



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Asklepios en het zwaard: de Nederlandse militaire geneeskunde in de schaduw van de bom, 1949-1989

Duurland, T.D.

Citation

Duurland, T. D. (2024, May 15). *Asklepios en het zwaard: de Nederlandse militaire geneeskunde in de schaduw van de bom, 1949-1989*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3754232>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3754232>

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

Hoofdstuk 3: Al helpende leert men

“Eén der belangrijkste taken van een legerleiding is er zorg voor te dragen, dat in vreedstijd elke man, elk onderdeel en formatie zo efficiënt mogelijk geoefend wordt voor de taak in oorlogstijd.” - Majoor der Artillerie J.A. de Risseeuw (1951)⁴²⁴

“Noodzakelijkerwijs [moet] ook worden gedacht over het onvoorstelbare. Enerzijds kan nucleaire vernietiging niet als een rationele mogelijkheid worden benaderd. Anderzijds moet er toch een voorstelling bestaan van de manier waarop een agressor ervan kan worden weerhouden een conflict te beginnen. Daarvoor zijn voorbereidingen nodig, die berusten op de eigen inschatting van de strategie van de tegenstander en van de middelen die hem ter beschikking staan.” *Handboek voor de soldaat* (1985)⁴²⁵

De opleiding en oefening van het grotendeels dienstplichtige militair geneeskundig personeel vormden tijdens de Koude Oorlog een voortdurende bron van zorg. Jaarlijks zag de MGD opeenvolgende lichten jonge mannen zich melden, die in relatief korte tijd, en vaak tegen hun zin, moesten worden gevormd tot volwaardige militairen in functie en rang. Dit vergde een voortdurende inspanning van vooral instructeurs, maar ook van andere opleidingsautoriteiten, die functie-eisen en toetsingsmethoden moesten ontwikkelen. Voor de dienstplichtigen zelf betekende hun tijd in werkelijke dienst, de zogenaamde ‘eerste oefening’, het wennen aan een compleet nieuwe omgeving met eigen regels, normen, waarden en tradities.

Bepalend in het opleidingsproces was het brede takenpakket waarbinnen de oorlogstaak voorop stond. De betrokkenen moesten hun plaats leren innemen in de eerder beschreven geneeskundige afvoerketen, want de inzetbaarheid en daarmee de geloofwaardigheid van het Nederlandse 1 Legerkorps ten opzichte van de NAVO hingen er deels van af. In dit hoofdstuk komt aan de orde hoe de opleidingsautoriteiten van de MGD probeerden het militair-geneeskundig personeelsbestand in voldoende aantallen op het gewenste niveau van paraatheid en inzetbaarheid te brengen en te houden. Daarbij zal ook worden gekeken naar het kritisch commentaar van tijdgenoten.

Eerst komt de ontwikkeling van de verschillende opleidingstrajecten ter sprake, met de nadruk de functies die direct gerelateerd zijn aan de evacuatie en medische behandeling van zieken en gewonden in oorlogstijd. Vanuit de

⁴²⁴ J.A. de Risseeuw, ‘Beginselen van Militaire Oefeningen I’, *Militaire Spectator* 120:2 (1951) 72.

⁴²⁵ ‘Hoofdstuk 14. Persoonlijke bescherming tegen nbc-strijdmiddelen’ in: VS 2-1350 *Handboek voor de soldaat* (1985) 14-2.

onderzoeksvraag zal hier worden stilgestaan bij de theorielessen over de effecten van atoomwapens. Daarna volgt de oefenpraktijk en de reflectie van deelnemende militair-geneeskundigen op dat onderdeel. De praktische voorbereiding op nucleaire, biologische en chemische omstandigheden komt hier aan bod. De voorgestelde en daadwerkelijk doorgevoerde wijzigingen in het opleidingssysteem vanaf het einde van de jaren zestig laten vervolgens zien waar volgens de betrokkenen de grootste knelpunten bestonden. Daaruit volgt de conclusie in hoeverre nucleaire dreigingsperceptie de denkkaders binnen de MGD bepaalde.

Tekorten aan alles

“Geen gekanker en geklaag over dat, wat er niet is. Dat helpt niet.”⁴²⁶ Met die woorden probeerde de CGS generaal Kruls in 1950 zijn ondergeschikten te motiveren om de opbouw van de landmacht krachtig ter hand te nemen. ‘Samen de schouders eronder’ vormde het credo in de naoorlogse jaren, ook binnen de kazernes. Dat was natuurlijk gemakkelijker gezegd dan gedaan. Sinds de heroprichting van de MGD in 1945 bestonden er tekorten aan voertuigen en instructiepersoneel, medisch demonstratiemateriaal en zelfs de meest elementaire opleidingsbenodigdheden zoals leslokalen met schoolborden en krijt.⁴²⁷ Toch dienden de lessen en oefeningen gewoon door te gaan. Voor de dienst was het essentieel dat er zo snel mogelijk geneeskundige eenheden werden geformeerd; eerst voor de dekolonisatieoorlog in Indonesië en vanaf 1950 voor de legeropbouw in bondgenootschappelijk verband. Kwantiteit ging in die jaren boven kwaliteit.

De opbouw van de organisatie rustte in de jaren vijftig op de schouders van een relatief kleine kern van personeel. Enkelen van hen waren na hun dienstitijd en uitzending naar Indonesië een contract aangegaan als beroepsmilitair. Zij moesten het hebben van praktijkervaring. Een ander deel van de vrijwilligers had een meerjarige militaire opleiding gevolgd.⁴²⁸ Zij begonnen aan de Onderofficiersschool in Weert, waar gedurende een jaar de vorming van hun fysieke gesteldheid en leiderschapskwaliteiten centraal stonden.⁴²⁹ Daarna kregen zij een specialistische militair-geneeskundige opleiding tot bijvoorbeeld hoofd gewondenverzorger. Na hun ‘schooltijd’ bekleedden de nieuwbakken sergeanten instructieve en leidinggevende posities, waarbij er verschillende specialisaties en doorstroommogelijkheden in het verschiep lagen.

Beroepsofficieren-arts vormden een betrekkelijk klein gezelschap binnen de MGD. Enkelen hadden na het behalen van hun universitaire graad en hun

⁴²⁶ H.J. Kruls, ‘Waar werken wij voor? Wat bereiken wij? VIII’, *Militaire Spectator* 119:7 (1950) 579.

⁴²⁷ J.E. Swart, ‘Over de opleidingen bij het depot geneeskundige troepen’, *NMGT* 2-7 (juni 1949) 217.

⁴²⁸ Op uitzondering van de dienstplichtige onderofficieren en officieren geneeskundige troepen die na hun dienstitijd een kort dienstcontract aangingen.

⁴²⁹ Later werd dit opleidingscentrum omgedoopt tot Koninklijke Militaire School (KMS). Zie verder: A. A. J. C. Schouwenaars, ‘De Koninklijke Militaire School’, *Militaire Spectator* 148:10 (1979) 462; Willem Bevaart, *De Onderofficier in het Nederlandse leger 1568-2001* (’s-Gravenhage 2001).

tewerkstelling als dienstplichtig-arts gekozen voor een militaire loopbaan. Anderen waren al op jongere leeftijd een contractverbintenis met de krijgsmacht aangegaan. De medicijnenstudie van deze zogenaamde ‘contractartsen’ was betaald door het Ministerie van Oorlog/Defensie en als tegenprestatie dienden zij minimaal tien jaar als beroepsofficier-arts. Hun militaire (basis)opleiding, die nog uitgebreid aan de orde komt, verschilde overigens niet wezenlijk van die van de dienstplichtige artsen. Wel volgden zij aanvullende stafcursussen, want deze categorie officieren was bestemd hogere staffuncties te vervullen. Het wervingsbureau van Defensie selecteerde kandidaten daarom ook in de eerste plaats op hun vermogen om een officiersfunctie te vervullen – hun medische ambities waren secundair.⁴³⁰ Gezien het voortdurende tekort aan beroepsofficieren maakten zij kans op een snelle promotie en bevordering tot brigade-arts, divisiearts, of staffunctionaris bij de IGDKL, waar zij zich konden richten op beleidszaken. Kortom, beroepsofficieren-arts vervulden veelal bureaufuncties waarbij zij nauwelijks patiënten te zien kregen.⁴³¹

Met het geringe aantal beroeps-artsen konden niet alle militair-geneeskundige officiersvacatures worden vervuld, ook niet wanneer zij werden bijgestaan door aanzienlijke aantallen dienstplichtige collega’s. Daarom deed de MGD noodzakelijkerwijs een groot beroep op niet-medische officieren, die eerst een reguliere officiersopleiding aan de Koninklijke Militaire Academie (KMA) en daarna een militair-geneeskundige cursus aan de School Geneeskundige Dienst (SGD) hadden gevolgd, waar zij onder meer medische basiskennis opdeden. Deze officieren maakten deel uit van het in 1954 opgerichte dienstvak Geneeskundige troepen. In de rang van vaandrig of tweede luitenant waren deze ‘troepers’ vaak plaatsvervangend commandant van een geneeskundig peloton. Sommigen van hen klommen bijvoorbeeld op tot commandant van een ziekenautocompagnie of stafofficier bij de sectie geneeskundige dienst van het Eerste Legerkorps.⁴³² In al hun functies namen zij vooral militaire taken voor hun rekening. In oorlogstijd was de plaatsvervangend commandant van het geneeskundig peloton bijvoorbeeld belast met terreinverkenning, operatiebevelen maken en uitvoeren, of zelfs de commandovoering (ook al lag die verantwoordelijkheid tot in de jaren tachtig formeel bij de arts).⁴³³ Even onmisbaar waren de ‘troepers’ als coördinator van het gewondenvervoer.⁴³⁴ In die rol werden zij wel omschreven als “zwervend apostel op de routes van de ziekenauto’s”.⁴³⁵

Er waren echter bijna voortdurend te weinig officieren Geneeskundige troepen. Dat kwam door de beperkte animo voor dit dienstvak, dat in de militaire

⁴³⁰ A.B. Haartsen, ‘De beroepsofficier-arts I’, *NMGT* 22 (januari 1969) 29.

⁴³¹ Edz. de Vries, ‘Het geneeskundig beleid van een krijgsmacht’, *Orgaan van de KBVK* 4^e aflevering (‘s-Gravenhage 1967) 50.

⁴³² Z.S. Stadt, ‘De militair Geneeskundige dienst heeft niet-medici nodig’, *Polsslag* 5-4 (juli 1971) 7-10.

⁴³³ Herman Louwen, *Mijn dienstitijd (1954-1989)* (Leusden 2003) 12.

⁴³⁴ T. van den Berg, ‘De Geneeskundige Troepen een dienstvak zonder toekomst...?’, *Polsslag* 5-3 (juni 1971) 3.

⁴³⁵ J. Woldhuis, ‘De taak van officieren geneeskundige troepen bij het 1e Legerkorps’, *Polsslag* 5-3 (juni 1971) 6.

wandelgangen namelijk bekend stond als “pseudo-medisch” en “half militair”.⁴³⁶ Pogingen om de instroom van nieuwe kandidaten te bevorderen, waren maar deels succesvol. Eerst werd de toelatingsdrempel verlaagd. Zo begon in 1962 een tweejarig leertraject tot officier Speciale diensten der Geneeskundige troepen, bestemd voor onder andere ex-reserveofficieren die *geen* KMA-opleiding hadden gehad, maar na hun diensttijd wel een beroepsverbintenis waren aangegaan. Door deze gang van zaken ging de status van de troepers er niet op vooruit; tot een grote aanloop van nieuwe kandidaten kwam het in elk geval niet. Het aanzien van het dienstvak Geneeskundige troepen moest dus omhoog, die gedachte lag ten grondslag aan de invoering in 1974 van een vierjarig opleidingstraject tot beroepsofficier Geneeskundige troepen aan de KMA in Breda. Daar konden kadetten een volwaardige opleiding tot beroepsofficier volgen, met inbegrip van specialistische vakken met betrekking tot de geneeskundige dienst. Deze integrale opleiding had een minder geïmproviseerd karakter en oversteeg het cursusniveau, zo was de gedachte. Tezelfdertijd startte een twejarige cursus (uitgebreider dan de eerder aangeboden cursus) tot officier Geneeskundige troepen aan het Opleidingscentrum Militair Geneeskundige Dienst (OCMGD), bestemd voor officieren van andere dienstvakken die een overstap wilden maken naar de MGD. In beide trajecten vormde de eenjarige Specialistisch Militaire Opleiding een vast onderdeel, waar de deelnemers een opleiding volgden tot onderdeelcommandant, bijvoorbeeld commandant van een verbandplaatspeloton van een brigade geneeskundige compagnie.⁴³⁷

De vereniging van officieren van de Geneeskundige Troepen zag het ontstaan van deze nieuwe opleidingsmogelijkheden als een veelbelovende ontwikkeling, die eraan bijdroeg dat het dienstvak kon uitgroeien tot “een volwaardig deel van de KL”.⁴³⁸ Toch hielden de tekorten aan. De voornaamste reden was dat in de jaren zeventig en tachtig veel beroepsofficieren Geneeskundige troepen vroegtijdig de dienst verlieten.⁴³⁹ Noodgedwongen deed de MGD daarom steeds een groot beroep op dienstplichtigen.

In werkelijke dienst

De dienstplichtigen vormden zoals gezegd het gros van de MGD, bij sommige eenheden van het legerkorps zelfs 90 procent van de sterkte.⁴⁴⁰ Alle jongemannen die op basis van hun keuring waren toegewezen aan de MGD, kregen op hun twintigste levensjaar een oproep zich te melden voor de zogenaamde eerste

⁴³⁶ J. Kruik en G.J.S. Goverts, ‘Overplaatsing van officieren naar het Dienstvak van de Geneeskundige Troepen’, *Militaire Spectator* 143:3 (1974) 139.

⁴³⁷ Th. Evers, ‘De SMO-KMA/OCOSD aan het OCMGD’, *Polsslag* 15-1 (januari 1981) 14.

⁴³⁸ J. de Lange, ‘Het memorandum “De toekomst van het korps officieren Geneeskundige troepen”’, *Polsslag* 7-3 (mei 1973) 3.

⁴³⁹ H. Bommezijn, ‘Het bestand officieren geneeskundige troepen’, *Polsslag* 14-1 (januari 1980) 11.

⁴⁴⁰ A.G.H. Wiggers, ‘Commando-overdracht bij 102 geneeskundige groep’, *Polsslag* 17-2 (maart 1983); J. de Lange, ‘Commando-overdracht 103 geneeskundig bataljon’, *Polsslag* 23-3 (mei 1989) 15.

oefening bij het Depot Geneeskundige Troepen op de Juliana van Stolbergkazerne in Amersfoort.⁴⁴¹ Bij het instructiebataljon ontvingen zij een basisopleiding van twee maanden, in totaal 384 diensturen. Deze was voor alle militairen van de landmacht dezelfde (en kon in principe dus ook op een andere kazerne worden gevolgd). In deze periode stond de individuele vorming van de rekrut centraal. Hij moest zich de basisbeginselen van het militaire leven eigen maken.⁴⁴² Dit betekende onder meer het leren van de militaire rangen, exercitie, het wennen aan de dagelijkse routine, het omgaan met een wapen, en het betrachten van “tucht, orde en netheid [...] op de bureaux, de polikliniek, de ziekenzaal, de cantines, de kamers van de officieren en onderofficieren, in de garages, het autopark enz.”⁴⁴³ Lichamelijke ontwikkeling was eveneens van groot belang. Hierbij ging het om de “harding van de man”.⁴⁴⁴

De rekrut spendeerde ook de nodige tijd in het klaslokaal. Daar werd bijvoorbeeld voorlichting gegeven over de militaire organisatie en de krijgstucht. Met het verschijnen van relevant instructiemateriaal in 1953 werden daar ook lessen gewijd aan de “ABC-oorlogvoering”.⁴⁴⁵ De basisprincipes van atoombommen, biologische wapens en chemische strijdmiddelen passeerden de revue, bij voorkeur natuurlijk in eenvoudige taal, waar mogelijk ondersteund met afbeeldingen. Binnen het gegeven tijdsbestek gebeurde dit alles in sneltreinvaart. Hierna moest de rekrut de belangrijkste effecten van een atoomexplosie kunnen onderscheiden. Ook moest hij weten wat vervolgens te doen bij een daadwerkelijke atoomaanval. De instructiekaart, die fungeerde als geheugensteuntje voor de dienstplichtige, hield het zo kort mogelijk: “BLIKSEMSNEL DEKKEN; handen onder het lichaam; ogen sluiten; blijf gedurende 90 seconden in dekking”, en verder “HELP GEWONDE KAMERADEN,

⁴⁴¹ Opleidingen van alle militair geneeskundigen vonden plaats in het Depot Geneeskundige troepen van het dienstvak Geneeskundige troepen en de School Geneeskundige dienst (SGD) van het Dienstvak Geneeskundige dienst. In 1965 werden deze centra samengevoegd tot het Depot Geneeskundigen. Deze bestond uit een staf- en verzorgingscompagnie, het instructiebataljon, de Rijsschool de en SGD. De SGD bestond weer uit de School Reserveofficieren (SRO), de kaderschool en het Bureau reglementen en Verdere Vorming Officieren. Vanaf 1 augustus 1967 heette deze instelling Opleidingscentrum Militair Geneeskundige Dienst (OCMGD). In 1978 werd het OCMGD verplaatst naar de Korporaal van Oudheusdenkazerne in Hilversum.

⁴⁴² H. Putters, ‘De opleiding bij het Depot Geneeskundige Troepen’, *Polsslag* 1:5 (mei 1967) 11.

⁴⁴³ H. W. J. Teunissen, ‘Factoren Van Invloed Op Militaire Vorming En Opleiding II’, *Militaire Spectator* 119:12 (1950) 738-739.

⁴⁴⁴ F.H. Bruggemans, ‘Depot-opleiding’, *Militaire Spectator* 125:5 (1956) 232. Het is overigens opvallend dat deze eigenschap in de navolgende decennia minder nadrukkelijk op de voorgrond kwam te staan. Dat stond zeker in verband met de invloed van de voortschrijdende militaire technologie, die steeds meer vroeg om specialisten en managers “wier vaardigheden niet typisch militair waren”. Zie: B. Schoenmaker, *Vredesoperaties en de terugkeer van de oorlog. Oratie uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar militaire geschiedenis aan de Universiteit Leiden* (Leiden 2012) 5.

