienen niet af te hangen van een commandant die toevallig initiatief toont, maar moeten structureel vastgelegd worden, zodat elke genezerik die op uitzending gaat, standaard een specifiek geneeskundige missiegerichte training krijgt. Daarnaast kwam uit het onderzoek naar voren dat de behoefte bestaat om na een uitzending een medisch ethische evaluatie te organiseren waarin de AMV'ers, die met elkaar op uitzending zijn geweest, kritische incidenten met elkaar kunnen bespreken.

Andere aanbevelingen richten zich meer in algemene zin op de Defensie organisatie, dan op de AMV'er specifiek. Uit de resultaten komt naar voren dat AMV'ers die met hun afvoergroepen toegevoegd zijn aan een bepaalde eenheid regelmatig onenigheid hebben met de commandanten van die eenheden. Een aanbeveling die in dit kader gedaan kan worden is om in de VTO's van de aspirant-officieren van de infanterie en cavalerie verkenning een module te beleggen waarin het geneeskundig optreden aan de orde komt. Hierbij zou de nadruk moeten liggen op regelgeving met betrekking tot de inzet van de geneeskundige afvoergroep en de mate waarin het geneeskundig personeel geweld zou mogen uitoefenen. Daarnaast zou de expertise van AMV'ers over geneeskundige zaken als de geneeskundige afdekking door commandanten niet zo lichtzinnig moeten worden opgevat.

Een andere aanbeveling betreft de regelgeving. Vooral de regelgeving met betrekking tot geneeskundige hulp aan bevolking en de mate van inzet van geneeskundig personeel bij de uitoefening van geweld dienen glashelder te worden geformuleerd. De NAVO is de afgelopen jaren bezig geweest met de ontwikkeling van Medical Rules of Eligibility (MROE). De invoering van deze MROE's zou hiervoor de oplossing kunnen zijn.

De laatste aanbeveling die uit de resultaten van dit onderzoek gefilterd kan worden is de rol van de SMO tijdens uitzendingen. De SMO is in het uitzendgebied de hoogste medische autoriteit en is in die hoedanigheid altijd aanwezig bij bevelsuitgiften en planningen voor acties van het hoogste niveau. Uit dit onderzoek blijkt dat veel AMV'ers tegen het feit aanlopen dat het bij de SMO soms schort aan operationele kennis. Hierdoor is de SMO niet altijd goed in staat om het geneeskundig belang te vertegenwoordigen en voelen AMV'ers zich soms niet gesteund door deze hogere autoriteit. De SMO zou als medische autoriteit ook een rol moeten kunnen spelen als adviseur voor militair-medische dilemma's. Dit betekent wel dat er aanvullende opleidings- en ervaringseisen voor de functietoewijzing tot SMO dienen te komen. De SMO moet een betere militaire opleiding krijgen en in ieder geval een aantal keer mee de poort uit zijn geweest om te kunnen snappen wat zich buiten de base afspeelt. Hierdoor zouden veel dilemma's en onenigheden tussen AMV'ers en hun commandanten voorkomen kunnen worden.

7 Reflectie

In dit hoofdstuk zal eerst het product van dit onderzoek worden besproken. Hierna zal kort worden ingegaan op de manier waarop het onderzoeksproces is gegaan.

7.1 Reflectie op het product

De sterkte van dit onderzoek was de output die uit de interviews gegenereerd kon worden. Uit de zeven interviews kon veel meer data gehaald worden dan van tevoren gedacht was. Dit was voornamelijk te danken aan alle respondenten die geen rem voelden om hun ervaringen, meningen en gevoelens te delen. De morele dilemma's, die tijdens een uitzending worden ervaren en de manier waarop de respondenten daarmee zij omgegaan vormden de kern van het onderzoek.

