



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 5: Naar eer en geweten

“Combat surgeons – young men who must have good hands, a stout heart and not too much philosophy; he is called upon for decision rather than discussion, for action rather than a knowledge of what the best writers think should be done.”⁷⁶⁰

Tijdens de Koude Oorlog waren er genoeg redenen voor militair-geneeskundigen om na te denken over hun taak binnen de krijgsmacht. Officieren-arts en de geneeskundig verzorgers dienden zowel militaire als humanitaire belangen. Kritische geesten vroegen zich dan ook af hoe die twee belangen zich tot elkaar verhielden: waren ze complementair of tegenstrijdig? Met deze vragen sloten zij aan bij een lange traditie. Verschillende generaties geneesheren binnen en buiten de krijgsmacht hadden al geprobeerd om de tweezijdigheid van de militaire geneeskunde, alsook de consequenties ervan, onder woorden te brengen in de vakliteratuur of andere media. Nieuw was dat er vanaf de jaren vijftig een veel groter aantal dienstplichtige artsen met deze klassieke kwestie van de dubbele loyaliteit werd geconfronteerd.

Daarbij kwam de verwachting dat militair-geneeskundigen zich dienden voor te bereiden op een oorlog die mogelijk gevoerd zou worden met chemische, biologische of zelfs nucleaire wapens (NBC-wapens). De dreiging van een vrijwel totale vernietiging bracht het besef dat de invloed van de medicus op het moderne slagveld zeer beperkt was. In dit hoofdstuk staat de vraag centraal hoe militair-geneeskundigen op dit vooruitzicht reageerden, hoe zij zich tot de oorlogsvoorbereidingen verhielden en hoe die houding kan worden verklaard.

Militaire en humanitaire belangen

Op dinsdag 12 april 1949 heerste er in de Van Sypesteynkazerne in Utrecht een opperbeste stemming. Op die dag vierde het Depot Geneeskundige Troepen er zijn tachtigjarig bestaan en dat ging vanzelfsprekend gepaard met een lofzang op de “genezerikken”. In het bijzijn van de cgs luitenant-generaal Kruls, werd een herdenkingsplaquette onthuld, gewijd aan majoor J. Blokhuis, die in 1940 commandant was geweest van het depot en tijdens de oorlogsjaren deel had uitgemaakt van een verzetsgroep, wat leidde tot zijn arrestatie en executie door de Duitse bezetter.⁷⁶¹ Militair-geneeskundigen waren geen doorsnee troepen, dat was

⁷⁶⁰ <http://www.operationalmedicine.org/Library/Manuals/NATO%20EWS/Prologue.html>

NATO Stanag 2068 *Emergency War Surgery* (1959), beter bekend als het “NAVO handboek”.

⁷⁶¹ ‘Korps Geneeskundige Troepen 80 jaar’, *Arnhemse Courant* 16 april 1949.

de boodschap tijdens de plechtigheden. Ook de *Militaire Spectator* beklemtoonde dat: “De vele duizenden geneeskundige soldaten in de tropen verrichtten hun taak met opgewektheid en liefde” want “zij kennen de betekenis en de waarde van hun werk”, schreef de depotcommandant, officier-arts H.M. van der Vegt.⁷⁶² Ook enkele jaren later, bij het jubileumfeest van de School Geneeskundige Dienst in 1955 werd de gewondenverzorger op een voetstuk gehesen. Zijn kernwaarden heetten “hulpvaardigheid, offerbereidheid en verantwoordelijkheidsbesef jegens de mannen van onze strijdkrachten.”⁷⁶³ Deze ‘levende traditie’ werd ook die dag sterk uitgedragen, noteerde de verslaggever van de *Legerkoerier*, het voorlichtingsorgaan van de Koninklijke Landmacht. De militairen lieten zien dat zij onderdeel waren van een “perfecte militaire eenheid, welke slechts het resultaat kan zijn van innerlijke bezieling en van geloof in de grootheid van de te vervullen taak”.⁷⁶⁴

De gezwollen taal van de ceremoniemeesters deed even vergeten dat er nogal wat meningsverschillen bestonden over het wezen van de MGD. Volgens Van der Vegt kende zijn vak zeker militaire elementen, maar hij benadrukte ook “de beschavende invloed van een goede geneeskundige verzorging” in oorlogstijd.⁷⁶⁵ Tevens zag hij het als zijn plicht om zorg te dragen voor het lichamelijk en geestelijk welzijn van de militair, opdat militairen konden worden behoed voor “morele verwildering.”⁷⁶⁶ De opvatting van zijn collega officier-arts H.M.J. Kiviet was echter van alle humanitaire franje ontdaan. In 1949 schreef hij:

“Het mag voor velen teleurstellend zijn, dat de taak van de geneeskundige dienst van ethische, humanitaire schillen is ontdaan, en dat de moderne oorlogvoering niets meer en minder eist dan de naakte, kale pit. (...) Zij die het meest lijden, zij die het zwaarst getroffen zijn, behoren het laatst te worden geholpen. Hoe minder kans op herstel, hoe groter de kans dat de getroffene van geen waarde meer is voor de voortzetting van de oorlog.”⁷⁶⁷

Het was een aantal critici opgevallen dat de militaire taak van de officier-arts steeds meer de overhand leek te krijgen en dat lokte verschillende reacties uit. Dienstplichtige jongemannen uit de doopsgezinde gemeenschap, die het dragen van wapens principieel afkeurden, waren tot dan toe bereid geweest om hun dienstplicht te vervullen als zieken- of gewondenverzorger, maar de nadrukkelijke voorstelling van de MGD als wapen in de strijd zorgde voor gewetensvragen.

⁷⁶² H.M. van der Vegt, ‘De betekenis en de waarde van de geneeskundige dienst’, *Militaire Spectator* 118:4 (april 1949) 215.

⁷⁶³ ‘School Geneeskundige Dienst vierde feest’, *Legerkoerier* 5-8, (augustus 1955) 13.

⁷⁶⁴ Ibidem.

⁷⁶⁵ Van der Vegt, ‘De betekenis’, 214.

⁷⁶⁶ Ibidem.

⁷⁶⁷ H.M.J. Kiviet, ‘De opleiding van het Militair Geneeskundig Personeel’, *Militaire Spectator* 118:4 (1949) 216.

Dominee C.F. Bruswitz was blij dat de *Militaire Spectator* “ons de ware aard van de mil. gen. dienst. eens duidelijk uit de doeken heeft gedaan” en dat er was afgerekend “met de gedachte, die nog al te veel heerst, dat het hier betreft humanitair menslievend werk”.⁷⁶⁸ De doopsgezinde dienstweigeraar Cor Inja onderbouwde in 1953 zijn antimilitaristische houding met het argument dat het individuele geweten van de dienstplichtige op een bepaald ogenblik ondergeschikt moet worden gemaakt aan het belang van de militaire organisatie. Dat gold heel nadrukkelijk voor de officier-arts, die door zijn officierseed trouw had afgelegd aan de koningin, die volgens hem prevaleerde boven “liefde voor patiënten”.⁷⁶⁹ De opvattingen van dominee T.O. Hylkema sloten daarbij aan: “De uitingen, die wij reeds in vreedstijd horen, dat menslievendheid in deze dienst niet mag leiden, ja moet worden uitgeschakeld, (...) maken het zeker, dat in oorlogstijd als de gemoederen verhit zijn, het onmogelijk zou zijn om in de geest die een door Christus Woord Geleid geweten ons voorschrijft, bij de Geneeskundige troepen te dienen.”⁷⁷⁰

Er klonken ook niet-religieuze bezwaren tegen de tegenstrijdigheid van militaire en humanitaire belangen, vooral in *Medisch Contact*. Dat was en is een geneeskundig vaktijdschrift dat zijn wortels heeft in het Nederlandse artsenverzet tijdens de Tweede Wereldoorlog en waarin een kritisch tegengeluid over tal van medische kwesties kan worden gelezen. In dat blad stelde de arts A.J.P. Borstlap, die als officier van gezondheid had gediend bij het Koninklijk Nederlands Indisch Leger (KNIL) ten tijde van de Japanse invasie van Nederlands-Indië, in 1950 dat het zaak was om de militaire en medische taken zoveel mogelijk te scheiden, want dat zou de “janusfiguur” voor een belangrijk deel opheffen.⁷⁷¹ Hij stelde voor de omvang van de MGD te beperken tot het verlenen van eerste hulp en het verzamelen van gewonden. De verdere afvoer en behandeling zou dan worden overgenomen door het in capaciteit versterkte Nederlandse Rode Kruis. Deze organisatie kende volgens hem geen militair belang en moest dat ook nadrukkelijk uitdragen met onder meer witte uniformen. De reserveofficier-arts G.O.M. Dutilh omschreef de tegenstrijdigheid van de militaire geneeskunde in 1953 met gevoel voor drama: “de wereld van de geneeskunst tracht het leven van de mensheid te beschermen, door de dood te bestrijden” terwijl “de militaire wereld tracht het leven van de mensheid te beschermen, door vernietiging van leven, door de dood.”⁷⁷² De pacifistische arts E.E. Meursing ging nog verder.⁷⁷³ Al tijdens het interbellum had hij zich herhaaldelijk uitgesproken tegen de MGD, want volgens hem werd een arts in militaire dienst

⁷⁶⁸ Het citaat van de dominee staat in: C. Inja, *De gewetensbezwaarde tegen de militaire dienst en de geneeskundige troepen* (Middelburg 1953) 6.

⁷⁶⁹ Ibidem, 8.

⁷⁷⁰ Ibidem.

⁷⁷¹ A.J.P. Borstlap, ‘Militair Geneeskundige Dienst en het Rode Kruis’, *Medisch Contact* (28 december 1950) 1021.

⁷⁷² G.O.M. Dutilh, ‘Over de Arts in Militaire Dienst’, *Medisch Contact* 8:2 (8 januari 1953) 22.

⁷⁷³ Zie verder: Leo van Bergen, *Internationaal zijn of niet zijn: dat is de keuze. E.E. Meursing: arts pro en contra “het” Rode Kruis* (Nijmegen 1990).

gebruikt “als instrument in de oorlogsvoorbereiding en in de oorlogsvoering” en stond daarmee “gelijk met den fabrikant van munitie”.⁷⁷⁴ In 1957 opperde hij in *Medisch Contact* om de militair-geneeskundigen als beroepsgroep uit de Koninklijke Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KMG) te weren vanwege hun “inhumane werk”.⁷⁷⁵

De critici konden rekenen op een stevig weerwoord. Reserve-eerste luitenant-arts J.B. Gortemulder noemde het voorstel om legerartsen buiten de KMG te houden “absurd” – de militairen mochten niet op één hoop worden gegooid met “ernstige delinquenten”.⁷⁷⁶ Het tegendeel was waar, vond de legeraalmoezenier kapitein A.Th. Buters, die legerartsen omschreef als “een zeer grote groep medici die enorme diensten bewijzen aan onze samenleving”. In zijn ogen hadden zij het volste recht op beroepsbescherming binnen de KMG. De eerdergenoemde Van der Vegt schreef in 1957 dat de militaire geneeskunde geen enkele rol had bij het veroorzaken van leed. Integendeel, haar taak was het verzachten en voorkomen van het leed bij strijders van beide zijden.⁷⁷⁷ De eveneens al genoemde IGDKL dr. Wilkens vond de tweeslachtigheid van de militaire geneeskunde louter theoretisch. Het ging om de praktijk, ofwel ervoor zorgen dat de zieken en gewonden in oorlogstijd de meest doeltreffende behandeling kregen. En een goed functionerende medische dienst vereiste in zijn ogen nu eenmaal een militaire bevelsstructuur.⁷⁷⁸ In 1957 verklaarde de redactie van *Medisch Contact* de discussie voor gesloten, maar fundamentele verschillen van inzicht bleven bestaan.

Opvallend is hoezeer de Tweede Wereldoorlog fungeerde als toetssteen voor ethisch denken en handelen. Van der Vegt memoreerde: “In de bezettingstijd heeft de artsenstand in Nederland aangetoond hoe goed het mogelijk is om de plichten van de geneeskundige te plaatsen in het kader van de nationale plicht.”⁷⁷⁹ Daarbij diende de medische verantwoordelijkheid altijd voor te gaan, want “een arts die tegen zijn beroepspllicht zondigt is misschien trouw aan zijn meerdere maar niet aan de wetten” en zodoende “op weg naar de galg van Nürnberg!”⁷⁸⁰ Het oorlogsverleden was vermoedelijk ook van invloed op het standpunt van de critici. De doopsgezinde Cor Inja sprak zich niet expliciet uit over de bezetting, maar het staat vast dat hij in de oorlogsjaren samen met zijn vrouw had moeten onderduiken

⁷⁷⁴ L. van Bergen, ‘Preventie boven genezing. Een korte geschiedenis van het medisch vredesstreven’ in: Leo van Bergen, Marianne Begemann, Hans van Iterson, *50 jaar NVMP: een digizine* (z.p. 2021) 10. <https://www.nvmp.org/wp-content/uploads/2019/10/DIGIZINE.pdf>

⁷⁷⁵ E.E. Meursing, ‘Medische ethiek en militaire dienst’, *Medisch Contact* 12:11 (maart 1957) 176.