⁴⁴⁵ NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 242. Brief IGDKL aan de Ch. LmStaf, 17 april 1953. In deze brief staat dat de IGDKL 5 lessen had samengesteld over ABC-oorlogvoering die bedoeld waren voor iedere militair.

VERMIJD PANIEK!”⁴⁴⁶ De centrale boodschap was: door het nemen van beschermende maatregelen staat men tegen massavernietigingswapens niet volkomen machteloos.

Aan het eind van de basisopleiding bepaalden selectieofficieren voor welke openstaande of vrijkomende functie de dienstplichtige verder zou worden opgeleid.⁴⁴⁷ Daarbij speelden de dienstkeuring, de persoonlijke voorkeur van de rekrut, eventuele diploma's en zijn resultaten tijdens de basisopleiding een rol. Cursisten die ongeschikt waren voor een medische functie kregen elders een verdere scholing tot bijvoorbeeld monteur of typist. Het merendeel van de dienstplichtigen kreeg bij het depot een verdere opleiding tot gewondenverzorger, gewondenverzorger-chauffeur of ziekenverzorger.⁴⁴⁸

Gewonden- en ziekenverzorgers

De dienstplichtigen die tijdens de basisopleiding waren aangemerkt voor de functie van soldaat of korporaal gewonden- of ziekenverzorger, werden tijdens de achtweekse voortgezette opleiding onderworpen aan onder meer exercitie, conditietraining en algemeen militair theoretisch onderwijs. De aanstormend geneeskundigen werden ook niet uitgezonderd van schietoefeningen en handgranaatwerpen. Dat moest bijdragen aan de vorming van volwaardige militairen. Verder waren er specifiek militair-geneeskundige vakken, waaronder anatomie, verbandleer, Eerste Hulp Bij Ongelukken (EHBO), Eerste Hulp Aan het Front (EHAF) en hygiëne. Bij voorkeur werd deze kennis bij de dienstplichtigen getoetst, het liefst aan de hand van een oefening te velde. Een soldaat van de Geneeskundige troepen memoreerde over zijn opleiding in 1964:

“Het oefenen bestond uit het opzoeken van gewonden ergens in het veld. Deze ‘gewonden’ van onze eigen compagnie, werden eerst vakkundig geschminkt en dan ergens neergelegd. Je kon niet zien dat ze geschminkt waren, zo echt leek het. (...) Als je dan een ‘slachtoffer’ had gevonden moest je deze met hulp van brancarddragers naar het kamp brengen en uitleggen aan de deskundigen wat je diagnose was en hoe je deze gewonde moest behandelen. Hier kreeg je dan een cijfer voor.”⁴⁴⁹

Het enige vaste beoordelingsmoment vond plaats aan het einde van de voortgezette opleiding. Die zogenaamde ‘test geoeffend soldaat’ was voor alle wapens en dienstvakken gelijk. Bij goed gevolg kon hij zich nu “op het gevechtveld handhaven”

⁴⁴⁶ Instructiekaart nr. 2-20 Persoonlijke bescherming tegen de uitwerking van abc-strijdmiddelen (eerste versie 1962). Zie ook *Voorschrift nr 1226: Wat iedere militair dienst te weten in geval van een atoombom aanval* (eerste druk 1952).

⁴⁴⁷ De behoefte was aangegeven door de Inspectie Geneeskundige Dienst Koninklijke Landmacht (IGDKL).

⁴⁴⁸ Nederlands Instituut voor Militaire Historie, Den Haag, Losse stukken, toegang 057, inv.nr. 3595. Beschrijving van de opleiding depot geneeskundige troepen, zonder datum (vrijwel zeker eind jaren veertig, begin vijftig).

⁴⁴⁹ Geraadpleegd in juli 2020: <https://seedorf40.com/de-diensttijd-van-heinz-verstappen-1/>

en moest hij “de eenvoudigste vorm van de functie waarvoor hij bestemd was, kunnen vervullen (handlangersdiensten)”.⁴⁵⁰ Hun functie-inhoud was voor de meeste dienstplichtigen in dit stadium nog betrekkelijk vaag omlijnd. Wel stond vast dat de taak van de gewondenverzorger op het gevechtveld lag, waardoor er bepaalde eigenschappen van hem werden verwacht, zoals een groot verantwoordelijkheidsgevoel, betrouwbaarheid, besluitvaardigheid, geestelijke stabiliteit en “goede intelligentie”.⁴⁵¹ Voor de gewonden- en ziekenverzorgers tevens chauffeur begon de achtweekse rijopleiding. Iedere soldaat in een verzorgende functie sloot zijn periode bij het depot in Amersfoort af met een stage van twee maanden bij een militair of civiel ziekenhuis, waar hij enkele fijne kneepjes van het vak kon leren. Een select gezelschap kwam op basis van intelligentie en op vertoon van enthousiasme in aanmerking voor een aanvullende opleiding tot verpleger, helper in een operatiekamer (OK), voetverzorger, röntgenassistent, laborant, bloedtransfusie-helper, of hulp op de dermatologische kliniek.⁴⁵²

Militairen die tijdens hun keuring en basisopleiding als kandidaat voor een onderofficiersfunctie waren aangemerkt, konden een opleidingstraject afleggen tot hoofd gewondenverzorger/ziekenverzorger/OK. De aspirant diende van onbesproken gedrag te zijn, en daarnaast werden van hem een goede motivatie, voldoende studiezin, verantwoordelijkheidsbesef en leiderschapspotentieel verwacht.⁴⁵³ De kandidaten meldden zich voor een vier maanden durende opleiding aan de kaderschool van de SGD, waar, naast militair-medische lessen, vooral de leiderschapsvorming centraal stond. Op deze plek ontmoetten de dienstplichtigen de eerder besproken aspirant beroepsonderofficieren. Beide categorieën sloten hun opleiding af met een stage van drie maanden in een civiel ziekenhuis of een van de militaire hospitalen die Nederland kende, waarna zij als (dienstplichtig) sergeant instroomden bij een geneeskundig onderdeel.⁴⁵⁴

Reserve- en beroepsofficieren-arts

Het opleidingstraject van reserveofficieren-arts kende drie etappes. Tijdens de zomervakantie in hun twintigste levensjaar ontvingen de dienstplichtige studenten in de medicijnen hun militaire basisopleiding, die hetzelfde was voor alle dienstplichtigen (en hierboven al is beschreven). Hierna kon de student terug in de collegebanken. Eenmaal geslaagd voor hun kandidaatsexamen (het huidige bachelor

⁴⁵⁰ A. van Houte, ‘Het gebruik van de MOS-codering in het aanvullingssysteem bij de infanterie’, *Militaire Spectator* 123:7 (1954) 294.

⁴⁵¹ J.E. Swart, ‘Over de opleidingen bij het depot geneeskundige troepen’, *NMGT* 2-7 (juni 1949) 217.

⁴⁵² *Ibidem*.

⁴⁵³ J.W. van Ewijk, ‘De opleiding van dienstplichtige onderofficieren’, *Polsslag* 3-6 (november 1969) 19.

⁴⁵⁴ In de jaren waren vier militaire hospitalen: het centraal Militair Hospitaal ‘Oog in Al’ te Utrecht (later omgedoopt tot Militair hospitaal A. Mathijssen (MHAM)) en drie gewestelijke militaire hospitalen: Assen, Arnhem en Amersfoort. De laatste twee werden echter tijdens bezuinigingen (Operatie Chirurg, 1964-1967) opgeheven, evenals het Herstel- en Oefencentrum te Austerlitz. Daarnaast werd het de naam van het Centraal Militair Hospitaal in Utrecht gewijzigd in Militair Hospitaal dr. A. Mathijssen, dat in omvang toenam.

diploma), begonnen de studenten aan de voortgezette opleiding van zes weken bij het kaderbataljon van het Depot Geneeskundige Troepen. Dit was eigenlijk een verkorte officiersopleiding, waarbij hun enige verdieping van de militaire basisvaardigheden werd bijgebracht. Opnieuw werd er veel gemarcheerd en geëxerceerd. Daarnaast was er aandacht voor bijvoorbeeld tank- en vliegtuigherkenning, kaartlezen, dienstcorrespondentie en camouflage. Ook kwam de ABC-oorlogvoering hier andermaal aan bod. In negen lessen kon iets dieper worden ingegaan op de eigenschappen van straling en de verschillende typen strijdgassen. De insteek was nog altijd de mogelijke bescherming tegen deze wapens. De medische aspecten kwamen nog niet ter sprake. Militair-geneeskundige vakken waren in dit opleidingsstadium beperkt tot Eerste Hulp Aan het Front (EHAF), gewondenvervoer, geneeskundig materieel, transfusieleer en -techniek, verbandleer, ziekenverzorging, de geneeskundige organisatie en de Conventies van Genève. Het instructiemateriaal was in de jaren vijftig nog beperkt, maar werd gaandeweg didactisch van betere kwaliteit.⁴⁵⁵ Hoe goed of slecht de lessen waren, was echter ook afhankelijk van het instructiepersoneel. Een docent herinnerde zich: “Aangezien de werkwijze van de geneeskundige dienst bepalend is voor de organisatie, nam ik eerst die werkwijze en organisatie in grove vorm door eer ik opnieuw, maar nu gedetailleerd de lessen verfijnde.”⁴⁵⁶ Na de tweede cursusperiode keerde de net tot korporaal bevorderde dienstplichtige terug naar de universiteit waar hij zijn medicijnenstudie voltooide.

Na het afleggen van het artsexamen kwam de dienstplichtige — nu als aspirant reserveofficier-arts van gemiddeld 26 jaar oud — voor de derde maal op voor een opleiding, ditmaal van zeven weken bij de School voor Reserve Officieren Geneeskundige Dienst (SROGD).⁴⁵⁷ Voor de nieuwbakken artsen betekende deze opkomst opnieuw wennen aan het militaire regime. De eerder opgedane militaire basiskennis was alweer enigszins (of geheel) weggezaakt. Een instructeur memoreerde:

“Er stond een klas van artsen, tandartsen en apothekers opgesteld welke ook de vorige dag was aangekomen. Het was een allegaartje van mensen en tenues (...) Een leerling, voor wie kennelijk geen passende baret te vinden was, had zijn eigen hoed op. (...) Exerceren was voor hen vrijwel onoverko-

⁴⁵⁵ Louwen, *Mijn diensttijd*, 45.

⁴⁵⁶ Ibidem. Louwen was eind jaren zestig klassencommandant bij de SROGD.

⁴⁵⁷ Dit opleidingsinstituut was onderdeel van de SGD en bestond uit vier klassen: twee voor de aspirant legerartsen en twee voor de aspirant officieren Geneeskundige troepen. De opkomst van het aantal aspirant officieren hing af van het aantal afgestudeerde artsen, tandartsen en apothekers, maar in verband met het tekort aan deze categorie officieren wordt gestreefd naar een klassenbezetting van circa dertig man. Het aantal aspirant officieren Geneeskundige troepen was hoger omdat de aspirant officieren lichamelijke opvoeding dezelfde cursus aflegden, waardoor de omvang van de klassen lag tussen de 35 en 45 man.

melijk; het was op de appèlplaats een gestuntel van jewelste. Het was immers jaren geleden dat de artsen zoiets hadden gedaan.”⁴⁵⁸

Omdat de arts zijn medisch curatieve vak inmiddels wel verstond, probeerden de opleidingsautoriteiten vooral de militaire en militair-geneeskundige kwaliteiten van de arts tot ontwikkeling te brengen. Het vakkenpakket was deels een herhaling van de eerder opgedane algemene militaire kennis en vaardigheden, met opnieuw tank- en vliegtuigherkenning, wapenleer, exercitie en kaartlezen. Ook waren er nieuwe vakken specifiek voor officiersfuncties, waaronder leiderschap, methode van instructie, bevoorrading en logistiek, stafdienst en ook tactiek. Tot slot was er aandacht voor de selectieprocedure en opleidingsadviezen voor dienstplichtige militairen, waarmee de aspiranten bekend werden met het werk van keuringsartsen. Belangrijk daarbij was het om de artsen vertrouwd te maken met het begrip ABOHZIS (een acroniem van de beginletters van algemene toestand, bovenste ledematen, onderste ledematen, benen, horen, zien, intelligentie, stabiliteit), waarop de classificatie van militaire geschiktheid was gestoeld.

Het vakkenpakket was divers, maar sommige artsen twijfelden aan de relevantie van een deel van de lesstof voor het uitoefenen van hun functie. Over het algemeen voelde een arts in militaire dienst zich vooral geroepen om curatief werk te doen. In december 1959 stelde Kamerlid J. Blom (PvdA), die zich onder meer bezighield met de civiele verdediging en de rechtsbijstand van dienstplichtigen, dat de primaire taak van officieren-arts was gelegen “op het hygiënische en het medische vlak.” Hij pleitte daarom voor een verandering van de opleiding, die in zijn ogen minder militair georiënteerd moest zijn:

“Wil de Minister eens onderzoeken of het niet wenselijk is, dat in de eerste oefentijden, die te samen achtentwintig weken bedragen, wat meer tijd wordt toegemeten aan de militair-medische opleiding? Zijn mijn inlichtingen juist, dan vordert de zuiver militair-technische opleiding te veel tijd en de militair-medische te weinig. (...) Van deze achtentwintig weken zouden er vijftientig aan militaire training worden besteed en slechts drie aan hun eigenlijke vorming als officier van gezondheid ter verzorging van de troep.”⁴⁵⁹

De minister pareerde de vragen door te stellen dat de officier-arts goed bekend moest zijn met de militaire organisatie. De kritiek verdween echter niet, maar zou in de jaren zeventig juist aanzwellen, waarover in het volgende hoofdstuk meer. Hier moet ermee worden volstaan dat de opleidingsautoriteiten over het algemeen

⁴⁵⁸ Louwen, *Mijn diensttijd*, 24.

⁴⁵⁹ HTK, 25ste vergadering van woensdag 9 december 1959, p. 450.

vonden dat de militair-arts op zijn minst moest kennismaken met alle basisprincipes van het metier van de officier. Gelukkig voor de aanstormend legerartsen waren er ook veel vakken waarvan het nut voor hen evident was. Het militair-geneeskundige gedeelte behelsde het opfrissen van de basisvaardigheden (verbandleer, EHAF en gewondentransport), terwijl er ook weer nieuwe kost bij kwam. Zo kwamen de geestelijke verzorging en psychiatrie te velde voor het eerst ter sprake. Verder was er aandacht voor de taak en werkwijze van de MGD in vredetijd, waaronder de systematiek van de militaire keuringen en de gang van zaken tijdens het ziekenrapport. Vooral dat laatste moest de arts goed beheersen, want na zijn opleiding kreeg hij hiermee dagelijks te maken.

Theorie over oorlogschirurgie mocht absoluut niet ontbreken: op het lesrooster was hiervoor verreweg de meeste tijd ingeruimd (30 uur). Toch mochten de verwachtingen niet te hoog gespannen zijn. De commandant van de SROGD, majoor-arts C.Th. Klemann, stelde in 1967 dat de arts-cursist logischerwijze niet in een aantal weken kon worden omgevormd tot chirurg; het bijbrengen van elementaire kennis over verschillende typen oorlogsletsel moest volstaan.⁴⁶⁰ Met deze kennis moest de dienstplichtig arts de binnenkomende gewonden op de bataljons-hulp- of verzamelplaats kunnen classificeren.⁴⁶¹ Klemann stelde dat ook de moderne oorlogvoering, met in het bijzonder achtergrondkennis van NBC-zaken en de medische aspecten hiervan, “de volle aandacht” van de cursisten verdiende.⁴⁶² De cursisten ervoeren dat waarschijnlijk toch anders. De dienstplichtige arts R.G. Nypels (die het later tot een hoge beleidsfunctie bij de MGD schopte) herinnerde zich “allemaal lesjes, zoals van J.W.K. Neuberger [een brandwonddeskundige] over oorlogschirurgie. Ik snapte er eerlijk gezegd niets van.”⁴⁶³

Nadat de aanstormend legerarts voor het theorie-examen was geslaagd, volgde hij in de rang van vaandrig nog een drieweekse cursus aan de Militaire School voor Hygiëne en Preventieve Geneeskunde (MSHPG) in Neerijnen. In de kern ging het curriculum over het voorkomen van besmettelijke ziektes en het behoud van de gezondheid (dus de gevechtskracht) van het leger.⁴⁶⁴ Op het programma stond een heel scala aan onderwerpen, waaronder het gevaar van luizen, vliegen, vlooiën, ratten, malariamuggen, contactinfecties en dysenterie, alsmede het belang van melk- en vleeshygiëne, immunisatie, waterzuivering, en voetverzorging. Ook die vakken kregen niet altijd het aandachtige gehoor dat zij verdienden. Opnieuw Nypels: “Hygiëne? Vaccineren? Preventie? Dat was natuurlijk niks. De stemming

⁴⁶⁰ C.Th. Klemann, ‘De school reserve officieren van de School Geneeskundige dienst binnen het Depot Geneeskundige troepen’, *Polsslag* 1:6 (juli 1967) 5.

⁴⁶¹ *VS-8-107 Frontchirurgie* (3e druk 1957) 7.

⁴⁶² Klemann, ‘De school’, 5.

⁴⁶³ Leo van Bergen, *Robert George Nypels. Van a-militair arts tot generaal-majoor van gezondheid. Een militair-medische non-autobiografie* (Nijmegen 2020) 22.

⁴⁶⁴ C. de Jong, ‘De Militaire School voor Hygiëne en Preventieve Geneeskunde’, *NMGT* 17:10 (oktober 1964) 345.

was, een beetje gechargeerd: 'Wij zijn arts. Wij genezen. Zeur niet met je preventie.' Pas later ging ik inzien dat we het grote belang daarvan domweg niet doorhadden."⁴⁶⁵ Ook de medische aspecten van de biologische, gas- en atoomoorlog werden tijdens deze cursus behandeld, in totaal tien lessen. Een deel van de lesstof was een verkorte versie van de *Handleiding atoombescherming voor officieren van de geneeskundige dienst*, dat in hoofdstuk 2 al is besproken. Het volledig doornemen van dat voorschrift zou (te) veel tijd in beslag nemen. Na de cursus in Neerijnen vervulde de tot reserveofficier van gezondheid der tweede klasse (1945-1955) of eerste luitenant-arts (vanaf 1955) bevorderde dienstplichtige arts zijn resterende dienstitijd bij een paraat onderdeel.