De grootste beperkingen van het onderzoek waren de beschikbare tijd en de omvang van de onderzoeksgroep. Acht weken voor een volledig onderzoek is krap. Daarnaast is in dit onderzoek slechts een indicatie gemaakt van de morele professionaliteit van de AMV'er op grond van zeven respondenten. Om de gehele AMV populatie goed in kaart te kunnen brengen, en zodoende algemene uitspraken over de gehele populatie van AMV'ers binnen de Koninklijke Landmacht te kunnen formuleren, is een grotere onderzoeksgroep nodig. Hiervoor zou een kwantitatief onderzoek wellicht meer uitkomsten kunnen bieden. Er bestaat een gevalideerde kwantitatieve vragenlijst over moreel oordeelsvermogen (Zie Moral Judgement Test van Lind). Deze vragenlijst zou als uitgangspunt genomen kunnen worden in een kwantitatief onderzoek naar de morele professionaliteit van AMV'ers.

Een andere beperking van het onderzoek was de meetbaarheid van morele professionaliteit. Ethiek is en blijft een vaag begrip en het is zeer moeilijk om valide wetenschappelijke uitspraken te kunnen doen over onderwerpen die de ethiek zo nauw raken.

7.2 Reflectie op het onderzoeksproces

Over het algemeen ben ik zeer tevreden over het onderzoeksproces. Hoewel het hard werken is om binnen acht weken een volledig onderzoek uit te werken is het zeker haalbaar gebleken. Het onderzoek heeft wat vertraging opgelopen, omdat het moeilijker bleek dan gedacht om afspraken met AMV'ers te regelen voor een interview. Er was een gebrek aan beschikbaarheid van de aanwezige AMV'ers en daarnaast bestaat er op dit moment een groot tekort aan AMV'ers in de organisatie. Uiteindelijk is het met wat vertraging alsnog gelukt om zeven interviews af te nemen.

De interviews vond ik het meest interessante gedeelte van mijn onderzoek. De respondenten hadden met veel meer morele dilemma's te maken gekregen dan ik van tevoren had verwacht. Dat Nederlandse AMV'ers bijvoorbeeld ook te maken zouden krijgen met ernstige overtredingen op het gebied van krijgsgevangenen had ik niet verwacht. Voorafgaand aan dit onderzoek dacht ik dat dit soort excessen zich alleen voordeden bij de Amerikaanse Krijgsmacht. De ervaringen van de AMV'ers maakten dat het onderzoek meer pit kreeg.

Literatuurlijst

Boeken:

Baarda van, T.A., Iersel van, A.H.M., Verweij, D.E.M. (2004) *Praktijkboek militaire ethiek, ethische vraagstukken, morele vorming, dilemmatraining*. Budel: Damon.

Baarda van, T.A., Verweij, D.E.M. (2006) *Military ethics, the Dutch approach: A practical guide*. Leiden: Koninklijke Brill N.V.

Baarda van, T.A., Verweij, D.E.M. (2009) *The moral dimension of asymmetrical warfare: counter-terrorism, democratic values and military ethics*. Leiden: Koninklijke Brill N.V.

Burk, J. (2002) *Expertise, Jurisdiction, and Legitimacy of the Military Profession*. USA: United States Military Academy.

Cook, M.L. (2004) *The moral warrior: Ethics and service in the U.S. military*. New York: State University of New York.

Bergen van, L. (1991) *Waarde generaal: voelt u zich wel goed? Geneeskunde, leger, oorlog en vrede*. Nijmegen: Stichting Studiefonds Medische Polemologie.

Bolt, L.L.E., Verweij, M.F., Delden van, J.J.M. (2007) *Ethiek in praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum B.V.

Born, H., Moelker, R., Soeters, J. (1999) *Krijgsmacht en samenleving; klassieke en eigentijdse inzichten*. Tilburg: Tilburg University Press.

Fotion, N., Elfstrom G. (1986) *Military ethics: guidelines for peace and war*. USA: Routledge.

Gross, M.L. (2006) *Bioethics and armed conflict, moral dilemmas of medicine and war*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.

Have ten, H.A.M.J., Meulen ter, R.H.J., Leeuwen van, E. (2003) *Medische ethiek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum B.V.

Hogendoorn, R.A. (2006) *Gedrag in publieke organisaties, validatie van onderzoeksvragen over ethische prestaties*. Nyenrode Business Universiteit.