⁷⁷⁶ J.B. Gortemulder, ‘Medische ethiek en militaire dienst’, *Medisch Contact* 12:16 (april 1957) 276.

⁷⁷⁷ H.M. van der Vegt, ‘Medische ethiek en militaire dienst’, *Medisch Contact* 12:1 (april 1957) 240-241. Dit artikel volgde de strekking van zijn artikel uit 1949, waarin hij betoogde dat de militaire geneeskunde een “beschavende invloed” had.

⁷⁷⁸ J.Th. Wilkens, ‘Militair Geneeskundige Dienst en het Rode Kruis’, *Medisch Contact* 6 (15 februari 1951) 121.

⁷⁷⁹ Van der Vegt, ‘Medische ethiek’, 241.

⁷⁸⁰ Ibidem.

omdat zij Joods was, terwijl de antimilitarist Meursing Joden had helpen onderduiken.⁷⁸¹

Iedereen wilde de vrede handhaven, maar de meningen verschilden over de juiste aanpak. Inja en Meursing bepleitten algemene ontwapening, maar dat streven werd door tegenstanders gezien als naïef omdat zij de intenties van de Sovjet-Unie wantrouwden. Ontwapening zou zelfs kunnen leiden tot diplomatieke chantage of zelfs een Sovjetbezetting, zoals ook in centraal en Oost-Europa gebeurde. Met cynische ondertoon wenste officier-arts Gortemulder “van ganser harte” dat het Meursing “mocht lukken wat tot dusver niemand is gelukt, namelijk het scheppen van een samenleving waarin oorlog en oorlogsdreiging onbekende begrippen zullen zijn en gewapende machten geen enkele reden van bestaan meer zullen hebben”.⁷⁸² De meerderheid van de Nederlanders was voorstander van een weerbare samenleving en het bestaansrecht van de krijgsmacht stond buiten kijf.⁷⁸³ Kortom, het bestaansrecht van de krijgsmacht stond niet ter discussie en de ‘tweeslachtigheid’ van de woordkoppeling militair-geneeskundige werd door weinigen als problematisch gezien.

Triage

Gelijktijdig, maar los van de discussie over het wezen van de militaire geneeskunde, begonnen enkele officieren-arts de medische problematiek van atoomwapens te bestuderen. Sommigen van hen begrepen al in 1946 dat hun taak onder nucleaire omstandigheden bijzonder ingewikkeld was.⁷⁸⁴ Nu liepen gewondenverzorgers altijd al grote risico's, maar het verzamelen van gewonden na een atoomaanval moest plaatsvinden in moeilijk begaanbaar en radioactief besmet gebied, dat mogelijk ook nog onder vijandelijk vuur lag. Voor de reddingsteams was dat een optelsom van grote gevaren. Dit scenario confronteerde de plaatselijke commandanten met morele vragen. Mochten zij reddingsteams bevelen het rampgebied in te gaan, of moest die taak worden overlaten aan groepen vrijwilligers? Was het aanvaardbaar hulpverlenende militairen bloot te stellen aan een stralingsdosis die mogelijk schadelijke gevolgen had op de langere termijn? Het voorschrift *Atoombescherming voor de Officier Geneeskundige Dienst* uit 1953 bood weinig houvast: het stelde een veilige dosis vast, die in bepaalde gevallen voor korte duur mocht worden verhoogd als “een beoogd doel per sé bereikt moet worden”. Wat de criteria voor verhoging van de dosis waren, liet het voorschrift over aan de

⁷⁸¹ Meursing zweeg over zijn hulp aan joodse onderduikers, zie: http://stolpersteine-dordrecht.nl/het_voorbije_joodse_dordrecht_eppo_meursing.html

⁷⁸² Gortemulder, ‘Medische ethiek’, 276.

⁷⁸³ Van der Boom, ‘Oorlogsangst’, 7-33.

⁷⁸⁴ D. den Hoed, ‘Biologische aspecten van de werking der atoombom’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTG) 90-1 3/4 (Januari 1946). In 1946 maakte de chef van de geneeskundige dienst van de US Navy het eerste medische rapport naar aanleiding van Hiroshima en Nagasaki openbaar., zie ook: J.J. van Loghem, ‘De Atoombom’, *NTG* 90-19 (11 mei 1946) 417.

commandant ter plaatse, maar het waarschuwde er wel voor dat deze verhoging slechts eenmalig kon worden toegelaten omdat het risico op stralingsziekte anders te groot werd.⁷⁸⁵

Behalve de problemen bij de redding van de gewonden uit het rampgebied, zou de plotselinge toestroom van buitengewoon veel gewonden de geneeskundige hulpverlening op alle niveaus onder hoge druk zetten. Op de hulpposten, verzamelen verbandplaatsen was snelheid van handelen essentieel om opstoppingen te voorkomen. Maar het was allesbehalve eenvoudig om de patiënten zo spoedig mogelijk naar hospitalen in het achtergebied te transporteren. Zoals in hoofdstuk 2 al aan de orde is geweest, vormden beperkte transportmogelijkheden, moeilijk begaanbaar terrein en grote afstanden extra belemmeringen binnen het proces van de geneeskundige afvoer. Hoewel men in principe alle gewonden zo goed mogelijk wilde behandelen, moest er vanwege de beperkte transportmogelijkheden bij voorbaat een keuze worden gemaakt wie er wel en niet in aanmerking kwam voor evacuatie, én in welke volgorde.⁷⁸⁶ In de praktijk betekende triage dat artsen op de bataljonshulpposten een onderscheid moesten maken tussen de lichtgewonden, die na beperkte hulp van de arts konden terugkeren naar hun eenheid, de ernstigere gevallen, alsook de hopeloze gevallen. De laatste groep mocht geen beslag leggen op de beperkte transportcapaciteit. De ernstige gevallen met een reële overlevingskans kwamen zodoende als eerste in aanmerking om te evacueren.

Tijdens het gewondentransport waren er nauwelijks behandel-mogelijkheden.⁷⁸⁷ Ervan uitgaande dat de gewonde levend aankwam op de plaats waar de ernstige gevallen konden worden behandeld, dan volgde opnieuw een inschatting van zijn medische toestand. De meest ervaren chirurg keek daarbij naar de vereiste medische ingrepen die ter plaatse konden worden verricht. De urgentie bepaalde in welke volgorde de binnengekomen patiënten onder het mes kwamen. Volgens het beproefde systeem, dat door het Britse leger tijdens de Tweede Wereldoorlog was gehanteerd en was vernoemd naar de legerarts Ogilvie, kregen de patiënten met het grootste levensgevaar voorrang (Tabel 8). Minder acuut, maar wel spoedeisend, waren de patiënten die een verhoogd risico hadden op infectie. De derde categorie traumaverwondingen betrof lichaamsdelen met een goede doorbloeding, waardoor de operatie tot 72 uur kon worden uitgesteld. De laatste categorie patiënten vereiste wel chirurgische behandeling, maar die kon zonder gevaar langer worden uitgesteld.⁷⁸⁸ Dit systeem moest de overlevingskansen van zoveel mogelijk patiënten bevorderen.

⁷⁸⁵ VS 3310. *Handleiding atoombescherming*, 93.

⁷⁸⁶ Bernd Domres, Michael Koch, Andreas Manger and Horst D. Becker, 'Ethics and Triage', *Prehospital and Disaster Medicine* 16:1 (2001) 53-58.

⁷⁸⁷ H. Stigter en M. B. Bloch, 'Helikopters, Militair Geneeskundige Dienst en.... taktiek', *Militaire Spectator* 126:4 (1957) 177.

⁷⁸⁸ Deze classificatie was vastgelegd in W.H. Ogilvie, *Forward surgery in modern war* (Londen 1944) en in 1950 overgenomen door J.K.W. Neuberger in het door hem samengestelde *Voorschrift nr. 8-107: Frontchirurgie*

Tabel 8: Triage.

Urgentie I	Slagaderlijke bloedingen, afgerukte of verbrijzelde ledematen, asfyxie (zuurstofnood), buik-, bekken en urogenitaalverwondingen, thoraco-abdominale letsels, (dreigend) gasgangreen, tweede en derdegraads verbandingen van meer dan 20 procent lichaamsoppervlak, ernstige oogverwondingen, ernstige handverwondingen
Urgentie II	Schotfracturen, gewrichtsverwondingen, grote spierwonden, niet-levensbedreigende thoraxverwondingen, overige derdegraads verbrandingen, tweedegraads verbrandingen tussen 10 en 20 procent
Urgentie III	Schedelverwondingen zonder hersenletsel, wervelverwondingen, gelaats- en halsverwondingen, niet-perforerende oogverwondingen
Urgentie IV	Oppervlakkige verwondingen, gesloten fracturen kleine botten, tweedegraads verbrandingen, luxaties (ontwrichtingen)

Het beproefde systeem van Ogilvie was onder nucleaire omstandigheden echter onhoudbaar, omdat een atoomaanval niet alleen buitengewoon veel, maar ook een ander soort verwondingen te zien gaf. In 1951 wezen deskundigen al op het grote aantal stralingszieken en verbrandingsgevallen na een atoomexplosie, van wie velen er slecht aan toe zouden zijn. Ook kon men patiënten verwachten met *combined injuries*, dat wil zeggen letsel ten gevolge van straling, hitte, *blast* en/of (conventionele) projectielen. Dit schrikbeeld noopte enkele officieren erop te wijzen dat de artsen zich in eerste instantie moesten concentreren op de patiënten met de beste kansen op herstel.⁷⁸⁹ Daartoe hadden zij een nieuw pre-triagesysteem opgesteld, waarbij de officier-arts op de verbandplaats een onderscheid moest maken in (1) conventionele gewonden; (2) conventionele gewonden gecompliceerd door stralingsziekte; (3) zuiver stralingszieken, waarbij men aannam dat wie had blootgestaan aan minder dan 100 röntgen “praktisch niet ziek” werd, en dus niet naar het achtergelegen gebied mocht worden getransporteerd; (4) gevallen van verbranding, waarbij de aard en uitgebreidheid van de verbranding bepalend waren voor de urgentie van behandeling en/of afvoer; (5) Gevallen met gecombineerd letsel, zoals verbranding en verwonding naast elkaar, eveneens zo mogelijk weer onder te verdelen in een groep ongecompliceerd en een groep gecompliceerd door stralingsziekte.

(eerste druk 1952). Geraadpleegd is *Voorschrift nr. 8-107: Frontchirurgie* (derde druk; 1957) 12-13. Deze classificatie werd in 1959 door een NAVO-standaard vervangen.

⁷⁸⁹ Goldbach en Van Nouhuys, 'Geneeskundige aspecten', 92.

Het valt zeer te betwijfelen of officieren-arts geloofden dat dit ingewikkelde schema in de praktijk effectief kon worden toegepast door jonge en onervaren eerste-luitenant-artsen, die bovendien geen diepgaande kennis hadden van de effecten van nucleaire wapens. Om duidelijkheid te verschaffen introduceerde de NAVO in 1958 een vereenvoudigd systeem van triage, waarbij men in rampomstandigheden uitging van vier urgentieklassen: *T1 (immediate treatment)*, ofwel patiënten met levensbedreigende verwondingen die met beperkte medische ingrepen een goede overlevingskans hebben; binnen de categorie *T2 (delayed treatment)* vallen ernstig gewonde personen wier behandeling tot zes uur kan worden uitgesteld; *T3 (minimal treatment)*, de lichtgewonden, die door leken kunnen worden behandeld. In groep *T4 expectant treatment* vallen de slachtoffers die noodgedwongen terzijde moesten worden gelegd. Het ging om stervenden of slachtoffers van wie de overlevingskans zelfs in gunstige omstandigheden klein werd geacht, bijvoorbeeld omdat de ademhaling of bloedcirculatie niet op gang gebracht konden worden, bloedingen niet gestopt konden worden of shock niet bestreden kon worden. Kortom, dit schema dwong medici hun aandacht te richten op de eerste twee categorieën en bleef op hoofdlijnen tot het einde van de Koude Oorlog van kracht.⁷⁹⁰

Radioactief besmette patiënten waren echter nauwelijks volgens het bovenstaande schema te sorteren omdat hun letsel zich niet onmiddellijk openbaarde. Als oplossing werd daarom voorgesteld dat de triage-arts kon beschikken over een dosimeter, waarna de gewonden konden worden ondergebracht in een 'schoon' of 'besmet' gedeelte van een verbandplaats of doorvoerhospitaal. Dat zou de verdere behandeling vereenvoudigen, zo werd verondersteld. Veel medische hulp hoefden de radioactief besmette patiënten overigens niet te verwachten. Zoals eerder beschreven was de enige bekende therapie van stralingsziekte uitermate tijdrovend en vergde bovendien dure en schaarse middelen zoals bloed, bloedplasma, antibiotica en speciale diëten. Hierdoor kon deze behandeling alleen worden gegeven aan de slachtoffers die er nog bij gebaat waren en niet aan hen die een vermoedelijk dodelijke dosis straling hadden ondergaan (en zelfs dan was het nog de vraag of zulke hulpverlening überhaupt kon worden opgebracht onder nucleaire omstandigheden). Ook de stralingszieken die verder geen verwondingen hadden, kregen een lage prioriteit van behandeling. Zij mochten de werkzaamheden op de verbandplaats niet belemmeren.⁷⁹¹ Veel stralingszieken waren impliciet ten dode opgeschreven.

