



Medische rampen in Nederlands-Indië

Lezing gegeven in museum en militair tehuis Bronbeek, Arnhem, 23 september 2022

door dr. L. van Bergen

De auteur is historicus (www.leovanbergen.nl).

Artikel ontvangen maart 2023.

Samenvatting

Om iets te kunnen zeggen over medische rampen in Nederlands-Indië zal eerst moeten worden gedefinieerd wat precies een medische ramp is. Een medische ramp is een ramp waarbij de medische zorg door eigen toedoen of zelfs moedwillig is tekortgeschoten. Dit in tegenstelling tot een humanitaire ramp, waarbij ook veel zieken, gewonden en doden zijn te betreuren maar waarbij de schuld van het falen buiten de zorgverleners ligt bijvoorbeeld door gebrek aan materiaal, menskracht of kennis. Aan de hand van een drietal voorbeelden die volgens hem in deze zin medische rampen waren – de medische zorg ten tijde van de Atjeh-oorlog, de bestrijding van lepra en de hulp aan de Indonesische bevolking in de jaren 1946-1949 – betoogt de auteur dat de medische zorg in Nederlands-Indië zelf als ramp moet worden betiteld, omdat de zorg met name werd ingezet voor politieke doelen, niet om de noden van de Indische bevolking te verlichten.

Inleiding

De Nederlandse koloniale aanwezigheid in Indonesië heeft de nodige gebeurtenissen gekend die medisch rampzalig kunnen worden genoemd. Te denken valt aan majeure geweldsuitbarstingen zoals de opstand van Diponegoro in de jaren dertig van de negentiende eeuw, de Atjeh-oorlog aan het einde van die eeuw en het begin van de twintigste, of de dekolonisatieoorlog van 1946-1949. Te denken valt ook aan door de Nederlanders opgelegde economische systemen zoals het cultuurstelsel midden negentiende eeuw of de pure uitbuiting rond Medan vanaf eind 19e eeuw. Er zijn natuurrampen zoals de vulkaanuitbarstingen van de Tabora in 1815 en de Krakatau in 1883, die zelfs wereldwijd tot medisch malheur leidden. En dan zijn er natuurlijk de ziektes waarbij lepra, pest, malaria en niet te vergeten de Spaans genoemde griep van 1918-1919 kunnen worden genoemd.

Over het algemeen is gezegd dat die medische catastrofes nog rampzaliger zouden zijn geweest zonder de Nederlandse medische hulpverlening, die een van de zaken is waarop altijd wordt gewezen als de rampzalige gevolgen van de koloniale onderdrukking worden goedgepraat, gebagatelliseerd of genuanceerd. Ofwel: hoe men ook tegen kolonialisme in het algemeen of die in de Indonesische archipel in het bijzonder, aankijkt, medisch gezien werd er wat schoons verricht. Zo werd in 1997 nog in het jubileumboek van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde de pestbestrijding op Java voorbeeldig genoemd. Er werd aan herinnerd dat dankzij vaccinaties in Nederlands-Indië voor 1942 geen pokken voorkwam en dat mensen van wereldfaam er zich bezighielden met voeding en malaria¹. Het is alsof wordt gezegd dat de medische zorg onafhankelijk opereert van de culturele en politiek-economische context waarin ze wordt verleend. Dat is niet het geval, toen en daar niet, nergens en nooit niet.

Het is dan ook deze nauwelijks betwiste waardering, die ik in deze lezing tegen het licht wil houden. Daarvoor zal wel eerst de vraag moeten worden gesteld of een gebeurtenis die medisch rampzalig kan of moet worden genoemd ook meteen een medische ramp is? Eerst moet dus worden vastgesteld wat dat dan is, een medische ramp.

Medisch rampzalig is niet gelijk aan medische ramp

Natuurlijk kan een medische ramp worden gedefinieerd als iedere gebeurtenis waarbij veel gewonden en doden zijn gevallen en/of een grote hoeveelheid mensen ernstig ziek is geworden. In die zin zijn de gevolgen van een vulkaanuitbarsting evenzeer een medische ramp als een oorlog of een niet te bestrijden ziekte zoals de ‘Spaanse’ griep. Dit geeft echter wat problemen, zeker in een koloniale context. Medisch protest tegen de cultuur- en plantagestelsels bijvoorbeeld zou zeer op zijn plek zijn geweest, maar was nagenoeg afwezig. Als medische ramp hebben ze ook nooit te boek gestaan, terwijl daar best het nodige voor te zeggen zou zijn geweest. De toestanden in Noordoost-Sumatra werden door artsen zelfs medisch goedgepraat. De Atjeh-oorlog was met



Afb. 1: Gesneuvelde Atjehse strijders bij de zuiderborstwing van de versterking Koeto Reh na de inname door het Koninklijk Nederlands-Indisch Leger onder leiding van generaal-majoor G.C.E. van Daalen (14-15 juni 1904).

Bron: NIMH, objectnr. 2155_025969

een sterfte van 4 procent van de autochtone bevolking behoorlijk alles- en iedereen vernietigend te noemen, maar zelfs de bloedtocht van Van Daalen in 1904 – waarbij tegenover twee Nederlandse doden minimaal 560 Atjehse doden stonden van wie bijna de helft vrouwen en kinderen – is nooit als medische ramp betiteld, al kan dat in dit specifieke geval zijn geweest omdat er nauwelijks gewonden te betreuren waren.... Datzelfde geldt voor de gevolgen van de uitbarsting van de Krakatau. Ik zou willen stellen dat dit onterecht was bij de Atjeh-oorlog en terecht bij de Krakatau.