Iersel van, A.H.M., Baarda van, T.A. (2002) *Militaire ethiek, morele dilemma's van militairen in theorie en praktijk*. Budel: Damon.

Karssing, E.D. (2004) *Morele competentie in organisaties*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Karssing, E.D. (2006) *Integriteit in de beroepspraktijk*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Kant, I., Lange de, I., Wal van der, G.A. (1978) *Grondslagen van de ethiek: grondslag voor de metafysica van de zeden*. Amsterdam: Uitgever Boom.

Lammers, J. (1991) *Grootschalig veldonderzoek: inleiding in de data-analyse*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Maas, J.G.V. (1999) *Professionaliteit: management van professie en professionele organisaties*. Deventer: Wolters Kluwer Business.

Miles, S.H. (2006) *Oath betrayed: torture, medical complicity and the war on terror*. New York: Random House, Inc.

Sporken, P. (1973) *De arts in dienst, van de patiënt en/of van bedrijf, sport, justitie, leger*. Bilthoven: Ambo B.V.

Verschuren P., Doorewaard, H. (2000) *Het ontwerpen van een onderzoek*. Utrecht: Lemma B.V.

Wester, F., Peters, V. (2004) *Kwalitatieve analyse: uitgangspunten en procedures*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Yin, R. K. (2003) *Applications of case study research*. USA: Sage publications, Inc.

Zimbardo P.G. (2007) *The lucifer effect: understanding how good people turn evil*. New York: Random House.

Publicaties

Fisscher, O., Laan, A. (2003) *Het organiseren van morele competentie*. Gids voor personeelsmanagement 3, Kluwer.

Gort, G.J. (1999) *Medische en militaire ethiek*. Carré nr. 1, p. 28-30.

Groen, J.H.M. (2007) *Professionaliteit vereist ethische vorming*. Carré nr. 6, p. 32-36.

Groen, J.H.M., Verweij, D.E.M. (2008) *De onlosmakelijke band tussen professionaliteit en ethiek*. Militaire Spectator, jaargang 177 nr. 6, p. 349-360.

Olsthoorn, P. (2009) *Onderwijs in de militaire ethiek*. Carré vol. 32 nr. 4, p. 25-27.

Verweij, D.E.M. (2002) *De complexiteit van militaire ethiek*. Humanistiek, jaargang 3 nr. 9, p. 25-34.

Verweij, D.E.M. (2005) *Het belang van militaire ethiek voor de Krijgsmacht*. Carré nr. 7/8, p. 28-30.

Verweij, D.E.M. (2007) *'Menselijk al te menselijk' Militaire ethiek en medische ethiek: een complexe relatie*. Carré vol. 30 nr. 6, p. 6-8.

Verweij, D.E.M. (2009) *Denken in dialoog: ethiek en de militaire praktijk*. Militaire Spectator vol. 178, nr. 1, p. 15-25.

Visse, M.A., Vermetten, E., Verweij, D.E.M. (2007) *Tragisch dilemma: onderzoek naar gevolgen van tragische dilemma's voor geestelijke gezondheid*. Carré nr. 12, p. 28-30.

Vogels, M. (2002) *Morele dilemma's en humanistische geestelijke verzorging in de Krijgsmacht*. Humanistiek jaargang 3 nr. 9, p. 36-44.

Journal publicaties

Coleman, S. (2009) *The problems of Duty and Loyalty*. Journal of Military Ethics vol. 8 nr. 2, p. 105-115.

Clark, P.A. (2006) *Medical ethics at Guantánamo Bay and Abu Ghraib: the problem of dual loyalty*. The Journal of Law, Medicine & Ethics, vol. 34 nr. 3, p. 570-580.

Duriez, B. (2001) De ontwikkeling van Moreel Denken. De ideologie bias in de theorie van L. Kohlberg. Intern rapport van het Centrum voor Godsdienstpsychologie, K.U. Leuven.

Duriez, B. (2003a) Het opkrikken van de morele competentie. Een efficiënte strategie om mensen hun democratische vaardigheden te verhogen. Centrum voor Godsdienstpsychologie, K.U. Leuven, België.