⁷⁹⁰ Dit schema stond bekend onder de naam STANAG (*standard agreement*) 2879, dat in aangepaste vorm nog steeds bestaat. De eerste versie stond afgedrukt in: *Emergency War Surgery: U.S. Armed Forces Issue of NATO Handbook Prepared for Use by the Medical Services of NATO Nations* (Washington, DC 1958). Zie ook: Jennifer Leaning, 'Burn and Blast Casualties: Triage in Nuclear War' in: Frederic Solomon en Robert Q. Marston eds., *The Medical Implications of Nuclear War* (Washington, DC 1986) 251-283.

⁷⁹¹ Goldbach en Van Nouhuys, 'Geneeskundige aspecten', 92.

Het macabere vooruitzicht van een atoomoorlog betekende een forse stap terug voor de militair-geneeskundige professie. Tot dan toe was het de betrokkenen in elke (conventionele) oorlog steeds weer gelukt om het aantal sterfgevallen onder de gewonden te reduceren. Nu diende men rekening te houden met een groot aantal "hopeloze gevallen", wier lijden men alleen kon proberen te verzachten, zo schreef de officier van gezondheid Ephraïm in 1951.⁷⁹² Duidelijk was dat medische interventie zinloos was en de dood onherroepelijk zou optreden. Sedatie was het enige dat restte. Daarbij drong zich de vraag op welke stervensbegeleiding er mogelijk was en wie daarvoor verantwoordelijk was, de medicus of de geestelijk verzorger. Tijdens een internationaal militair-geneeskundig congres in 1955 had een van de sprekers de moed om zulke ongemakkelijke vragen op te werpen:

"The question of euthanasia seems really a precarious one – this is a problem indeed in which the opinions of the doctors of the various countries will differ according to religion, tradition, and national character! Should it be forbidden to ease the pains of a dying man by a morphium-injection, if this injection might abbreviate his life by a couple of minutes? Should a medical officer, isolated on the battlefield and knowing that it will be impossible to evacuate his patients timely for life-saving operation, be forbidden to use "methods which from a point of view of compassion, have the effect of provoking a painless and quiet death"?"⁷⁹³

Hij liet de beantwoording van de vraag over aan de individuele officier-arts, die zich naast zijn verantwoordelijkheid als dokter moest laten leiden door zijn begrip van de situatie en het medeleven met zijn kameraden. "The mission of the doctor – thank God – is not only to diagnose and treat diseases, but also to ease pains. He needs knowledge and humanitarian feelings."⁷⁹⁴

Triage onder nucleaire omstandigheden vroeg de arts nog meer emotionele afstand te nemen tot zijn patiënten. Zijn medische expertise haalde in veel gevallen immers weinig uit, de mortaliteit onder gewonden was naar verwachting bijzonder hoog. Het triageschema in een atoomoorlog dwong artsen – nog meer dan in een conventionele oorlog – tot rigoureuze, of beter gezegd, onbarmhartige keuzes. Zwaargewonden moesten, ten gunste van patiënten met een grotere overlevingskans, te sterven worden gelegd, zo mogelijk met pijnstillende middelen. In een werkelijk nucleair scenario zou die gedwongen hardheid en machteloosheid bij artsen zonder twijfel hebben geleid tot verbittering, gevoelloosheid, totale apathie

⁷⁹² NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 245. A.B.C. Commissie, Subcommissie 1, confidentieel no. 7. Persoonlijke dosimeters. Sleen 14-3-1951, aldaar pagina 3.

⁷⁹³ NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 431. Verslag van congres Comité International de Médecine et de Pharmacie Militaires. Gehouden in Istanbul, september 1955.

⁷⁹⁴ Ibidem..

of een zenuwzinking. Liet de morele dimensie van een atoomoorlog nog wel ruimte voor “humanitarian feelings”?

Een discussie binnenskamers

De medisch-ethische vragen naar aanleiding van triage en euthanasie vroegen zeker om een reactie, maar terwijl er bijvoorbeeld in de Verenigde Staten al artikelen over dit onderwerp waren verschenen,⁷⁹⁵ bleef het in de Nederlandse militaire maar ook medische vakbladen stil rond dit thema.⁷⁹⁶ In 1952 schreef Van der Vegt dat geneeskundige tijdschriften en verenigingen een ontstellend gebrek aan belangstelling toonden voor de medisch-ethische problemen die zich konden voordoen in een atomaire, biologische en chemische oorlog.⁷⁹⁷ Zijn alarmering had weinig resultaat en dat is op zich niet erg verrassend. Historici hebben al eerder gesignaleerd dat er binnen de krijgsmacht weinig aandacht was voor de humanitaire overwegingen op het gebied van de inzet van kernwapens.⁷⁹⁸ Een gangbare verklaring hiervoor is dat militairen dat onderwerp beschouwden als een politiek vraagstuk, waarop zij geen invloed hadden. Volgens die redenering waren militairen slechts uitvoerders van democratische besluiten. Het gebrek aan discussie over de medisch-ethische gevolgen van de vijandelijke inzet van kernwapens vraagt echter om andere, of in elk geval aanvullende, verklaringen. De kwesties van triage en hulpverlening na een atoomaanval wierpen immers vragen op die specifiek binnen het medisch domein vielen.

Een algemene verklaring voor het ontbreken van openbare discussie, is dat de medische omgangscode met zieken en stervenden in Nederland in de jaren vijftig nog afstandelijk en formeel was.⁷⁹⁹ In die periode, en ook nog daarna, bleven onderwerpen als euthanasie en palliatieve sedatie gevoelig en onbesproken. De discussie daarover kwam voor het eerst los vanaf 1969, naar aanleiding van het boek *Medische macht en medische ethiek* van de zenuwarts J.H. van den Berg. Het boek verscheen niet toevallig in een periode waarin de plaats van de arts in de maatschappij steeds meer aandacht kreeg.⁸⁰⁰

⁷⁹⁵ C.M. Mayer, ‘The Hippocratic Oath, the Pledge of Geneva, and ABC warfare’, *The military surgeon: journal of the Association of Military Surgeons of the United States* 111-5 (mei 1952) 369-370.

⁷⁹⁶ Zelfs in het vaak kritische *Medisch Contact* bestond in de jaren vijftig en zestig nog niet echt een discussie over dit thema.

⁷⁹⁷ H.M. van der Vegt, ‘Hoofdstuk V: Militair Geneeskundige Dienst’ in: *Wetenschappelijk Jaarbericht 1952*, 34^e jaargang (1953) 303.

⁷⁹⁸ Janssen, ‘De geloofwaardigheid’, 206-224; P.B.R. de Geus, *Staatsbelang en krijgsmacht: de Nederlandse defensie tijdens de Koude Oorlog* (Den Haag 1998) 103; Starink, ‘De nuclearisering’, 96-98; Hellema, *Nederland in de wereld*, 194-195.

⁷⁹⁹ Cas Wouters, ‘Euthanasie in historisch-sociologisch perspectief’ in: Caspar Govaart en Jan Rolies, *Solidariteit met stervenden. Euthanasie: vragen bij een ‘geregelde’ kwestie* (Baarn 1993) 73. Zie ook: H.A.M.J. ten Have, ‘Honderd jaar Gezondheidsraad. V. Ethisch-maatschappelijke vraagstukken’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 146:41 (12 oktober 2002) 1947-1951.

⁸⁰⁰ J.H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek* (Nijkerk 1969).

Een meer specifieke reden voor het gebrek aan ethische debatten over de medische aspecten van kernwapens, is dat het onderwerp slechts werd bestudeerd door een klein gezelschap van hoofdzakelijk beroepsofficieren-arts. Zij kenden de problematiek die voortvloeide uit triage, maar waren minder geneigd om twijfel te zaaien over de opdracht van de MGD en de uitvoerbaarheid daarvan. Tijdens een internationaal congres van militair-geneeskundigen, waren de aanwezigen het erover eens dat de arts de taak had “om in alle omstandigheden hulp te verlenen, deze te organiseren en de nodige studie daartoe te maken”.⁸⁰¹ Verder vonden de meeste beroepsofficieren-arts het bezwaarlijk zich openlijk uit te spreken tegen kernwapens, mochten zij die behoefte al ervaren. Deze wapens vormden namelijk een essentieel onderdeel van de door de NAVO gevoerde afschrikkingsstrategie. Veel beroepsmilitairen vertrouwden op die strategie.⁸⁰² En mocht het onverhoopt toch komen tot een oorlog, dan zou de nucleaire drempel wellicht niet snel worden overschreden. Kapitein J. de Lange, een officier die veel artikelen schreef in *Polsslag* en wel “de beste militair van de Geneeskundige troepen” is genoemd,⁸⁰³ vertrouwde erop “dat bij een eventueel conflict tussen nucleaire machten de politieke autoriteiten het gebruik van kernwapens zullen weten te voorkomen.”⁸⁰⁴ Geen weldenkend leider zou een nucleair armageddon willen riskeren.

Voor de jonge dienstplichtige officieren-arts, die een groot deel van de functies binnen de MGD vervulden, was de kernwapenproblematiek tamelijk abstract. Het zal ook niemand verbazen dat een student geneeskunde of een pas afgestudeerd arts meer in beslag werd genomen door zijn dagelijkse werkzaamheden en verdere carrièremogelijkheden dan door lastige vragen over de werking van ioniserende straling op het organisme, of de medisch-ethische consequenties van triage. Het gehanteerde lesmateriaal werkte ook weinig stimulerend. Tijdens het vak ABC-oorlogvoering aan de School Geneeskundige Dienst kregen de cursisten weliswaar elementaire informatie over kernwapens, maar zoals in eerdere hoofdstukken al naar voren kwam, was er amper gelegenheid voor verdieping in dit complexe onderwerp. Aanvullende documentatie bleef vaak oppervlakkig of ontoegankelijk, waardoor de gemiddelde arts zich geen goed beeld kon vormen van de problematiek. De officier-arts F.H.A. Kothe lichtte dat in 1956 toe:

“Noch populaire krantenartikelen, noch wetenschappelijke overzichtsreferaten geven de leek voldoende denkbeeld van de omvang van de wetenschappelijke kennis en arbeid, nodig om de gevaren te onderkennen, en om de geneeskundige hulpverlening te organiseren en te commanderen. Het

⁸⁰¹ H.M. van der Vegt, ‘Hoofdstuk V: Militair Geneeskundige Dienst’ in: *Wetenschappelijk Jaarbericht 1952*, 34^e jaargang (1953) 301.

⁸⁰² De Geus, *Staatsbelang*, 103.

⁸⁰³ Van Bergen, *George Robert Nypels*, 98.

⁸⁰⁴ J. de Lange, ‘Arts en oorlog. De militaire geneeskunde heeft geen toekomst meer (??)’, *Polsslag* 7:5 (september 1973) 15.

bijzondere belang der geneeskundigen ligt in hun terugslag op het moreel van man en troep. Dit weegt nu nog te zwaarder, omdat in de atoomoorlog de officier-arts helaas voor de ontzaggelijke verplichting staat om als het ware over leven en dood te beslissen, teneinde voorlopig hen te redden, die redelijkerwijze nog te redden vallen.”⁸⁰⁵

De schrijver leek hier te vergeten dat de arts in conventionele oorlogen evengoed voor dilemma's met betrekking tot het lot van zijn patiënten kon komen te staan. Niettemin had Kothe gelijk als hij bedoelde dat de beschikbare medische aandacht en capaciteit in een atoomoorlog over meer patiënten moesten worden verdeeld, met als gevolg dat een groter aantal van hen van adequate medische hulp verstoken zou blijven. Het belang van triage was daarmee groter dan ooit.

Het onderwerp kwam tijdens de opleiding uiteraard ter sprake. Daarbij hanteerden de experts een vrij zakelijk en eufemistisch taalgebruik, dat niet uitnodigde tot bezinning. Op zich was dat niet nieuw. In de militaire vakliteratuur ging het steevast over de vijand 'uitschakelen' of 'neutraliseren'. Als het ging over atoomwapens, dan werd bijvoorbeeld gesproken van 'buitengewone omstandigheden' en een 'beperkte' kernoorlog. Het NBC-vademecum uit 1967 stelde dat 200 rad gold als maximaal toelaatbare stralingsdosis - alles daarboven stelde een militair "buiten gevecht".⁸⁰⁶ Dit taalgebruik maakte het mogelijk om op onpersoonlijke, abstracte, afstandelijke wijze te praten en te schrijven over een hoogst onheilspellend onderwerp. De achterliggende reden was evident. Het stellen van gewetensvragen zaaide alleen maar twijfel die slecht was voor het moreel van de troep.