Het is onterecht dat de bloedtocht van Van Daalen en andere moordpartijen ten tijde van met name de laatste fase van de Atjeh-oorlog nooit een medische ramp zijn genoemd omdat toen de medische zorg wel degelijk nalatig is geweest in haar taak hulp te verlenen ongeacht aard en karakter van de zieke of gewonde. Het is terecht dat de uitbarsting van de Krakatau nooit als een medische ramp is betiteld omdat bij mijn weten de medici – artsen en verpleegkundigen – toen hebben gedaan wat zij konden maar simpelweg tegen de grenzen van hun vermogens opliepen.

Bij het betitelen van een gebeurtenis als wel of geen medische ramp moeten we met andere woorden niet, of in ieder geval niet alleen, kijken naar het aantal zieken, gewonden, en vermijdbare doden – directe doden zijn weliswaar triest, medisch niet ter zake doend – maar ook, en wat mij betreft, bovenal, naar de rol die de medische zorg daarin heeft gespeeld. Er moet met andere woorden onderscheid worden gemaakt tussen humanitaire rampen en medische rampen, waarbij een humanitaire ramp een gebeurtenis is waarbij weliswaar vele zieken, gewonden en doden zijn te betreuren, maar waarbij de medische zorg weinig of niets valt te verwijten, domweg omdat het niet de kennis, het benodigde aantal mensen of de benodigde materialen had noch kón hebben om de zieken en gewonden bij te staan, te verplegen, of te genezen. Een medische ramp is dan een gebeurtenis waarbij de medische zorg wél is tekortgeschoten of zelfs ronduit heeft gefaald.

Afgaand op een definiëring die puur kijkt naar het aantal zieken, gewonden, doden, hebben zonder enige twijfel de griepgolf van 1918-1919 en de Japanse bezetting tot de ergste medische rampen behoord die Nederlands-Indië ooit hebben getroffen. Waren zij dat ook als daarvoor tevens wordt

gekeken naar wat de medische zorg ertegen kon ondernemen? Ik denk het niet. In beide gevallen stond zij immers machteloos. In het tweede geval was medische zorg, in ieder geval Nederlandse medische zorg, zelfs geheel afwezig.

Wat ik wil doen is van enkele door mij als medische ramp betitelde zaken bekijken wat de rol van de Nederlandse medische zorg daarin is geweest. Ik begin met de Atjeh-oorlog, waarbij ik vooral kijk naar de rol die het in naam neutrale Rode Kruis heeft gespeeld bij de hulp aan het Koninklijk Nederlands-Indisch Leger (KNIL), ga dan over op de zorg bij een ziekte, te weten lepra, om te eindigen met de hulp aan de burgerbevolking ten tijde van de dekolonisatieoorlog.

De Atjeh-oorlog

Laten we beginnen met het Nederlands-Indisch Rode Kruis, het NIRK². Een eerste indicatie over de zorg die door de medici en verplegers ervan te Atjeh werd verleend, wordt gegeven door de redenen achter de financiële hulpverlening door haar moedervereniging in Den Haag. Hierbij werd expliciet vermeld dat die gelden bestemd waren voor de hulp aan de eigen, Nederlands-Indische troepenmacht, de 'gewonde en zieke krijgers van ons leger en onze vloot'. Tevreden werd vastgesteld dat de activiteiten die de dochterorganisatie ontplooidde, inderdaad activiteiten waren 'ten behoeve van onze krijgslieden'³.

Nu moet hierbij worden gezegd dat iedere medische hulp in de archipel tot de oprichting van de Dienst Volksgezondheid begin twintigste eeuw, in theorie militaire hulpverlening was. De hospitalen die er waren, waren militaire hospitalen, al waren burgers er ook welkom. Verder waren er zogenaamde stadsverbanden, maar die werden, zoals een arts het beschreef, bevolkt door zwervers, bedelaars en zieke prostituees⁴. Iedere vorm van hygiëne was er ver te zoeken. De Nederlandse elite liet de arts dan ook aan huis komen, waardoor tijd voor hulp aan de bevolking erbij inschoot, als die bevolking daar de middelen al voor had.



Afb. 2: Medewerkers van het Rode Kruis geven medische hulp aan een nationalist, die gewond is geraakt tijdens een vuurgevecht met Nederlandse militairen. Bron: NIMH, objectnr. 2164-007-006.

Hier komt dus bij dat lange tijd het leeuwendeel van de artsen in Nederlands-Indië militair arts was. Militaire artsen zijn per definitie niet neutraal omdat het hun voornaamste taak is om de kracht en het moreel van de krijgsmacht op peil te houden. In geval van een oorlog zoals die te Atjeh was de geneeskundige dienst van het KNIL voor die taak echter bij lange na niet voldoende geëquipeerd. Zowel mankracht als materieel schoten tekort. De dienst was precies sterk genoeg voor vredesdagen, maar elke wijziging van de politieke situatie, hoe gering

ook, zorgde voor problemen. Dus was hulp noodzakelijk en die werd gevonden bij een in theorie neutrale organisatie als het NIRK. Die neutraliteit echter werd met voeten getreden, waarbij moet worden gezegd dat de in 1864 bij de Conventie van Geneve afgesproken neutraliteit ook helemaal niet was bedoeld voor koloniale oorlogen. Neutraliteit was een zaak tussen zogenaamd beschaafde, lees Westerse landen en gold dus niet voor koloniale oorlogen. Die waren immers een zaak van beschaving versus barbarij⁵.

