



Universiteit  
Leiden

The Netherlands

**‘De overlevenden zullen de doden bejiden’:  
medische verantwoordelijkheid ten aanzien van een  
nucleaire apocalyps, 1960-1989**

Duurland, T.D.

**Citation**

Duurland, T. D. (2019). ‘De overlevenden zullen de doden bejiden’:  
medische verantwoordelijkheid ten aanzien van een nucleaire  
apocalyps, 1960-1989. *Algemeen Nederlands Tijdschrift Voor  
Wijsbegeerte*, 111(4), 567-583. doi:10.5117/ANTW2019.4.005.DUUR

Version: Publisher's Version

License: [Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3199199>

**Note:** To cite this publication please use the final published version  
(if applicable).

# 'De overlevenden zullen de doden benijden'<sup>1</sup>

*Medische verantwoordelijkheid ten aanzien van een nucleaire apocalyps, 1960-1989*

Tom Duurland

ANTW III (4): 567–583

DOI: 10.5117/ANTW2019.4.005.DUUR

## Abstract

### **'The living will envy the dead': Medical responsibility in the face of a nuclear apocalypse, 1960-1989**

During the 1980s, the heightening of tensions between NATO and the Eastern Bloc motivated thousands of physicians to voice concerns about the medical consequences of a nuclear war. It seemed certain that such a conflict, extending to the major civilian centers and industrial areas of the protagonists, would see millions of casualties engulfing the health care systems. These gloomy predictions were coupled with the prevalent idea that nuclear war is immoral and physicians have a special responsibility to prevent it. Although contested by a majority of physicians, the medical movement against nuclear weapons found more support than ever before. In the Netherlands this is explained by (1) the intensity of the public debate, (2) the medicalization of the subject and (3) the compulsory registration of all physicians for Civil Defense plans. These factors motivated one third of all Dutch physicians to openly refuse cooperation with Civil Defense authorities. The article concludes that fear of an uncontrollable disaster put an emphasis on the ethics of consequentialism. This encouraged physicians to take political action and stress the importance of social responsibility in medicine.

**Keywords:** medical responsibility, medical ethics, moral experience, ultimate concern, national health, conscientious objections

1 Titel ontleend aan een publicatie uit 1981: *Die Überlebenden werden die Toten beneiden – Ärzte warnen vor dem Atomkrieg* (Keulen, 1982).

## 1 Inleiding

In de rampenfilm *The Day After* wordt de kijker op indringende manier geconfronteerd met de gevolgen van een nucleaire oorlog. Van Kansas City, waar het verhaal zich afspeelt, blijft niets anders over dan smeulende radioactieve puinhopen. Interessant is dat de timing van de première in 1983 nauwelijks beter kon: de kranten stonden destijds bol van de berichtgeving over nieuwe kernwapens in Europa en de internationale verhoudingen tussen de twee machtsblokken waren buitengewoon gespannen. De film sluit dan ook aan bij een maatschappelijk gevoel van onbehagen, zelfs angst voor een Derde Wereldoorlog. De verkondigde boodschap kan niemand ontgaan: kernwapens moeten de wereld uit.

In *The Day After* lijken alle personages aanvankelijk naïef. We volgen de verhaallijn van cardioloog Dr. Oakes die zich, ondanks de onheilspellende mediaberichten over de toenemende spanning tussen Oost en West, onverstoorbaar op zijn werk richt. Als medisch specialist gelooft hij in vooruitgang en zijn taak om anderen te helpen, zoals blijkt wanneer hij met collega's de *ins* en *outs* van de hartchirurgie bespreekt. Als een van de artsen terloops de dreigende crisis in Berlijn ter sprake brengt, stelt Oakes dat hij niet gelooft dat de situatie werkelijk uit de hand zal lopen: 'People are crazy, but not that crazy.'

Natuurlijk gebeurt het ondenkbare. Welke supermacht als eerste aanvalt, laat de film in het midden omdat het verder niet van belang is. Als de ene atoomexplosie na de andere volgt, is de spanning uit het verhaal verdwenen, maar dat maakt de beelden niet minder verontrustend. De overlevenden doen alles wat in hun macht ligt om elkaar te helpen, maar uiteindelijk helpt niets. Met primitieve middelen pogen medici het zorgsysteem te handhaven, maar de chaos regeert. Stralingsziekte treft iedereen, waardoor artsen en verpleegkundigen spoedig in patiënten veranderen. Ook Dr. Oakes, die op zoek gaat naar zijn geliefde, bezwijkt geestelijk en lichamelijk in de as waar eerder zijn huis stond.

De afzijdige houding van Dr. Oakes lijkt exemplarisch voor de geneeskundige beroepsgroep, die een passieve en conservatieve reputatie had, maar niets is minder waar. In de periode 1960-1989 raakte een toenemend aantal artsen bezorgd over het huiveringwekkende scenario van een kernoorlog. Allen waren het erover eens dat het voorkomen van zo'n ramp een zaak was van het allerhoogste gewicht. Een aantal artsen ging verder, en stelde dat het voorkomen van een nucleaire oorlog tot de *verantwoordelijkheden* van medici behoorde, waarmee zij zich aansloten bij het standpunt van de vredesbeweging.

In dit artikel staat de vraag centraal hoe de groei van het medisch activisme ten aanzien van het kernwapenprobleem te verklaren is. Na een schets van de achtergronden van het debat, wordt de eerste golf van medisch protest tegen de kernwapens in de jaren zestig onder de loep genomen. Daarna volgt wat de betrokkenen verstonden onder hun medische verantwoordelijkheid. Vervolgens komt aan bod hoe de activistische artsen in de jaren tachtig schreven over kernwapens, alsook de ethiek van waaruit zij redeneerden. De medische vakliteratuur uit de genoemde periode dient hier als bronnenmateriaal. In de laatste paragraaf onderzoek ik de rol van het geweten in de discussie. De conclusie van dit artikel werpt een nieuw licht op de ontwikkeling van het medisch standpunt ten aanzien van kernwapens in de Koude Oorlog. Daarmee vormt het niet alleen een bijdrage aan de medische geschiedenis, maar tevens aan het filosofische debat over ethisch denken ten aanzien van existentiële dreigingen.