Om een paniekstemming te voorkomen, werden de effecten van atoomwapens op geruststellende toon beschreven of zelfs gebagatelliseerd, dat is al uit hoofdstuk 2 gebleken. In een artikel in de *Militaire Spectator* stond te lezen dat er voor stralingszieken "in het algemeen" geen eerste hulp aan het front (EHAF) gegeven "behoefde (...) te worden". Zij moesten slechts worden afgevoerd naar een geneeskundige eenheid. Verder waren er volgens de schrijvers in de eerste uren geen stralingszieken te verwachten.⁸⁰⁷ Daarmee bedoelden ze eigenlijk te zeggen dat de hulpposten niet onmiddellijk zouden worden overspoeld door bestraalde slachtoffers omdat hun klachten zich pas na enige tijd zouden openbaren.

De nietsvermoedende lezer kan uit het artikel opmaken dat het stralingsletsel niet zo ernstig was, zeker in vergelijking met traumatische conventionele oorlogsverwondingen. Inderdaad was het zo dat het ziektebeeld van de bestraalde patiënt zich geleidelijk ontwikkelde, waardoor de effecten van bestraling kort na de

⁸⁰⁵ F.H.A. Kothe, 'Opbouw van een geneeskundige dienst', *Militaire Spectator* 125:11 (1956) 503.

⁸⁰⁶ 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.

⁸⁰⁷ Goldbach en Van Nouhuys, 'Geneeskundige aspecten', 89.

explosie minder goed merkbaar waren. Bovendien waren de langetermijngevolgen van straling nog onbekend. Desalniettemin was al begin jaren vijftig bekend dat artsen, laat staan gewondenverzorgers, niet veel konden doen voor stralingszieken. Opvallend is dat juist die belangrijke conclusie achterwege bleef. Dit kan het beste worden verklaard doordat de legerleiding het moreel niet wilde ondermijnen met dit sombere vooruitzicht. Individuele auteurs waren hier ook van doordrongen en brachten hun opinies versluierd onder woorden.

Het effect van zulke 'geruststellende' informatie op militair-geneeskundigen is moeilijk te achterhalen. Over het algemeen lieten weinig militairen zich kritisch uit, later komt dit nog uitgebreid aan de orde. Aan de andere kant staat wel vast dat burgers zich tijdens de Koude Oorlog niet zo eenvoudig een geruststellend praatje op de mouw lieten spelden. Uit landelijk bevolkingsonderzoek uit de jaren vijftig en zestig bleek dat voorlichting over de civiele verdediging en het overleven van een kernaanval veel scepsis ontmoette onder de bevolking.⁸⁰⁸ Een enquête van het Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie (NIPPO) uit 1961 schetst een beeld van de meningen over het voorlichtingsmateriaal van de Bescherming Bevolking (BB) in het geval van een atoomaanval. Ongeveer 29 procent van de ondervraagden vond het materiaal waardevol of zelfs zeer nuttig. Maar een groter deel van de respondenten (38 procent) zei het materiaal onzinnig te vinden, vooral omdat er tegen de atoombom toch niets te doen was; omdat de adviezen onuitvoerbaar waren; omdat er onvoldoende schuilgelegenheid was of omdat de adviezen niet concreet genoeg waren. Dan was er ook nog een grote groep burgers die gelaten reageerde: 14 procent antwoordde het materiaal alleen even te hebben ingekeken of helemaal niet gelezen te hebben; 9 procent beschouwde de informatie als bangmakerij; 4 procent zei over het onderwerp geen mening te hebben; 2 procent vond het allemaal wat voorbarig.⁸⁰⁹

Lang niet iedereen leek angstig voor een nieuwe oorlog. Aan het begin van de jaren zestig waren de grote steden in Nederland weliswaar het toneel van diverse demonstraties tegen kernwapens, maar hoe representatief was die groep? *De Telegraaf* stelde in november 1962 (vlak na de Cubacrisis) de vraag of de jeugd bang was voor oorlog. De antwoorden liepen behoorlijk uiteen. Een lezer uit Amsterdam constateerde onder velen een "algemeen fatalisme" en een "uitzichtloze berusting" ten aanzien van de Koude Oorlog. Een Rotterdammer schreef: "Ik ben 33 jaar en ik weet wat oorlog is. Laat de jeugd maar passief blijven en maak er geen zenuwpatiënten van, die altijd in angst zijn." Een tiener hoopte juist op meer betrokkenheid van zijn leeftijdgenoten: "Al hebben wij geen voorstellingsvermogen van de verschrikkingen van de oorlog, wij moeten toch interesse hebben in de

⁸⁰⁸ Valkenburgh, *Mensen*, 231.

⁸⁰⁹ 'BB-folders wekten gemengde gevoelens', *Parool* 20 oktober 1961.

toekomst en niet alles langs ons heen laten gaan. Ik hoop natuurlijk dat de optimisten gelijk krijgen en dat ons een derde wereldoorlog bespaard zal blijven.”⁸¹⁰

Kijken we naar de houding van artsen, dan ontstaat een even diffuus beeld. Van een kleine groep artsen is bekend dat zij op de hoogte waren van de gevolgen van een kernaanval en daarover een discussie wilden voeren. De eerdergenoemde leraar oorlogschirurgie dr. Brummelkamp en de ex-leraar oorlogschirurgie J.K.W. Neuberger waarschuwden in 1964: “Op grond van onze huidige technische kennis en op grond van hetgeen wij weten van de wijze waarop de mens zich in het verleden heeft gedragen, moeten wij, voorlopig althans, concluderen tot de onontkoombaarheid van een nucleaire oorlog, misschien lokaal misschien totaal.” Volgens hen was het niet aangenaam aan deze mogelijkheid te denken, maar het moest wel.⁸¹¹ Beide heren probeerden hier mogelijk een discussie aan te zwengelen, maar dit had dan weinig effect. Zoals in het eerste hoofdstuk al is besproken, werd de mogelijkheid van een kernoorlog door auteurs in militaire vakbladen steeds meer vermeden.

Het is niet eenvoudig om die zwijzaamheid te verklaren. Onderschatten zij de medische gevolgen van een oorlog waarin kernwapens werden gebruikt? Of vonden zij de vreselijke medische gevolgen een puur theoretische of politieke aangelegenheid? Zwegen zij uit desinteresse, een verlamdend gevoel van onmacht, of hadden zij vertrouwen in de goede afloop? De antwoorden op deze en andere vragen lagen uiteraard bij de individuele artsen. Slechts enkelen waagden zich aan een algemene observatie over de eigen beroepsgroep. Een Britse arts constateerde in 1958 bij zijn collega's een algemene houding van gelatenheid over een atoomaanval: “Men denkt: ‘dat kan ons nooit gebeuren’, of ‘gebeurt het toch, dan is er niets meer aan te doen’.”⁸¹² Luitenant-kolonel R.J.W. Heslinga, die werkzaam was bij de Generale Staf en tevens doceerde aan de hogere krijgsschool, schreef in 1964 dat er een onbestemd gevoel heerste ten aanzien van kernwapens. Het was een gemoedstoestand die grensde aan bezorgdheid, maar tegelijkertijd ontbrak het “aan ook maar enige emotie bij de discussies over dit onderwerp, de sportresultaten van het laatste weekeinde daarentegen verwekken aanzienlijk meer opwinding!”⁸¹³

Een verklaring voor de weinig uitgesproken houding van officieren, is dat in elk geval sommigen begrepen dat de geloofwaardigheid van de krijgsmacht op het spel stond. Twijfel aan de geneeskundige taak onder nucleaire omstandigheden kon een aanzet geven tot een complete afwijzing van kernwapens. De politieke en militair-strategische gevolgen daarvan waren ongunstig omdat deze houding afbreuk deed aan de kracht van de afschrikingsstrategie. Dat was gevaarlijk want

⁸¹⁰ ‘Brieven aan Brigitte, *De telegraaf* 16 november 1962.

⁸¹¹ R. Brummelkamp en J.K.W. Neuberger, ‘Oorlogschirurgie, voorheen, thans en later’, *Militaire Spectator* 133:11 (1964) 512.

⁸¹² Ch.W.F. Winckel, ‘Arts en samenleving’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 102 (18 oktober 1958) 2062.

⁸¹³ R.J.W. Heslinga, ‘Problematiek van kernwapeninzet’, *Militaire Spectator* 133:5 (1964) 204.

dit kon een oorlog dichterbij brengen. Wilde men de vrede handhaven, zo geloofden veel officieren (en trouwens ook een meerderheid van de bevolking), dan moest men onverdeeld vertrouwen hechten aan de NAVO. Een reservekapitein verwoordde dit streven naar eenheid van denken al in 1952: “Slechts in volkomen loyale houding en in gelijk gestemde emoties [...] kan een toekomstige oorlog gewonnen worden, of nog meer een oorlog voorkomen worden.”⁸¹⁴ Ook later klonken dergelijke geluiden binnen de krijgsmacht, ook ten aanzien van kernwapens. Steeds meer realiseerden militairen zich dat hun taak was gelegen in het voorkomen van oorlog door het uitstralen van kracht en cohesie. Toen er in 1983 sprake was van de mogelijke plaatsing van nucleaire kruisvluchtwapens op Vliegbasis Woensdrecht, vatte een luchtmachtwoordvoerder de veel gedeelde opvatting onder het basispersoneel samen: “Niemand houdt van kruisraketten, ook militairen niet. [Maar] als die kruisraketten er komen, dan is dat om de vrede.”⁸¹⁵

Omdat het niet de bedoeling van de krijgsmacht was een discussie aan te zwengelen over de ethiek van kernwapens, was de voorlichting over de medische gevolgen van een kernoorlog beperkt. Dit gebrek aan voorlichting had echter ook een keerzijde. Afgezien van enkele deskundigen, wisten de meeste officieren-artsen niet goed wat er onder nucleaire omstandigheden van hen werd verwacht. Zoals in hoofdstuk 1 besproken, mislukte de poging van de kapitein-arts (en later hoogleraar Humane Genetica) H. Galjaard en enkele collega's om een voorlichtingsfilm over dit onderwerp te maken. Zo bleef de MGD aangewezen op dienstvoorschriften.

Tussen hoop en verontrusting

Hoewel de meeste (officier-)artsen in de jaren vijftig en zestig amper geneigd waren tot een medisch-ethische overdenking van de kernwapenproblematiek, was er een kleine groep civiele artsen die zich hierover wel zeer ongerust maakte. In navolging van een aantal prominente natuurwetenschappers, die hun bezorgdheid over kernwapens deelden in de zogeheten *Pugwash*-conferenties,⁸¹⁶ spoorden de verontruste artsen hun collega's aan om duidelijker stelling te nemen tegen kernwapens, het liefst door lid te worden van de in 1961 opgerichte *Physicians for Social Responsibility* (PSR). Door voorlichting en politieke lobby beoogde dit artsencollectief een kernoorlog te voorkomen, maar een groot draagvlak had het niet. Vaak is gesuggereerd, ook in Nederland, dat artsen een weinig politiek bewustzijn hadden en dat zij 'gevangen' zaten in de uitoefening van hun beroep.⁸¹⁷ Vanouds klonk geregeld kritiek op medisch activisme, onder meer van vakgenoten.⁸¹⁸ Het gangbare

⁸¹⁴ J.M.M. Hornix, 'Het belang van een goed moreel', *Militaire Spectator* 121:5 (1952) 303.

⁸¹⁵ 'Dit is Lourdes niet, dat ligt in Den Haag', *Brabants Nieuwsblad* 18 februari 1984.

⁸¹⁶ Zia Mian, 'Out of the nuclear shadow: Scientists and the struggle against the bomb', *Bulletin of the Atomic Scientists* 71-1 (2015) 59-69.

⁸¹⁷ Han van Geerten, *Een boekje open over de artsen* (Leiden 1971) 129.