In 1914 werd hierover bijvoorbeeld geschreven dat ‘bij het verzet tegen ons gezag of het verdedigen van hun grond de inboorlingen zo moorddadig optreden, dat de menslievende bedoelingen van het Rode Kruis niet tot hun recht kunnen komen. Onze vijanden zouden zeer gevaarlijk zijn voor doctoren en verplegenden.⁶⁷ Van hulp aan tegenstanders is dan ook hooguit incidenteel sprake geweest. De diverse geneeskundige rapporten reppen er in ieder geval nooit over. De enige keer dat er bij mijn weten van een dergelijke behandeling sprake is, is in een artikel van een in KNIL-dienst staande Zwitserse arts, die in een gedenkboek van het Internationale Rode Kruis herinneringen ophaalde aan de hulp verleend aan de sultan van Atjeh, die door ‘einem bösen Übel der Sitzteile’ niet meer aan de strijd kon deelnemen. Maar gelukkig stuurde, ‘in Ritterlichen Edelmüt’, de Nederlandse commandant een Westerse arts die de Sultan genas. Daarop kon de oorlog verder gaan ‘bis zu dem für beide Teile annehmbaren Frieden.’⁷¹

Dit anekdotisch voorbeeld kan echter het algemene beeld niet verstoren en dat gaat ook op voor de navolgende zinsnede uit het *Verslag der Verrigtingen* van het NIRK uit 1876. Bedacht moest worden dat, hetgeen aan het NIRK geschonken werd ‘thans wel in de eerste plaats aan de strijders te Atjeh, ten goede komt, doch geenszins uitsluitend voor hen bedoeld is. De ware menschlievendheid kent geen onderscheid’⁸. Maar, zoals gezegd, die menslievendheid kende wel degelijk onderscheid: het onderscheid tussen beschaafd en onbeschaafd, een verschil dat medisch werd beargumenteerd; argumenten die meteen konden worden gebruikt ter rechtvaardiging van de koloniale onderdrukking. Het toenmalige hoofd van de Militair Geneeskundige Dienst van het KNIL, J. Haga, schreef bijvoorbeeld dat Atjehers niet alleen onbeschaafd waren, maar ook lichamelijk onderontwikkeld.

‘Dat de inlander minder reageert op wonden dan de Europeaan is algemeen bekend. Of de lagere organisatie van genen hiervoor het enige moment is of dat er nog andere zaken invloed op uitoefenen moet ik onbeslist laten.’⁹¹

Dit soort medisch onderbouwd racisme was volkomen normaal. Tot grote tevredenheid van alle anderen en met name malaria-onderzoeker Hendrik-Nicolaas Swellengrebel, werkten in het alom geroemde Eijkmaninstituut rond 1930 bijvoorbeeld twee Duitse tropenartsen, toen al beiden lid van de Nationaalsocialistische Duitse Arbeiderspartij (NSDAP), die enkele jaren later verantwoordelijk waren voor de passages over koloniale rassenhygiëne in de Duitse rassenwetten¹⁰.

Maar ook als het onderscheid beschaafd-onbeschaafd er niet was geweest, is het zeer de vraag of er wél van enige hulp van het NIRK aan de tegenstanders van het KNIL sprake zou zijn geweest. De hoeveelheid naar Atjeh verzonden materialen, was immers volledig op de maat van de behoefte van dat KNIL gesneden. De hulp van het NIRK kwam daardoor weliswaar zeer zeker ten goede aan mensen van een andere landsaard dan de Nederlandse, maar alleen als zij aan Nederlandse zijde vochten. En ook dan was er onderscheid. De blanke, Europese soldaten – een minderheid – werden beter bedeed dan de autochtonen en niet alleen omdat zij doorgaans hoger in rang waren. Voor de autochtonen waren er tabak en strootjes, ‘ónze jongens’ kregen een sigaar¹¹.

Deze instelling veranderde ook niet ten tijde van de ethische politiek en het Interbellum, met als gevolg dat het NIRK in de tijd voor de Tweede Wereldoorlog als een steunpilaar van het Nederlands kolonialisme moet worden gezien. Van hulp ongeacht ras, geloof en nationaliteit was alleen in theorie sprake en dan nog alleen als er niet in actie hoefde te worden gekomen. Natuurlijk, officieel hoefde het NIRK zich niet te bekommeren om inheemse slachtoffers van Neêrlands militaire expedities rond de evenaar. De Rode-Kruistheorie was zoals gezegd toegesneden op Europese slagvelden met zogenaamd beschaafde blanken aan weerszijden van het front. Maar werd op dit punt aan de Rode-Kruistheorie vastgehouden, op andere punten werd ervan afgeweken. De hulp beperkte zich ten eerste niet tot zieken en gewonden, zie de strootjes en de sigaren, en de statuten werden zodanig aangepast dat het KNIL ook kon worden gesteund als het niet in staat van oorlog verkeerde, zoals in de statuten van de moedervereniging in Den Haag stond, maar werd ingezet ter onderdrukking van

oproer¹². Wanneer bovendien de personele bezetting van het NIRK in aanmerking wordt genomen, met veel vertegenwoordigers van overheid en strijdmacht, kan worden gezegd dat er in Nederlands-Indië ten tijde van de Atjeh-oorlogen, niet of nauwelijks onderscheid bestond tussen staatshulp en de in beginsel toch particuliere Rode-Kruishulp, noch wat de uiterlijke kenmerken, noch wat de inhoudelijke beargumentering betreft.