## 2 Achtergronden van het kernwapendebat

De atoomexplosies boven Hiroshima en Nagasaki in augustus 1945 gaven het startsein van de discussie over de zin en onzin van kernwapens waarover het laatste woord nog niet is geschreven. Voorstanders voorspelden een tijdperk van ongekende mogelijkheden door de vrijwel ongelimiteerde kracht van atoomenergie. Zij rekenden op internationale stabiliteit dankzij een strategie van nucleaire afschrikking, waarin het atoomwapen diende als dreigmiddel. Daarentegen zagen critici de kernwapenarsenalen als een bedreiging voor de mensheid en de planeet.

De tegenstanders van kernwapens verenigden zich in de vredesbeweging. Zij vonden tal van logische, morele, economische en juridisch-ethische argumenten om hun standpunt tegen kernwapens te onderbouwen. Zo konden de geldbedragen die met de nucleaire wapenwedloop gemoeid waren beter worden geïnvesteerd in de nationale gezondheidszorg of hulp aan ontwikkelingslanden. Ook stelden critici dat vrede door wederzijdse afschrikking berustte op het idee dat de betrokken partijen – de NAVO onder leiding van de Verenigde Staten enerzijds en de Sovjet-Unie en haar satellietstaten anderzijds – in extremis bereid waren om genocide te plegen. Dit viel op geen enkele wijze te verzoenen met de internationale rechtsorde.

Een intellectuele elite nam al kort na de Tweede Wereldoorlog het voortouw in de vredesbeweging. In 1962 zei Bertrand Russell in een interview dat niets het uitbreken van oorlog kon voorkomen behalve universele ontwapening, waarin wetenschappers een belangrijke rol moesten spelen. Volgens

de filosoof hadden zij namelijk een aandeel in de ontstane situatie – ‘they invented the means to make war disastrous.’<sup>2</sup> Zonder het expliciet uit te spreken, lijkt Russell hier te appelleren aan het verantwoordelijkheidsgevoel van de wetenschappelijke gemeenschap. Door het vergaren van kennis en inzicht diende zij een bijdrage diende te leveren aan een betere wereld. Zijn oproep vond gehoor binnen de universiteiten, maar ondanks de steun van eminente geleerden zoals Albert Einstein, bleef de groep tegenstanders van kernwapens relatief klein.

Voorstanders daarentegen, onder wie Luttwack, betoogden dat West-Europa zonder nucleair arsenaal onverdedigbaar was tegen de legers van het Warschaupact en vrijwel zeker het toneel zou worden van een nieuwe oorlog (Luttwack 1986). Aanhangers van deze stelling volgden de traditie van de *realpolitik* en vooronderstelden dat de Sovjet-Unie een opportunistische mogendheid was, die streefde naar expansie van het eigen grondgebied door middel van militair ingrijpen. Verder benadrukten zij dat kernwapens een goedkoop alternatief waren voor een omvangrijke conventionele strijdmacht.

Terwijl voor- en tegenstanders van kernwapens lijnrecht tegenover elkaar stonden, zagen beleidsmakers zich gedwongen om maatregelen te nemen bij de ontstane veiligheidssituatie. In veel landen werd daarom een civiele verdediging opgetuigd die de bevolking hulp en bescherming moest bieden tijdens een oorlogssituatie. In Nederland beschikte deze organisatie over onder meer rampenplannen, schuilkelders, burgerwachten en hulpdiensten. Vele betrokkenen beseften echter dat de civiele verdediging weinig kon uitrichten in wat men eufemistisch ‘buitengewone omstandigheden’ (lees: een kernaanval) noemde. De maatregelen dienden dan ook in de eerste plaats een psychologisch doel: het geruststellen van de burger en tegelijk een signaal van standvastigheid afgeven aan vriend en vijand. Zodoende vormde de noodmaatregelen in het kader van de civiele verdediging ‘imposant bedoelde decorstukken in het grote theater van de afschrikingsstrategie’ (Boom 2000: 311).

Ofschoon artsen doorgaans niet betrokken waren bij de medische planning voor ‘buitengewone omstandigheden’, speelden zij hierin een wel sleutelrol. In het geval van een kernaanval zouden zij worden opgeroepen om medische posten te bezetten waar zij hulp moesten verlenen aan de slachtoffers die zouden zijn blootgesteld aan rondvliegend puin, intense

2 Het interview is te vinden op youtube.com onder de titel ‘Bertrand Russell – On Nuclear Morality (1962)’:

hitte, radioactieve straling en besmetting. De meeste artsen aanvaardden deze consequenties, wellicht in de veronderstelling dat het zover toch niet zou komen. Een uitzondering vormden militaire artsen, wier primaire vredestaak was gelegen in het treffen van oorlogsvoorbereidingen. In militair geneeskundige kringen vormden de ontoereikende behandelcapaciteit na een atoomaanval, met name de tekorten aan bloed, bloedplasma, en speciale meetapparatuur, een bron van zorgen. Niettemin bleef hun opdracht om militaire slachtoffers in alle omstandigheden te helpen ongewijzigd, want daarmee was immers een militair doel gediend: het in stand houden van het 'menselijk oorlogspotentieel'.