⁸¹⁸ Michael McCally, 'Medical Activism and Environmental Health', *The Annals of the American Academy* 584 (november 2002) 148

argument is dat het discussiëren over controversiële politieke en sociale vraagstukken bepaalde kennis vereist die buiten het geneeskundig domein ligt. Wanneer de arts zich op 'vreemd' terrein uitspreekt, dan geldt hij of zij niet als deskundige, maar als een persoon met een mening. Dit kan op den duur de maatschappelijke perceptie van de arts als medische autoriteit in gevaar brengen. Ook is wel geargumenteed dat een politieke lobby de onpartijdige status (*impartiality* ten opzichte van de patiënt) en geloofwaardigheid van de arts kon aantasten.⁸¹⁹

In elk geval kwam in Nederland voorlopig geen tegenhanger van de Amerikaanse PSR van de grond. Daarbij speelden mogelijk ook internationale ontwikkelingen een rol. Met de goede afloop van de Cubacrisis, de toenadering tussen Oost en West en het daaruit voortkomende kernstopverdrag in 1963 (*Test Ban Treaty*) was de druk wat van de ketel. Ook hadden de kerken zich duidelijker uitgesproken tegen de atoombewapening. De jurist, socioloog en polemoloog P.Ph. Everts suggereerde dat het geïnteresseerde publiek door dit alles wellicht het gevoel kreeg dat er wel genoeg gebeurde om een atoombom te voorkomen.⁸²⁰ In elk geval nam de maatschappelijke bereidheid tot het voeren van actie tegen de kernwapens in de loop van de jaren zestig zienderogen af. Demonstraties van de anti-kernwapenbeweging 'Ban-de-bom', die in 1961 en 1962 nog veel publieke aandacht genereerden, gingen in de navolgende jaren als een nachtkars uit.⁸²¹ Degenen die zich eerder hadden beziggehouden met de kernwapenproblematiek, verlegden hun aandacht meer naar het bredere vraagstuk van oorlog en vrede, maar ook daarin werd de stem van medici nog onvoldoende gehoord, zo verzuchtte de Groningse volkenrechtkundige en polemoloog B.V.A. Röling in 1965.⁸²²

De tweede helft van de jaren zestig zagen de eerste aanzetten tot verandering. Die periode stond in het teken van snelle sociaal-culturele veranderingen, onder meer het ontstaan van een kritischer houding jegens autoriteiten, het doorbreken van taboes en het bespreekbaar maken van heilige huisjes. Tegen die achtergrond, en in samenhang met de opkomst van de medische sociologie, toonden artsen steeds meer bereidheid om hun eigen positie in de maatschappij onder de loep te nemen. In dat veranderingsproces bleken zij steeds meer geneigd tot open discussie, ook als dat ten koste ging van de eenheid binnen hun professie. Dit leidde uiteindelijk tot een cultuuromslag: "open communicatie" zou in de jaren zeventig een belangrijk medisch streven worden, zowel in de verhouding van de artsen tot hun individuele patiënten als tot de samenleving in

⁸¹⁹ Ibidem.

⁸²⁰ Ph.P. Everts, 'Het maatschappelijk verzet tegen de kernbewapening: 'Ban de Bom'' in: B. Schoenmaker en J.A.M.M. Janssen ed., *In de schaduw van de muur. Maatschappij en krijgsmacht rond 1960* (Den Haag 1997) 100-115.

⁸²¹ Everts, 'Het maatschappelijk verzet', 114.

⁸²² B.V.A. Röling, 'Arts en oorlogsprobleem', *Soteria. Orgaan van de Protestants-Christelijke Artsen Organisatie in Nederland* (december 1965) 1-4.

haar geheel.⁸²³ In samenhang met deze ontwikkeling werd de zwijgzaamheid van de Nederlandse artsen over de medisch-ethische aspecten van 'het oorlogsvraagstuk' doorbroken.

Een directe aanleiding voor de inmenging van medici in het debat vormde de brandende kwestie van de Vietnamoorlog. Met name linksgeoriënteerd Nederland vond de Amerikaanse interventie in dat land onrechtvaardig of ronduit misdadig. Uit mediaberichten bleek voorts dat legerartsen daar worstelden met medisch-ethische vraagstukken, mede gelet op de zware gewelddiddelen die de Amerikanen in de strijd wierpen.⁸²⁴ Eind jaren zestig werd zodoende nieuw leven geblazen in het debat over de dubbele loyaliteit van de officieren-arts, waarbij opnieuw aandacht werd gevraagd voor de mogelijkheid dat in bepaalde situaties de medische verantwoordelijkheid in de verdrukking kwam.⁸²⁵ Een voorbeeld was de veroordeling door een krijgsraad van de Amerikaanse legerarts Howard Levi, die had geweigerd om speciale eenheden medisch te instrueren omdat hij vond dat die medische kennis een zeer bedenkelijke Amerikaanse strategie bevorderde: het winnen van *hearts and minds* van de Vietnamese burgerbevolking, terwijl dezelfde bevolking werd geterroriseerd als dat de militaire autoriteiten zo uitkwam.⁸²⁶

In 1968 stelde B.W. Sidel, een van de oprichters van de eerdergenoemde PSR, in het gezaghebbende Britse medische tijdschrift *The Lancet* dat het tijd werd dat artsen wereldwijd hun diensten zouden weigeren aan de oorlogsinspanning.⁸²⁷ Sidels artikel gaf enkele artsen hier te lande, onder wie de eerdergenoemde Meursing, het laatste zetje om op 12 juli 1969 de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie (NVMP) in het leven te roepen. De leden waren voornamelijk medici die zich in het voorbije decennium al kritisch hadden uitgelaten over de krijgsmacht. (Een andere oprichter en vooraanstaand lid was de eerdergenoemde sociaal geneeskundige en polemoloog Verdoorn.) De NVMP wilde bewerkstelligen "dat de medische professie zich op het vraagstuk van de oorlog en de voorbereidingen daartoe, in het bijzonder wat betreft de medische aspecten daarvan, gaat bezinnen om daardoor te komen tot het bepalen van een standpunt".⁸²⁸ Het speerpunt van de discussie lag in de komende jaren op de medische verantwoordelijkheid van de arts binnen het militaire apparaat. Aan dit vraagstuk werd voor het eerst nadrukkelijk de kwestie van de triage gekoppeld,

⁸²³ C.J. van Klaveren, *Het onafhankelijkheidssyndroom: Een cultuurgeschiedenis van het naoorlogse Nederlandse zorgstelsel* (Amsterdam 2015) 121.

⁸²⁴ 'Arts en oorlog: een dilemma', *De Volkskrant*, 16 mei 1968; Redactioneel, 'Arts en oorlog', *Medisch Contact* 23:26 (juni 1968) 711.

⁸²⁵ Het artikel was van de hand van de officier-arts Haartsen, geciteerd in: Van Bergen, *Waarde generaal*, 60.

⁸²⁶ Ron Carver, David Cortright en Barbara Doherty eds., *Waging Peace in Vietnam: U.S. Soldiers and Veterans Who Opposed the War* (Oakland 2019) 15.

⁸²⁷ B.W. Sidel, 'Points of View: Aesculapius and Mars', *The Lancet* (4 mei 1968) 966-967.

⁸²⁸ 'Vereniging voor Medische Polemologie (in oprichting)', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (28 juni 1969) 1159.

waarover tijdens symposia en in artikelen fundamentele meningsverschillen aan het licht kwamen.

De criticasters

Het ledental van de NVMP schommelde door de jaren heen. Het hoogtepunt werd waarschijnlijk bereikt in 1982, toen er in Nederland een felle maatschappelijke discussie over kernwapens woedde. Tegen die achtergrond groeide de vereniging in een jaar tijd van zeshonderd tot plusminus duizend leden.⁸²⁹ Onder hen waren veel studenten in de geneeskunde, diverse medici, maar ook geïnteresseerden die geen medisch beroep uitoefenden, onder meer sociaal-wetenschappers. De betrokkenheid van officieren-arts bij de NVMP is helaas onbekend. Hier kan niet meer dan een beredeneerde schatting worden gegeven. Als we er gemakshalve van uitgaan dat de helft van de zeshonderd leden in 1982 van het mannelijk geslacht was, van wie het gros in aanmerking kwam voor militaire dienstplicht, dan is het zeker niet uit te sluiten dat enkele tientallen hun dienstplicht bij de MGD vervulden of al hadden vervuld. Die schatting van enkele tientallen kritische militair-geneeskundigen komt overeen met het ledental van de artsenwerkgroep van de Vereniging voor Dienstplichtige Militairen (VMDM) in 1976, die toen 65 reserve-officieren-arts telde.⁸³⁰

In elk geval is bekend dat er sporadisch enkele beroepsofficieren-arts bij de symposia van de NVMP aanwezig waren. Dat wijst enerzijds op hun belangstelling voor medisch-ethische kwesties in oorlogstijd, maar anderzijds blijkt uit hun observaties en commentaren ook dat zij heel anders tegen deze zaken aankeken dan de leden van de vereniging. Luitenant-kolonel-arts J.W. Thiessen, die als stralingsdeskundige werkte bij de staf van de IGDKL, was aanwezig bij de openingsvergadering van het NVMP. Hoewel hij voorstander was van wetenschappelijk onderzoek naar de medische aspecten van oorlogvoering, constateerde hij dat de medische polemologen te veel werden gedreven door wat hij 'emotie' noemde. Ook kwam het hem voor dat zij een vooringenomen standpunt hadden, namelijk dat het onmogelijk was om militaire en medische belangen met elkaar te verenigen. Als voorbeeld noemde hij dat een van de ongeveer zestig aanwezigen voorstelde om te bestuderen welk aandeel medici leverden aan de oorlogsvoorbereiding, met het doel te komen tot de uitspraak dat medici moesten weigeren hieraan deel te nemen. Volgens Thiessen kon deze uitspraak rekenen op applaus.⁸³¹ Na een symposium over de officierseed in 1972 constateerde een aanwezige kolonel-arts dat de NVMP de militair-artsen met hun waardevolle kennis van zich vervreemde. De kolonel-arts doelde impliciet op de omschrijving van de beroepsofficier-arts als uitvoerder

⁸²⁹ 'Medici ruziën over standpunt Libanon', *De Volkskrant* 14-08-1982

⁸³⁰ Archief Vereniging van Dienstplichtige Militairen, inventarisnummer 1303, International Institute of Social History, Amsterdam.

⁸³¹ J.W. Thiessen, 'De Vereniging voor Medische Polemologie. Een beschouwing naar aanleiding van de oprichting', *NMG* 22 (1969) 251-255.

van militaire opdrachten. Die interpretatie klopte in zijn ogen niet en dat leidde tot wederzijds onbegrip. En dat was jammer, omdat militaire artsen graag aan het onderzoek naar oorlog en vrede meewerkten.⁸³² Daarentegen kon Verdoorn zich niet aan de indruk onttrekken dat “men [van militaire zijde] geïrriteerd raakt door de diepere bezinning op de gestelde problematiek”.⁸³³ Zijn opmerking geeft stof tot nadenken. Hadden de beroepsofficieren-arts in de zaal een te simplistische kijk op de zaken, of kregen zij van Verdoorn het verwijt dat zij bewust ‘wegkeken’ van de problematiek? Een nadere toelichting gaf de polemoloog niet, maar hij had wel de vinger op de zere plek gelegd. Ook vond hij dat de redactie van het NMGT een wat gereserveerde houding innam ten aanzien van een kritisch artikel in datzelfde periodiek over de botsing tussen de militaire en medische eed.⁸³⁴

Hoewel het vanaf het begin al duidelijk was dat het niet altijd boterde tussen de beroepsofficieren-arts en hun critici, was het tamelijk vaag wat nu precies de verschillen in opvatting waren. De eerdergenoemde Van der Vegt deed een poging tot opheldering. Volgens hem bestonden er drie stromingen. De eerste stelde dat legerartsen in de eerste plaats de belangen van de krijgsmacht moesten dienen. Deze groep meende dat elke oorlog die Nederland voerde in principe een verdedigingsoorlog was, en daarom moreel gerechtvaardigd, en elke officier-arts (die allereerst officier met een bijzonder specialisme was) diende zich dan ook in te zetten om de gevechtskracht te maximaliseren.⁸³⁵ De tweede groep was in essentie antimilitaristisch en veronderstelde dat de arts binnen de krijgsmacht bewust of onbewust meewerkte aan de voorbereiding op massamoord. Volgens deze groep was dienstweigeren de enige juiste houding. De derde visie behelsde dat oorlog door politici moest worden vermeden, maar als het kanongebulder toch losbarstte, dan mocht men de slachtoffers niet aan hun lot overlaten. Professionele militair-geneeskundigen moesten dan hulpverleners aan het front, en alleen zij konden dat op effectieve wijze doen, namelijk met hun kennis van oorlogsgeneeskunde en op basis van triage, waarbij de beschikbare capaciteit zo doeltreffend mogelijk zou worden benut. Van der Vegt pleitte voor deze zienswijze en stelde dat humanitaire overwegingen de boventoon moesten voeren; de officier-arts was in de eerste plaats arts, die met de beschikbare middelen probeerde zoveel mogelijk levens en

⁸³² Z.S. Stadt, ‘Studiedag van de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie’, *NMGT* (1972) 271.

⁸³³ Archief Vereniging van Dienstplichtige Militairen, inventarisnummer 1303, International Institute of Social History, Amsterdam.

⁸³⁴ De opmerking van Verdoorn staat in: *Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie bulletin* nummer 4/5 (dubbelnummer), terug te vinden in: Archief Vereniging van Dienstplichtige Militairen, inventarisnummer 1303, *International Institute of Social History*, Amsterdam. Het artikel waarnaar Verdoorn verwijst is: F. van ‘t Hooft, ‘De botsing tussen de medische en de militaire wijze van denken’, in: *NMGT* 24 (mei-juni 1971) 159.