Duriez, B. (2003b) Religiosity, Moral Attitudes and Moral Competence. A research note on the relation between Religiosity and Morality. Centrum voor Godsdienstpsychologie, K.U. Leuven, België.

Duriez, B. en De Marez P.-J. (2000) Voorstelling en validering van de Morele Oordeel Test (MOT), de Nederlandse versie van de Moral Judgement Test (MJT). Centrum voor Godsdienstpsychologie, Faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen, K.U. Leuven, België.

Enemark, C. (2008) *Triage, Treatment, and Torture: Ethical Challenges for US Military Medicine in Iraq*. Journal of Military Ethics vol. 7 nr. 3, p. 186-201.

Kremer, G.D. (1996) *Medical ethical dilemmas in a peacekeeping operation*. Jason Magazine nr. 6, December, p. 7-9.

Liebes, T., Blum-Kulka, S. (1994) *Managing a Moral Dilemma: Israeli Soldiers in the Intifada*. Armed Forces and Society, vol. 21 nr. 1, p. 45-68.

Verweij, D.E.M., Hofhuis, K.G.H., Soeters J. (2007) *Moral Judgment within the Armed Forces*. Journal of Military Ethics vol. 6 nr.1, p. 19-40.

Wilks, M. (2005) *A stain on medical ethics*. The Lancet, vol. 366, nr. 9484, 6 augustus 2005, p. 429-431.

Scripties

Hofhuis, K.G.H. (2005) *Moreel oordeelsvermogen binnen de krijgsmacht*. Master's thesis, University of Tilburg.

Külcü, E. (2009) *Crossculturele en morele competentie*. Master's thesis Erasmus Universiteit Rotterdam.

Internetbronnen

Miles, S.H., Freedman, A.M. (2009) *Medical ethics and torture: revising the declaration of Tokyo*. The Lancet, vol. 373, issue 9660, p. 344-348.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60097-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60097-0/fulltext)

geraadpleegd op 26-09-2009.

Reuters, A.P. (2009) *Obama tegen vrijgeven foto's martelingen*. NRC Handelsblad, 14 mei 2009.

[http://www.nrc.nl/buitenland/article2241081.ece/Obama tegen vrijgeven fotos martelingen](http://www.nrc.nl/buitenland/article2241081.ece/Obama_tegen_vrijgeven_fotos_martelingen)

Rubenstein, L.S., Annas, G.J. (2009) *Medical ethics at Guantanamo Bay detention centre and in the U.S. military: a time for reform*. The Lancet, vol. 347, issue 9686, p. 353-355.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60873-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60873-4/fulltext)

geraadpleegd op 26-09-2009.

Washington Post (2009) *ICRC report calls CIA detainee treatment 'inhuman'*

http://www.vredessite.nl/andernieuws/2009/week16/04-07_report.html geraadpleegd 26-09-

2009.

Wilks, M. (2005) *A stain on medical ethics*. The Lancet, vol. 366, issue 9484, p. 429 – 431.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)67035-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)67035-3/fulltext)

geraadpleegd op 26-09-2009.

Medische dilemma's tijdens humanitaire hulp- en vredesmissies

<http://www.johannes-wier.nl/news.php?news=175> geraadpleegd op 26-09-2009.

Irak: Betrokkenheid medisch personeel Abu Ghraib

<http://www.johannes-wier.nl/news.php?news=202> geraadpleegd op 26-09-2009.

Betrokkenheid van artsen bij martelingen

<http://www.johannes-wier.nl/news.php?news=284> geraadpleegd op 26-09-2009.

Medisch ethische dilemma's in de Krijgsmacht

<http://www.johannes-wier.nl/news.php?news=337> geraadpleegd op 26-09-2009.

Militair arts is in de eerste plaats arts

<http://www.johannes-wier.nl/news.php?news=476> geraadpleegd op 26-09-2009.

Thesaurus Zorg en Welzijn (zoekterm professionaliteit)

<http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/professionaliteit.htm> geraadpleegd op 14-11-2009.

Wikipedia www.wikipedia.com geraadpleegd tussen 26-09-2009 en 01-12-2009.