### 3 Een medische verantwoordelijkheid?

In de eerste tien jaar na Hiroshima klonk in medische kringen nog weinig morele verontwaardiging over kernwapengebruik, maar door de technologische ontwikkelingen op wapengebied in de jaren vijftig nam de ongerustheid toe. Beide supermachten investeerden in een groeiend arsenaal van alsmaar krachtiger kernwapens met een steeds groter bereik. Aangewakkerd door de internationale spanningen voorafgaand aan de Cuba-crisis (1962) – de meest dreigende periode van de Koude Oorlog – begonnen medici in verschillende Westerse landen kritiek te leveren op het bondgenootschappelijke veiligheidsbeleid waarin kernwapens een cruciale rol was toebedeeld.

Uit deze bezorgdheid ontstond in 1961 het Amerikaanse artsencollectief *Physicians for Social Responsibility* (PSR), die zich ten doel stelde om een kernoorlog te voorkomen. In het *New England Journal of Medicine* publiceerden de leden een serie belangwekkende artikelen over de desastreuze gevolgen van een nucleaire aanval op de stad Boston. De boodschap was helder: na een kernaanval op een dichtbevolkt gebied kon van een georganiseerd geneeskundig systeem geen sprake meer zijn. De hulpdiensten zouden machteloos staan tegenover de grote stroom gewonden. De publicaties van de PSR deden veel stof opwaaien omdat deze scherp contrasteerden met het voorlichtingsmateriaal van de nationale overheid, waarin de gevaren van kernwapens stevast werden gebagatelliseerd.

Zonder verder in te gaan op de geschiedenis van de PSR, wordt hier nagegaan wat haar leden verstonen onder *social responsibility* ten aanzien van het kernwapenvraagstuk en welke reacties zij daarmee uitlokten. Om deze vraag te voorzien van een theoretisch kader, wordt eerst het begrip

verantwoordelijkheid tegen het licht gehouden. Vervolgens zal worden uiteengezet welke invulling de leden van PSR zelf gaven aan het begrip.

In de literatuur bestaan er verschillende definities van verantwoordelijkheid naast elkaar. In een juridische betrekking verwijst verantwoordelijkheid naar aansprakelijkheid die men achteraf vaststelt, na het verrichten van een handeling. Wie bijvoorbeeld onopzettelijk brand veroorzaakt, kan achteraf juridisch worden berecht voor nalatigheid inzake de veiligheidsvoorschriften. Deze passieve vorm van verantwoordelijkheid wordt toegekend door derden.

Vanuit ethisch perspectief kan verantwoordelijkheid ook door een individu zelf worden genomen. In dat geval is er sprake van een uitdaging, waarop een antwoord moet worden geformuleerd, wat weer een reactie uitlokt. De theoloog en ethicus Reinhold Niebuhr noemde verantwoordelijkheid dan ook een 'weefsel van verwachtingen over mijn respons en die van anderen' (Niebuhr 1963). De medische literatuur laat zien dat het arts-zijn speciale verantwoordelijkheden met zich meebrengt. Deze ontstaan doordat de professionele mogelijkheden van een arts – de eigengemaakte kennis en kunde – bepaalde verwachtingen creëren in de maatschappij (Jonsen & Jametan 1977). Die laatste komen nadrukkelijk naar voren in de eed van Hippocrates, waarin staat dat de geneeskundige behandeling zal worden aangewend 'ten nutte der zieken naar mijn vermogen en oordeel; van hen houden wat ten verderve of tot letsel kan zijn.' Ook diende het lijden te worden verlicht.<sup>3</sup> Het is dan ook onomstreden dat een arts, gezien vanuit de medische ethiek, een professionele verantwoordelijkheid draagt om zijn kennis in te zetten ten dienste van de patiënt.

Een derde variant is politieke verantwoordelijkheid (*Verantwoordingsethiek*), geïntroduceerd door de socioloog Max Weber. Hierbij draait het om de morele en politieke gevolgen van de handeling; de consequenties zijn belangrijker dan de intenties. Vanuit dit oogpunt kan worden betoogd dat artsen behalve de verantwoordelijkheid voor de individuele patiënt tevens een sociaal-maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben. Zij dienen dus niet alleen een lichamelijk en geestelijk maar ook een maatschappelijk klimaat te scheppen dat ziekte voorkomt en genezing bevordert. Deze denkwijze bracht de Nederlandse arts Samuel Sarphati (1813-1866) in de praktijk toen hij zijn kennis en organisatietalent inzette om het lot van de armen te verbeteren. Recentere voorbeelden zijn de artsenlobby

3 *Nederlandse artseneed (inclusief Eed van Hippocrates / Verklaring van Genève) richtlijn II.04*, vooral ook de paragraaf over de historie van de Eed van Hippocrates

voor een verbod op de verkoop van tabak en de vaccinatie van groepen mensen, twee vormen van *preventieve geneeskunde* die sterk samenhangen met levensbeschouwing en politiek (Mackenbach 2011). Ook de leden van de PSR kunnen worden gerekend tot de sociaal-maatschappelijk betrokken artsen. Door middel van voorlichting en politieke beïnvloeding, creëerden zij maatschappelijke en politieke bewustwording van de catastrofale gevolgen van een kernoorlog.<sup>4</sup>

Ondanks de inspanningen van de PSR ontving zij in de jaren zestig en zeventig geen noemenswaardige steun van de medische beroepsgroep, die over het algemeen werd gekenmerkt als conservatief en passief. De heersende opvatting was dat medici zich niet in controversiële politieke en sociale vraagstukken dienen te mengen omdat medische kennis daarvoor vaak ontoereikend is, en omdat zij daarmee de onpartijdige status van de beroepsgroep in gevaar brengen (McCally 2002: 148). Binnen de medische beroepsgroep gold afzijdigheid (*impartiality*) als een groot goed, wat werd bevestigd in de 'International Code of Medical Ethics'. In essentie had de afzijdigheid betrekking op de behandeling van de patiënt, maar deze houding had tevens een functie in de sociaal-maatschappelijke sfeer.