⁸³⁵ H.M. van der Vegt, ‘Geneeskunst en oorlog’, in: *Recent medisch-ethisch denken II* (Leiden 1970) 100-147. Geciteerd in: Leo van Bergen, *Waarde generaal: voelt u zich wel goed? Leger, geneeskunde, oorlog en vrede* (Nijmegen 1991) 36.

ledematen te redden. Het verhogen van de gevechtskracht was voor hem een onbedoelde consequentie van zijn handelen.⁸³⁶

Ook de inmiddels tot generaal-majoor-arts bevorderde Van der Giessen (in 1955 benoemd tot IGDKL) behoorde tot deze laatste groep. Tijdens de viering van het 150-jarig bestaan van de MGD richtte hij zich tot zijn toehoorders met de boodschap: "Wij hebben vooral dáár [in de oorlog] de taak een vonk van barmhartigheid te bewaken en te zorgen dat deze blijft gloeien tot de mens heeft geleerd, dat het doden van zijn tegenstander geen oplossing voor zijn verschillen zal geven."⁸³⁷

Het motto van de MGD was het voortzetten van zijn taak onder alle omstandigheden. Die opvatting werd door militair-geneeskundige vertegenwoordigers van andere NAVO-legers onderschreven.⁸³⁸ Het is waarschijnlijk dat individuele officieren-arts er deels andere ideeën op nahielden, maar dat is moeilijk vast te stellen. Het waren immers vooral de beroepsofficieren-arts die hun gedachten over dit vraagstuk op schrift stelden. De kolonel-arts M.B. Bloch kon waarschijnlijk worden gerekend tot de categorie officieren voor wie de medische taak voorop stond.⁸³⁹ In 1973 omschreef hij triage onder rampomstandigheden als een lichtend voorbeeld van de medische autonomie van de officier-arts. Een niet-medisch officier zou het zeker niet in zijn hoofd halen om zich hiermee te bemoeien.⁸⁴⁰ Zijn schrijvende collega's zagen het ook zo. Zonder verdere toelichting stipuleerden twee beroepsofficieren dat de "hoofdinspanning" van de geneeskundige zorg moest worden gericht op hen, die de grootste overlevingskansen hadden.⁸⁴¹ Zodoende kon een maximum aan levens worden gered, wat met de humanitaire opdracht strookte, terwijl een maximum aan gevechtskracht kon worden behouden, wat met de militaire opdracht overeenkwam.⁸⁴² De officieren-arts die deze opvatting huldigden, verkondigden in feite de consequentialistische ethiek, die streeft naar een zo positief mogelijke uitkomst voor zoveel mogelijk mensen. Volgens die ethiek moeten daden op basis van de resultaten worden beoordeeld. In het geval van de MGD was dat het redden van zoveel mogelijk levens en ledematen. Triage was een methode om dat doel na te streven. Zij gaven geen

⁸³⁶ Leo van Bergen, *Waarde generaal: voelt u zich wel goed?* (Nijmegen) 39. Van Bergen heeft in dit boek laten zien dat de legerarts Van der Vegt sinds 1948 een ontwikkeling doormaakte van 'de legerarts is overwegend militair' naar een zienswijze waarin humanitaire argumenten de boventoon voeren.

⁸³⁷ 'Plechtige herdenking van de oprichting der IMGD', *Legerkoerier* (nummer/jaargang 1964) paginanummer weggefallen.

⁸³⁸ H.J. van der Giessen, '18eme Conference Office International Documentation Medecine Militaire', *NMGT* 8:12 (1956) 338.

⁸³⁹ Van Bergen, *Waarde generaal*, 39, aldaar voetnoot 59.

⁸⁴⁰ M.B. Bloch, 'De beroepseed en de officierseed', *Militaire Spectator* 140:4 (1971) 188-190.

⁸⁴¹ A. C. de Jonge en J. de Lange, 'Een Franse visie op het probleem van de massaverliezen', *Militaire Spectator* 139:6 (1970) 274.

⁸⁴² Dat was in de jaren vijftig zo, en ook het *Handboek Soldaat der Geneeskundige Troepen* (4e druk 1984) vermeldde dat de behandeling van zwaargewonden in 'normale' oorlogsomstandigheden weliswaar voorrang krijgt, maar dat hierop een uitzondering moet worden gemaakt wanneer de geneeskundige instellingen overspoeld raken bij een atoomaanval. In deze situatie wordt de medische verantwoordelijkheid ten aanzien van de patiënt ondergeschikt aan het belang van het collectief.

commentaar op het idee dat de problemen bij triage in een atoomoorlog mogelijk veel groter waren. Dat er door de ontoereikende medische capaciteit veel zwaargewonde patiënten ten dode zouden zijn opgeschreven, was geen onderwerp van discussie in de vakliteratuur voor officieren-arts.

Naast de drie genoemde stromingen kan nog een vierde groep worden aangewezen. Deze artsen waren wel bereid om tijdens oorlog hulp te bieden en daarop wellicht zelfs voorbereidingen te treffen, maar zij verzetten zich tegen het systeem van triage. Uitgaande van de gelijkwaardigheid van elk mensenleven, was er in hun optiek geen enkele reden om medische voorrangregels te hanteren. De toestand van het slachtoffer, hoe ernstig die ook is, mag geen reden zijn tot ongelijke behandeling. Deze redenering kwam voort uit de deontologie, een filosofische stroming die uitgaat van absolute gedragsregels. Deze vorm van ethiek is ook meer in overstemming met de Eed van Hippocrates, waarbij de arts-patiëntrelatie centraal staat. Volgens deze critici had triage een zuiver militaire doelstelling, namelijk het handhaven van de mankracht door hulp te verlenen aan de minder ernstige gevallen. Hierbij bepaalden dus militaire in plaats van medische criteria wie wel en wie geen behandeling kreeg, terwijl de voor de arts vanzelfsprekende aandacht voor het individu in het gedrang kwam. Zo kon de officier-arts in gewetensnood komen. De voorzitter van de vVDM, H.G.M. Dijstelbloem, merkte in zijn replek op het artikel van Bloch op dat deze geen ruimte had gelaten voor gewetensvragen van de arts.⁸⁴³ Zulke kritische geluiden van officieren-arts zijn in de militaire publicistiek echter schaars. Zij zochten elders een podium om uiting te geven aan hun zorgen.

Hoewel hij geen militair-arts was, gold Verdoorn in de jaren zeventig als de belangrijkste criticus van de militaire geneeskunde. In zijn boek *Arts en Oorlog* uit 1972 ging hij dieper in op de problematiek van triage. In deze uitgebreide studie, die twee boekdelen besloeg, concludeerde hij dat “in de militaire gedachtegang de soldaat als individu en als mens in feite niet voorkomt. Hij is militair alleen van belang als gevechtseentiteit, waarbij de optelsom van gevechtseentiteiten, naast andere materiële factoren, het gevechtspotentieel van een leger in hoge mate bepaalt.”⁸⁴⁴ Volgens Verdoorn voltrok zich hier ten aanzien van de individuele militair een proces dat Marxisten ook wel *Verdinglichung* hebben genoemd: het verworpen van subjecten tot objecten, dat praktisch gezien neerkomt op een ‘verzakelijking’ van sociale verhoudingen. Deze ‘zakelijke’, militaire blik op menselijk potentieel stond volgens Verdoorn haaks op de medische verantwoordelijkheid. Deze ambivalentie manifesteerde zich het duidelijkst bij de triage en bij de beslissing tot evacuatie.⁸⁴⁵ Verdoorn betoogde dat slachtoffers bij wijze van spreken

⁸⁴³ Bloch, ‘De beroepseed’, 188-190.

⁸⁴⁴ J.A. Verdoorn, *Arts en oorlog. Medische en sociale zorg voor militaire oorlogsslachtoffers in de geschiedenis van Europa* (Rotterdam 1973) 314.

⁸⁴⁵ Verdoorn. *Arts en oorlog*, 316.

gereduceerd werden tot administratieve gewondenkaarten met opschriften zoals 'uitgestelde behandeling', aangegeven met de lettercode 'T4'. Het ging kortgezegd om een sorteringssysteem dat stoelde op *efficiency* om de gevechtskracht te handhaven, met als resultaat een geheel onpersoonlijke benadering, een 'onmedische' benadering zelfs, die strijdig was met de Eed van Hippocrates.

Volgens Verdoorn was een deel van de officieren-artsen zich niet bewust van de mogelijkheid dat de militair-geneeskundige taak in oorlogstijd kon botsen met de medische verantwoordelijkheid. Zij vatten hun beroep op als vanzelfsprekend en hadden derhalve geen last van gewetenswroeging. Deze groep werd volgens Verdoorn het meest gewaardeerd binnen de krijgsmacht omdat zij geen enkele twijfel of onzekerheid hadden over hun integratie in het oorlogsapparaat en de daarin door hen te vervullen taak. Zij aanvaardden hun werk als belangrijke bijdrage tot het behalen van militaire resultaten en het in stand houden van de gevechtskracht van het leger. De tweede groep artsen erkende het bestaan van de kwestie maar negeerde of ontweek deze. Hierbij zouden psychische spanningen kunnen optreden die konden leiden tot een dissociatieve vlucht, geestelijke breakdown, neurose, psychose of zelfmoord. Een laatste groep zou volgens Verdoorn bewust kiezen voor de afwijzing van de militaire verantwoordelijkheid, wat in de praktijk neerkwam op insubordinatie.⁸⁴⁶ Verdoorn pleitte voor dit laatste. Hij betoogde dat, nu door de komst van het atoomwapen de oorlog totaal en 'allesvernietigend' was geworden, de artsen een bijzondere verantwoordelijkheid hadden gekregen. Zij dienden te weigeren om mee te werken aan de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen. In plaats daarvan moesten zij streven naar oorlogspreventie, zoals de artsen van de PSR ook deden.

Weinig militair-geneeskundigen gaven een openlijke reactie op het boek van Verdoorn en dat was niet verwonderlijk.⁸⁴⁷ De redacteur van het tijdschrift *Polsslag*, officier van de Geneeskundige troepen J. de Lange, schreef dat hij "lang gearzeld" had met het publiceren van een uittreksel van *Arts en oorlog*. De belangrijkste reden was dat het werk "minder vleierende stellingen" bevatte over de MGD.⁸⁴⁸ Dat was een behoorlijk understatement, want volgens Verdoorn waren de militaire en medische belangen in principe onverzoenlijk en had de MGD geen nut meer in de moderne oorlogvoering en de alomtegenwoordige atoomdreiging.

'Hufters' en 'kritiese' dienstplichtigen

De polemische boeken en artikelen zorgden voor minder commotie dan de rechtstreekse confrontatie met kritische dienstplichtigen. In 1971 weigerden 51 aspirant officieren-artsen de officierseed af te leggen omdat deze volgens hen

⁸⁴⁶ Ibidem.

⁸⁴⁷ In de *Militaire Spectator* verscheen geen recensie van Verdoorns invloedrijke boek.

⁸⁴⁸ J. de Lange, 'Arts en oorlog. De militaire geneeskunde heeft geen toekomst meer (??)', *Polsslag* 7:5 (september 1973) 15.

conflicteerde met hun medische eed. Met deze actie haalden zij de landelijke pers. Niettemin besloten de meesten van hen na verloop van tijd en onder druk de officierseed toch af te leggen. Blijkbaar woog de principekwestie niet op tegen de gevolgen van het weigeren van de eed, namelijk een degradatie, een lagere wedde en overplaatsing naar een niet-medische functie.⁸⁴⁹ De VVDM, een kritische vakbond die de belangen van dienstplichtige militairen behartigde, kon hieraan niets veranderen. Een beroepsofficier die daadwerkelijk werd overgeplaatst na het uiten van kritiek (die overigens niets met medische kwesties te maken had) was majoor G. Miog, commandant van de parate 43 Geneeskundige compagnie. Miog was lid van de PvdA en onder het pseudoniem 'Democritus' had hij in *Het Vrije Volk* een eigen rubriek genaamd 'Parate hapjes'.⁸⁵⁰ Nadat hij in 1971 een stuk had geschreven over het verbod op kritische lectuur in de kazernes en legerplaatsen, wist de Landmacht Inlichtingen Dienst te achterhalen dat de artikelen van Miog afkomstig waren. De majoor kreeg drie dagen streng arrest opgelegd en werd vervolgens overgeplaatst naar een functie waarin hij geen bevel meer voerde over een eenheid.⁸⁵¹ Natuurlijk moest deze straf ook anderen ervan weerhouden om openlijk en zonder toestemming kritiek te leveren.

In het najaar van 1975 haalden kritische legerartsen wederom het nieuws vanwege een rel rondom de eedaflegging. Ditmaal waren de rollen echter omgedraaid. De kolonel-arts J.J.P.A. van Besouw, commandant van 102 Geneeskundige groep, had namelijk geweigerd om vier dienstplichtige artsen de eed af te nemen. De laatsten hadden zich volgens hem schuldig gemaakt aan "hufteerig gedrag".⁸⁵² Een onderbouwing van deze beschuldiging kregen de dienstplichtigen niet, maar zij hadden wel een vermoeden waar de weigering op was gebaseerd: het opdagen bij een cursus in burgertenuue, het niet-deelnemen aan een excursie naar een farmaceutisch bedrijf en het leveren van kritiek op de gang van zaken binnen de MGD. Niettemin voelden de vier aspirant-legerartsen zich gedupeerd en dienden een klacht in bij de bevelhebber der Landstrijdkrachten, luitenant-generaal J.E. van der Slikke, de staatssecretaris en de minister van Defensie. Dit had resultaat: tegen de zin van Van Besouw vond de beëdiging toch doorgang omdat de vier kritische artsen het functioneren van de landmacht officieel niet belemmerden. Tevens distantieerde de Landmachtstaf zich van de uitspraken van de kolonel-arts, maar ondernam geen verdere stappen tegen hem. Wel besloot de legerleiding dat het beter was om de vier 'dissidenten' niet bij de parate troepen in het legerkorps onder Van Besouw te laten dienen, want dat zou onnodige wrijving veroorzaken. De legerleiding haastte

⁸⁴⁹ 'Dienstplichtige artsen in Amersfoort weigeren officierseed af te leggen', *NRC Handelsblad* 15 april 1971.