Foto op het voorblad: Jean-Marc Bouju, *World Press Photo 2003*.

http://www.pdnonline.com/photodistrictnews/photos/2004/02/news_worldpress1.jpg
geraadpleegd op 09-12-2009.

Overige bronnen:

Beroepsdeelprofiel Militair Verpleegkundige (2005) Beroepsvereniging Nederlands Militair Verpleegkundigen en Verzorgenden.

Bijlage A – Matrix

Dilemma \ Criteria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Morele dilemma herkent en benoemd?	0	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. Inventarisatie gemaakt van alternatieven en argumenten?	x	x	x	x	x	x	0	x	x	0	0	x
3. Zijn de argumenten weloverwogen en is een oplossing geformuleerd?	x	x	x	x	x	x	0	x	x	0	x	x
4. Is verantwoording of uitleg gegeven aan anderen over de oplossing?	x	x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. Is de oplossing in de praktijk gebracht?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6. Is de oplossing teruggekoppeld (met anderen)	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Bijlage B – Vragenlijst

Geachte heer/mevrouw,

De Faculteit Militaire Wetenschappen doet onderzoek naar de morele professionaliteit van geneeskundig personeel dat werkzaam is binnen de geneeskundige dienst van de Koninklijke Landmacht en dat geconfronteerd is met morele vragen en dilemma's tijdens uitzending.

Onderdeel van dit onderzoek zijn diepte-interviews die uitgezet worden onder Algemeen Militair Verpleegkundigen. Het onderzoek is van belang voor een goede afstemming van het ethiekonderwijs op de praktijk en daarmee voor een goede voorbereiding van de individuele militair op de confrontatie met ethische vragen en dilemma's die tijdens militaire operaties voorkomen.

Wij zouden het zeer op prijs stellen als u mee wilt werken aan dit onderzoek.

Met vriendelijke groet en alvast hartelijk bedankt,

Cadet-vaandrig C.M.C. Meerbach

Interviewvragen

De eerste vragen hebben betrekking op enkele algemene kenmerken van uzelf.

1. Leeftijd:
..... Jaar
2. Geslacht:
o Man o Vrouw
3. Rang:
.....
4. Wat is uw hoogst genoten opleiding die u met een diploma heeft afgerond?
.....
5. Wat is uw huidige burgerlijke staat?
o Gehuwd / samenwonend o Ongehuwd
6. Hebt u kinderen?
o Ja o Nee
7. Hebt u een bepaalde geloofsovertuiging?
o Ja o Nee
8. Geef aan welke geloofsovertuiging u hebt.
o rooms-katholiek
o Nederlands hervormd
o Gereformeerd
o Joods
o Islamitisch
o Anders, namelijk.....
9. Hoe bent u AMV'er binnen de gnknd van de KL geworden?
.....
.....
.....
10. Hebt u al eens aan militaire uitzendingen deelgenomen?
o Ja o Nee

11. Hoe vaak hebt u deelgenomen aan militaire uitzendingen?

- 1 keer
- 2 keer
- 3 keer
- 4 keer
- o meer dan 4 keer, namelijk keer

12. Aan welke uitzending(en) heeft u deelgenomen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13. Wat hield uw taak tijdens de uitzending(en) in?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

De volgende vragen hebben betrekking op operationele ervaringen en morele dilemma's die u tijdens uitzending(en) heeft ervaren.

Een moreel dilemma doet zich voor in een situatie waarin men een "moeilijke" en soms zelfs "onmogelijke" keuze heeft tussen twee waarden of plichten. Het "moeilijke" of het "onmogelijke" karakter van het dilemma zit in het feit dat elke keuze behalve de nagestreefde effecten ook ongewenste neveneffecten heeft. Hieronder wordt het begrip moreel dilemma nog eens nader toegelicht aan de hand van een concrete praktijk situatie.