Politieke ontwikkelingen zorgden uiteindelijk voor het inslapen van de PSR. De kernwapenproblematiek raakte in de loop van de jaren zestig op de achtergrond door de toenadering tussen de supermachten en de daaruit voortvloeiende verdragen. Deze wekten de suggestie dat de kernwapenwedloop kon worden beheerst, waardoor het programma van de PSR aan urgentie verloor.

## 4 Een probleem van de volksgezondheid

Vrij onverwachts werd het kernwapenvraagstuk aan het einde van de jaren zeventig weer een actueel thema en ditmaal veroorzaakte het meer maatschappelijke opwinding dan ooit tevoren. De ingeslapen PSR kende een opleving en daarnaast werd in 1981 een wereldwijd netwerk van medici opgericht: *International Physicians for the Prevention of Nuclear War* (IPPNW). Tijdens haar derde internationale congres in Amsterdam (1983) werd een petitie opgesteld met de stelling: 'As physicians, we wish to express our professional concern over the unprecedented threat to life and health posed by

4 Advertentietekst met de titel: 'Physicians for Social Responsibility', *New England Journal of Medicine* vol. 266-7 (15 februari 1962) 361.

nuclear weapons, a threat that hangs over hundreds of millions of people.<sup>5</sup> Ippnw stelde zich ten doel om een kernoorlog te voorkomen door de bewustwording van de gevaren te vergroten. Deze doelstelling is in feite hetzelfde als die van de PSR in de jaren zestig, maar ditmaal kreeg zij veel meer steun, ook in Nederland, wat natuurlijk vraagt om een verklaring.

In de eerste plaats bereikte het maatschappelijke debat over nucleaire wapens in Nederland in de jaren tachtig een hoogtepunt. De Oost-Westverhoudingen waren in die jaren verslechterd en beide zijden investeerden in nieuwe nucleaire bewapeningsprogramma's. De NAVO had besloten om nieuwe kernwapens in Europa te plaatsen als reactie op de ontplooiing van een nieuw type Sovjetraket achter het IJzeren Gordijn. Zoals dat ook het geval was in Groot-Brittannië, West-Duitsland, België en Italië, veroorzaakte de mogelijke plaatsing van kernwapens op Nederlands grondgebied grote onrust en bezorgdheid. In 1981 stroomde Amsterdam vol met 400.000 demonstranten tegen de kernwapens. Twee jaar later zou dat aantal nog worden overtroffen. Door de polarisatie was een neutraal standpunt in de kwestie vrijwel uitgesloten en dat had natuurlijk ook haar weerslag op de medische wereld.

Een tweede verklaring voor het groeiend medisch protest tegen de kernwapens, is dat de kernwapenwedloop door activistische artsen werd beschouwd als sociaal maatschappelijke ziekte: 'As physicians, we believe a nuclear war would be the final epidemic' (Hiatt 1980: 2315). Een deelnemer aan het derde IPPNW-congres schreef in een brief aan een vredesorganisatie: 'We maken met zijn allen deel uit van een enorm mooi lichaam, de aarde, doch de laatste 40 jaar hebben we vreselijk ons best gedaan dit lichaam doodziek te maken' en 'het is irrationeel om allerlei symptomen te behandelen terwijl de oorzaak niet wordt weggenomen en het sterfbed nadert.'<sup>6</sup> Ook in boeken over het onderwerp duiken medische begrippen op: er was geen *remedie* tegen het kernwapen; de civiele verdediging was geen onschadelijk *placebo* met een heilzaam effect, maar een *tranquillizer* die de angst vermindert; in deze context werd gesproken van een *pathologische* aandoening; alleen *preventie* was effectief; enz. De gebruikte terminologie wijst op de *medicalisering* van het kernwapenprobleem.

Overigens was benoeming van een kernoorlog als ziekteverschijnsel niet uitsluitend als beeldspraak bedoeld. Een psychiater meende dat het leven

5 <https://www.ippnw.org/pdf/1983-amsterdam-declaration.pdf> (geraadpleegd op 01-04-2019)

6 De originele brief bevindt zich in het archief van de Woensdrechtse Vredesbeweging, dat zich bevindt bij de Heemkundekring het Zuiderkwartier.

onder voortdurende kernwapendreiging kon leiden tot psychische klachten, met name onder jonge mensen (Berger 1985). Daaraan konden zij zelf weinig doen – integendeel – mensen die het kernwapen niet ervoeren als permanente dreiging leefden mogelijk in een permanente staat van ontkenning, ook wel een ‘dissociatieve stoornis’ genoemd. Geestelijk gezond en ongezonder waren relatieve begrippen in de schaduw van de atoombom.

Behalve het vaststellen van de psychische klachten, diende zich de vraag aan hoe deze konden worden behandeld én voorkomen. Hierover ging een discussie tijdens een IPPNW-congres in Keulen in mei 1986. Daar bleek dat de dokters weinig tranquillizers voorschreven; wel adviseerden zij hun patiënten om zich in te zetten voor de vrede, wat een heilzame werking zou hebben.<sup>7</sup> Zo sloeg men twee vliegen in één klap: door actievoeren namen de individuele klachten af en tegelijkertijd werd een algemeen belang bevorderd, waarmee de arts voldeed aan zijn verantwoordelijkheid ten aanzien van de patiënt, én zijn *social responsibility*.