⁸⁵⁰ Boot, *Het leger*, 167.

⁸⁵¹ 'Democritus naar rijopleidingen', *Het vrije volk: democratisch-socialistisch dagblad* 15 december 1971.

⁸⁵² 'Vier artsen toch nog officier', *De Volkskrant* 7-11-1975.

zich daaraan toe te voegen dat de vier dienstplichtige artsen op zich wel geschikt waren voor een functie binnen het legerkorps.⁸⁵³



Figuur 13: Kritische dienstplichtigen die, na initiële weigering van hun commandant, op 7 november 1975 werden beëdigd tot eerste luitenant-arts. V.l.n.r. Ruud van der Reis, Paul Ram, Henk Nijkrake en Hans Grundmeijer (Nationaal Archief).

De kersverse officieren-arts, allen gebruikmakend van het onlangs verworven recht op vrije haardracht (*Figuur 13*), lieten het er niet bij zitten en besloten een aanklacht in te dienen tegen kolonel Van Besouw wegens “krenkende en onbillijke behandeling”.⁸⁵⁴ Ook waren zij niet van plan om te stoppen met het kritiseren van de MGD. Zij streefden naar een beter werkklimaat voor de officieren-arts. Om te beginnen moest duidelijk worden wat precies de taken en verantwoordelijkheden van dienstplichtige artsen waren, en hoe die zich verhielden tot de medische eed. Twee van de vier artsen – de eerste luitenant-arts H. Grundmeijer en eerste luitenant-arts P. Ram – lieten zich in *Trouw* erg negatief uit over de opleiding. Zij typeerden die als een “volstrekt zinloze periode waarin je wordt opgeleid voor een taak die niet bestaat”. Grundmeijer vervolgde: “Van de 320 uur durende opleiding zijn er 44 zogenaamde medische uren waarin een specialist je vertelt hoe legers onder een atoombom uit elkaar spatten en hoe supersnelle kogels weefsels

⁸⁵³ Ibidem.

⁸⁵⁴ Ibidem.

kunnen vernietigen.”⁸⁵⁵ Dat was in hun ogen allemaal zinloze informatie. Zo’n oorlog kon en mocht nooit uitbreken. Kritische artsen vonden dan ook dat zulke onderdelen uit het curriculum konden worden geschrapt. In hun ogen moest de leerweg van de legerarts gericht zijn op vredestaken, een soort huisartsen-geneeskunde voor militairen. Vanuit die optiek stelde de medische werkgroep van de VVDM een nieuw opleidingsrooster samen, waarin de tamelijk theoretische oorlogslessen waren verminderd en de ‘medische uren’ waren verhoogd tot 120. Veel aandacht was er voor de “psychosociale taken” van de officier-arts. Het Commando Opleidingen Koninklijke Landmacht (COKL) zag deze wijziging echter niet zitten. Artsen hadden al genoeg medische kennis opgedaan tijdens hun geneeskundestudie, dus moest de nadruk liggen op de militaire en militair-geneeskundige aspecten.⁸⁵⁶ Niettemin werd het werpen van handgranaten, wat voor artsen weinig praktische waarde had, uiteindelijk uit het lesrooster geschrapt.⁸⁵⁷

Op zich is het niet verwonderlijk dat onder dienstplichtigen weinig belangstelling bestond voor de medische aspecten van een atoomoorlog. Doorsnee burgers en militairen hadden in vredetijd in beginsel nooit met de gevolgen te maken. De internationale ontwikkelingen waren ook gericht op het voorkomen van een kernoorlog, waardoor het onderwerp zoals eerder gezegd steeds minder relevant leek.

Ofschoon de kritische artsen dus niet probeerden om een discussie op gang brengen over kernwapens, zijn hun opvattingen over de krijgsmacht en de reacties daarop wel interessant om te onderzoeken. De botsingen laten namelijk zien waar de grenzen lagen van tolerantie en openheid. De krijgsmacht onderging in de jaren zeventig weliswaar een proces van vermaatschappelijking, maar de vrijheid van meningsuiting bleef in de praktijk toch beperkt. Dat verklaart ook waarom weinig militairen ongezouten hun mening gaven over de (on)mogelijkheden van de militaire geneeskunde onder nucleaire omstandigheden. Het is helaas niet eenvoudig om een schatting te maken van het aantal artsen dat kritiek uitte op het wezen van de militaire geneeskunde. Zij vormden hoogst waarschijnlijk geen meerderheid binnen de MGD. In 1976 – ruim een jaar na oprichting – telde de artsen-werkgroep van de VVDM 65 leden van wie er vijftien actief waren.⁸⁵⁸ Alleen die actieve leden spraken zich openlijk uit tegen de gang van zaken binnen de MGD. *De Volkskrant* schreef dat de vier artsen die zich zogenaamd ‘hufferig’ hadden gedragen, werden gesteund door veertien andere dienstplichtige legerartsen van hun lichter (die bestond uit vijftig man).⁸⁵⁹ Uitgaande van deze cijfers, sympathiseerde halverwege de jaren zeventig ongeveer een derde van de dienstplichtige artsen met de VVDM. De beroepsofficieren-arts – dus grofweg de

⁸⁵⁵ ‘Niet de dienstplichtige, maar het militaire systeem is gek’, *Trouw* 21 april 1976.

⁸⁵⁶ *Ibidem*.

⁸⁵⁷ NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 676.

⁸⁵⁸ ‘Jan Soldaat wil maar niet beter worden’, *De Volkskrant* 27 maart 1976.

⁸⁵⁹ ‘Vier artsen toch nog officier’, *De Volkskrant* 7-11-1975.

andere helft van het totaal aantal legerartsen van de MGD – distantieerden zich in ruime meerderheid van die vereniging.

Dat degenen die verandering wilden afdwingen zich niet geliefd maakten, bleek al tijdens de opleidingsperiode aan de School voor Reserve-Officieren Geneeskundige Dienst (SROGD) in Amersfoort.⁸⁶⁰ Zo kwam het voor dat mededelingen van VVDM-leden ongevraagd van het prikbord werden verwijderd. Een andere keer smeten collega-officieren een hele stapel VVDM-tijdschriften door de slaapzaal van de kritische artsen met de boodschap “houden jullie je linkse rotzooi maar bij je”.⁸⁶¹ Later, toen de kritische artsen eenmaal werkzaam waren als keuringsarts, werden zij door andere officieren met de nek aangekeken. Grundmeijer sprak in 1976 met *De Volkskrant*: “In de mess wil geen officier meer met me eten, de koffie blijft uit, en het eten is opmerkelijk koud.”⁸⁶² Van beroepsofficieren kreeg hij te horen dat hij nog maar kort in dienst was en dus eigenlijk nog van niets kon weten. Ook zijn collega Ram observeerde dat de vrijwillig dienende officieren een afstandelijke en een gesloten houding aannamen jegens de kritische artsen: “je raakt het hele systeem zo in de kern dat de reacties verschrikkelijk zijn.”⁸⁶³ Dissidenten werden hoogstens getolereerd, maar nooit als volwaardig geaccepteerd en altijd met argusogen gevolgd. De VVDM uitte zelfs het vermoeden dat de contra-inlichtingendienst van de landmacht informatie verzamelde over de politieke voorkeuren van een dienstplichtige arts.⁸⁶⁴

Historicus Coreline Boot heeft in haar proefschrift betoogd dat het beleid van het Ministerie van Defensie op dit gebied werd gekenmerkt door zowel gedogen als tegenwerken, ofwel ‘repressieve tolerantie’.⁸⁶⁵ Daarbij moet worden aangetekend dat de grenzen van de toelaatbare kritiek in de jaren zeventig nog onduidelijk waren en dat gold ook binnen de MGD. Een beroepsofficier-arts oordeelde bijvoorbeeld in 1970 dat de NVMP kon dienen als ontmoetingspunt tussen “militaire artsen en andere collegae die verontrust zijn over hun rol bij de [oorlogs-]voorbereiding” mits “emotionele benaderingen” niet de overhand zouden krijgen. Dat zou immers de “loyale medewerking” door de officieren-arts onmogelijk maken. Overduidelijk waren echter de scheidslijnen tussen de artsen die principieel dienst weigerden, de kritische officieren-arts die vraagtekens plaatsten bij hun functie, en de officieren-arts die het militaire apparaat en de oorlogsvoorbereidingen zonder voorbehoud ondersteunden. Deze scheiding zou tot het einde van de Koude Oorlog blijven bestaan.

⁸⁶⁰ Aan de School voor Reserve-Officieren van de MGD.

⁸⁶¹ ‘Jan Soldaat wil maar niet beter worden’, *De Volkskrant* 27 maart 1976.

⁸⁶² ‘Niet de dienstplichtige, maar het militaire systeem is gek’, *Trouw* 21 april 1976.

⁸⁶³ *Ibidem*.

⁸⁶⁴ ‘Arts beschuldigt inlichtingdienst van onderzoek’, *De Volkskrant* 26 november 1974.

⁸⁶⁵ Boot, *Het leger*, 102.

Artsen en het kernwapendebat, 1977-1985

Het optimisme over de mogelijkheden om de kernbewapening te beheersen, sloeg aan het einde van de jaren zeventig om in bezorgdheid. Westerse inlichtingendiensten wisten dat de opbouw van de Sovjetstrijdkrachten alsmaar voortging en de NAVO vond dat deze bedreiging niet onbeantwoord mocht blijven. Tegen de mogelijkheid van een massale aanval met Sovjettanks werd in de Verenigde Staten het zogeheten *Enhanced Radiation Reduced Blast Weapon* ontwikkeld: een nucleaire granaat waarbij veel straling vrijkwam waartegen gepantserde voertuigen weinig bescherming konden bieden. Toen de *Washington Post* in juni 1977 voor het eerst hierover berichtte, ontstond er veel ophef over wat men de neutronenbom ging noemen. Critici stelden dat deze eigenschappen bijzonder inhumain waren, omdat ze leidden tot een langzame, pijnlijke dood. Enkele links georiënteerde politici stelden dat het wapen typisch kapitalistisch was omdat het mensen doodde maar gebouwen en infrastructuur spaarde. Deze uitspraak en de politieke campagne die ermee gepaard ging hadden aanzienlijk effect. In Nederland kwam het tot grote protestbijeenkomsten zoals op zondag 19 maart 1978, toen er in Amsterdam ruim 50.000 bezorgde burgers demonstreerden tegen de neutronenbom; een maand later werden aan de voorzitter van de Tweede Kamer 1,2 miljoen handtekeningen aangeboden, waarna de groeiende maatschappelijke bezorgdheid niet meer viel te ontkennen.

Een van de tegenstanders van de 'neutronenbom' was niemand minder dan de minister van Defensie, dr. R.J.H. (Roelof) Kruisinga (CHU). De minister, die tot KNO-arts was opgeleid, was zich naar eigen zeggen terdege bewust van de vreselijke consequenties van dit wapen.⁸⁶⁶ In verschillende media nam hij geen blad voor de mond en ook in het parlement liet hij weten de invoering van dit wapen te willen voorkomen. De minister erkende de militaire waarde van het wapen, maar zag "zeer grote bezwaren van nationale en internationale politieke en ethische aard".⁸⁶⁷ Omdat zijn standpunt over de neutronenbom afweek van dat van het kabinet, zag Kruisinga zich genoodzaakt af te treden.⁸⁶⁸ In een toelichting op zijn besluit, noemde hij de productie van het neutronenwapen omwille van de potentiële gevolgen "veel kwalijker" dan de productie van chemische wapens.⁸⁶⁹ Ook onder militairen waren er tegenstanders van dit wapen. De Bond voor Dienstplichtigen (BVD), die een kleine groep linkse militairen binnen de krijgsmacht vertegenwoordigde, gaf voorlichting over kernwapens op kazernes en publiceerde hierover artikelen in *De soldatenkrant*

⁸⁶⁶ Boot, *Het leger*, 225.

⁸⁶⁷ HTK (23 februari 1978) 1109.

https://repository.overheid.nl/frbr/sgd/19771978/0000181234/1/pdf/SGD_19771978_0000297.pdf

⁸⁶⁸ Deze analyse komt van: Leon van Damme, "'Hij doorbrak de goede sfeer van camaraderie". Het aftreden van minister van Defensie Kruisinga en de gevolgen hiervan voor het latere Nederlandse kernwapenbeleid', *Tijdschrift voor Geschiedenis* 125:3 (augustus 2012) 406, 408-409, 412.