Het bovenstaande gold voor de *algemene artsen* in militaire dienst. De landmacht had in vredetijd ook een klein aantal medisch-specialisten in de gelederen. Dat waren uitsluitend beroepsofficieren-arts, die op kosten van het Ministerie van Oorlog (Defensie) nog een extra opleiding hadden gevolgd, gedeeltelijk in een van de militaire hospitalen, voor het overige deel in burgerziekenhuizen of inrichtingen.⁴⁶⁶ Zo was in het Utrechtse Centraal Militair Hospitaal een chirurg werkzaam die was gespecialiseerd in oorlogsverwondingen. In vredetijd bestonden zijn werkzaamheden uit zelfstudie, het verrichten van onderzoek, het verzorgen van onderwijs voor dienstplichtige artsen en het daadwerkelijk verrichten van operaties, bijvoorbeeld verkeersslachtoffers. De extra behoefte aan specialisten in oorlogstijd werd vervuld door reservisten, dus artsen met groot-verlof, die na hun dienstitijd waren gespecialiseerd en werkzaam waren in de civiele zorgsector. Het ging dan met name om chirurgen en anesthesisten voor de bezetting van de verbandplaatsen en de hospitalen op hogere echelons.

Niet-medische officieren

Dienstplichtigen met een hbs- of (vanaf 1968) vwo-diploma en leiderschapspotentieel kwamen in aanmerking voor de opleiding tot reserveofficier Geneeskundige troepen. Deze was militair-logistiek georiënteerd en kende verschillende fases. Na de basisopleiding volgden de aspiranten een opleiding van zes maanden, verdeeld over drie perioden. De algemene kadervorming van acht weken moest de leiderschapskwaliteiten van de cursisten ontwikkelen, en hun de algemene militaire vakkennis en fysieke conditie op peil brengen.⁴⁶⁷ Het lesprogramma omvatte onder meer velddienst, schietoefeningen, exercitie, kaartlezen, inwendige dienst, organisatie, NBC-oorlogvoering, en krijgstucht. Hoogtepunten in de eerste opleidingsperiode waren twee meerdaagse veldoefeningen.

⁴⁶⁵ Van Bergen, *Robert George Nypels*, 22

⁴⁶⁶ Daarnaast dienden de specialisten nog de zogenaamde a-cursus (voor het bereiken van de kapiteinsrang) of b-cursus te volgen (voor de rang van majoor). De hoogst haalbare rang voor deze categorie officieren was luitenant-kolonel. Voor het bereiken van een hoger rang, dat wil zeggen kolonel, brigade-generaal of generaal-majoor (hoogst haalbaar: functie IGDKL), moest de beroepsofficier-arts zijn status als specialist loslaten en zijn loopbaan vervolgen in de algemene dienst.

⁴⁶⁷ H.A. Oosterhof, 'De opleiding tot reserveofficier geneeskundige troepen' *Polsslag* 1-8 (november 1967) 9.

De tweede periode van acht weken vond plaats aan de SROGD, waar de reservisten hun beroepscollega's en de officieren-arts ontmoetten, die overigens in aparte klassen zaten. Voor de kandidaten officier Geneeskundige troepen bestond de hoofdschotel uit de vakken anatomie, verbandleer, EHAF, de militair-geneeskundige werkwijze te velde, alsmede hygiëne en preventieve geneeskunde. Al met al was het militair-medisch onderwijs voor de cursisten summier te noemen. Na het tentamen ontvingen bepaalde officieren een rijopleiding van vier weken, of andere cursussen, zoals een vierdaagse cursus van de militaire bloedtransfusiedienst in Amsterdam. De opleiding voor de 'troepers' werd afgesloten met een tactische oefening zonder troepen (TOZT) en een examen, op grond waarvan de aspiranten werden bevorderd tot vaandrig, dus lager in rang dan hun collega medici. In deze rang en met de minimaal noodzakelijke kennis verlieten zij het opleidingsdepot.

De 'parate hap'

Na hun schooltijd stroomden alle "genezerikken" in bij de parate geneeskundige onderdelen van het legerkorps of de Nationale Sector. Daar kreeg de opleiding haar vervolg, maar nu met een minder 'schools' karakter. Zo kende het legerkorps de zogenaamde Individuele Algemene Militaire Vorming, die de militaire kennis van de dienstplichtigen aanscherpte, en hun lichamelijke conditie, "geestelijke geschiktheid", en hygiëne op een hoger plan tilde.⁴⁶⁸ Tijdens oefeningen moest de opgedane theorie in de praktijk worden gebracht. Niet langer vielen de dienstplichtigen onder de hoede van instructeurs. Als soldaat, korporaal, onderofficier of officier maakten zij nu deel uit van de militaire hiërarchie. Velen ervoeren dat als een sprong in het diepe.

Hoe verliep de parate tijd van de 'genezerikken'? Natuurlijk was de ervaring voor elke militair persoonlijk anders. Ter illustratie dient de situatie bij een geneeskundig peloton van een infanteriebataljon. Om de zoveel tijd stroomden daar nieuwe militairen in, voor het grootste deel soldaten-gewondenverzorger. Na een periode van twaalf maanden – die bestond uit onder meer exercities, corveediensten, wachtlopen, marsen, voertuigonderhoud, oefeningen en allerhande militaire lessen – verlieten zij de dienst, waarna zij plaats maakten voor weer een nieuwe lichterling. Deze vervolgopleiding ging niet altijd van harte, zoals een gewondenverzorger zich herinnerde: "Soms lukte het ons als hospikken vervelende lessen of iets anders te ontlopen door te zeggen dat je naar de bataljons hulppost moest om oorproppen te draaien die nodig waren voor schietoefeningen."⁴⁶⁹ Weinig dienstplichtigen konden de oefendans bij de parate troepen echter voortdurend ontspringen.

⁴⁶⁸ P. Ridder en J. H. P. Hauser, 'De voortgezette opleiding bij de parate troepen', *Militaire Spectator* 125:6 (1956) 226.

⁴⁶⁹ Geraadpleegd in juli 2020: <https://seedorf40.com/de-diensttijd-van-heinz-verstappen-2/>

Dienstplichtige artsen stroomden vaak in als bataljonsarts tevens commandant geneeskundig peloton. Die functie bracht een omvangrijk takenpakket met zich mee. Zo vervulde hij de rol van huisarts voor het bataljon. Daarnaast was de officier-arts onder meer verantwoordelijk voor de verdere militair-geneeskundige vorming van 'zijn' peloton. Dit hield bijvoorbeeld in dat hij moest controleren of zijn ondergeschikten wel de juiste zalf en de juiste geneesmiddelen gaven en op de juiste wijze het verband aanlegden. De eerdergenoemde Nypels memoreerde: "Wat het leiden van een geneeskundig peloton precies inhield, was mij al even onduidelijk als al die militaire afkortingen die constant op me werden afgevuurd. Het was volledig vreemd voor mij. Zeer vreemd. Ik kon er helemaal niets mee. Pas na een tijd werd ik voor het eerst een beetje wakker geschud."⁴⁷⁰ Dat laatste gebeurde in het geval van Nypels door oefeningen die overigens de nodige organisatie vergden. Gelukkig werden de reserveofficieren-arts in die taak bijgestaan door beroepsmilitairen: de sergeants gewondenverzorger en de officieren Geneeskundige troepen. Allen waren uiteindelijk ondergeschikt aan de bataljonscommandant, die de eindverantwoordelijkheid droeg voor de paraatheid en inzetbaarheid van zijn onderdeel, dus ook van de geneeskundigen.

De maatstaf voor paraatheid en inzetbaarheid was dat alle militairen een goede lichamelijke conditie hadden en de hun opgedragen functie konden vervullen, zowel individueel als in teamverband. De weg naar "functiebekwaamheid" ging via militair onderwijs en vooral oefeningen. De specifiek geneeskundige lessen liet de bataljonscommandant uiteraard over aan gediplomeerde medici. Zo was de bataljonsarts verantwoordelijk voor het verzorgen van de cursus Zelfhulp en Kameradenhulp (ZHKH) voor alle militairen en de lessen Eerste Hulp aan het Front (EHAF) voor de gewondenverzorgers.⁴⁷¹

De bataljonscommandant ging er doorgaans vanuit dat de officier-arts deze opleidingstaken kon uitvoeren, maar dat bleek vaak een misvatting. In 1957 stelde de instructeur aan de SROGD zelfs dat de aspirant reserveofficier-arts over het algemeen "bang was voor de parate troep".⁴⁷² Misschien was dat wat overdreven geformuleerd, maar herhaaldelijk klonk de klacht dat de officier-arts zich afzijdig hield van het militaire gebeuren. Deze houding moet worden verklaard door iets dieper in te gaan op de identiteit van de dienstplichtige officier-arts en het arbeidsveld waarin hij zich het meest thuis voelde: de medicijnen. Voor dat vak had hij bewust gekozen. Dat kon niet gezegd worden van zijn militaire functie, die hij verplicht vervulde. Zijn officierscursus van enkele maanden stond daarbij in de lange schaduw van zijn minstens zesjarige medicijnenstudie. Aan die uitgebreide vorming ontleende de jonge arts zijn status en professionele identiteit. Slechts een enkeling had een zekere intrinsieke belangstelling voor militaire of militair-

⁴⁷⁰ Van Bergen, *Robert George Nypels*, 24.

⁴⁷¹ H. Putters, 'De geneeskundige dienst in de moderne oorlogvoering', *Militaire Spectator* 135:6 (1966) 282.

⁴⁷² M.B. Bloch, 'De beroepsofficier-arts IV', *NMGT* 22 (januari 1969) 51.

medische zaken. Daarbij kwam dat de officier-arts ook niet altijd serieus werd genomen als officier. Ter vergelijking: de opleiding tot reserveofficier der infanterie duurde in 1954 acht maanden in plaats van de schamele zeven weken van de officier-arts;⁴⁷³ het verschil in militaire kennis en vaardigheden tussen beide categorieën was dan ook evident.

De afzijdigheid voor militaire zaken kon ook te maken hebben met de volle agenda van de meeste dienstplichtige artsen. Dagelijks hielden zij medisch spreekuur op de kazerne, waarbij het vaststellen van diagnoses, prognoses en het voorschrijven van therapieën tot de routine behoorden. De patiënten verdienden uiteraard zijn volle aandacht, maar soms ontmaskerde hij ook simulanten (militairen die gezondheidsklachten veinsden om daarmee de dienst te ontlopen). Verder diende de officier-arts de algemene hygiëne op de kazerne te controleren, in onder meer de keukens, de slaapzalen en het sanitair. Hij besteedde de nodige tijd aan het overleg met zijn medische collega's binnen en buiten de landmacht, terwijl ook de werklocaties, de kazerneringsgoederen, het verplegend en administratief personeel alsmede het beschikbare instrumentarium zijn aandacht opeisten. Bijzonder tijdrovend waren de geneeskundige administratie, het opstellen van ziektegeschiedenissen en het consulteren en verwijzen naar specialisten, waarna patiënten "met het briefje weer terugkomen, enz. enz."⁴⁷⁴

Omdat de dienstplichtige artsen het militair-geneeskundige vredesbedrijf draaiende moesten houden, bleef er geregeld nog maar weinig tijd over voor de oorlogsvoorbereidingen. Dat gold in zekere zin ook voor de beroepsofficieren-arts, die in hogere functies vaak druk belast waren met de dagelijkse administratieve en leidinggevende routine. De opleiding van dienstplichtige gewonden- en ziekenverzorgers werd door de bataljonsarts dan ook vaak gedelegeerd aan de plaatsvervangend pelotonscommandant en diens onderofficieren. Dit werd de arts overigens niet altijd in dank afgenomen, zoals later nog zal blijken.⁴⁷⁵ Maar wat telde was dát er geoefend werd.

Het nut van 'nonex'

Praktijkervaring was volgens sommige commentatoren leerzamer dan de theorie.⁴⁷⁶ Bij de gevechtseenheden deed de oefenleiding doorgaans haar best om deze oefeningen zo realistisch mogelijk te maken. De inzet van onder meer zwaar materieel, oefenmunitie en rookgranaten zorgde voor spanning, wat de toewijding van de deelnemers moest bevorderen. Vaak lukte dat ook. Vooral beroepsmilitairen doorzagen ook het achterliggende doel hiervan: wat werd beoefend kon altijd

⁴⁷³ A. van Houte, 'Het gebruik van de MOS-codering in het aanvullingssysteem bij de infanterie', *Militaire Spectator* 123:7 (1954) 295.

⁴⁷⁴ De Vries, 'Het geneeskundig beleid', 49.

⁴⁷⁵ J.D. Branger, 'Over opleiding en taak van de officier-arts', *NMGT* 18:4 (april 1965) 127.

⁴⁷⁶ Louwen, *Mijn dienstitijd*, 45.

keiharde realiteit worden.⁴⁷⁷ Ook dienstplichtige officieren-arts beseften tijdens oefeningen soms pas echt goed dat de soldaten waarvoor zij moesten zorgen “bij een aanval de Russen [het Warschaupact] tegen moesten houden”.⁴⁷⁸

Oefeningen waren niet zonder gevaar. Bij grote oefeningen gebeurden geregeld ongelukken waarbij gewonden of zelfs doden te betreuren waren. Gezien de risico's die gepaard gingen met oefeningen van de gevechtseenheden was hier meteen een rol voor de MGD weggelegd. Vaak stonden de bataljonsarts en de hospikken bij grote oefeningen langs de zijlijn in de rol van ‘nonex’ hulpdienst; kort voor non-exercise. Zulke ondersteuning was tijdens oefeningen onmisbaar. In voorkomend geval boden de betrokkenen daadwerkelijk medische hulp aan echte zieken of gewonden. Hiermee deed het geneeskundig personeel de nodige praktische kennis en ervaring op, zij het dat dit nog wat anders was dan het beoefenen van de eigen oorlogstaak.

Tijdens *Big Ferro* in het najaar van 1973 leverden geneeskundigen de meest spectaculaire nonex ondersteuning. Aan deze legerkorpsoefening, waaraan veertigduizend militairen onder wie 24.000 Nederlanders deelnamen, verleende 163 Verbandplaatscompagnie medische zorg aan maar liefst 609 patiënten van wie er 207 werden opgenomen.⁴⁷⁹ De aandoeningen betroffen verwondingen (233 gevallen), ziekten (266) en tandarts-zittingen (120). Eén dag kende een piek in het aantal opnames, toen 77 (van de negentig) bedden van de verbandplaats bezet waren. Ongeveer de helft van de patiënten kon snel terugkeren naar zijn onderdeel, maar er waren ook minstens drie ernstig gewonden.⁴⁸⁰ Dienstplichtig soldaat R. Visser van de 177 Ziekenautocompagnie was tijdens de oefening ingedeeld bij de BHP van 11 Verbindingsbataljon. Naast vele lichte gevallen kreeg hij te maken met een sergeant met 41 graden koorts, een soldaat met een slagaderlijke bloeding die hij had opgelopen “tijdens het openen van een blikje waarbij zijn zakmes dubbelklapte”, een kapitein met ademhalingsproblemen, en een verkeersslachtoffer met een heupfractuur en “vrij ernstige snijwonden in het gezicht”.⁴⁸¹

Meestal ging het er echter minder heftig aan toe. In dat geval betekende nonex voornamelijk toekijken, kaartspelen, en het incidenteel uitdelen van oorproppen op een schietbaan. Ofschoon het aan strikte regelmaat ontbrak, verleenden in principe alle parate militaire-geneeskundige onderdelen wel een keer nonex-ondersteuning, een routine die in principe de hele Koude Oorlog in stand bleef. Zonder deze geneeskundige steunverlening konden oefeningen geen doorgang vinden. Bijkomend voordeel voor de militair-geneeskundigen was dat zij er soms enige nuttige praktijkervaring mee konden opdoen, maar in feite was dit niet meer dan een toevallige bijkomende bate.

⁴⁷⁷ Bosch, ‘De operationele inzetbaarheid’, 140.

⁴⁷⁸ Van Bergen, *George Robert Nypels*, 27.

⁴⁷⁹ Arthur E. Kohlman, ‘Big nonex’, *Polsslag* 7:6 (november 1973) 22.

⁴⁸⁰ ‘Drie zwaargewonden bij oefening ‘Big Ferro’’, *Het Parool* 15 september 1973.

⁴⁸¹ R. Visser, ‘Verslag van de oefening Big Ferro’, *Polsslag* 8:1 (januari 1974) 21.

Oefenen in groter verband

Hoe nuttig het ook mocht zijn, nonex had weinig van doen met de geneeskundige oorlogstaken. Oorlogsverwondingen hadden veelal een heel specifieke aard en ook het aantal te behandelen gewonden was in oorlogssituaties vele malen groter. Ter voorbereiding moesten de verschillende onderdelen van de MGD een heel scala van taken oefenen. Te denken valt aan de triage op de bataljonshulpposten, het zoeken van gewonden in het veld door de verzamelplaatscompagnie en het opzetten en inrichten van verbandplaatsen. En ook de doorvoerhospitalen, veldhospitalen, ziekenautocompagnieën en aanvullingsplaatscompagnieën hadden allemaal eigen procedures en werkwijzen. Zo was het essentieel dat de ziekenautocompagnie regelmatig oefende in het rijden in colonne.