## 5 Tegen wil en dank

Vanaf 1981 werden alle medici in Nederland tegen wil en dank geconfronteerd met de kernwapendebatteer. In dat jaar deed het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur namelijk een oproep aan artsen om zich te registreren ten behoeve van de Noodwet-geneeskundigen. Hiermee wilde het ministerie een overzicht creëren van de medische capaciteit die in noodsituaties kon worden ingezet. Wanneer de noodwet bij een nationale ramp of in oorlogstijd in werking trad, waren alle geregistreerden verplicht hun medewerking te verlenen.

Door het dwingende karakter van de registratie en de grote stroom publicaties die erop volgde, traden de ethische dilemma's van een kernoorlog sterk op de voorgrond. Was het gezien de schaarste aan medische voorraden verantwoord om te wachten met hulpverlening totdat het aantal slachtoffers zou zijn geslonken (lees: gestorven) tot ‘manageable numbers’? Mochten medici, gezien hun verantwoordelijkheid om het lijden van patiënten te verlichten, euthanasie toepassen op de slachtoffers voor wie hulp tevergeefs was? Was de opslag van grote hoeveelheden euthanasiemiddelen noodzakelijk? (Haines, White & Gleisner 1983). Uit de ongemakkelijke

<sup>7</sup> ‘Bergse arts Jef Wierz: Wonen bij kruisraketten heeft psychische gevolgen’, *De Stem van West-Brabant*, 4 juni 1986.

stilde die volgde op deze vragen vloeide een fundamentele kwestie: moesten artsen zich voorbereiden op het ondenkbare scenario, of moesten zij juist niets doen bij wijze van protest, met alle gevolgen van dien? (Ike 1983).

De problematiek van de noodwet werd snel onderkend door de Nederlandse zusterorganisatie van de IPPNW,<sup>8</sup> die reageerde met een eigen verzoek aan artsen om geen gehoor te geven aan de registratie voor de noodwet. Tevens zette zij aan tot een brede discussie over het onderwerp. Met deze aanpak was de organisatie succesvol, want bij de tweede registratieronde in 1983 weigerde een derde van de 40.000 Nederlandse artsen, tandartsen, verloskundigen en apothekers zich te registreren (Grond 1985:109). Hiermee gaven zij een krachtig signaal aan de autoriteiten dat er geen vertrouwen bestond in de effectiviteit en het bestaansrecht van de civiele verdediging.

Veel weigeraars onderbouwden hun standpunt schriftelijk in het tijdschrift *Medisch Contact*. Het voert te ver om alle inzendingen te behandelen, maar de argumenten vielen grotendeels in drie categorieën uiteen. Het eerste soort kenmerkt zich door een beroep op de 'traditionele' functie van de sociale verantwoordelijkheid van de arts, namelijk de zorg en het informeren van de patiënt. Zo valt te lezen: 'Over hun ziekte en over de mogelijkheden tot preventie daarvan informeren wij in het algemeen onze patiënten, opdat zij de nodige initiatieven kunnen nemen ter bevordering van hun gezondheid. Informatie over de medische gevolgen van een kernoorlog vormt hierop ons inziens geen uitzondering.' Hier informeert de arts zijn patiënten dus over de 'gezondheidsrisico's' van het kernwapen – wederom een voorbeeld van de tendens tot medicalisering.

Het tweede type argument is politiek van aard en staat kritisch tegenover de krijgsmacht en nucleaire dreiging in het algemeen. Een arts formuleerde: 'Ik weiger omdat de civiele verdediging deel uit maakt van de militaire verdediging en zo de totale oorlog wettig wordt verklaard.' Een ander schreef:

Het gaat mij als burger niet alleen om de vraag of ik tegen gebruik van kernwapens ben, het gaat er mij zelfs niet om of ik als arts wel of geen hulp in dat geval zal kunnen verlenen (als het mogelijk is zal ik die hulp toch wel verlenen) [...] De aanvaarding van de mogelijkheid dat deze hulpverlening wellicht ooit nodig zou kunnen zijn betekent de aanvaarding van de mogelijkheid dat ooit

8 De *Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie* (NVMP) was in 1969 opgericht om het verschijnsel oorlog te bestuderen vanuit een medische invalshoek.

een conflict met nucleaire wapens zou kunnen worden uitgevochten. Dit nu is voor mij onaanvaardbaar.

In de derde plaats stelden vrijwel alle weigeraars dat registratie voor de Noodwet de valse illusie wekte dat een kernoorlog beheersbaar is. Deze argumenten leggen de nadruk op de potentiële slachtoffers, een kenmerk van de consequentialistische ethiek. Deze vorm van ethiek stelt dat een morele handeling altijd moet worden beoordeeld op basis van het gevolg van de handeling. Veel medici erkenden dit, en vonden dat de burger – de potentiële patiënt – recht had op de sombere waarheid, namelijk dat er voor de slachtoffers van een kernaanval vrijwel geen medische hulpverlening mogelijk zou zijn. Daarbij werd wel toegevoegd dat de individuele bereidheid om medische hulp te verlenen natuurlijk bleef bestaan indien de arts weigerde gehoor te geven aan de geneeskundige registratieoproep.<sup>9</sup>

Een uitzondering op de stelling dat voorbereiding zinloos of zelfs gevaarlijk was, werd verkondigd door de radioloog B.W. Ike, die zei zich moreel gechanteerd te voelen. Hij beaamde dat de gevolgen van een kernoorlog afschuwelijk moesten zijn, maar dat ontsloeg de arts nog niet van de *plicht* om de slachtoffers te helpen. De civiele verdediging stond misschien gelijk aan valse veiligheid, maar dat had nog altijd de voorkeur boven oprechte onveiligheid waarmee niemand gebaat was. Op zuiver medische gronden kon men niet aanvoeren dat voorbereiding op hulp aan overlevenden van een kernoorlog schadelijk is, aldus de arts (Ike 1983: 529).