Afb. 3: Pestambulance NIRK. Bron: Onbekend.

Er was nog een tweede punt waarin de moederorganisatie niet werd gevolgd. Had Den Haag rond 1900 het zogenaamde vredeswerk omarmd, wat overigens doorgaans niets anders was dan een mooi woord voor voorbereiding op de oorlogstaak in tijd van vrede, het NIRK bleef strikt vasthouden aan hulpverlening aan krijgslieden in dagen van geweld. Dit leidde in de jaren voor de Eerste Wereldoorlog tot een wel heel curieuze situatie. Het NIRK verleende geen hulp tijdens de vanaf 1911 woedende pestepidemie, die in enkele jaren ongeveer een kwart miljoen levens vergde. Deze hulp moest daardoor door de moedervereniging worden geboden. Dit werd daarenboven door veel Europeanen in de archipel als geldverspilling beschouwd. De pest vormde immers nauwelijks een bedreiging voor de Europese bevolking, alleen voor de autochtone. Daarbij omschreef ook het Nederlandse Rode Kruis, de organisatie die dus wél hulp verleende, de ambulance als van groot nationaal-koloniaal belang¹³.

Lepra

Laten we nu een volgend item bekijken, te weten de bestrijding van de ziekte lepra. Dat lepra een ramp is voor degenen die eraan lijden staat buiten kijf. Dat er lange tijd door de artsen weinig aan kon worden gedaan, eveneens, simpelweg omdat oorsprong en aard onbekend waren. Er werd rond 1850 bijvoorbeeld vanuit gegaan dat het een hereditaire ziekte betrof. In 1873 werd echter de leprabacil als onderliggend kwaad ontmaskerd, en daarmee aangetoond dat het een bacterieel-contagieuze ziekte betrof. Dit betekende overigens dat de leprapopulatie veranderde. Mensen die tot dan toe niet als lepreus waren beoordeeld, simpelweg omdat de uiterlijke symptomen gering waren of vakkundig verborgen, kregen nu wel het zeer stigmatiserende stempel 'lepralijder' opgedrukt, omdat ze de bacterie bij zich bleken te dragen. Anderen die op grond van hun ernstige huidafwijkingen eerst wel als zodanig waren gediagnosticeerd, kregen daarentegen te horen dat ze geen lepra hadden. De bacterie ontbrak immers.

Dit betekent dat lepra voor 1873 – of beter: voor 1890 want de bacillaire theorie werd niet meteen door iedereen omarmd – een humanitaire ramp was. Daarna veranderde zij in een medische ramp, omdat de medische zorg aan de leprozen niet werd gegeven louter op grond van medische maatstaven, maar ook op grond van Nederlandse, politiek-economische belangen. De theorieën, de mythes, die om de ziekte heen hingen, bleven er ook na 1873 omheen hangen en de angst ervoor werd zelfs groter aangezien besmetting toch wat gevaarlijker werd geacht dan erfelijkheid. Maar van een gelijkwaardige kans op het verkrijgen van de ziekte was geen sprake, ook niet wat de oorsprong van een besmetting betrof. Ondanks de aangetoonde bacteriële oorsprong, bleef lepra van raciale vooroordelen omgeven. De zwarten waren vies en vuil en werden dus eerder besmet. Bovendien waren zij zonder enige twijfel overal en altijd de bron van iedere besmetting, ook als de besmette persoon een blanke was. En dit gold al helemaal voor de Chinese koelies werkzaam in de omgeving van Medan. Voor hen gold bijna dat zij moesten aantonen géén lepra te hebben¹⁴.

Nergens in het toenmalig Nederlands-Indië was isolatie in leprozerieën verplicht, behalve in Medan en de leprozerie daar, Poeloe Sitjanang, was niet als een medisch instituut maar eerder als een in ontoegankelijk moerasgebied neergezet strafkamp te betitelen. Zij is wel eens een mengeling van filantropie en zelfverdediging genoemd, maar de zelfverdediging overvleugelde het filantropische wel geheel en al¹⁵. Naast preventie was de door de plantageartsen aangevoerde reden om in Medan isolatie wel verplicht te stellen, dat iedere andere omgangsvorm met leprozen het economisch profijt zou verminderen. Bovendien vormden zij een beangstigend gezicht voor de rond 1900 massaal naar Indië afreizende Nederlandse dames, zeker als zij zwanger waren¹⁶.

Overeenkomstig de sfeer op de plantages met hun *poenale sanctie*, de straf die volgde op schendingen van de contractovereenkomst, was disciplineren in Poeloe Sitjanang het sleutelwoord. De commandant van het Leger des Heils in Indië, J.W. de Groot, sprak in 1916 over de moeilijkheden met de grotendeels Chinese bewoners. Die had hij wel verwacht, gewend als zij waren aan 'een leven van onafhankelijkheid, onverschilligheid'. Levend van bedelarij hadden zij bovendien geen notie van 'reinheid, of orde' en leken zij 'meer op wilde beesten dan op menselijke wezens'¹⁷.