Door periodieke herhaling konden eventuele knelpunten beter aan het licht komen. Het belang hiervan bleek bijvoorbeeld tijdens de divisiegeleide oefening *Edeldraak* in 1967, toen de verwerking van oefengewonden op het eerste en tweede echelon uitliep op “een compleet fiasco”.⁴⁸² Volgens het jaarverslag van 4 Divisie waren de oorzaken onder meer te zoeken in het uitblijven van een coördinerende rol van de divisiearts, die gedurende het grootste gedeelte van de oefening bezig was met het nalopen, regelen en rapporteren van nonex-gewonden. Daarnaast ontbrak het aan initiatief op lagere bevelsniveaus, met name omdat “hulpleiders geen oefengewonden durfden te maken”, terwijl de bataljonshulpposten hun positie te ver naar achteren kozen. Dergelijke uitglijders zouden in een oorlogssituatie levens kosten. Verbetering was alleen mogelijk door regelmatig in groter verband te oefenen, want “aan een incidentele oefening heeft men weinig”.⁴⁸³

De klacht van het geringe aantal oefeningen klonk vaker. Een officier meldde in 1968 dat bij oefeningen in West-Duitsland slechts een gedeelte van de brigadegeneeskundige compagnie (de verbandplaats) “en zo nu en dan eens een verzamelgroep” in actie kwamen en “als dit nu maar veelvuldig gebeurt, neemt men aan dat de gkncie [*geneeskundige compagnie*] voor dat jaar ‘z’n portie wel weer heeft gehad’”.⁴⁸⁴ Voor het geringe aantal oefeningen bij de parate en mobilisabele geneeskundige onderdelen zijn verschillende verklaringen. Al genoemd is dat de legerartsen vaak druk waren met hun dagelijkse beslommingen voor het organiseren van kleine oefeningen op bataljonsniveau. Grotere oefeningen, waarbij de samenwerking tussen verschillende geneeskundige echelons kon worden beproefd, waren nog lastiger op touw te zetten. Hiervoor was namelijk een grondige planning vereist. Nog een andere belemmering was het geringe aantal begeleidende

⁴⁸² Nationaal Archief, Den Haag, Staf 1e Legerkorps en de daaronder ressorterende Divisies 1-6, nummer toegang 2.13.148, inventarisnummer 559.

⁴⁸³ A.A. van Rijs, ‘Het geneeskundig peloton’, *Polsslag* 11:3 (mei 1977) 23.

⁴⁸⁴ R. Michielsen, ‘Nogmaals oefening “Konings-Gambiet”’, *Polsslag* 3-2 (maart 1969) 21.

instructeurs.⁴⁸⁵ Bovendien waren met de noodzakelijke voorbereidingen op personeel en materieel gebied vaak hoge kosten gemoeid. Dat de Defensie niet bereid bleek om hiervoor de portemonnee te trekken, toont andermaal aan dat de MGD binnen de landmacht een marginale positie had.

Deze problemen werkten door bij het organiseren van zogenaamde herhalingsoefeningen. Deze waren bedoeld om de kennis en vaardigheden van reservisten met groot verloop op peil te houden, alsook de korpsgeest en de samenwerking te versterken. De mobilisabele eenheden, waartoe de reservisten behoorden, werden volgens de norm eens in de drie jaar voltallig onder de wapenen geroepen voor een oefening van vier weken. Daarmee hoopte de legerleiding de geoefendheid in stand te houden.

Tijdens de Koude Oorlog waren grote geneeskundige oefeningen uitzonderlijk. Voor oefening *Houen Zo*, die in 1960 plaatsvond op de Veluwe, meldde zich het bijna voltallige mobilisabele 11 Geneeskundig bataljon van de 1 Divisie '7 december', inclusief "acht chirurgen, drie narcotiseurs, een internist, een röntgenoloog, twee tandartsen en twee psychiaters", en maar liefst zeshonderd oefengewonden.⁴⁸⁶ Nog meer reservisten kwamen 'onder de wapenen' tijdens de grote geneeskundige oefeningen met de naam *Hartslag*, die plaatsvonden in 1965, 1966 en 1967. Alle mobilisabele en parate geneeskundige eenheden van 1 Legerkorps en alle mobilisabele territoriale geneeskundige eenheden namen hieraan deel. *Hartslag III* in 1967 was de grootste in de reeks. Hieraan nam het ongeëvenaarde aantal van vijfduizend "genezerikken" deel, onder wie zeshonderd oefengewonden.⁴⁸⁷ Dit evenement stond in het teken van de coördinatie tussen de geneeskundige eenheden van twee divisies (met elk twee brigades), waarbij de nadruk lag op mobiliteit en verplaatsing. Zo werden een rivierovergang en de afvoer van gewonden beoefend, waarbij pantservoertuigen en zelfs helikopters betrokken waren. Aan de oefening namen volgens *De Telegraaf* tientallen medici deel, onder wie "de beste chirurgen".⁴⁸⁸

Het nut hiervan was voor de legerleiding evident. Alleen op deze manier konden de geneeskundige afvoervoerketen en alle daarbij horende werkzaamheden op het eerste, tweede en derde echelon worden beproefd. Zo konden militair-geneeskundigen zich verder bekwamen in het opzetten en afbreken van bataljons-hulpstukken, het patiëntenvervoer en de geneeskundige bevoorrading. Voor medisch specialisten was echter maar weinig te doen. Hun expertise lag immers op het medisch-technische terrein dat moeilijk kon worden nagespeeld. Niet zelden kregen specialisten het gevoel dat zij zonder goede reden waren opgeroepen.⁴⁸⁹ In zulke gevallen was improvisatie geboden. Bij *Hartslag III* kregen de chirurgen en

⁴⁸⁵ De Jong en Hoffenaar, *Op herhaling*, 76.

⁴⁸⁶ 'Elfde geneeskundig bataljon houdt oefening "houen zo"', *De Tijd-Maasbode* 20 mei 1960.

⁴⁸⁷ Officiële evaluaties van deze oefening zijn helaas onvindbaar in de archieven.

⁴⁸⁸ 'Varken als „proefkonijn” aan 't front', *De Telegraaf* 6 juli 1967.

⁴⁸⁹ D.J. Verdoorn, 'Herhalingsoefening - nieuwe stijl', *Polsslag* 5-3 (juni 1971) 11.

assistenten als voorbereiding op hun oorlogstaak een aantal levende varkens met kwaadaardig gezwel te behandelen. Volgens de commandant van het desbetreffende veldhospitaal, majoor-arts C. van Luyt, ging het er niet om de artsen te beproeven, “maar vooral om de sterilisatie- en narcosemethoden van ons hospitaal te testen en om het bedienend personeel niet alleen met pseudo-gewonden maar ook met een echte operatie te confronteren”.⁴⁹⁰ De specialisten waren dus zeker niet voor spek en bonen opgekomen, zo was de boodschap. Hun aanwezigheid was essentieel voor de medische kennisoverdracht en de vorming van de korpsgeest.

Gewondenkaarten en kaartspelende oefengewonden

Ofschoon het nut van geneeskundige oefeningen evident was, bleef het een vrome wens om hieraan structureel aandacht te geven. Al begin jaren vijftig was duidelijk dat men de grootschalige oefeningen in de VS niet kon evenaren. Vol bewondering keken Nederlandse waarnemers in 1956 naar een Amerikaanse *mass casualty exercise*, waaraan zo'n tweeduizend 'patiënten' deelnamen.⁴⁹¹ De MGD moest zich meer bescheiden doelen stellen. Maar zelfs aan regelmatige kleinere oefeningen bestond een gemis. Eén van de oorzaken was de altijd beperkte beschikbaarheid van oefengewonden met realistisch nagebootste verwondingen van “schminkbloed en vleespasta”. Hun aanwezigheid was van essentieel belang voor de beleving van de geneeskundigen.⁴⁹² De moeilijkheid was evenwel het 'regelen' van deze patiënten. Commandanten stelden hun personeel immers liever niet voor de passieve taak van oefengewonde beschikbaar. Ook de oefengewonden konden het vaak niet opbrengen om in de gepeelde slachtofferrol te blijven.⁴⁹³ Gezien de algemene weerstand, probeerde de legerkorpscommandant, luitenant-generaal F.E. Meijnderts, zijn troepen voor aanvang van de grote legerkorpsoefening *Big Ferro* in 1973 voor deze vaak ondankbare taak te motiveren: “(...) geen hond krijg je warm om afgevoerd te worden om als oefengewonde door de medische keten te gaan. Toch zou ik een beroep willen doen aan alle deelnemers om daar toch aan mede te doen: om als zij aangewezen worden als oefengewonde, wel deze keten na te lopen, omdat zij collegae hebben op de verschillende depots die natuurlijk ook geoefend moeten worden.”⁴⁹⁴

Overigens hadden niet alle dienstplichtigen een aversie tegen een passieve rol in het grote spel van de oefenoorlog. Tijdens *Houen Zo* in 1960 noteerde een plaatselijke krant een gesprek tussen twee deelnemers:

⁴⁹⁰ 'Varken als "proefkonijn" aan 't front', *De Telegraaf* 6 juli 1967.

⁴⁹¹ P. van den Broek, 'FT X 1-56, mass casualty exercise, 31st medical group', *NMGT* 9:12 (1956) 361.

⁴⁹² R.E. Tonn, 'Enige recepten ter bereiding van schminkbloed en vleespasta', *NMGT* 17:4 (1964) 99.

⁴⁹³ Jan C. Peetoom, 'Bericht van ... 42 Geneeskundige compagnie', *Polsslag* 7-2 (maart 1973) 16.

⁴⁹⁴ NIMH beeldcollecties. Transcriptie uit de voorlichtingsfilm *Big Ferro* (<https://www.youtube.com/watch?v=fYugBHLcTvww>).

“Valt het tegen?’ vroeg iemand aan korporaal M. Schiepers, een van de ‘gewonden’, die woensdag van negen tot vier en van acht tot twaalf op een brancard had gelegen. ‘Als je kunt liggen valt het nooit tegen’, vond de korporaal, die met een grijnzend gezicht toekeek toen hem voor een zogenaamd tunnelschot in de borst een verband werd aangelegd.”⁴⁹⁵

Wanneer er helemaal geen oefengewonden beschikbaar waren, kregen de betrokkenen alleen denkbeeldige slachtoffers te behandelen, zoals bij herhalings-oefening *Quo Vadis* in 1988, die gehouden werd voor 102 Geneeskundige groep. Daarbij kwam zo’n driekwart van de oefengewonden alleen binnen op papier, in de vorm van gewondenkaarten, tot teleurstelling van een deelnemer die droog constateerde dat een kaart verplegen weinig stimulerend werkt.⁴⁹⁶ Gezien het gebrek aan oefengewonden lag het voor de hand dat de behandeling en het transport van massale aantallen slachtoffers, verspreid over een groot gebied, niet vaak aan bod kwamen.⁴⁹⁷ Om voornoemde redenen stonden grote geneeskundige oefeningen zoals *Hartslag*, na 1967 niet meer op de rol. Ergo: tijdens de Koude Oorlog heeft de overgrote meerderheid van het geneeskundig personeel nooit de kans gehad zijn oorlogstaak in groter verband ook maar enigszins realistisch te oefenen.

Lichtflits en hittestraling

Het probleem van de grote aantallen oefengewonden (of liever het gebrek daaraan) brengt ons bij de voorbereidingen op een nucleaire oorlog. In januari 1950 waren de IGDKL, generaal-majoor-arts dr. J.Th. Wilkens (1948-1955), en de commandant van het Depot Geneeskundige Troepen, dr. H.M. van der Vegt, te gast bij de Britse oefening *Horatius*,⁴⁹⁸ waarbij de “hardnekkige verdediging en het tactisch gebruik van het atoomwapen” centraal stond.⁴⁹⁹ Tezelfdertijd verschenen vertalingen van de verslagen van buitenlandse demonstraties en ‘atoomoefeningen’ in de Nederlandse militaire vakliteratuur. Zo was er aandacht voor de Britse oefening *Medical Mushroom*, waarbij de “problemen van de ABC-oorlog” aan bod kwamen.⁵⁰⁰ Daaruit concludeerden de Britten: “On the whole, although the pressing and complex problems of atomic warfare were painfully obvious, they seemed to come into focus. As in all past warfare, apart from the inevitable influence of bad luck, badly trained, ill-disciplined, and careless troops will suffer most. Trained soldiers can do much to

⁴⁹⁵ ‘Elfde geneeskundig bataljon houdt oefening “houen zo”’, *De Tijd-Maasbode* 20 mei 1960.

⁴⁹⁶ J.G. ten Pas, ‘Quo Vadis: het verslag’, *Polsslag* 22:1 (januari 1988) 1.

⁴⁹⁷ H.R. Haak, ‘Bericht van ... 11 Brigadegeneeskundige compagnie’, *Polsslag* 7-1 (januari 1973) 9.

⁴⁹⁸ ‘Reception Horatius’, *Journal of the Royal Army Medical Corps* 1-XCVI (januari 1950) 68.

⁴⁹⁹ H.M. van der Vegt, ‘Hoofdstuk V: Militair Geneeskundige Dienst’ in: *Wetenschappelijk Jaarbericht 1952*, 34^e jaargang (1953) 285.

⁵⁰⁰ *Ibidem*.

protect themselves, and a field ambulance if itself intact can attack the problem with determination.”⁵⁰¹

Deze praktische benadering kreeg ook navolging binnen de KL en de MGD. In hoofdstuk 1 is al besproken dat de legerleiding vond dat alle dienstplichtigen instructies moesten krijgen over de mogelijke beschermingsmaatregelen tegen drufgolf, hitte en radioactiviteit. Op die manier kon het aantal slachtoffers zoveel mogelijk worden beperkt. Daarnaast kenden de instructies een belangrijk psychologisch element: zij moesten al te ernstige zorgen over atoomwapens bij de troepen wegnemen. “Eén bom en we zijn er allemaal geweest” was volgens verschillende officieren een “dwaas praatje dat beslist de wereld uit moet”.⁵⁰² Het duurde echter nog wel enige tijd voordat de voorlichting kon beginnen. Het wachten was namelijk op degelijk instructiemateriaal. Op 28 februari 1952 schreef de plaatsvervangend IGDKL, Van der Giessen, in een brief aan de Inspecteur der Infanterie dat hiermee haast moest worden gemaakt, omdat anders “het gevaar bestaat, dat deze voorlichting in eigen hand zal worden genomen”.⁵⁰³ Er dreigden dan allemaal verschillende berichten en beschermingsmaatregelen te gaan circuleren wat de militaire eenheid van denken en optreden (de doctrine) zou ondermijnen.

De eerste voorlopige ABC-instructiekaart verscheen kort na Van der Giessens brief.⁵⁰⁴ Algemeen lesmateriaal was echter nog in ontwikkeling (*Figuur 11*) en verscheen in de loop van 1953, samen met de eerste officiële atoomvoorschriften. Toch hadden de lessen nog een vrij geïmproviseerd karakter. Ook bestond aan instructeurs nog steeds een gebrek, waardoor de lessen alleen konden plaatsvinden als er toevallig ingewijd instructiepersoneel aanwezig was. Als voorwaarde gold ook dat de plaatselijke commandanten overtuigd raakten van de noodzaak van zulke lessen, aangezien het toch ging over een tamelijk abstracte vorm van oorlogvoering.

Na verloop van tijd maakten de instructies een professionelere indruk. In de zomer van 1954 begon voor het eerst in Nederland een reeks atoomdemonstraties onder de naam *Paddenstoel*.⁵⁰⁵ Tweemaal daags ontplofte op het terrein Sparrendal bij de Legerplaats Ermelo een lading springstof waarbij zich een rookkolom (een ‘paddenstoel’) ontwikkelde die een atoomexplosie moest voorstellen. Telkens nam een nieuwe ploeg dienstplichtigen deel aan dit spektakel, met als doel op enigszins ‘realistische’ wijze de uitwerking van deze wapens te tonen, en vooral te laten zien

⁵⁰¹ F. M. Richardson, “Exercise “Medical Mushroom”, *Journal of the Royal Army Medical Corps* 4-XCVIII (juni 1952) 311-318.

⁵⁰² Sanders, ‘Tactische kernwapens’, 346.

⁵⁰³ NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 242. Brief ‘artikel atoombom’ van de IGDKL aan de Inspecteur der Infanterie, 28 februari 1952.

⁵⁰⁴ *Voorschrift nr. 1226: Wat iedere militair dienst te weten in geval van een atoombom aanval* (eerste druk 1952).

⁵⁰⁵ Deze oefenreeks was vermoedelijk geïnspireerd op een Engelse legeroefening *Medical Horatius* aan de Royal Army Medical Corps Field Training School te Ash Vale in 1951, waarbij een Nederlandse waarnemer aanwezig was.

welke beschermingsmaatregelen men ertegen kon treffen.⁵⁰⁶ 'Bikini in miniatuur voor het Nederlandse leger' kopte het *Brabants Nieuwsblad*, verwijzend naar de Amerikaanse kernproeven in de Stille Oceaan.⁵⁰⁷

Vergelijkbare oefeningen vonden ook later nog sporadisch plaats. Ook tijdens oefening *Nu-klaar* op 3 mei 1962 op het oefenterrein bij Steenwijkerwold steeg een 'paddenstoel' op. Met trotyl, benzine en olie werd een atoombom op afstand gesimuleerd, waarna de betrokkenen van de B-compagnie van 45 infanteriebataljon en leden van het parate 103 geneeskundig bataljon zich ingroeven en met zeilen bedekten. Vervolgens werd met behulp van intensiteitsmeters de gesuggererde fall-out gemeten en aan hogerhand doorgegeven, waarna de nodige terreinverkenningen volgden. Onder deze nagebootste nucleaire omstandigheden vond ook het verdere gewondentransport plaats. De doelstelling was om de theoretische kennis over nucleaire wapens "voor iedereen 'levend' te maken".⁵⁰⁸ Hoewel de uitrusting niet compleet was, waren de reacties van de deelnemers gematigd positief: "Hoewel je weet dat het niet echt is, is het toch goed eens kennis te maken met deze dingen. Je moet het toch een keer gedaan hebben."⁵⁰⁹

In dezelfde periode begonnen de theorielessen een vaster karakter aan te nemen. De instructietaak lag in handen van rondreizende groepen deskundigen die verbonden waren aan de ABC-School in Breda. Bij de lessen kwamen niet alleen de atomaire, maar ook de biologische en vooral de chemische oorlogvoering ter sprake. De rondreizende manier van instrueren was echter niet altijd even efficiënt. De instructieteams maakten vanaf de jaren zestig dan ook plaats voor de speciaal daarvoor in het leven geroepen 'NBC-neventakers'.⁵¹⁰ Bewapend met kennis die zij hadden opgedaan tijdens een tweeweekse cursus aan de (inmiddels) NBC-School in Breda, waren zij een soort deeltijd-docenten voor de troep, terwijl ze ook een vast aanspreekpunt vormden.⁵¹¹ Hun taak was de opleiding van de enkele man én de meer inhoudelijke opleiding van een selecte groep militairen, die binnen elk peloton een NBC-ploeg moesten vormen. Deze ploeg moest met radiologische meetapparatuur een radioactief besmet terrein kunnen afbakenen. Er bleven voorlopig echter nog wel tekorten aan instructiemateriaal bestaan. Hierbij ging het niet alleen om voldoende hoeveelheden explosieven om een rookkolom te genereren, maar zelfs om basale instructiemiddelen waarmee men begrippen zoals

⁵⁰⁶ 'Bescherming tegen atoomexplosies', *Legerkoerier* 4:6 (juni 1954) 20.