De stelling dat de arts in alle omstandigheden de plicht heeft om slachtoffers te helpen heeft trekken van de deontologische benadering. De laatste stelt dat moreel juist te handelen alleen mogelijk is door het volgen van zelfopgelegde wetten waarop geen uitzondering kan worden gemaakt. Met deze vorm van ethiek wordt vaak het woord 'plicht' geassocieerd (deontologie betekent letterlijk plichtenleer, vanuit het Grieks, *deon*, 'plicht', en *logos*, 'rede'). Deze deontologische benadering helpt bij het verklaren van plichten tegen de druk van moeilijke omstandigheden in, zoals hetgeen waarmee de artsen zich zagen geconfronteerd. Opmerkelijk is dat dezelfde arts Ike, die hierboven de plicht centraal stelde, in een ander citaat juist de consequenties van het medisch handelen benadrukt: 'het nalaten van maatregelen die het voortbestaan van overlevenden van een kernoorlog kunnen bevorderen en/of hun lijden kunnen verlichten komt praktisch neer op massale

9 Alle citaten van medici in dit artikel zijn alle terug te vinden in de ingezonden brieven in *Medisch contact* 30 (30 juli 1982) pp. 894.

preventieve euthanasie' en 'de medische wereld mag zich niet onttrekken aan haar verantwoordelijkheid jegens de ongelukkige overlevenden.'(Ike 1983: 529).

Onder militair geneeskundigen lijkt het dat de deontologie de boven- toon voert. Arts-officieren in de krijgsmacht stelden namelijk voorop dat de evacuatie en behandeling van atoomslachtoffers onder alle omstandighe- den moest worden voorgezet. De voornaamste beweegreden blijkt echter vooral consequentialistisch van aard, namelijk het in stand houden van het oorlogspotentieel. Juist bij massale aantallen slachtoffers kwam dit belang sterk naar voren. In een militair-medische rapport uit de jaren vijftig stond dat het schaarse bloedplasma bij een atoomramp alleen mocht worden toe- gediend aan slachtoffers die een redelijke kans op herstel hadden, zodat zij hun militaire functie snel konden hervatten.<sup>10</sup> Het Handboek Soldaat der Geneeskundige Troepen (4e druk 1984) vermeldde dat de behandeling van zwaargewonden in 'normale' oorlogsomstandigheden weliswaar voorrang krijgt, maar dat hierop een uitzondering moet worden gemaakt wanneer de geneeskundige instellingen overspoeld raken bij een atoomaanval. In deze situatie wordt de plicht ten aanzien van de patiënt ondergeschikt aan het belang van het collectief. Ook hieruit volgt dat de omvang gebeurtenissen bepalend was voor militaire artsen bij de verschuiving van deontologisch naar utilitaristisch denken.

Uit het bovenstaande blijkt dat civiele en militaire artsen in het aanzien van een kernoorlog andere doelen voor ogen hadden – de eerstgenoemde wilden de maatschappij behoeden, voor de laatsten was de militaire inzet- baarheid uiteindelijk doorslaggevend. Beide groepen redeneerden vanuit het consequentialisme en de omvang van de ramp was hierbij bepalend. Daarbij moet echter worden opgemerkt dat de verschuiving van de (tradi- tionele) deontologische, patiënt-georiënteerde ethiek naar de maatschap- pij-georiënteerde ethiek van het consequentialisme in de medische wereld ook in brede zin is waargenomen, zonder dat er sprake is van een doem- scenario (Mandal 2016). In elk geval leidde het consequentialisch denken bij burgerartsen tot het maken van een politiek statement, iets wat tradi- tioneel niet tot de taken van de arts werd gerekend. Om problemen hun de beroepsethiek te vermijden, deden de betrokkenen een beroep op hun gewetensvrijheid.

10 Nationaal Archief, Den Haag, Inspecties van de Wapens en Dienstvakken van de Koninklijke Landmacht, nummer toegang 2.13.158, inventarisnummer 245.

## 6 Een gewetenskwestie

Door hun bezwaar tegen de Noodwet schriftelijk in een medisch periodiek toe te lichten, beoogden artsen als gewetensbezwaarde te worden erkend. 'Hierbij deel ik u mee dat ik op grond van mijn geweten weiger de mij door u gezonden Noodwet-enquete in te vullen', valt meermaals te lezen in *Medisch Contact*. Tijdens een congres van de IPPNW in Amsterdam in 1983 tekenden duizenden artsen een petitie waarin stond: 'As a matter of individual conscience, I will refuse to participate in any medical preparations for nuclear war.' Verrast door de impact van de registratieoproep, besloot het toenmalige ministerie de artsen in kwestie niet te vervolgen.

De weigering tot deelname aan de civiele verdediging vindt aansluiting bij het huidige medisch-ethische debat over de vraag of er goede redenen bestaan om ruimte te geven aan artsen die weigeren om bepaalde handelingen uit te voeren op grond van hun geweten. Deze vraag is eerder in dit tijdschrift behandeld en de gepresenteerde inzichten zullen worden toegepast op de onderhavige historische casus. Daarbij wordt de definitie van het geweten van Anders Schinkel gevolgd, die het begrip ziet als 'een modus van bewustzijn die de vorm heeft van 'een bezorgd bewustzijn van de morele kwaliteit van onze bijdrage aan de wereld' (2017: 304).