Maar er was nog een factor die naast de onwetendheid van het begin en de alleen maar toenemende angst, de Nederlandse medische reactie bepaalde; een factor die we ook al zagen bij de pestbestrijding en die direct met de zojuist aangegeven economische belangen te maken had. Omdat lepra werd gezien als een ziekte die niet de Nederlanders en degenen die hen dienden, maar zowel absoluut als relatief meer de autochtone bevolking trof – wat ook logisch is vanwege de moeilijker hygiënische omstandigheden waarin zij leefden –, was zuinigheid troef. Vergeleken met ziekten die wel als een direct en groot gevaar werden gezien voor de Nederlanders ging er relatief weinig geld naar de bestrijding van lepra. Dat was ook de reden om in eerste instantie de bestrijding vooral in de handen te leggen van goedkope religieuze instellingen; instellingen die vaak de specifieke kennis hiervoor misten en voor wie de hulpverlening het filantropische middel was dat het kersteningsdoel moest dienen¹⁸.

Dat er desondanks door Nederlandse artsen relatief veel aandacht aan lepra werd besteed had daarmee te maken dat het een chronische maar niet snel dodelijke ziekte was, waardoor lijdens eraan een constant bewijs vormden voor de autochtone bevolking dat ook die veelgeroemde Westerse geneeskunde niet alles kon oplossen. In een krantenartikel over de Mid-Javaanse leprozerie Plantoengan stond te lezen:

'Op het slagveld kon de dokter verlichting brengen, bij de framboesia ziet hij het resultaat van zijn toewijding, maar hier, hier strijdt hij altijd voort, zonder te kunnen vertrouwen op zijn wapenen, de geneeswijze, zonder verbetering te zien, en zonder heel veel hoop.'¹⁹

De zuinigheid is niet van het raciale gedachtegoed achter de leprabestrijding los te zien. Inheemse middelen en methoden ter bestrijding van lepra, gericht op verzorging zoveel als maar mogelijk in de eigen omgeving, werden pas in de jaren dertig omarmd. Mooi was dat daarover gezegd kon worden dat dit gebeurde omdat het succesvol was, maar dit bleek natuurlijk pas na een tijd. Realiteit was dat het was gebeurd omdat het een eind goedkoper bleek te zijn dan de op institutionalisering gerichte Nederlandse hulpverlening²⁰.

De dekolonisatieoorlog

En dan nu het derde en laatste punt: de hulp aan de Indonesische bevolking door de militaire geneeskundige dienst ten tijde van de dekolonisatieoorlog. Die hulp is vaak voorgesteld als bewijs van de humanitaire inborst van die dienst, maar was in feite onderdeel van de Nederlandse, militaire *carrot and stick*-strategie. Hulp was geen medisch-humanitair doel, naar een militair-strategisch middel²¹. Gebruikmakend van het tekort aan medische hulp aan Indonesische zijde en

van de vertrouwensband die een hulpverlenende arts of verpleger vaak met een patiënt ontwikkeld, werd via die hulp, die medisch volkomen tekortschoot, geprobeerd de Indonesische bevolking weer op Nederlandse hand te krijgen, wat van groot belang is in een guerrilla-oorlog. Ook werd zo geprobeerd informatie los te krijgen over bedoelingen en activiteiten van het Indonesisch Nationaal Leger (Indonesisch: Tentara Nasional Indonesia, TNI). Met andere woorden: de medische hulp aan de bevolking werd verleend vanuit militaire argumenten. Het was ook verder deze wortelfunctie van de medische zorg die de voornaamste reden vormde dat het aantal artsen in Indonesië koste wat kost moest worden uitgebreid, zelfs als dat ten koste zou gaan van de gezondheidszorg voor de bevolking in het naoorlogse Nederland zelf.

Dat medische zorg, hoe futiel ook, een positief effect op de stemming van de bevolking kon hebben, drong al snel tot de militair-medische top door. Door het grote tekort aan medische manschappen en benodigdheden was, zo werd begin 1946 gezegd, er nog geen sprake van medische hulp aan de bevolking 'op enige schaal van betekenis'. Maar daar waar de enkele artsen die de kampen enigszins fit hadden doorstaan, hulp hadden verleend, was de grote betekenis gebleken die dit werk had om, 'het vertrouwen der Inlanders in de blanken te herstellen'²². Dit pacificerende effect werd daarop tot beleid verheven. Niet omdat dit de gezondheid van de burgerbevolking ten goede kwam, maar omdat het 'in politiek opzicht zeer belangrijk' was en 'van het grootste belang voor de toekomst van **ons** volk'²³.



Afb. 4: Medische hulpverlening van het Rode Kruis in een kampong. Bron: NIMH, objectnr. 2116-0124.

Een van de teamleiders van de uit Nederland overgekomen mobiele Rode-Kruisteams, zei hierover dat volgens hem door middel van hulpverlening 'in de kampen en overal waar de bevolking te lijden had onder de extremisten', zij in staat waren ook de Indonesiërs te bereiken die afkerig waren van de Nederlanders²⁴. Deze gehoopte beïnvloeding van de bevolking betekende tevens dat, aldus weer een andere arts, 'het spectaculaire' voorrang moest krijgen boven 'het medisch theoretisch juiste'²⁵. Een chirurgische ingreep, waarbij iemand als het ware vanuit de dood terug het land der levenden in wordt gehaald, is immers indrukwekkender, magischer, dan onzichtbare preventie of het saaie, hooguit op termijn effect sorterende uitdelen van pilletjes.