⁵⁰⁷ 'Bikini in miniatuur voor het Nederlandse leger', *Brabants Nieuwsblad* 22 mei 1954.

⁵⁰⁸ 'Een dag in de ABC-oorlog', *Legerkoerier* 12:6 (juni 1962) paginanummer weggevallen.

⁵⁰⁹ Ibidem.

⁵¹⁰ Drie neventakers vormden samen een NBC-kern: een officier (meestal de plaatsvervangend compagniescommandant), een beroepsonderofficier (compagnieersergeant-majoor), en een dienstplichtig onderofficier.

⁵¹¹ A. Steeman, 'NBC-bescherming. Enkele aspecten van de troepenopleiding', *Militaire Spectator* 135:12 (1966) 573. Waar de NBC-neventakers normaal op bataljonsniveau waren ingedeeld, moesten de verkenningseenheden in kleinere zelfstandige verbanden kunnen optreden, vandaar dat er ook bij de verkenningseenheden (op compagniesniveau) NBC-neventakers waren ingedeeld.

röntgen, intensiteit, dosis en ontsmetting kon verhelderen. Hierdoor werkten de 'neventakers' maar al te vaak met geïmproviseerde hulpmiddelen.⁵¹² Dit was niet bevorderlijk voor de eenheid van het denken en handelen op nucleair gebied.

DIENSTGEHEIM

4e DIVISIE

INSTRUCTIEKAART
ATOOMBESCHERMING

I. IK VERWACHT EEN KERNWAPENEXPLOESIE
en toch komt die onverwachts, dus:

- helm, gasmasker, pionierschap, noodrantsoen en borstel tenminste binnen onmiddellijk bereik; veldfles gevuld
- ook armen, handen en hoofd zoveel mogelijk bedekt

In het terrein:
in onmiddellijke omgeving zo spoedig mogelijk een schuttersput graven; tenminste met grondzeil overdekken (beter nog een bovendeckking van aarde)

In gebouwen:
in onmiddellijke omgeving zo spoedig mogelijk een licht- en scherfverende schuilplaats inrichten.

Overal en altijd:

- benut elke gelegenheid om schuttersput of schuilplaats te verbeteren
- verlaat de dekking zo weinig mogelijk;
- kijk buiten steeds uit naar dekking, die in noodgeval direct bereikbaar is

**BETER VRIJWILLIG DE GROND IN,
DAN ONVRIJWILLIG TUSSEN ZES PLANKEN !**

II. IK ZIE EEN FEL LICHT, HELLER DAN DE ZON: „DEKKEN!” NU OF NOOIT !

In het terrein
in of vlak bij schuttersput:
schiet als een konijn de grond in

buiten bereik van een dekking :
val als een blok neer, gezicht omlaag, handen onder het lichaam

In gebouwen
in of vlak bij schuilplaats:
duik erin

buiten bereik van een schuilplaats :
duik weg van ramen en deuren

Op straat
duik plat neer

... blijf zo, tel tot honderd ...

III. ... NEGENENNEGENTIG, HONDERD ...
... IK LEEF! ...

HET IS WEER STIL; ER VALT NIETS MEER

Handel
zelf gewond : noodverband
blijf gevechtsgereed : helm... wapen...
gasmasker... pionierschap

En nu de anderen
waar is de commandant ?
moedig de kameraden aan,
vraag hen : „ben je gevechtsgereed ?”

kameradenhulp:
shock: plat op de rug, hoofd laag, alles los, warm houden
— bewusteloos: hoofd opzij
— bij kennis: veel te drinken geven, sigaret en gerust stellen

brandwonden: alléén noodverband (fosjes)


IV. IK ZIE (BIJ DAG) GRIJS, POEDERIG STOF VALLEN: FALLOUT ?

Ook wanneer niets van explosie gemerkt:

- alarmeer abc-ploeg, commandant en anderen
- gasmasker en capuchon óp, grondzeil óm, handschoenen áán
- rook niet, eet niet, drink niet (tot nader order)

Radioactiviteit is gemeten
buiten:

- raak niets onnodig aan
- mijd ook met onderstaand teken afgebakend terrein



- verdenk ook elk, over een groot oppervlak geblakerd gebied van radio-activiteit; mijd het

binnen:
— verbeter afdichting


Ontsmetting:

- borstel stof van kleding, wapen en uitrusting af vóór het betreden van schuilplaats
- gebruik nooit ongewassen eetgerei
- was eetgerei en handen vóór de maaltijd met door de commandant goedgekeurd water
- werk besmette grond rond schuttersput onder (\pm 15 cm)

Overigens

als er geen andere opdracht is ... benut de beschikbare rust zo goed mogelijk want:

**HOE FITTER IK BEN, DES TE BETER
BEN IK BESTAND TEGEN KERNSTRALING**

15 C - I - 30547  122052 * - 20

Figuur 11: Voorbeeld van een ABC-instructiekaart, jaren vijftig. Opmerkelijk is de laatste boodschap: 'hoe fitter ik ben, des te beter ben ik bestand tegen kernstraling'.⁵¹³

⁵¹² P. E. van Mourik, 'Voor de subalterne troepenofficier ABC anno 1963. Enkele gedachten over opleiding, procedure en rapportage', *Militaire Spectator* 132:9 (1963) 443.

Werken met 'mass casualties'

Intussen vroegen de specifiek militair-geneeskundige aspecten van de atoomoorlogvoering ook om aandacht. Al tijdens *Paddenstoel* in 1954 moesten de deelnemende militairen kort na de 'atoomexplosie' Zelfhulp Kameradenhulp (ZHKH) toepassen. Daarbij liet de bataljonshulppost zien wat hij kon. Het belang hiervan stond volgens deskundigen buiten kijf: "Oefeningen op dit gebied, speciaal voor geneeskundige onderdelen zullen volstrekt onmisbaar zijn, aangezien detailmoeilijkheden [van de geneeskundige taken onder nucleaire omstandigheden] eerst dan in haar volle omvang voor den dag treden."⁵¹⁴

Dergelijke oefeningen waren echter niet zo eenvoudig in de praktijk te brengen. Als de reguliere oefeningen al veel geld, voorbereidingstijd en moeite kostten, dan was het nog veeleisender om een atoomaanval in scene te zetten. Officieren schreven in de militaire vakbladen over specifieke omstandigheden, zoals radioactief besmet gebied en patiënten met gecompliceerd letsel. Dit soort aspecten – als ze überhaupt konden worden geoefend – bleven doorgaans zeer abstract. Niettemin vonden enkele atoomoefeningen plaats. Tijdens *Citra Ultra* (5 tot 9 mei 1958) oefende de 42e gevechtsgroep (van de 4 Divisie) onder leiding van generaal-majoor B. Koning een rivierovergang (de IJssel), waarbij ook van de militair-geneeskundigen veel werd gevraagd.⁵¹⁵ Op de derde dag kwam het 4 Geneeskundig bataljon onder leiding van luitenant-kolonel-arts H. van Nouhuys in actie. De opdracht aan zijn eenheid was het verzamelen en behandelen van gewonden als gevolg van een directe atoomtreffer op een infanteriebataljon. Daarbij gingen de deelnemers uit van een gitzwart scenario, namelijk dat "indien een bataljon ter sterkte van 1050 man onder zeer ongunstige omstandigheden door een directe agranaat zou worden getroffen, gerekend moet worden op omstreeks 400 doden en 400 zwaargewonden".⁵¹⁶

De aanwezige journalist van *het Parool* kreeg te horen dat één van de vier vleugels van het kruisvormige tentencomplex was gereserveerd voor patiënten met het shocksyndroom "van wie men veruit de meesten kan redden door zo langdurige toediening van synthetische lichaamssappen, dat de normale functies van de organen kunnen herstellen".⁵¹⁷ De verslaggever plaatste hierbij geen enkele kritische kanttekening. Integendeel, hij verzekerde de lezer dat het hospitaal beschikte over apparatuur "waarop een flink stadsziekenhuis jaloers zou kunnen zijn".⁵¹⁸ De oefenleiding wilde vastberadenheid uitdragen. Zelfs na een atoomaanval stond het hospitaal paraat, zo was de impliciete boodschap. Helaas is het officiële

⁵¹³ <https://seedorf40com.files.wordpress.com/2021/08/instructiekaart.jpg>.

⁵¹⁴ Goldbach en Van Nouhuys, 'Geneeskundige aspecten', 93.

⁵¹⁵ Zie onder meer: Nederlands Instituut voor Militaire Historie, Den Haag, Polman, Toegang 429, inventarisnummer 29.

⁵¹⁶ 'Hospitaal in actie na atoomaanval', *Het Parool* 9 mei 1958.

⁵¹⁷ Ibidem.

⁵¹⁸ Ibidem.

oefenverslag niet bewaard gebleven, waardoor niet valt te achterhalen hoeveel oefengewonden er daadwerkelijk beschikbaar waren, en in hoeverre er was geprobeerd nucleaire omstandigheden na te bootsen. Wel kan worden vastgesteld dat de MGD bij latere oefeningen niet langer uitging van zo'n catastrofaal scenario met een slachtofferpercentage van 80 procent. Het ligt zeer voor de hand dat er voor zulke aantallen gewonden nauwelijks voorbereiding mogelijk was. Voor zover dit onderzoek heeft kunnen nagaan, was dit ook de laatste keer dat de landelijke pers verslag deed van een gesimuleerde atoomaanval en de geneeskundige verzorging die daarop volgde.

Twee officieren brachten het idee van massale aantallen oefengewonden in 1964 nog ter sprake in het NMGT. Volgens hen was het beschikbaar stellen van een groot aantal oefengewonden een moeilijke zaak, zeker als men probeerde om een realistische verdeling te maken in de aard van het letsel: "Hier wordt dikwijls maar een slag naar geslagen", zo constateerden de schrijvers.⁵¹⁹ Zij stelden daarom voor om op grond van de ter beschikking staande gegevens van de Tweede Wereldoorlog en het Koreaconflict tot een zo goed mogelijke benadering te komen.⁵²⁰ Het was volgens hun dus beter om terug te grijpen op praktijkervaring (desnoods die van anderen), dan dat men probeerde om een beredeneerde inschatting te maken van het gewondenbestand in toekomstige oorlogsomstandigheden. Kortom, de MGD moest zich concentreren op zekerheden, en niet op het grote onbekende.

Uit het bronnenmateriaal komt naar voren dat er in de loop van de jaren zestig geen atoomoefeningen met grote aantallen oefengewonden meer plaatsvonden, ook geen strafoefeningen of simulaties op papier. Ook al werd het nooit openlijk toegegeven, de oefenleiding moet hebben ingezien dat het onrealistisch was om van dienstplichtige gewondenverzorgers te verwachten dat zij konden functioneren onder nucleaire omstandigheden met massale aantallen gewonden. De behandeling van beperkte aantallen conventionele of eventueel met chemische strijdmiddelen vergiftigde patiënten werd de norm. Tijdens een typische gewonden oefening in brigadeverband in 1973, lag de nadruk op de individuele begeleiding van de gewondenverzorger. Nadat een oefengewonde was aangewezen, hield een instructeur hoogstpersoonlijk toezicht op diens behandeling.⁵²¹ Een goede beheersing van elementaire militair-geneeskundige vaardigheden was het streven. Zolang de eisen niet al te hoog waren, konden de instructeurs een goed resultaat noteren.

⁵¹⁹ J.C.C. Swierstra en H.A. Kortman, 'Het samenstellen van een aanvaardbare scala van oefengewonden', *NMGT* (januari 1964) 11.

⁵²⁰ *Ibidem*.

⁵²¹ Jan C. Peetoom, 'Bericht van ... 42 Geneeskundige compagnie', *Polsslag* 7-3 (mei 1973) 23.

De nieuwe school

De officieren die verslag deden van de oefeningen dachten in termen van progressie. Elke oefening was nuttig omdat de deelnemers telkens een beter beeld kregen van hun oorlogstaak. Al doende kregen soldaten-gewondenverzorgers de elementaire vaardigheden vaak goed onder de knie, zoals het aanbrengen van verband, het invullen van een gewondenkaart, het gewondenvervoer en het rijden in colonne. Zo leerden zij terugvallen op eenvoudige routines. Veeleisender was het opzetten en inrichten van een medisch tentencomplex binnen een bepaalde tijd, maar ook zulke activiteiten leidden niet zelden tot tevredenheid van de oefenleiding. Op een dergelijke taakuitvoering werden jonge dienstplichtigen beoordeeld en veel meer viel er van hen ook niet te verwachten. Knelpunten die hierbij ongetwijfeld ontstonden, zorgden niet onmiddellijk voor een diskwalificatie van het militair-geneeskundig personeel en de gevolgde routines. Te veel kritiek kon averechts werken.

Sommige militair-geneeskundige scenario's konden zoals gezegd moeilijk worden geoefend, zoals het beproeven van de militair-logistieke keten, met name als het ging om een massaal aanbod van gewonden met gecompliceerd letsel. Dat had de oefenleiding te accepteren. Voor enkele structurele gebreken kon zij de ogen echter niet sluiten. Dat was het gebrek aan regelmaat in de oefeningen bij de parate troepen, alsmede het gebrek aan formele richtlijnen over wat de militair aan het einde van zijn actieve dienstitijd moest weten en kunnen. Dit laatste gold voor militairen van alle wapens en dienstvakken. Vanuit deze problematiek zagen het Ministerie van Defensie en de legerleiding aanleiding voor hervormingen van de opleidingssector van de landmacht. Een belangrijk voordeel was dat een betere organisatie van de opleidingen ook kon zorgen voor een kleiner personeelsbestand in de Nationale Sector. Dat paste bij het streven van Defensie om de exploitatiekosten (lees: personeelskosten) te verminderen, zodat meer financiële armslag ontstond voor de aanschaf van moderne wapensystemen. En tot slot paste de reorganisatie bij de langgekoesterde wens van de politiek in Den Haag om de werkelijke dienstitijd met twee maanden te verkorten.

Vanaf 1967 dienden soldaten nog maar zestien maanden, officieren en specialisten achttien maanden. Deze verkorting ging ten koste van de opleidingstijd. Zo sloot de Militaire School voor Hygiëne en Preventieve Geneeskunde (MSHPG) in Neerijnen in 1969 voorgoed haar deuren.⁵²² Naast andere vakken verdwenen ook de lessen 'geneeskundige aspecten van de atoomoorlog' uit het curriculum voor officieren arts. Zij kregen voortaan alleen nog het algemene vak NBC-bescherming dat bestemd was voor alle rangen en dienstvakken. Daarnaast verviel de verplichte opkomst van geneeskundestudenten voor hun militaire basisopleiding tijdens de

⁵²² In de bronnen verschillen over de datum van de opheffing van het MSHPG. In het jaarverslag IGDKL 1969 wordt dat jaar aangehouden. NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 26. VERSLAG 15/70 van de vergadering van de Legerraad, gehouden op dinsdag 2 juni 1970.

zomervakantie. Zij hoefden nu pas na het artsexamen op te komen, zodat zij hun volledige militair-geneeskundige officiersopleiding van tien weken in één keer konden voltooien. Meer doelmatigheid werd bereikt in 1967, toen de verschillende militair-geneeskundige scholen verenigd werden in het OCMGD, dat vanaf 1969 ressorteerde onder het nieuwe Commando Opleidingen Koninklijke Landmacht (COKL). De veronderstelling was dat opleidingsmethoden en -technieken binnen één functioneel opleidingscommando beter zouden kunnen worden afgestemd op de didactische ontwikkelingen.⁵²³ Daarnaast zou het instructiepersoneel van de KL onder één commando efficiënter worden ingezet, met als gunstig neveneffect dat het personeelsbestand van het OCMGD 17 procent kon krimpen (waardoor de personeelskosten omlaag gingen).⁵²⁴ Het personeel verzorgde voortaan alleen nog militair geneeskundig onderwijs voor dienstplichtigen van zowel de KL als de KLU, terwijl algemene militaire vakken elders werden gegeven.

In het tijdschrift *Polsslag*, dat het bezuinigingsbeleid kritisch volgde, werd gematigd positief gereageerd op de nieuwe opleidingsstructuur. Het leek in elk geval efficiënter.⁵²⁵ De verkorting van de opleidingstijd werd echter niet in dank afgenomen. Meer doelmatigheid kon die verkorting namelijk niet volledig compenseren. Met het ontbreken van de basisopleiding vanaf 1968 was de uitspraak dat reserveofficieren-arts “over het algemeen beroerd exerceerden” steeds toepasselijker.⁵²⁶ Een vanuit geneeskundig oogpunt fundamenteeler punt van kritiek was dat de arts na zijn studie, met een gemiddelde leeftijd van plusminus 26 jaar, minder makkelijk kon worden gevormd tot militair. Na zijn lange medicijnenstudie zat hij immers niet te wachten op “lesjes waarvan hem het nut toch al twijfelachtig voorkomt”.⁵²⁷

In elk geval bracht de nieuwe opleidingsstructuur weinig goeds in het kader van de oorlogsvoorbereidingen. Kolonel-arts Walter Henny memoreerde:

“Inhoudelijke voorbereiding op de oorlogstaak van eerstelijns artsen bestond eigenlijk niet; er werd mogelijk uitgegaan van het principe ‘een arts is een arts en dus die weet wel wat hij doen moet’. De medisch specialisten brachten natuurlijk hun civiele expertise mee, maar ook voor die groep werd informatie over typische aspecten van oorlogschirurgie, over organisatie en werkwijze, over de beperkingen van het werk te velde niet aangeboden.”⁵²⁸

⁵²³ A.J. van Ree, ‘25 jaar COKL’, *Militaire Spectator* 163:11 (1994) 477-484.