Zouden de gewetensbezwaren van medici tegen kernwapens nu worden erkend? In navolging van Musschenga (2017) wordt hier het toetsingskader van de Noorse ethicus Morton Magelssen (2012) aangehaald, die stelt dat gewetensbezwaren van medici gehonoreerd moeten worden op basis van de volgende criteria: (1) het verrichten van de handeling zou tot ernstige schade aan de morele integriteit van de medicus leiden doordat die een serieuze inbreuk inhoudt van een diep verankerde overtuiging; (2) het bezwaar heeft een morele of religieuze rationale; (3) de behandeling wordt niet beschouwd als een essentieel onderdeel van zijn werk (4) de belasting voor de patiënt is aanvaardbaar klein; (5) de belasting voor collega's is aanvaardbaar. Daarnaast wordt het gewetensbezwaar sterker als: (6) het bezwaar gefundeerd wordt op de eigen waarden van de geneeskunde; (7) de medische handeling is nieuw of heeft een onzekere morele status. Bij deze criteria dient volgens Magelssen het belang van de morele integriteit en het belang van de patiënt het zwaarst te wegen.

De gewetensbezwaren van artsen zijn in beginsel legitiem wanneer we deze onderwerpen aan de toets van Magelssen. Allereerst lijkt het bij de motivaties in *Medisch Contact* te gaan om een diep verankerde overtuiging dat de medische wereld machteloos staat tijdens een kernoorlog. Een diepte-interview met de personen in kwestie zou dat kunnen bevestigen.

Daarnaast hadden de gewetensbezwaren een morele rationale: hun opvatting werd bevestigd door wetenschappelijk onderbouwde rapporten. Verder kan worden verdedigd dat de behandeling van oorlogsslachtoffers ten gevolge van een kernaanval geen essentieel onderdeel vormde van het medisch beroep: de term 'buitengewone omstandigheden' geeft dit al aan. Ook was (aatom)ramp-geneeskunde een 'nieuwe' medische benadering, waarvan de uitkomst betwijfelbaar leek. Afgezien van de behandeling van de atoomschlachtoffers van Hiroshima en Nagasaki, was er geen praktische ervaring op dit gebied. Tot slot leidde de weigering van registratie door medici in 1983 en de jaren erna niet tot een onaanvaardbare belasting voor patiënten of collega's – omdat er geen atoombom viel.

De gewetensbezwaren houden minder goed stand bij één criterium van Magelssen, namelijk dat deze berusten op waarden uit de geneeskunde. Ofschoon het kernwapendebat werd gemedicaliseerd, bleef een groot deel van de argumenten tegen de civiele verdediging in essentie ideologisch of politiek van aard. Mogelijk is dit de reden waarom het merendeel van de artsen zich afzijdig hield. Een van hen schreef in 1983 in *Medisch Contact* dat 'dat het verkondigen van meningen over dit soort vraagstukken dus niet in een medisch periodiek thuishoort maar in een politiek-sociologisch gericht discussieorgaan.' Een andere overweging was mogelijk dat de 'weige- raars' het morele gelijk aan hun kant meenden te hebben, waardoor een evenwichtige discussie uitbleef. Een huisarts schreef: 'De angst bij sommige brieveschrijvers lijkt dermate groot dat zij andersdenkenden vereenzelvigen met hun angstobject en hen niet meer als gelijkwaardigen en oprecht zoekenden naar begaanbare wegen toespreken. Badineren, verdacht maken, en imponeren voeren tot een heilloze discussie (...)' Ook de *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (KNMG) ont- hield zich van een oordeel over de kwestie.

Na de affaire rond de noodwet-geneeskundigen in 1983 werd het aan medische zijde stiller rond het kernwapenvraagstuk. In 1985 organiseerde de landelijke vredesbeweging nog een petitie tegen de stationering van kernwapens in Nederland, maar daarna leek zij moegestreden (Van Diepen 2004). Als een totale verrassing kwam in 1989 de Berlijnse muur ten val, waarna duidelijk werd dat de Sovjet-Unie niet langer bereid was om militair in te grijpen. De ideologische confrontatie tussen Oost en West hield op te bestaan, maar de INNPW voert op de dag van vandaag actie om de kernwa- pens de wereld uit te helpen.<sup>11</sup>

11 Zie: <https://www.innpw.org>

## 7 Conclusies

De aandacht voor de consequenties van een kernoorlog bleef in de jaren zestig beperkt tot artsen met een sterk gevoel van verantwoordelijkheid voor de samenleving. Deze selecte groep was tot het inzicht gekomen dat het medisch apparaat bij een kernoorlog machteloos stond. Volgens hen was preventie van een nucleaire apocalyps een zaak van het hoogste gewicht. Dit probeerden zij te bereiken door middel van publieke voorlichting en politieke lobby, maar op veel steun uit de medische wereld konden zij niet rekenen. Het merendeel van de medici in de VS en in Nederland hield zich afzijdig van veiligheidspolitiek en eind jaren zestig raakte de kwestie op de achtergrond.

In de jaren tachtig kwam het thema opnieuw ter sprake en ditmaal konden de medici in hun strijd tegen kernwapens rekenen op veel steun van collega's, vooral in Nederland. In de eerste plaats was dat te danken aan het veranderde politieke klimaat. De angst voor de Derde Wereldoorlog bracht grote mensenmassa's op de been en dat werkte aanstekelijk. Daarnaast kregen de medische aspecten van het kernwapenprobleem meer aandacht, met name de ethische dilemma's die ermee gepaard gingen. In 1983 weigerde een op de drie Nederlandse artsen deel te nemen aan de planning van de civiele verdediging. Volgens de betrokken artsen gaf dit beleid namelijk een vals gevoel van veiligheid aan burgers. Met ingezonden brieven motiveerden zij hun keuze om zich niet te laten registreren. Velen van hen hoopten als gewetensbezwaarde te worden erkend. De het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur legde zich hierbij neer – een begrijpelijke keuze omdat het ging om een diep verankerde overtuiging.