Toen in de tweede helft van 1947 de bestrijding van scabiës en framboesia op een mislukking uitliep, werd dat dan ook zeer betreurd, maar niet zozeer vanwege de resulterende gezondheidsschade, maar omdat dit 'de goodwill van de bevolking' schaadde²⁶. Een gelukte bestrijding zou zeker hebben bijgedragen aan herstel van de rust en vermindering van de Indonesische achterdocht.

In een in juli 1946 geschreven rapport werd het samengevat. De geneeskundige hulp heeft 'aankweking bij de Indonesische bevolking van vertrouwen in en bereidheid tot samenwerking met de Nederlanders' tot doel. 'Tezamen met het verstrekken van voedsel, is het brengen van Westerse medische hulp, hiervoor het bij uitstek geschikte en van oudsher beproefde middel'. Dit werd vervolgens ondersteund en gestimuleerd door de legerleiding omdat die er 'sneller een groter coöperatie van de bevolking van zag (aanwijzen van terroristen, inleveren van wapens, berichtgeving over vijandelijke handelingen, enz.)'. Dit betekende dat het werk van Nederlandse artsen en verplegers 'een kolossaal Nederlands belang dient, hetwelk alleen zijn begrenzing vindt in de beschikbare tijd der artsen en het genees- en verbandmateriaal'²⁷. De militairen gingen immers voor

en als het leger verder trok, gingen de artsen mee en stopte de hulp aan de bevolking, ook omdat Rode Kruis en daarna de Dienst Volksgezondheid lang niet altijd gereed waren om in het ontstane gat te springen.

In dat rapport stonden overigens passages – volgens de opsteller ervan citaten van door hem ondervraagde Nederlandse artsen – die, zoals dat heet, politiek gevoelig waren. Zij toonden aan dat het voor 1942 alom aanwezige superioriteitsgevoel niet was verdwenen. Een voorbeeld. De vraag werd gesteld of de achterstand in kennis van de Westerse geneeskunde die de Indonesiër in vergelijking met de Europeaan had, alléén aan raskenmerken was toe te schrijven, of dat er óók van een gewone scholingsachterstand sprake was²⁸.

Onder degenen die het rapport vanwege deze racistische passages bekritiseerden, bevond zich overigens vreemd genoeg ook een arts die eerder zelf had laten weten dat het, als gevolg van Japanse opzweeping, met de geestesgesteldheid van de naoorlogse, Indonesische bevolking, die toch al door een vergaande emotionaliteit werd gekenmerkt, bedroevend was gesteld en dat dus herovering door de Nederlanders ook voor haar een goede zaak zou zijn. En die herovering moest daarom ook vooral niet met zachte hand gebeuren omdat dat alleen maar tot meer bloedvergieten leidde. Was eerder al, zo schreef hij, het Indonesische volk door de snelle nederlaag tegen Japan enigszins teleurgesteld geraakt in het eeuwenlang met ‘liefdevol ontzag en vrees’ als vaderfiguur bekeken Nederland, na afloop van de oorlog was het in een primitief ontwikkelingsstadium teruggevallen, wat tot ‘allerlei infantiele reacties’ had geleid. Dat gold niet voor ‘alle intellectuelen’ en ‘alle politieke leiders’, maar ook zij die de uitzonderingen op de regel waren, stonden ‘zeer dicht aan de rand van de weg, die naar regressie leidt’. Bovendien gold het zeer zeker voor ‘de massa’ die aan de ‘extremistische strijd’ deelnam en haar ‘ongedifferentieerde meelopers’. Kortom: het gold voor ‘de gehele Indonesische “Hitler-Jugend”’. Dus moest iedere vorm van ‘hordevorming’, zoals onze arts het noemde, worden verijdeld.

‘De psychisch afgetakelde horden en de verspreide eenlingen, die straks een horde zullen gaan vormen, zijn niet voor rede vatbaar, maar wel voor invloeden op hun eigen primitief niveau, met name fysiek geweld. Even weinig als de bedoeling van voorzichtig optreden begrepen wordt, even groot is de invloed, die uitgaat van krachtadige, doelbewuste en tot in details consequente aanwending van machtsmiddelen. Men moet met de meest humane bedoelingen ingrijpen met de meest drastische middelen; waarbij men wel moet bedenken dat het doel is en blijft: het herstel van orde en rust.’²⁹

Na verloop van tijd begon tot enkelen door te dringen dat het allemaal zo eenvoudig nog niet was, die pacificerend bedoelde hulp aan de bevolking. Niet alleen was het aantal hulpzoekenden te groot in verhouding tot het aantal hulpverleners, ook bleek het wantrouwen, zeker in de militaire artsen, te groot. Zelfs als bij hen de bedoelingen volledig humanitair-neutraal waren geweest, dan nog zou, met andere woorden, de beleving een andere zijn. Medische neutraliteit is nu eenmaal niet alleen een kwestie van intentie der hulpverleners, maar ook van perceptie der hulpontvangers. En daar moeten dan nog de zeker niet altijd als ‘neutraal’ te kenschetsen consequenties binnen de maatschappij waarin de hulp wordt verleend en verkregen aan worden toegevoegd.

Dat de hulpverlening inderdaad meer militaire, politieke en propagandistische dan medische waarde had, wordt duidelijk als we beseffen dat begin 1946 bijvoorbeeld alleen Soerabaja al 150.000 te verzorgen inwoners telde voor wie zegge en schrijve 29 artsen ter beschikking stonden. Van die 29 waren er bovendien 16 die eerder zelf in de categorie patiënt dan zorgverlener thuishoorden. Misschien was het niet in alle steden zo desastreus, met gerust hart kan worden aangenomen dat het buiten de steden nog veel erger was. Daar was immers al vóór 1942 de verhouding tussen het inwonertal en het aantal Westers-medisch geschoolde artsen veel schever dan in Soerabaja.