⁵²⁴ M.J.J.F. Halla, De reorganisatie van het OCMGD’, *Polsslag* 5-6 (november 1971) 9.

⁵²⁵ J.R.C. Elsackers, ‘Opleidingen op de helling’, *Polsslag* (1969) 2-7.

⁵²⁶ De Jong en Hoffenaar, *Op herhaling*, 92.

⁵²⁷ M.B. Bloch, ‘De beroepsofficier-arts IV’, *NMGT* 22 (januari 1969) 52.

⁵²⁸ Walter Henny, ‘Een korte geschiedenis van de geneeskundige verzorging in de Nederlandse Krijgsmacht’, *De Reserve Officier* 5 (2008) 8.

Door de verkorting van de opleidingstijd moesten de oefening en opleiding van militair-geneeskundigen nog meer dan voorheen plaats hebben bij de parate troepen. Daarbij was het natuurlijk handig dat helder werd vastgelegd over welke kennis en vaardigheden de militair minimaal moest beschikken. In dat kader zag in 1967 een nieuw opleidingsplan met bijbehorende functie-eisen het licht: de Vaste aanwijzingen voor opleiding en vorming.⁵²⁹ Ook kwam er meer regelmaat. De parate eenheden kenden in de jaren zeventig een toename in het aantal periodieke divisiegeleide brigadeoefeningen. Verder organiseerde de legerleiding om de vijf jaar Legerkorpsgeleide oefeningen — *Big Ferro* (1973), *Saxon Drive* (1978),⁵³⁰ *Atlantic Lion* (1983) en *Free Lion* (1988). Deze oefeningen in groter verband waren uiterst belangrijk. Ze vormden een graadmeter waarop de inzetbaarheid en het functioneren van het individu en de eenheid zichtbaar werden voor de leidinggevendenden én de NAVO-bondgenoten.⁵³¹

Bij deze initiatieven kregen de militair-geneeskundigen niet altijd de aandacht die zij wensten. Bij *Big Ferro* kwamen de geneeskundige aspecten bijvoorbeeld uitgebreid aan de orde, maar tijdens *Atlantic Lion* in 1983 richtte 103 Geneeskundig bataljon alleen een paar nonex-verbandplaatsen in. Bij kleinere geneeskundige eenheden was vaker en regelmatig oefenen vaak onhaalbaar. De dienstplichtig plaatsvervangend commandant van het geneeskundig peloton van 11 pantserinfanteriebataljon betreunde het feit dat zijn onderdeel te weinig op zijn oorlogstaak werd voorbereid: “Het afgelopen jaar [1976] is het de bedoeling geweest om het gnpel vijf maal als organiek functionerend geheel te oefenen. Slechts eenmaal zijn we daartoe gekomen.”⁵³²

Bekende oorzaken waren de lage prioriteit van de opleiding van geneeskundigen; onderbezetting door de inzet van personeel en materiaal voor nonex medische steun; de voorbereidingen die op zichzelf veeleisend waren; het ontbreken van deskundige begeleiding van het hogere geneeskundige echelon en van stafofficieren van het bataljon ten gevolge van de tijdrovende vredeslogistiek.⁵³³ De plaatsvervangend commandant van het geneeskundig peloton van 13 pantserinfanteriebataljon had soortgelijk commentaar. Hij vulde aan dat het peloton vaak onderbezet was. Dit betekende dat soldaten meerdere taken moesten vervullen waarvoor zij eigenlijk niet waren opgeleid. Evenzo merkte de auteur dat het instromend dienstplichtig personeel soms onvoldoende kennis had van het voertuigonderhoud. Dit terwijl slijtage en een gebrek aan reserveonderdelen de inzetbaarheid van het rollend materieel ondermijnden — voertuigen stonden daardoor noodgedwongen in de garage. Bovendien vond de plaatsvervangend

⁵²⁹ Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 239.

⁵³⁰ M.C. de Haan, ‘Bezoek aan Saxon Drive’, *Polsslag* 13:1 (januari 1979) 15.

⁵³¹ Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 239.

⁵³² F. Bessens, ‘Het geneeskundig peloton van het (elfde) pantserinfanteriebataljon nader bekeken’, *Polsslag* 11:2 (maart 1977).

⁵³³ *Ibidem*.

commandant nauwelijks gelegenheid voor zijn onderwijstaken: “Meestal is een deel van het peloton op oefening, anderen hebben verlof of zijn ziek thuis, enkele werken op de hulppost en voor een paar die nog over zijn loont het nog nauwelijks de moeite om een les te geven: niemand is op hetzelfde peil van geoefendheid.”⁵³⁴

Een ander zorgelijk punt was dat eind jaren zestig het bezuinigingsmes fors in de periodieke herhalingsoefeningen voor militair-geneeskundigen had gesneden.⁵³⁵ In 1967 werd de duur van herhalingsoefeningen voor geneeskundige eenheden gereduceerd van vier naar twee weken. Ook de frequentie ging omlaag, zodat de ‘herhalers’ hooguit nog eens in de acht jaar moesten opkomen.⁵³⁶ Voor de officieren die zich zorgen maakten om de geoefendheid van de dienstplichtigen, was dat geen prettig voortuitzicht. Een officier van de Geneeskundige troepen vreesde in 1969 dat de opkomst voor mobilisabele geneeskundige eenheden op den duur helemaal zou worden gestaakt.⁵³⁷ Zo ver kwam het niet. Wel schreef een reserve-majoor in 1982 na afloop van zijn deelname aan een herhalingsoefening met het 752 Algemeen hospitaal dat het optrommelen van een voltallige mobilisabele eenheid een grote zeldzaamheid was.⁵³⁸ Op dit vlak waren genezerikken echter geen uitzondering. Voor de gehele krijgsmacht klonk in de jaren tachtig het oordeel dat de mobilisabele eenheden extra oefentijd nodig hadden. Volgens historici De Jong en Hoffenaar waren er echter weinig kansen op verbetering, “omdat de hoogte van het defensiebudget, de maatschappelijk aanvaardbare duur van de ‘diensttijd’ en de oefenmogelijkheden grenzen zouden blijven stellen aan de geoefendheid van met name reservisten.”⁵³⁹

Ter compensatie werden de geneeskundige oefeningen die wel doorgang vonden doelmatiger ingericht, zodat zo weinig mogelijk kostbare uren verloren gingen. In plaats van iedereen tegelijk te laten opkomen, dienden voortaan eerst alleen het kader en de chauffeurs zich te melden. Laatstgenoemden kregen enkele rijvaardigheidstesten door bijvoorbeeld in colonne-verband te rijden. Het kader stortte zich intussen op de nodige theorielessen. De opgedane kennis zouden zij op hun beurt doorgeven aan het overige personeel dat de derde dag opkwam. Na vijf dagen zou een daadwerkelijke oefening plaatsvinden, waarbij een parate eenheid haar materieel ter beschikking stelde en de reservisten meteen voorzag van uitleg volgens het zogenaamde mentorensysteem. Deze werkwijze voorkwam dat de aandacht van de leiding voortdurend was gericht op de zorg voor het vele, vaak kostbare, materieel en de inlevering ervan. Om de specialisten (met name chirurgen en internisten) en hun kostbare tijd enigszins te ontzien, hoefden zij alleen op te komen wanneer er ook daadwerkelijk iets voor hen te doen was. De afwikkelings-

⁵³⁴ P.J. de Kwast, ‘Mijn parate tijd’, *Polsslag* 11:3 (mei 1977) 20.

⁵³⁵ De Jong en Hoffenaar, *Op herhaling*, 76.

⁵³⁶ De Jong en Hoffenaar, *Op herhaling*, 99.

⁵³⁷ ‘Oorlogsvoorbereiding van reserve-officieren’, *Polsslag* 3-5 (september 1969) 1.

⁵³⁸ P.F. van Oosten de Boer, ‘Op herhaling bij 752 algemeen hospitaal’, *Polsslag* 16-1 (januari 1982).

⁵³⁹ De Jong en Hoffenaar, *Op herhaling*, 133.

procedure werd bij de nieuwe opzet vereenvoudigd. Na afloop namen de parate eenheden hun materieel weer mee. De herhalende eenheid had alleen nog zorg te dragen voor het eigen wagenpark en de individuele uitrusting. Toch liet het gemis aan streng materieeltoezicht zich voelen, bijvoorbeeld na de vormingsherhalingsoefening *Sine Cura* (zonder zorg!) in juni 1985, toen: “veel instrumentarium weg of kapot bleek te zijn. Ook nogal wat apparatuur bleek bij het einde van deze oefening defect te zijn, omdat men sommige kisten dicht kreeg door er met een paar man op te gaan staan.”⁵⁴⁰

Een andere vorm van compensatie was de invoering van extra verplichte theorielessen. Zo ontstond een aantal functiegerichte opfriscursussen voor de verschillende categorieën officieren van de geneeskundige eenheden. De eerste 165 cursisten volgden in 1973 aan het OCMGD te Amersfoort verschillende cursussen die in duur varieerden van enkele dagen tot drie weken. De klassen waren betrekkelijk klein en telden maximaal vijftien deelnemers, waardoor de docent zijn aandacht goed kon verdelen en de onderlinge saamhorigheid van de cursisten mogelijk werd bevorderd. De populariteit van de cursussen was wisselend en nam vooral af zodra er veel papierwerk bij kwam kijken. Liever waren de reservisten bezig met het militair-geneeskundige bedrijf in de praktijk. Die mogelijkheid bestond wel, met de invoering in 1970 van de zogenaamde ‘*training on the job*’ (meeloopdagen) bij de parate onderdelen, maar het is niet bekend hoeveel animo hiervoor was. Op vrijwillige basis waren er eendaagse informatiebijeenkomsten voor reserve-officieren. Deze bijeenkomsten gingen over hun oorlogstaak, alsook de laatste ontwikkelingen op het gebied van organisatie en materieel. Ook niet onbelangrijk was het doen ontstaan of bevorderen van de *esprit de corps* omdat “men elkaar leert kennen en gezamenlijk op de problemen wordt gedrukt”.⁵⁴¹

Het resultaat van de herhalingsoefeningen ‘nieuwe stijl’ en de extra cursussen is door het gefragmenteerde bronnenmateriaal moeilijk vast te stellen. In 1973 klonk de waarschuwing dat de geoefendheid van het geneeskundig personeel met groot verlot — het leeuwendeel van de MGD — tot een onaanvaardbaar niveau dreigde terug te lopen.⁵⁴² Die vrees was niet ongegrond. In de navolgende jaren kregen de geneeskundige aspecten van militaire operaties hoogstens aandacht tijdens grote manoeuvres, en die vonden nu eenmaal niet vaak plaats. De gevolgen lieten zich raden. Na afloop van *Sine Cura* schreef een officier van de Geneeskundige troepen dat “*met volstrekt ongeoeffend personeel* [cursief in oorspronkelijke tekst] toch moest worden gestreefd naar het kunnen opnemen van patiënten”.⁵⁴³ Desondanks wisten de deelnemers de doelstelling te behalen. Pas eind jaren tachtig leek de oefencyclus weer te worden opgevoerd. Tijdens *Combi Care* (mei 1987) en

⁵⁴⁰ Louwen, *Mijn diensttijd*, 87.

⁵⁴¹ H.E. Gramberg, ‘Herhalingsoefening 761 Ambulancetreinencompagnie’, *Polsslag* 6-1 (januari 1972) 4-5; H.E. Gramberg, ‘Herhalingsoefening 405- en 406 Territoriale geneeskundige compagnie’, *Polsslag* 6-3 (mei 1972) 27

⁵⁴² H.A. Oosterhof, ‘Verdere vorming der reserve-officieren’, *Polsslag* 7-1 (januari 1973) 3.

⁵⁴³ Louwen, *Mijn diensttijd*, 86.

Combi Care II (mei 1989) oefenden geneeskundige eenheden van het legerkorps én de Nationale Sector de afvoer van gewonden uit het legerkorpsvak naar Nederland. Dat ging voor een belangrijk deel per spoor: de gewondentrein bleef van de jaren vijftig tot het einde van de Koude Oorlog een vast onderdeel van de transportcapaciteit. Hierover volgt in het volgende hoofdstuk meer.

NBC: een moeilijk begrip

Het vergroten van de bekwaamheid had ook betrekking op het gespeelde optreden onder NBC-omstandigheden. Waar zulke oefeningen tot in de jaren zestig een geïmproviseerd karakter hadden, moesten die voortaan met grotere regelmaat plaatsvinden. Het ging hierbij nog altijd in de eerste plaats om de persoonlijke beschermingsmaatregelen tegen massavernietigingswapens. Wat daarbij zeker hielp, was dat er meer NBC-instructiemateriaal beschikbaar kwam, wat de kwaliteit van de lessen ten goede kwam. In 1966 beschikten de parate eenheden tijdens het beoefenen van nucleaire aspecten over stralingsmeters, een kernwapensimulator, die een rookkolom opwekte, alsmede een röntgensimulator.⁵⁴⁴ Dat laatste apparaat was een zender die een elektromagnetisch veld opwekte, waarmee radioactiviteit werd gesuggereerd. Zo kon men bijvoorbeeld een gebied 'besmet' verklaren om zo geneeskundige eenheden te confronteren met een hindernis tijdens de evacuatie van gewonden. Hoe regelmatig dit materiaal in de praktijk werd benut, is niet exact na te gaan. Wel kan met zekerheid worden gesteld dat de noden en behoeften op het gebied van NBC-instructie bij sommige eenheden nog lang onvervuld bleven.⁵⁴⁵

De jaarverslagen van de 4e Divisie geven een wisselend beeld van de algemene NBC-opleiding. Het verslag van 1967 maakt nog melding van een toename van het aantal oefeningen, omdat de S2's (inlichtingen- en veiligheidsfunctionarissen) van de brigades en bataljons het "NBC-aspect, waar mogelijk, invoeren. Er worden goede instructiedagen gegeven en kernoefeningen gehouden", terwijl met een hogere frequentie dan voorheen oefengas en röntgensimulators werden aangevraagd.⁵⁴⁶ Ook in 1969 merkte het jaarverslag vooruitgang op, maar ook stond te lezen dat er nog altijd eenheden waren die er te weinig aan deden, terwijl de individuele NBC-bescherming nog tekortschoot.

Waarschijnlijk juist omdat er vaker aandacht werd geschonken aan NBC-bescherming kwam ook de gebrekkige geoefendheid op dat gebied beter aan het licht. In 1971 constateerde men dat vooral de dienstplichtige sergeanten niet het vereiste kennisniveau hadden, terwijl zij deels verantwoordelijk waren voor de

⁵⁴⁴ A. Steeman, 'NBC-bescherming. Enkele aspecten van de troepenopleiding', *Militaire Spectator* 135:11 (1966) 574.

⁵⁴⁵ Het jaarverslag van 4 Divisie uit 1981 vermeldt dat bij de in West-Duitsland gelegerde eenheden nog altijd tekorten aan "radiologische simulators" bestonden. Zie: NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 559. Jaarverslag 1981.

⁵⁴⁶ NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 559. Jaarverslag 1967.

instructie van soldaten en korporaals.⁵⁴⁷ Dit was nog steeds het geval in 1975, terwijl ook chauffeurs de ontsmettingsprocedure van voertuigen onvoldoende bleken te beheersen.⁵⁴⁸ In 1976 verviel door tijdgebrek in verband met de diensttijdverkorting de standaard NBC-oefening *Retort II*, die tot dan toe een sluitstuk vormde op de NBC-lessen. De praktische NBC-verdediging diende voortaan bij de pelotons en compagnieën te gebeuren.⁵⁴⁹ In het jaarverslag van 4 Divisie uit 1977 werd betwijfeld of het personeel wel aan de gestelde eisen op NBC-gebied voldeed.⁵⁵⁰ Ook de voertuigontsmetting gebeurde in 1978 niet goed genoeg. De voltijds NBC-onderofficieren klaagden erover dat zij niet of onvoldoende in hun opleidingstaken werden gesteund door hun commandanten. In 1980 bestond er een algemene onderbezetting bij een aantal NBC-kernen en -ploegen.

Ook officieren-arts hadden volgens de legerleiding te weinig kennis van de specifieke nucleaire, biologische en chemische oorlogvoering. Daarom poogden de IGDKL en het Commando Opleidingen Koninklijke Landmacht (COKL) vanaf 1972 “eindelijk orde op zaken [te] stellen” door de aanstormende militaire artsen de noodzakelijke kennis van de NBC-verdediging bij te brengen door een gastdocent van de NBC-school. Toch bleef het aantal lessen volgens de opleidingsautoriteiten “te verwaarlozen”.⁵⁵¹ Het ontbrak aan richtlijnen over wat artsen nu precies moesten weten over massavernietigingswapens.

In 1975 leidde het kennisgebrek van de NBC-oorlogvoering onder legerartsen opnieuw tot bezorgdheid onder hooggeplaatste officieren van het legerkorps. Moest het OCMGD in Amersfoort meer aandacht besteden aan deze materie, en zo ja, wat moest de aanstormende officieren-arts dan precies weten voordat zij zich meldden bij de parate troepen? Het lesprogramma besteedde op dat moment vier lesuren aan de “Medische gevolgen van het gebruik van nucleaire strijdmiddelen”.⁵⁵² Twee lesuren gingen over chemische en biologische strijdmiddelen tezamen. In een brief aan de commandant 1 Legerkorps, schreef de commandant van 1 Divisie ‘7 december’ dat zowel het aantal lesuren als de behandelde lesstof over de chemische oorlogvoering “te summier” was. Hij wenste op dat gebied op korte termijn een verbetering. Vanuit de opleiding viel echter geen substantiële uitbreiding van het lesprogramma te verwachten. Halverwege de jaren zeventig kende de opleiding “3 x 2 uur algemene nbc-instructie”, ofwel de beschermende maatregelen en “3 x 2 uur instructie m.b.t. de medische aspecten” van massavernietigingswapens. Dat aantal

⁵⁴⁷ NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 559. Jaarverslag 1971.

⁵⁴⁸ NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 559. Jaarverslag 1975.

⁵⁴⁹ NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 559. Jaarverslag 1976.

⁵⁵⁰ NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 559. Jaarverslag 1977.