"Ik was op een gegeven moment getuige van een opstootje en zag dat ze een vrouw letterlijk aan het doodtrappen waren. Nou word je op het hart gedrukt dat je je niet moet mengen in lokale aangelegenheden. Maar wat moet je in zo'n situatie? Je bent ook een mens. Wij zijn er uiteindelijk tussen gesprongen en hebben die zaak uit elkaar gehaald. Nou, zeg maar uit elkaar geschopt met onze blauwe baret op. De vrouw werd door de militairen naar een ander dorp gebracht waar zij familie had. Naderhand bleken ze deze vrouw in het andere dorp te hebben opgezocht en zij is alsnog vermoord." De sergeant-majoor realiseert zich dat hij door zijn actie op gespannen voet is gekomen met zijn militaire opdracht.

14. Hebt u wel eens een moreel dilemma ervaren tijdens uw uitzending, zoals in bovenstaande definitie wordt weergegeven?

- Ja Nee Weet niet

15. Kunt u de morele dilemma's die u het meest zijn bijgebleven en de uitzendingen waarin de morele dilemma's hebben plaatsgevonden toelichten?

Uitzending:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

18. Wat waren de alternatieven en argumenten in het morele dilemma?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

19. Hoe hebt u de argumenten tegen elkaar afgewogen en welke oplossing heeft u toen bedacht? (Kon u daarbij aangeven waarom iets wel of niet acceptabel was om te doen?)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

20. Hebt u met andere collega's gecommuniceerd over de oplossing die u had bedacht de manier waarop u hiertoe was gekomen?

.....
.....
.....
.....

.....
.....
21. Hebt u de oplossing die u voor het morele dilemma had bedacht in de praktijk uitgevoerd?

- ja
- nee

22. Hebt u later nog nagedacht over hoe de oplossing op het morele dilemma in de praktijk is uitgekapt en wat u daarvan heeft geleerd? Hebt u het daar ook met anderen (collega's) over gehad?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

23. Kunt u aangeven wat de mate van dreiging was gedurende de hele uitzending waarin u het beschreven, morele dilemma ervaren heeft?

- zeer lage dreiging
- lage dreiging
- geen lage dreiging, maar ook geen hoge dreiging
- hoge dreiging
- zeer hoge dreiging

24. Kunt u aangeven wat de mate van dreiging was op het moment dat u met het morele dilemma geconfronteerd werd?

- zeer lage dreiging
- lage dreiging
- geen lage dreiging, maar ook geen hoge dreiging
- hoge dreiging
- zeer hoge dreiging

Onderstaande vragen hebben betrekking op ethiekonderwijs.

25. Hebt u ethiekonderwijs tijdens uw opleiding gehad?

- Ja Nee Weet niet

26. In welke delen van uw opleiding heeft u ethiek onderwijs gehad?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

27. Kunt u een schatting geven hoeveel uren ethiekonderwijs u gevolgd heeft in al uw opleidingen?

.....uur

28. Wat vindt u van het aantal uren ethiekonderwijs dat u hebt gehad en waarom?

- veel te weinig
 te weinig
 precies genoeg
 te veel
 veel te veel

29. Vindt u dat het ethiekonderwijs dat u hebt genoten tijdens uw opleiding een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de bagage die je nodig hebt als militair?

Waarom wel/niet?

- geheel mee oneens
 enigszins mee oneens
 noch oneens, noch eens
 enigszins mee eens
 geheel mee eens

.....
.....
.....

30. Hebt u in het opwerkingstraject naar uitzendingen toe nog extra ethiek onderwijs genoten (in de vorm van dilemmatrainingen o.i.d.)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

31. Vindt u dat het ethiekonderwijs dat u hebt genoten (zowel tijdens uw opleiding als tijdens opwerking naar een uitzending toe) van belang is geweest voor uw voorbereiding op uitzendingen? Waarom wel/niet?

- geheel mee oneens
- enigszins mee oneens
- noch mee eens, noch mee oneens
- enigszins mee eens
- geheel mee eens

.....
.....
.....

32. Als u kijkt naar de manier waarop het geneeskundig personeel van de KL tijdens uitzendingen met morele dilemma's omgaat, vindt u dan dat men er voldoende op is voorbereid om op een verantwoordelijke manier met deze dilemma's om te gaan? Waarom wel/niet?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....