Afb. 5: Militair verzorgt gewonde burger. Bron: NIMH, objectnr. 2116-0124.

krachten, zelf niet anders dan oppervlakkig kon zijn'. Toch eindigde hij positief. De 'schreeuwende behoefte', zeker in 'de pas opengelegde gebieden', waar volgens hem bijna iedereen scabiës, dysenterie en/of malaria had, 'rechtvaardigde dit systeem'³⁰. De vraag die hierbij moet worden gesteld, is: 'Klopt dat?' Is slechte, oppervlakkige medische hulp inderdaad beter dan geen medische hulp? En die vraag wordt alleen maar dringender als die slechte, oppervlakkige medische hulp wordt gegeven vanuit militair-politieke in plaats van medische doeleinden.

Kortom: Vanuit het oogpunt van de patiënten gezien, schoot de medische hulp in Indonesië in 1946-1949 tekort. Het aantal artsen was te gering om naast de ook al tekortschietende, primaire hulp aan de eigen soldaten, ook nog eens kwalitatief en qua nazorg voldoende hulp te verlenen aan de Indonesische bevolking. Dat die hulp toch werd geleverd, had te maken met het propagandistische effect dat ervan uitging; of althans: waarvan werd gedacht dat het ervan uitging. Het toont aan dat medische hulp niet uit zichzelf goed is, maar dat daarvoor de context moet worden bekeken waarin die hulp wordt verleend en dat naar het waarom ervan moet worden gevraagd.

Afsluitend

Bij het onderzoeken van de medische zorg in de archipel moet minder worden gekeken naar wat individuele artsen daar en toen hebben gedaan voor hun individuele patiënten of naar wat individuele medische wetenschappers daar en toen hebben onderzocht en ontdekt. We moeten gaan kijken naar het systeem en de context waarin die individuen werkten, naar de redenen achter het medisch doen en laten, naar wie de patiënten waren, naar welke ziekten onderzoek werd gedaan of waar wel en waar geen medisch beleid op werd ontwikkeld en naar de motieven daarachter. We moeten gaan kijken naar wat er voor het gehele volk werd gedaan. We moeten gaan kijken naar aanwezige, zinvolle alternatieven voor een bepaald beleid en ons dan afvragen waarom niet voor dat alternatief is gekozen. We moeten ons losmaken van het idee dat het handelen van medici en medische beleidsmakers louter op medische gronden is gebaseerd, maar dat de redenen erachter ook, en vaak nog meer, politiek, economisch, militair van aard waren, dat, met andere woorden die medische zorg niet los stond van de koloniale context, maar daar volledig in was geïntegreerd. Als we dat doen, is de conclusie welhaast onontkoombaar dat niet zozeer bepaalde ziekten, bepaalde geweldsuitbarstingen of de gevolgen van natuurrampen, de medische rampen zijn die de geschiedenis van Nederlands-Indië bij herhaling hebben geteisterd. De in de gehele koloniale, en dus onderdrukkende en uitbuitende geschiedenis aanwezige Nederlandse medische zorg zelf moet als dusdanig worden gekarakteriseerd. Zij was immers niet zozeer een instantie ter verlichting van de noden van het Indonesische volk. Zij was een steunpilaar van het Nederlandse koloniale bewind, dat voor veel van die noden verantwoordelijk moet worden gesteld.

Het is alles bij elkaar dus niet verrassend dat in een proefschrift uit 1953, geschreven door een van de hulpverlenende artsen, onbedoeld een behoorlijk vernietigend oordeel over de hulp aan de burgerbevolking werd geveld. Over de hulp in 'het Garoetse', met twaalf militaire verplegers voor maandelijks 20.000 consulten, werd geschreven dat het vanzelf sprak 'dat geneeskundige hulp op zo massale wijze en door zo oppervlakkig geschoolde

MEDICAL DISASTERS IN THE DUTCH EAST INDIES

In order to be able to say something about medical disasters in the Dutch East Indies, it must first be defined what exactly constitutes a medical disaster. A medical disaster is a disaster in which medical care has fallen short by its own accord or even willfully. This contrasts with a humanitarian disaster, in which also many sick, injured, and dead people are to be regretted, but for which care takers are not to blame due to, for instance, a lack of material, manpower or knowledge. Based on three examples that, according to him, can be defined as medical disasters – the medical care at the time of the Aceh war, the fight against leprosy and the aid to the Indonesian population in the years 1946-1949 – the author argues that medical care in the Dutch East Indies itself has to be described as disastrous.