⁵⁵¹ NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 277. Handgeschreven reactie van het hoofd sectie NBC van de staf van 1 Lk, C.J.C. Goedkoop, op brief ‘Opleiding res offn arts m.b.t. NBC-oorlogvoering’ (7598E), 18 augustus 1975.

⁵⁵² NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 277. Brief C-1 Div. aan C-1LK. Opleiding res offn arts m.b.t. NBC-oorlogvoering (NBC/75/7S/Conf) 2 juli 1975.

uren kon niet verder worden uitgebreid omdat er nu eenmaal al veel lesstof in korte tijd moest worden behandeld.⁵⁵³

De vereiste NBC-kennis van officieren-arts moest dan ook verder worden opgeschroefd tijdens de parate diensttijd bij het legerkorps. De legerkorpsarts meende echter dat de doelstellingen realistisch moesten blijven. Nederland kende slechts een “klein handjevol” echte specialisten op dat gebied. Het was dan ook een illusie te verwachten dat alle officieren-arts zich deze kennis eigen zouden kunnen maken. “Dat is ook niet nodig”, vervolgde hij,

“op het niveau waar deze artsen worden tewerkgesteld, is de algemene medische kennis, die zij bezitten toereikend: De mechanische en thermische letsels ten gevolge van [de] inzet [van] nucleaire middelen zijn niet *anders* dan andere mechanische en thermische letsels. De stralingsletsels (in het algemeen letsels “op termijn”) zijn in wezen het gevolg van het afsterven van (voor straling gevoelige) lichaamscellen en de verschijnselen zijn identiek aan de aan de arts bekende verschijnselen ten gevolge van het afsterven van weefselcellen.”⁵⁵⁴

De bovenstaande passage kan op verschillende manieren worden gelezen. Op het eerste gezicht lijkt het hier te gaan om een ontstellende simplificatie van de medische problematiek in een kernoorlog, vooral met het ziektebeeld van atoomslachtoffers in het achterhoofd. Toch mag hieruit niet te snel worden geconcludeerd dat de legerkorpsarts de NBC-problemen onderschatte. Ongetwijfeld wist hij dat er voor stralingslachtoffers en ernstige brandwondenslachtoffers in feite niets kon worden gedaan, zeker niet op een bataljonshulppost, waar vaak een dienstplichtige arts was ingedeeld. Hij zat daar in feite alleen voor de triage en de behandeling van lichte verwondingen. Vanuit die optiek probeerde de legerkorpsarts zeer waarschijnlijk te zeggen dat het onrealistisch was om jonge dienstplichtige artsen op te zadelen met extra kennis, omdat die in het ondenkbare rampscenario toch van weinig waarde was. Als we deze uitleg aanvaarden, dringt zich wel de vraag op waarom de hij deze boodschap op een zo geruststellende toon verkondigde.

Om de bezorgde NBC-functionarissen tegemoet te komen, stelde de legerkorpsarts voor om dienstplichtige artsen de NBC-beschermende maatregelen vaker te laten beoefenen.⁵⁵⁵ Het valt echter zeer te betwijfelen of de kennis en vaardigheden op dit gebied in de loop van de jaren tachtig verbeterden. De grootste plaag van NBC-oefeningen bleef tijdgebrek, omdat aan deze bezigheid een lage prioriteit werd toegekend. Gevolg was dat de praktijklessen zeer sporadisch plaatsvonden en

⁵⁵³ Ibidem.

⁵⁵⁴ NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr 277. Reactie van de legerkorpsarts (kolonel-arts J.J.P.A. van Besouw), 20 november 1975, op brief ‘Opleiding res offn arts m.b.t. NBC-oorlogvoering’.

⁵⁵⁵ Ibidem.

onvoldoende gewicht kregen in het gehele opleidingstraject van dienstplichtigen. Een officier schreef in 1976 kritisch over de instructie:

“Het is zeker geen uitzondering als zij beperkt blijft tot enkele lesjes nbc, gegeven in een leslokaal of filmzaal: te weinig wordt het nbc-aspect geïntegreerd in het beoefenen van de normale functietaken, terwijl bovendien de nbc-kant van de bestaande oefeningen veel te wensen overlaat. De commandanten zijn over het algemeen weinig gesteld op het inbrengen van deze aspecten in een oefening, omdat gewoonlijk het gewenste vlotte verloop van de oefening daaronder te lijden heeft.”⁵⁵⁶

In het bovenstaande citaat komt goed naar voren dat de materie impopulair was onder commandanten. Dat was ook al eerder opgemerkt. In 1967, tijdens een conferentie over NBC-zaken bij het eerste legerkorps, constateerde de voorzitter dat het nucleaire aspect tijdens oefeningen nooit meer was dan een tijdelijk “oponhoud” in een verder “gewone oorlog”.⁵⁵⁷ Halverwege de jaren zeventig schreef het hoofd van de sectie NBC van de legerkorpsstaf in de *Militaire Spectator* dat de lessen over beschermende maatregelen weinig indruk maakten op jonge dienstplichtigen. Hun gedachten daarover varieerden volgens de schrijver van “één klap en we zijn er allemaal geweest” tot “het gebeurt hoogstens in een enkel incidenteel geval en het is daarom wel nuttig wat aan de NBC-verdediging te doen”.⁵⁵⁸ Een afgezwaaid dienstplichtig sergeant verwoordde deze lethargie in een aantal versregels:

“Het is ook zo moeilijk dat begrip ENBEECEE
Je kunt het niet echt doen, daar zitten wij mee
De zeilen en de mouwen, ze zijn niet neer
Daarvoor is het nu echt veel te mooi weer
Waarom zouden wij ontsmetten zoals het behoort
En de meetinstrumenten mee, zeg kom nou, de moord!
Die staan nou te janken in d’een of and’re kast
Daar lekker laten staan, ze zijn maar tot last
We maken ons niet druk, we zullen dan wel weer zien
Er komt toch noooooit oorlog, nou ja, misschien ...”⁵⁵⁹

Ook bij de parate geneeskundige eenheden werd het onderwerp niet altijd serieus genomen. Na de standaard NBC-oefening *Retort* (26 september 1972) schreef een

⁵⁵⁶ Redactie, ‘Gas!... Gas!’, *Militaire Spectator* 145:4 (1976) 195.

⁵⁵⁷ NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 433. Verslag van de N.B.C.-conferentie bij Staf 1 LK op 23 mei 1967.

⁵⁵⁸ C. J. C. Goedkoop, ‘De nbc-verdediging in het legerkorps’, *Militaire Spectator* 145:5 (1976) 209.

⁵⁵⁹ Ibidem.

militair van 41 Brigade geneeskundige compagnie schertsend dat “iedereen een snuifje CN gas compleet met ontsmettingsmiddelen probeerde. High man!”⁵⁶⁰ Ook elders hing een luchtige sfeer:

“De volgende ochtend loeit een claxon en wordt GAS geroepen. Een paar mensen komen met gasmaskers op de tent binnen, met rokende dingetjes in de hand. Traangas! Ook al was je in staat je nieuwe gasmasker op tijd op te zetten, dan kon je toch nog tranen in je ogen krijgen. Maar dan van het lachen.”⁵⁶¹

Bij de maatregelen met betrekking tot atoomwapens viel er minder te lachen. De stof was omslachtig en inhoudelijk vrij abstract. Bij oefeningen klaagden militairen over het rekenwerk dat vereist was voor bijvoorbeeld het vaststellen van de dodelijke radius van een kernexplosie. Daarvoor moesten tabellen geraadpleegd worden, waarna men moest bladeren in “dikke boeken” om de afgeleide waarden na te gaan. Een instructeur kon wel enig begrip opbrengen voor de houding van de dienstplichtigen: “Men moet in het moderne gevecht aan zoveel aspecten aandacht besteden. Voor degenen, die niet vertrouwd zijn met het NBC-aspect, doet dit enigszins ‘wetenschappelijk’ aan.”⁵⁶²

Ondanks (of juist wegens) de onverschilligheid die ogenschijnlijk heerste, bleven enkele officieren hameren op de noodzaak van het regelmatig oefenen van NBC-aspecten in het veld. Niemand wist namelijk zeker of de volgende oorlog een nucleair karakter kreeg of niet. Vooral NBC-specialisten wezen op de mogelijkheid van escalatie.⁵⁶³ Tijdens een NBC-conferentie in 1967 benadrukte een woordvoerder de niet aflatende dreiging: “Enige jaren geleden werden tijdens een internationale stafoefening 1 à 2 kernwapens per dag gelanceerd, bij de laatste vielen er 10 in 1 uur en 30 in 36 uur.”⁵⁶⁴ Zijn signalering stond echter haaks op de strategische opvattingen van die tijd. Juist een verhoging van de atoomdrempel en het verkleinen van de risico’s op een kernoorlog vormden de ratio achter de invoering van de strategie van *Flexibility in response* in 1967, zoals in het vorige hoofdstuk is uitgelegd. Die gedachte kwam ook in oefeningen tot uitdrukking:

“Zolang in een stafdienstoefening het conventionele gevecht aan de orde is, lijkt het op een schaakspel. Zodra men daarin echter met kernwapens gaat werken, komt er een spelregel bij: één van de spelers mag af en toe het schaakbord omkeren. Het gevolg is dat men — overigens geheel in lijn met de bestaande

⁵⁶⁰ ‘Bericht van 42 Brigadegeneskundige compagnie. Najaarsproblemen’, *Polsslag* 7-1 (januari 1973) 13.

⁵⁶¹ A.F. Hordijk, ‘Kom maar’, *Polsslag* 10-4 (juli 1976) 15.

⁵⁶² A.J. de Gee, ‘Wat is eigenlijk NBC-bescherming?’ *Militaire Spectator* 139:3 (1970) 112.

⁵⁶³ Het hoeft overigens niet te verbazen dat de waarschuwingen juist van deze functionarissen kwamen – volgens dezelfde logica zal een brandweerman sneller wijzen op brandveiligheidseisen dan een politieagent.

⁵⁶⁴ NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 433. Verslag van de N.B.C.-conferentie bij Staf 1 LK op 23 mei 1967.

NAVO-doctrine — het inzetten van kernwapens zo ver mogelijk verschuift naar het einde van de stafdienstoefening.”⁵⁶⁵

De inzet van kernwapens maakte dus een einde aan het georganiseerde militaire optreden. Dat gold veel minder voor de andere non-conventionele wapens. Biologische strijdmiddelen kwamen vrijwel nooit aan de orde omdat de praktische waarde ervan nihil leek. Daarentegen werd de verdediging tegen chemische wapens nog wél regelmatig geoefend. Volgens sommige deskundigen hadden deze strijdmiddelen een minder escalerend effect en was de vijand daarom eerder geneigd tot de inzet ervan. Nadat inlichtingendiensten in de jaren zeventig tot de ontdekking waren gekomen dat het Warschaupact op grote schaal chemische wapens produceerde, kwam de nadruk bij NBC-bescherming sterk op de c te liggen, zoals ook blijkt uit de oefenverslagen. Tegen een gasaanval bestonden namelijk effectieve verdedigingsmaatregelen. Een bijkomend voordeel was dat een gasaanval overtuigend viel te simuleren. Soms hielpen de weersomstandigheden een handje mee. Tijdens oefening *Sarina Sirene* (november 1962), die tot doel had de geneeskundige afvoerketen onder chemische omstandigheden te beproeven, viel natte sneeuw. Volgens de verslaggever was er weinig fantasie nodig “om zich in te denken dat er in plaats van deze onschuldige kristallen levensgevaarlijk vloeibaar zenuwgas omlaag kwam”. Daarop hulde het geneeskundig peloton van 15 Pantserinfanteriebataljon zich in polyester overgooiers en gasmaskers, wat hen de aanblik gaf van “wonderlijke figuren uit een andere wereld”, om vervolgens de ‘getroffenen’ met de gewondenjeeps naar de veiligheid van de BHP te brengen. Aldaar konden alle conventionele gewonden, met “goed nagebootste kwetsuren”, rechtstreeks naar de ‘schone afdeling’ gebracht worden. De gaszieken kwamen eerst in de ‘vuile afdeling’, waar ze ontdaan van hun besmette kleding met warm water en zeep werden ontsmet en indien nodig, atropine-injecties kregen toegediend. Van hieruit reden de gewondenjeeps naar de verzamelplaatsen die waren ingericht door de reservisten van 51 geneeskundig bataljon. Zij controleerden de doorstromende patiënten alvorens zij met ziekenauto’s naar de verbandplaatsen (op het tweede echelon) werden getransporteerd. De laatste schakel werd gevormd door het 112 Doorvoershospitaal (op het derde echelon), een compleet ziekenhuis onder tentzeil met een capaciteit voor vierhonderd patiënten.⁵⁶⁶ Ook zonder natte sneeuw viel er het nodige te simuleren. Vanaf de jaren zestig kwam er steeds meer oefenmateriaal beschikbaar. Eenheden konden vaker beschikken over onder meer zogenaamde CS-

⁵⁶⁵ Goedkoop, ‘De nbc-verdediging’, 210.

⁵⁶⁶ ‘Oirschotse Heide was toneel van chemische oorlog’, *Legerkoerier* 12:12 (december 1962) paginanummer weggevallen.

handgranaten (traangas), CS-aceton- en sodaoplossing, detectiepapier, en oefengasverkenningssuitrusting.⁵⁶⁷

Natuurlijk bleef de MGD wel afhankelijk van oefengewonden. Tijdens oefening *Rhino Plus* (30 september - 10 oktober 1971) was een ontsmettingsstraat voor NBC-patiënten ingericht, maar "het aantal besmette gewonden bleef tijdens deze oefening vrijwel nihil".⁵⁶⁸ Een jaar later ging het beter. Aan de vierdaagse oefening *Toch Maar III* in oktober 1972 namen 530 militairen van 11 Geneeskundige compagnie en de geneeskundige pelotons van de 11 Pantserinfanteriebrigade deel. Op de tweede dag vond een chemische sproeiaanval plaats die een groot aantal gaszieken tot gevolg had. Na melding van de aanval stuurde de commandant van de geneeskundige compagnie in plaats van ziekenauto's alle beschikbare 3-tonners naar de hulpposten om de slachtoffers op te halen. Een correspondent voor het tijdschrift *Polsslag* noteerde dat er was gekozen voor de vrachtauto's omdat de ziekenauto's 1-ton te weinig capaciteit hadden voor de spoedige verwerking van het grote aantal 'patiënten'. Zij moesten zich tijdelijk tevreden stellen met minder comfort. Een groepstent nabij de verbandplaats diende als ontsmettingslocatie. Hoewel het verslag niet rept van het aantal gaszieken, was het totaal aantal gewonden dat in de verbandplaats werd opgenomen 375, ongeveer 120 per etmaal.⁵⁶⁹

Bij voldoende beschikbaarheid van oefengewonden en -materieel was succes uiteraard niet gegarandeerd. Belangrijk was dat de oefendoelstellingen duidelijk waren, maar ook daaraan ontbrak het soms. Op het vlak van de logistiek viel er genoeg op te steken van het massale gewondentransport, maar het medisch leerdoel van zo'n onderneming was vaag. Met het aanbod van grote aantallen slachtoffers was er amper tijd voor het toepassen van EHAF en het reflecteren op de toegepaste procedures. Na afloop van *Rhino-plus*, waaraan 13 Brigade geneeskundige compagnie had deelgenomen, constateerde een verslaggever in *Polsslag* dat het stootsgewijs binnenkomen van betrekkelijk grote aantallen oefengewonden vaak problemen opleverde wat betreft de administratieve verwerking en de juiste medische behandeling.⁵⁷⁰

Deze moeilijkheid, in samenhang met eerder gesignaleerde problemen bij de organisatie van grote geneeskundige manoeuvres, zorgde ervoor dat de NBC-opleiding bij het legerkorps vaak beperkt bleef tot individuele bescherming. Zo was dit aspect steeds een 'tijdelijk oponthoud' van het oefenspel. Een eerste luitenant van 42 Brigade Geneeskundige compagnie schreef in zijn verslag van *Retort II* in 1973 hoe makkelijk hiermee werd omgegaan: "de atmosfeer [was] plots vergiftigd

⁵⁶⁷ A. Steeman, 'NBC-bescherming. Enkele aspecten van de troepenopleiding', *Militaire Spectator* 135:12 (1966) 574.

⁵⁶⁸ L. Kruymer, 'Ervaringen met een verbandplaatspeloton tijdens de brigade-oefening "Rhino-plus"', *Polsslag* 6:2 (maart 1972) 17.

⁵⁶⁹ H.R. Haak, 'Bericht van ... 11 Brigadegeneeskundige compagnie', *Polsslag* 7:1 (januari 1973) 9.

⁵⁷⁰ Kruymer, 'Ervaringen', 17.

met een voor ons ongezond gas. Gelukkig waren de beschermingsmiddelen bij de hand en was na een half uur ook het gas door de wind verspreid.” Er stond echter nog wat te wachten: “nauwelijks hersteld van deze schok, en de schok van een geëxplodeerde atombom vliegt tegen ons aan.” Daarop werd radioactiviteit gesimuleerd, waarna een verplaatsing noodzakelijk was. “Na droge ontsmetting graaft ieder zich weer in en wacht op de dingen die komen gaan.” De verslaggever meldde tevreden dat de gevolgen van de atoomexplosie goed waren “verwerkt”.⁵⁷¹

Ook tijdens de geneeskundige oefening *Pleisterplaats* (17-21 november 1980) kwamen weer uitsluitend de beschermingsmaatregelen aan de orde.⁵⁷² Nadat de verbandplaats van 43 Brigade geneeskundige compagnie was opgezet en ingericht met steun van het verzamelplaatspeloton, trok het ziekenautospeloton erop uit om gewonden op te halen. De NBC-neventaker van het treinenbataljon vond dit een uitstekende gelegenheid om een gasaanval te simuleren waarop de betrokkenen zich met een gasmasker op in de ziekenauto “terugtrokken”, zo schreef een commentator.⁵⁷³ Daarmee was de kous af.

Soms ontbrak het bij zulke simpele routines zelfs aan de meest basale zaken. Tijdens *Sine Cura* reageerden de ‘kaartenbakkers’ van 112 doorvoerhospitaal “verbazingwekkend adequaat” op het gasalarm, ook al hadden de oefengewonden geen gasmaskers bij zich waardoor dit aspect van de hulpverlening buiten beschouwing bleef.⁵⁷⁴ Niettemin meldde de verslaggever dat de oefening verder wonderwel was verlopen. De doelstelling was immers het opzetten en afbreken van een doorvoerhospitaal binnen de afgesproken tijd, en niet het overleven van een gasaanval. Dat laatste was slechts een bijzaak in het verder normale verloop van de opdracht. De legerleiding kon in dat opzicht tevreden zijn.