Een kenmerk van het medisch kernwapendebat is dat artsen, die vaak redeneren vanuit de deontologie, in dit geval vrijwel uitsluitend redeneerden vanuit het consequentialisme. Deze ethische verschuiving was veroorzaakt door de desastreuze omvang van een hypothetische kernoorlog. Deze reden was ook doorslaggevend om de traditionele medische waarde van *impartiality* (afzijdigheid) aan de kant te zetten. Tot slot was duidelijk zichtbaar dat de ruime betekenis van medische verantwoordelijkheid voor de maatschappij binnen een tijdspanne van dertig jaar meer geaccepteerd was geraakt. Waar verantwoordelijkheid traditioneel gezien vooral betrekking had op de arts-patiëntrelatie, groeide in de jaren zestig de overtuiging dat medisch handelen noodzakelijk maatschappelijk handelen is (Sporcken 1971).

Desondanks bleef twee op de drie artsen beducht voor openlijke stellingname in deze controversiële kwestie. Veel gebruikte argumenten vielen

buiten het medisch domein. Hoe sterk de oproep tot de sociale verantwoordelijkheid van medici ook was, de meningen over het kernwapenvraagstuk hadden een dusdanig polemisch karakter dat elk oordeel uiteindelijk een persoonlijke kwestie bleef – een zaak van het geweten.

## Bibliografie

- Berger, Wim (1985) Veiligheidsbeleid als Gezondheidsbedreiging, in: Bernard Delfgaauw & Hans Grond (red.) *De Nucleaire Dreiging. Er is Geen Weg naar Vrede. Vrede is de Weg*. Kampen: Kok Agora, pp. 77-87.
- Boom, Bart van der (2005) *Atoomgevaar? Dan Zeker B.B. De Geschiedenis van de Bescherming Bevolking*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Grond, Hans (1985) Kunnen wij een Derde Wereldoorlog Overleven? in: Bernard Delfgaauw & Hans Grond (red.) *De Nucleaire Dreiging. Er is Geen Weg naar Vrede. Vrede is de Weg*. Kampen: Kok Agora, pp. 105-119
- Grond, J. Th. H. (1984) De Medische Verzorgingsketens bij Rampen in Oorlogstijd, *Medisch Contact* 20, pp. 619-622.
- Haines, Andrew, Christopher de B White & John Gleisner (1983) Nuclear Weapons and Medicine: Some Ethical Dilemma's, *Journal of Medical Ethics* 9, pp. 200-206.
- Hiatt, Howard H. (1980) Preventing the Last Epidemic, *Journal of the American Medical Association* 244-20, pp. 2315.
- Ike, B.W. (1983) Noodwet Geneeskundigen en Civiele Verdediging. Verplichte Voorbereiding op een Onaanvaardbare Mogelijkheid: een Dilemma, *Medisch Contact* 16, pp.528-530.
- Jonsen, Albert R. en Jametan, Andrew L. (1977) Social and Political Responsibilities of Physicians, *Journal of Medicine and Philosophy* 2:4, pp. 376-400.
- Luttwak, Edward N (1986) *On the Meaning of Victory. Essays on Strategy*. New York: Simon & Schuster.
- Mackenbach, Johan (red.) (2012) *Successen van preventieve: 1970-2010*. Rotterdam: Erasmus Publishing.
- Magelssen, M. (2012) When Should Conscientious Objection be Accepted? *Journal of Medical Ethics* 38:1, pp. 18-21.
- Mandal, J., Ponnambath, D.K. en Parija, S.C. (2016) Utilitarian and Deontological Ethics in Medicine, *Trop Parasitol* 6 pp. 5-7.
- McCally, Michael (2002) Medical Activism and Environmental Health, *The Annals of the American Academy* 584, pp. 145-158.
- Musschenga, Bert (2017) De Dubbele Subjectiviteit van het Geweten en Noodzaak van Toetsing van Gewetensbezwaren, *Algemeen Nederlands Tijdschrift voor Wijsbegeerte* 109:3, pp. 329-345.
- Neil, Mary Kathryn (1988) *Balancing Passion and Reason: A Symbolic Analysis of The Communication Strategies of the Physicians Movement Against Nuclear Weapons*. San Francisco: University of California.
- Niebuhr, H. Richard (1963) *The Responsible Self: An Essay in Christian Moral Philosophy*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Niemeyer, Martin (1982) Noodwet Geneeskundigen. Symposium Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie, *Medisch Contact* 30, pp. 895.
- Schinkel, Anders (2017) Geweten als Ervaring, Symbool en Concept, *Algemeen Nederlands Tijdschrift voor Wijsbegeerte* 109:3, pp. 289-308.

- Sporken, C.P. (1971) Medische Ethiek Andermaal in Discussie, *Metamedica* 50:8, 232.
- Van Diepen, Remco (2004) *Hollanditis. Nederland en het kernwapendebat, 1977-1987*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Wennen-van der Meij, C.A.M. (1984) Medische Ethiek en het Kernwapen, *Medisch Contact* 20, pp. 621.
- Zonder naam (1962) Physicians for Social Responsibility, *New England Journal of Medicine* 266:7, pp. 361.

## Over de auteur

**Tom Duurland** is promovendus aan de Universiteit Leiden, waar hij onderzoek verricht naar de geschiedenis van de militaire geneeskunde tijdens de Koude Oorlog. Eerder werkte hij bij het Nederlands Instituut voor Militaire Historie (NIMH), waar hij zich bezighield met de discussievoering over het kernwapen. Van zijn hand verscheen het boek *De wereld kwam naar Woensdrecht. Een vliegbasis te midden van het kruisrakettendeбат, 1983-1987* (Franeker 2018).