Referenties:

1. **De Vries Gerard, Van Hest Rob, Van Bergen Jan (eds.):** Partnership in International Health, Amsterdam 1997, p. 8.
2. **Van Bergen Leo:** Een Menslievende en Nationale Taak. Oorlog, kolonialisme en het Rode Kruis in Nederlands-Indië 1870-1950, Soesterberg 2004.
3. Handelingen der Vereeniging het Nederlandsche Roode Kruis, deel III, Den Haag 1874, pp. 15-17.
4. **Winckel Ch.W.F.:** De Dienst der Volksgezondheid in Nederlandsch-Indië, in: Indië voor de Oorlog, z.p. 1948, pp. 5-15: p. 6.
5. **Best Geoffrey:** Humanity in Warfare, Londen 1983, p. 20.
6. **Hingman W.:** Het Nederlandsche Roode Kruis, Rotterdam 1914, p. 12.
7. Der Sultan lässt bitten, in: Eugen Th. Rimli (Hrsg.), Das Buch vom Roten Kreuz, Zürich 1944, p. 177-178.
8. Verslag der verrichtingen van het NIRK, 1876, p. 33.
9. **Haga J.:** Atjeh-herinneringen, in: Nederlandsch Militair-Geneeskundig Archief, jrg. 4 (1880), p. 17-28: p. 28.
10. **Eckart Wolfgang:** Medizin und Kolonialimperialismus, Paderborn 1997, pp. 519, 525, 531, 534-535, 590.
11. **Van den Berg de Bruyn J.W.F.A.:** De ontwikkeling van het Roode Kruis van Nederlandsch-Indië, Soerabaja z.j. (1935), p. 14, 20; Handelingen van het NRK, deel XIX, p. 29.
12. Handelingen van het NRK, deel VIII, pp. 12-13; Statuten van de Vereeniging Het NIRK, Batavia 1939, p. 17: art. 28.3.
13. Archief-Nederlandse Rode Kruis (Algemeen Rijksarchief), nr. 51 (map: 1915-1925), Lingbeek aan hoofdcomité, 25-8-1915; H.Ch.G.J. van der Mandere, Gedenkboek van het NRK 1867-1927, Amsterdam 1917, p. 36.
14. **Van Bergen Leo:** Uncertainty, Anxiety, Frugality. Dealing With Leprosy In The Dutch East Indies, 1816-1942, Singapore 2017.
15. **Sitanala J.B.:** Het probleem der leproserieën, Geneeskundig Tijdschrift Nederlandsch-Indië, 1940, pp. 1370-1380: pp. 1374-1375; J.J. van Loghem, Gezondheidszorg in Nederlandsch Indië, NTVG, 7-11-1936, pp. 5069-5086: p. 5077.
16. NVTG algemeene vergadering 24-1-1909, NTVG (1909) I, pp. 1543-1544; Onvoldaan over Poeloe Sitjanang, De Sumatra Post, 20-8-1938 (Dag); De lepra in Indië, De Sumatra Post, 12-9-1922 (Dag); Sitanala, Het probleem der leproserieën, pp. 1374-1375; Leo van Bergen, Van Koloniale Geneeskunde tot Internationale Gezondheidszorg, Amsterdam 2007, pp. 17, 34, 39.
17. **De Groot J.W.:** Poeloe Sitjanang, De Sumatra Post, 11-2-1916 (Dag).
18. **Smith Kipp Rita:** The evangelical uses, Social Science & Medicine, 39 (1994) 2, pp. 165-178: pp. 167-168.
19. **De Keizer W.G.N.:** Pelantoengan en het dal der leprozen, Het Vaderland, 1908-1922 (Avond).
20. **Sitanala:** Lepra en sentiment, GTNI, 1939, pp. 661-678: pp. 667-671.
21. **Van Bergen Leo:** Hulp als Middel, in: Petra Groen, Elly Touwen (red.), Tussen Banzai en Bersiap, Den Haag 1996, pp. 59-71; Idem, Een onmisbare schakel. Het Rode Kruis in Indonesië 1945-1950, Militaire Spectator, juni 1996, pp. 269-277.
22. Nat. Archief, IGDL, inv.nr. 214, Daubenton, Het Roode Kruis Werk in Indonesië en de zorg voor de Indonesische Bevolking, begin 1946: 2; A.w., IGDL, inv.nr. 214, Indië, Organisatie MGD, Daubenton, Coördinatie van de geneeskundige voorziening: 3; Van Bergen, Een Menslievende en Nationale Taak, pp. 203-213.
23. Nat. Archief, IGDL, inv.nr. 214, Daubenton, Slotbeschouwing 11 febr. 1946-23 maart 1946: 1-2; NIMH, Archief Koot, inv.nr. 057-4935, Coördinatie Geneeskundige Voorziening, p. 3.
24. Nat. Archief, IGDL, inv.nr. 214, Daubenton, Het Roode Kruis Werk in Indonesië en de zorg voor de Indonesische bevolking, begin 1946, p. 2.
25. NIMH toegangsnr. 009, Archief Van Epen 3, 30, Inspectierapporten, Van der Hoeven aan Van Epen, 24-8-47.
26. A.w., Van der Hoeven aan Van Epen, 26-8-47.
27. **Kits van Waveren E.:** De artsenpositie in Indonesië, NTVG, 1947, pp. 3430-3469: p. 3451.
28. A.w.: 3427-3438; Remy Limpach, De Brandende Kampongs van Generaal Spoor, Amsterdam 2016, pp. 569-570; Hans Pols, Nurturing Indonesia, Cambridge 2018, p. 191.
29. **Van Wulfften Palthe P.M.:** Psychologische beschouwingen omtrent den huidige toestand op Java, NTVG, 1946, p. 425-431: p. 426-428. Ook: P.J. van der Schaar, De Indonesische arts, in: NTVG, 22-10-1949, p. 3673-3681.
30. **Doeleman Frans:** De Medische Geschiedenis van een Infanterie-Bataljon der Koninklijke Landmacht gedurende drie jaar actieve dienst op Java, Assen 1955, p. 107.