Kritiek op de artsenopleiding

Een punt dat nog aandacht verdient, is de positie en verantwoordelijkheid van de dienstplichtig arts in het legerkorps. Zoals eerder gezegd, diende hij vaak als commandant van een geneeskundig peloton. In die rol was hij vaak samen met zijn plaatsvervangend commandant (officier Geneeskundige troepen) verantwoordelijk voor het organiseren van oefeningen. Ondersteuning kreeg hij van een sergeant gewondenverzorger, die de overige dienstplichtigen de fijne kneepjes van de EHAF leerde. De arts had dus in feite een taak als militair commandant en organisator. Een rode draad door het militair-geneeskundig opleidingsverhaal in de Koude Oorlog is echter dat hij vaak niet voldeed aan de gestelde verwachtingen. Volgens een

⁵⁷¹ C. Peetoom, ‘Lentescheuten’, *Polsslag* 7:4 (juli 1973) 15.

⁵⁷² In 1967 beleefde het tijdschrift *Polsslag* voor de officieren Geneeskundige troepen zijn eerste oplage. In de periode daarvoor werden militair geneeskundige oefenverslagen zelden gepubliceerd, dus over deze periode valt weinig met zekerheid te zeggen. In het Nationaal Archief zijn alleen de militair geneeskundige oefenverslagen van 1950-1951 bewaard, toen NBC-aspecten nog geen rol speelden.

⁵⁷³ Jan C. Peetoom, ‘Oefening pleisterplaats’, *Polsslag* 15:1 (januari 1981) 20-21.

⁵⁷⁴ G.H. Louwen, ‘Oefening Sine Cura ’85’, *Polsslag* 19:5 (september 1985) 3-6.

commentator voelde de arts vaak “geenszins de noodzaak uit zijn spreekkamer te komen”.⁵⁷⁵

Sommige critici legden de schuld bij de artsen zelf. Een officier van de Geneeskundige troepen stelde in 1977 dat het tijd werd dat de reserveofficier-arts zich bewust werd van zijn uiteindelijke taak als arts in oorlogstijd.⁵⁷⁶ Hij diende alle geneeskundige procedures op het eerste echelon te kennen en te beoefenen, ook het verzamelen van gewonden, want anders “zal de brillance van de arts snel verbleken door de vele gewonden op wie door hem geen levensreddende handeling kan worden toegepast, doordat ze doodeenvoudig niet bij hem kunnen worden gebracht”.⁵⁷⁷ De arts “dient [zich] los te maken van de fictie dat zijn arbeidsterrein alleen in de spreekkamer zou liggen met verontzijdiging van de verantwoordelijkheid ten aanzien van de oorlogstaak, want dan schiet hij én als arts én als officier te kort”.⁵⁷⁸ Concrete voorbeelden van zaken die aan bod kwamen tijdens bataljonsoefeningen waren het regelmatig verplaatsen (“springen”) van de hulppost om zo de afstand tot de gewonden in de voorste lijn niet te groot te laten worden. Daarbij diende de commandant te bedenken hoe de onderweg zijnde voertuigen de nieuwe locatie konden vinden, “aangezien deze kaart noch radio hebben!”⁵⁷⁹

Andere critici benadrukten het falende opleidingsbeleid. De vereniging van reserveofficieren-arts ‘Kring Mathijssen’ stelde in november 1984 dat “de militaire arts, en zeker de bataljonsarts, [over] een specifieke kennis en een specifieke instelling [dient] te beschikken, die vanuit de burgerpraktijk nauwelijks mag worden verwacht, en die derhalve alleen door militaire training kan worden verkregen.”⁵⁸⁰ Omdat de taak van de bataljonsarts was gelegen in de triage en het voor transport gereedmaken van de patiënt, moest hij de triagecriteria kennen, alsmede in staat zijn de toestand van de slachtoffers zo goed mogelijk te stabiliseren en daarbij de hygiëne in acht nemen. Behalve het toepassen van EHAF, ging het vooral om handelingen die in beginsel niet aan gewondenverzorgers werden toevertrouwd, zoals het toedienen van antibiotica, een tetanusinjectie en morfine, het aanleggen van een intraveneus infuus en het uitvoeren van (chirurgische) noodprocedures om in geval van een luchtwegobstructie de ademweg vrij te maken. Ook moest de bataljonsarts een klaplong kunnen behandelen, waardoor kennis van onder meer de Heimlich-klep (afzuigventiel) vereist was. Tot slot moest de bataljonsarts goed geïnstrueerd zijn in de verslaglegging: het invullen van de

⁵⁷⁵ Jan C. Peetoom, ‘Onderdeelsarts en compagniescommandant: samenwerking of tegenwerking?’, *Polsslag* 16:6 (november 1982) 6.

⁵⁷⁶ A.A. van Rijs, ‘Het geneeskundig peloton’, *Polsslag* 11:3 (mei 1977) 23.

⁵⁷⁷ Van Rijs, ‘Het geneeskundig peloton’, 23.

⁵⁷⁸ *Ibidem*.

⁵⁷⁹ *Ibidem*, 24.

⁵⁸⁰ W. Henny, ‘De Kring Mathijssen en de opleiding reserve-officier-arts’, *Polsslag* 19:4 (juli 1985) 5.

gewondenkaart mocht namelijk evenmin aan de soldaat-gewondenverzorgers worden overgelaten.⁵⁸¹

De eerdergenoemde reserveofficier-arts Walter Henny, in 1984 woordvoerder van de Kring Mathijssen, signaleerde dat reserveofficieren-arts de bovenbeschreven kennis en vaardigheden niet of slechts ten dele beheersten. Tegelijk werd er vanuit de MGD “verbazend weinig gedaan om deze kennis op te voeren”.⁵⁸² De bataljonsarts werd niet of nauwelijks op herhaling geroepen: sinds de jaren zeventig werd van hem verwacht dat hij zijn kennis over oorlogsgeneeskunde door middel van cursussen zelf bijspijkerde. Over de militaire geneeskunde onder NBC-omstandigheden was al helemaal weinig kennis beschikbaar. Navraag bij actief dienende artsen en het OCMGD over de aard en het aantal op de hulpposten te verwachten slachtoffers leverde de auteur weinig informatie op.

Andere genootschappen deelden de zorgen over de deskundigheid van de reserveartsen, zo bleek in maart 1985 toen de ‘werkgroep artsen’ een kritisch rapport over de MGD publiceerde in het tijdschrift *Carré*.⁵⁸³ De ‘werkgroep artsen’ — die door de Nederlandse Officieren Vereniging in het leven was geroepen — stelde nuchter dat de reserveofficier-arts over onvoldoende deskundigheid beschikte op het gebied van oorlogsgeneeskunde omdat zijn opleiding aan het OCMGD slechts een “oriënterend” karakter had. Deze was te kort om hem bij te scholen in alle aspecten van het militair arts-zijn. Met name onderwerpen zoals triage, shockbeleid, oorlogstraumatologie en de medische aspecten van de NBC-oorlogvoering kregen tijdens de opleiding onvoldoende aandacht.

Het hoofd Dienst Militaire Gezondheidszorg (tevens docent oorlogschirurgie), luitenant-kolonel-arts G.S. Zaalberg, deelde de kritiek dat het militair-geneeskundig personeel van de toekomst onvoldoende werd opgeleid en getraind voor acute noodsituaties in oorlogstijd.⁵⁸⁴ In een lezing voor de Koninklijke Vereniging ter Beoefening van de Krijgswetenschap op 17 maart 1986 zocht hij daarvoor een brede maatschappelijke verklaring. Burgerziekenhuizen werden nu eenmaal ingericht om aan de dagelijkse behoefte van de samenleving te voldoen, waarbij het management ernaar neigde het aantal bedden te reduceren. Daarnaast zagen artsen een verschuiving in hun taakgebied, dat meer kwam te liggen bij de behandeling van chronische patiënten. Derhalve richtte de academische opleiding van de arts zich steeds vaker op ouderdomskwalen en hart- en vaatziekten. Traumatologie lag steeds vaker in handen van enkele specialisten. Daarnaast werden de traumatologen zelf steeds gespecialiseerder, bijvoorbeeld op het gebied van brandwonden, wat hen minder breed inzetbaar maakte.

⁵⁸¹ Ibidem.

⁵⁸² Ibidem.

⁵⁸³ Rapport, *Carré Actueel* 1-6 (maart 1985) aldaar pagina 6.

⁵⁸⁴ G.S.D. Zaalberg, ‘Militaire geneeskunde in de 20e en 21 eeuw’, *Mars in Cathedra. Orgaan KVVK* 155 (1986) 2399-2434.

Het eerdergenoemde rapport in *Carré* noemde een aantal punten ter verbetering van de opleiding van officieren-arts. Belangrijk was dat de oorlogstaak als uitgangspunt diende. Behalve onderwijs in aanvullende theoretische vakken moest de militair arts vooral extra praktijkervaring opdoen. Artsen die hun oorlogsbestemming hadden in het eerste of tweede echelon (legerartsen categorie a), moesten worden verplicht tot een stage bij een EHBO-post van een burgerziekenhuis. Artsen-specialisten (categorie c) moest gelegenheid worden geboden om een stage te lopen in een brandwondeninstituut of op een locatie waar met straling werd gewerkt, zoals de kerncentrale in Petten.⁵⁸⁵

De woordvoerder van de Kring Mathijssen vond dat er vanuit de KL een taakomschrijving voor de bataljonsarts moest worden vastgesteld, waarin ook de karakteristieken van de gevechtssomstandigheden waren opgenomen, alsmede de aantallen slachtoffers en de aard van hun verwondingen.⁵⁸⁶ Ook de hierboven genoemde medische kennis en vaardigheden op de BHP moesten hierin zijn vastgelegd. Tot slot moest de reserveofficier-arts in voorkomend geval de taken van de officier Geneeskundige troepen kunnen vervullen. Dit alles moest schriftelijk aan de reserveofficieren-arts worden voorgelegd, en daarnaast was het wenselijk om de mobilisabele bataljonsarts tijdens een herhalingsoefening voor een of twee dagen op te roepen, om hem bijvoorbeeld in enkele uren twintig oefengewonden te laten behandelen. Na controle en reflectie zouden hem enkele vraagstukken over de organisatie en communicatie te velde kunnen worden voorgelegd.

Tijdens een interview in 1987 liet de IGDKL, brigade-generaal J.C. Mels, weten dat hij de suggesties tot verbetering van de “medische doctrine” zeer op prijs stelde. Hij stelde zich tot doel om tot een modernisering en kwaliteitsverbetering te komen voor alle opleidingen. Desalniettemin verklaarde hij dat “onze bureaucratistische organisatie niet even 1-2-3 aan te passen is”.⁵⁸⁷ Zoals in het vorige hoofdstuk uiteengezet, waren er in de jaren tachtig grote organisatorische wijzigingen gaande, die eerst grotendeels moesten worden voltooid.

Intussen bleven de problemen zich voordoen. Tijdens een werkbezoek van de Inspecteur-generaal der Krijgsmacht – een soort militaire ombudsman – aan de geneeskundige eenheden van het legerkorps in juni 1987 namen de verantwoordelijke commandanten geen blad voor de mond over de toenmalige situatie op de ‘werkvloer’. Het tekort aan beroepsartsen en officieren Geneeskundige troepen gold nog onverminderd, 103 geneeskundig bataljon had bijvoorbeeld geen organieke plaatsvervangend commandant. Noodgedwongen opvulling van deze ‘gaten’, leidde ertoe dat een aantal militairen onvoldoende gekwalificeerd was voor hun functie.⁵⁸⁸ Tot ergernis van de leidinggevendenden gingen er nog altijd kostbare uren verloren aan

⁵⁸⁵ Rapport, *Carré Actueel* 1:6 (maart 1985) aldaar pagina 6.

⁵⁸⁶ Henny, ‘De Kring Mathijssen’, 7.

⁵⁸⁷ J. Hesp, ‘Een interview met brigade-generaal J.C. Mels’, *Polsslag* 22-6 (1988) 3.

⁵⁸⁸ B.D. de Jong, ‘IGK op werkbezoek in Ermelo’, *Polsslag* 21:5 (september 1987) 17.

zaken die in feite niet gerelateerd waren aan de eigenlijke militair-geneeskundige functie. In dat kader moesten militair-geneeskundige eenheden soms chauffeurs, hofmeesters of jerrycansjouwers beschikbaar stellen bij oefeningen. Dit slokte de nodige opleidingstijd op.⁵⁸⁹

Voordat er een echte wijziging in de opleiding tot stand kon komen, kwam de Koude Oorlog ten einde. Als gevolg van de gewijzigde doctrine, de schaalverkleining van het militaire optreden en het daarmee samenhangende opschorten van de dienstplicht in 1996, werden patiënten voortaan behandeld door vrijwillig dienende artsen, die ruime medische ervaring hadden in burgerziekenhuizen (dankzij de regeling van het Instituut Defensie-Relatie (IDR) ziekenhuizen). Hiermee was de bron van zorgen over de militair-geneeskundige opleiding echter nog niet opgedroogd, zoals Francesca Hooft in haar proefschrift laat zien.⁵⁹⁰

Conclusie

Het op peil brengen en houden van de paraatheid en inzetbaarheid van de MGD vergde een voortdurende inspanning van instructeurs. Onder hun toezicht moesten de 'genezerikken' hun taak op elk moment en onder de moeilijkste oorlogsomstandigheden kunnen uitvoeren. Belangrijk was dat uit individuen goed samenwerkende teams moesten worden gesmeed, zodat de uitvoering van de militair-geneeskundige oorlogstaak ordelijk verliep. Daarbij hoorden realistische verwachtingen. De oefenresultaten vielen soms tegen, terwijl de oefeningen sowieso maar een beperkt deel van het takenpakket toetsten, maar de betrokkenen lieten zich omwille van het moreel vaak uit in positieve bewoordingen. De nadruk lag niet op de vertoonde onkunde, maar op het belang van samenwerking en het vertrouwen in de progressie.

Serieuze kritiek ging steevast over de oefenfrequentie. Omdat de rekruten in relatief korte tijd veel theoretische stof moesten aanleren, kon de stof moeilijk beklijven. Periodieke herhaling was daarom belangrijk. Voor wat betreft eenvoudige zaken, zoals EHAF, gebeurde dat waarschijnlijk in voldoende mate, maar commentatoren maakten zich geregeld zorgen of de geneeskundige taak in groter verband wel voldoende werd geoefend. Vooral het samenspel tussen verschillende geneeskundige eenheden — de afvoer en behandeling van aanzienlijke aantallen gewonden — vond gedurende de hele Koude Oorlog niet vaak genoeg plaats. De oorzaak was een combinatie van een gebrek aan tijd, middelen en kennis. Oefeningen van gevechtseenheden kregen nu eenmaal een hogere prioriteit.

Oefeningen in nucleaire omstandigheden vonden weinig plaats. Enerzijds had dat vooral praktische oorzaken. Een atoomexplosie viel nauwelijks overtuigend te simuleren. In het beste geval bleef het bij een relatief kleine ontploffing die een

⁵⁸⁹ Ibidem. Zie ook: J. de Lange, 'Commando-overdracht 103 geneeskundig bataljon', *Polsslag* 23-3 (mei 1989)

15

⁵⁹⁰ Hooft, *White Coats*, 113.

rookkolom ('paddenstoel') veroorzaakte, waarna het ontstaan van een magnetisch veld werd nagebootst. Zonder deze hulpmiddelen had de instructie vaak een complex (en volgens sommigen ronduit saai) karakter. Een enigszins 'realistische' atoomoefening was het verzamelen en transporteren van buitengewoon veel gewonden met brandwonden en/of stralingsletsel, maar aangezien er voor zulke slachtoffers weinig behandeling mogelijk was, bleef het nut van zo'n onderneming twijfelachtig. Dat verklaart ook waarom een grote onverwachte stroom 'besmette' gewonden tijdens oefeningen alleen aan het einde van de jaren vijftig, toen de dreiging van kernwapens als groot werd ervaren, slecht enkele malen aan de orde kwam. De maatregelen tegen een chemische aanval kregen overigens wel geregeld aandacht. Dergelijke omstandigheden konden goed worden uitgebeeld en de maatregelen zouden daadwerkelijk nuttig zijn in de praktijk.

Oefeningen onder conventionele omstandigheden, op zich al complex en tijdrovend genoeg, bleven de hoofdmoot vormen en op dat gebied viel er nog genoeg te verbeteren. Zo klonk na 1967 frustratie over het geringe aantal herhalings-oefeningen voor het reservepersoneel. Ook stonden er vraagtekens bij de kennis en vaardigheden van officieren-arts op het gebied van oorlogsgeneeskunde. Deze achterstand hield verband met de verkorting van hun opleidingstraject. Veel ruimte voor een herstructurering van de opleiding en oefening was er echter niet. De meeste activiteiten bleven gericht op de dagelijkse routine, het uitvoeren van beleidszaken en andere vreedstaken. Hierdoor stond de oorlogsvorbereiding op het tweede plan.

Wat verbaast, is niet alleen het hele spectrum van gebreken, maar vooral de omgang daarmee. Op een enkele uitzondering na luidde niemand echt de alarmklok over de toestand binnen de MGD. Problemen waarvoor een oplossing bestond kwamen wel geregeld ter sprake, maar de olifant in de kamer bleef eigenlijk onbenoemd. Dat de meerderheid van het personeel slecht was voorbereid op de oorlogstaak vormde geen discussiepunt. Een verklaring is dat het algemene vertrouwen in de dienst niet mocht worden aangetast. Dat zou namelijk schadelijk zijn voor de geloofwaardigheid van de krijgsmacht in bondgenootschappelijk verband. Het in stand houden van die geloofwaardigheid was in het belang van de vrede — ofwel een *desirable future* — en daarom belangrijker dan de werkelijke capaciteiten van de MGD en de KL in het algemeen. In hoofdstuk zes zal dit probleem nog uitgebreid aan de orde komen.