⁸⁶⁹ Leon ten Damme, 'Hij doorbrak de goede sfeer van camaraderie': Het aftreden van minister van Defensie Kruisinga en de gevolgen hiervan voor het latere Nederlandse kernwapenbeleid', *Tijdschrift voor Geschiedenis* 125:3 (augustus 2012) 407.

en het *Kaderblad*.⁸⁷⁰ In december 1977 berichtte het communistische dagblad *De Waarheid* dat “een groot aantal” militair-geneeskundigen op het OCMGD op de Juliana van Stolbergkazerne hun kasten voor Persoonlijke Standaard Uitrusting hadden voorzien van posters met de leus ‘Stop de neutronenbom’.⁸⁷¹ De kazernecommandant had de posters laten verwijderen met het argument dat het plakband de kasten zou beschadigen.⁸⁷² Vermoedelijk vond hij dergelijke politieke uitlatingen op het kazerneterrein ongepast, omdat die politieke discussies zouden uitlokken.

Eind jaren zeventig kwam het debat over kernwapens in een stroomversnelling. Als reactie op de ontplooiing van een nieuw type Sovjetraket (SS-20) achter het IJzeren Gordijn, had de NAVO in december 1979 het zogenaamde ‘dubbelbesluit’ genomen. Het bondgenootschap had ingestemd met het plaatsen van nieuwe nucleaire kernwapens voor de middellange afstand op Europees grondgebied. Tegelijkertijd moest de Sovjet-Unie worden uitgenodigd aan de onderhandelingstafel. Als de USSR de ontplooiing van haar eigen raketten staakte, dan stopte de plaatsing van de nieuwe kernwapens van de NAVO. Met dit dubbelbesluit wilde het Atlantisch bondgenootschap een signaal afgeven van politieke eensgezindheid en militaire daadkracht. De plannen hadden voorlopig echter niet het gewenste resultaat. De onderhandelingen ontaardden al snel in een patstelling. Begin jaren tachtig was er sprake van een verslechtering van de Oost-Westverhoudingen, die in veel westerse landen, waaronder Nederland, de angst voor een kernoorlog aanwakkerde.

Anders dan in de voorbije decennia, bereikte de beweging tegen kernwapens een toenemend aantal artsen. De eerdergenoemde Amerikaanse artsenbeweging PSR kende in 1980 een grote opleving en daarnaast zag in 1981 een wereldwijd netwerk van medici het licht: *International Physicians for the Prevention of Nuclear War* (IPPNW). Deze organisatie oogstte wereldwijd veel lof en succes. In 1985 kreeg zij zelfs de Nobelprijs voor de vrede uitgereikt voor haar aandeel in het verminderen van de kernwapenwedloop. In Nederland werd de NVMP actiever dan ooit en hield zich vrijwel nog uitsluitend met de kernwapenkwestie bezig. De forse groei van de achterban van deze organisaties valt te verklaren doordat artsen directer en krachtiger werden aangemoedigd om een standpunt in te nemen ten aanzien van de kernwapenkwestie. De media berichtten bijna dagelijks over het onderwerp en ook de binnen- en buitenlandse medische vakbladen konden niet langer om de kwestie heen. Prangende medisch-ethische vragen werden opgeworpen: was het gezien de schaarste aan medische voorraden verantwoord om te wachten met hulpverlening totdat het aantal slachtoffers zou zijn geslonken (lees: gestorven) tot *manageable numbers*? Mochten medici, gezien hun verantwoordelijkheid om het lijden van patiënten te verlichten, (met toestemming)

⁸⁷⁰ Boot, *Het leger*, 180.

⁸⁷¹ ‘Op de kast’, *De Waarheid* 10-12-1977.

⁸⁷² Ibidem.

euthanasie of palliatieve sedatie toepassen op de slachtoffers voor wie hulp tevergeefs was? Was het aanvaardbaar om voorbereidingen op dit scenario te treffen, onder andere door grote hoeveelheden verdovingsmiddelen op te slaan, om daarmee de levens van onbehandelbare patiënten te beëindigen?⁸⁷³ Hierop kwamen geen eenduidige antwoorden. Veel lezers wilden waarschijnlijk niet eens over het scenario van een kernoorlog nadenken. Waar het de vraagstellers werkelijk om ging was het opwerpen van de achterliggende vraag: mogen artsen zich voorbereiden op het ondenkbare scenario van een kernoorlog, of moeten zij dat weigeren uit protest, met alle gevolgen van dien?⁸⁷⁴

Opmerkelijk is dat artsen zich de kwestie steeds meer gingen toe-eigenen, wat goed zichtbaar is in hun taalgebruik. Het verschijnsel van de bewapeningswedloop werd meer en meer voorgesteld als een sociaal-maatschappelijke ziekte.⁸⁷⁵ Een deelnemster aan het derde IPPNW-congres schreef in een brief aan een vredesorganisatie: “We maken met zijn allen deel uit van een enorm mooi lichaam, de aarde, doch de laatste 40 jaar hebben we vreselijk ons best gedaan dit lichaam doodziek te maken” en “het is irrationeel om allerlei symptomen te behandelen terwijl de oorzaak niet wordt weggenomen en het sterfbed nadert.”⁸⁷⁶ Anderen beweerden dat er geen *remedie* was tegen het kernwapen; de civiele verdediging was geen onschadelijk *placebo* met een heilzaam effect, maar een *tranquillizer* die de angst vermindert; in deze context werd gesproken van een *pathologische* aandoening; alleen *preventie* was effectief; enz. De gebruikte terminologie wijst op een *medicalisering* van een politieke kwestie.

De typering van een kernoorlog als ziekteverschijnsel was trouwens niet uitsluitend als beeldspraak bedoeld. Een psychiater meende dat het leven onder voortdurende kernwapendreiging kon leiden tot psychische klachten, vooral onder jonge mensen.⁸⁷⁷ De vraag die sommige therapeuten zich stelden, was hoe deze klachten konden worden behandeld én voorkomen. Hierover ging een discussie tijdens een IPPNW-congres in Keulen in mei 1986, waar bleek dat de dokters in principe weinig tranquillizers voorschreven; wel adviseerden zij hun patiënten om zich in te zetten voor de vrede, wat een heilzame werking zou hebben.⁸⁷⁸ Hiermee sloeg de patiënt twee vliegen in één klap: door actievoeren namen de individuele

⁸⁷³ Andrew Haines, Christopher de B. White en John Gleisner, ‘Nuclear Weapons and Medicine: Some Ethical Dilemma’s’, *Journal of Medical Ethics* 9 (1983) 200-206.

⁸⁷⁴ B.W. Ike, ‘Noodwet Geneeskundigen en civiele verdediging. Verplichte Voorbereiding op een Onaanvaardbare Mogelijkheid: een Dilemma’, *Medisch Contact* 16 (1983) 528-530.

⁸⁷⁵ Howard H. Hiatt, ‘Preventing the last epidemic’, *JAMA* 244:20 (november 1980) 2315.

⁸⁷⁶ De originele brief bevindt zich in het archief van de Woensrechtse Vredesbeweging, dat zich bevindt bij de Heemkundekring het Zuiderkwartier.

⁸⁷⁷ Wim Berger, ‘Veiligheidsbeleid als Gezondheidsbedreiging’ in: Bernard Delfgaauw en Hans Grond ed., *De Nucleaire Dreiging. Er is Geen Weg naar Vrede. Vrede is de Weg* (Kampen 1985) 77-87.

⁸⁷⁸ ‘Bergse arts Jef Wierz: Wonen bij kruisraketten heeft psychische gevolgen’, *De Stem van West-Brabant* 4 juni 1986.

klachten af en tegelijkertijd werd een algemeen belang bevorderd. Bovendien had de medicus met deze raadgeving voldaan aan zijn sociale verantwoordelijkheid.

Het advies van de artsen had een wetenschappelijke basis. Al langere tijd bestond er belangstelling voor de invloed van stress op individuen en de manier waarop hiermee werd omgegaan. In dat kader werd vaak verwezen naar het concept *coping*.⁸⁷⁹ Honderden vormen zijn inmiddels geïdentificeerd. Veelvoorkomend zijn probleemgerichte, emotiegerichte, en *appraisal-focused coping*. Deze manieren sluiten elkaar niet uit, maar worden vaak bewust of onbewust gelijktijdig door individuen toegepast. Ook kunnen deze door de tijd heen worden verruild door andere coping-mechanismen. Nadere bestudering leert dat probleemgerichte coping weinig geschikt is voor de omgang met kernwapens. Het probleem, de stressor, kan namelijk niet makkelijk worden weggenomen. Men kon zich uiteraard wel inzetten voor de vrede, maar daarmee waren de kernwapens nog niet een-twee-drie de wereld uit. De ernstige gevolgen van een nucleaire explosie konden niet worden voorkomen.

Er is sprake van emotiegerichte coping wanneer de nadruk ligt op het controleren van gevoelens die door het probleem worden veroorzaakt. Negatieve emoties worden in dat geval onderdrukt. Deze strategie kan effectief zijn. Het is al duidelijk gebleken dat de krijgsmacht probeerde om de gevolgen van kernwapens in abstract-zakelijke termen te omschrijven. We hebben al gezien dat te veel emotionele betrokkenheid bij kernwapens door beroepsmilitairen werd gezien als onprofessioneel. Eufemistisch taalgebruik was alomtegenwoordig in hun eigen teksten en in dienstvoorschriften. De reserveofficier-arts W.R.A. Berger noemde dat een proces van rationalisatie, waarbij het menselijk leed werd teruggebracht tot cijfers en grafieken.⁸⁸⁰ Ook kon er sprake zijn van dissociatie, een permanente staat van ontkenning, waarbij het individu bepaalde onprettige gedachten, emoties, waarnemingen of herinneringen buiten het bewustzijn plaatst.⁸⁸¹ De aantrekkingskracht van die manier van coping was duidelijk: "The denial of true risk of the horrors of nuclear destruction may have a useful function in making it possible for people to go about in their daily lives".⁸⁸² Een nadeel is, dat wanneer het onderdrukken van emoties niet lukt, individuen kunnen vervallen in *maladaptive coping*. Te denken valt aan drankzucht, het gebruik van narcotica, of ander (vlucht)gedrag om de realiteit niet onder ogen te hoeven zien. Het valt zeker niet uit te sluiten dat sommige militairen zich te buiten gingen aan drank en verdovende middelen, maar door het ontbreken van hard bewijs kan dat gedrag moeilijk worden toegeschreven aan de angst voor een kernoorlog.

⁸⁷⁹ Richard S. Lazarus en Susan Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping* (New York 1984) 117.

⁸⁸⁰ Berger, 'Veiligheidsbeleid als Gezondheidsbedreiging', 77-87.

⁸⁸¹ Andrew Haines, Christopher de B. White en John Gleisner, 'Nuclear weapons and medicine: some ethical dilemma's', *Journal of medical ethics* 9 (1983) 204

⁸⁸² Christine Cassel, 'Medical responsibility and thermonuclear war', *Annals of Internal Medicine* 97 (1982) 430.

Bij de omgang met kernwapens lijkt *appraisal-focused* coping de overhand te hebben. Niet het probleem zelf wordt aangepakt, maar het eigen perspectief wordt bewust of onbewust in positieve zin bijgesteld. Men bekijkt het probleem in een rooskleuriger daglicht. Uit de bronnen blijkt dat militairen zich openlijk uitlieten over de voordelen van kernwapens als noodzakelijk instrument om de vrede te handhaven. De negatieve aspecten werden met opzet niet genoemd, gerelativeerd of (minder waarschijnlijk) ontkend. Ook werd beredeneerd dat de kans op een kernoorlog minimaal was.⁸⁸³ Enkelen distantieerden zich op zakelijke wijze van het probleem. De uitspraak 'het is aan de politiek om hierover te besluiten' was onder militairen en artsen veelgehoord. Daarmee wezen zij hun betrokkenheid of verantwoordelijkheid van de hand.

De artsen die bewust afzijdig waren gebleven in de kernwapenkwestie, zagen zich echter snel gedwongen een standpunt in te nemen. In 1980 ontvingen alle geneeskundigen in Nederland namelijk een brief van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne dat hen verzocht om informatie te verstrekken over hun beroepsuitoefening. Het achterliggende doel was om precies te kunnen bepalen wie er in oorlogstijd kon worden ingezet ten behoeve van de ZIBO (zie pagina 186). Dit was in 1971 vastgelegd in de zogenaamde Noodwet Geneeskundigen, waarin was bepaald dat er door de inspecteurs van volksgezondheid een lijst moest worden bijgehouden van alle Nederlandse geneeskundigen die tijdens een mobilisatie (of andere 'buitengewone omstandigheden') konden worden opgeroepen voor de zorg voor oorlogsgewonden. Zoals in hoofdstuk 4 is uitgelegd, had het de autoriteiten tot dan toe aan een dergelijk overzicht ontbroken.

Toen de eerste registratieronde in 1980 begon, toonden diverse artsen hun gebrek aan vertrouwen in de gewondenzorg in oorlogstijd. Zij werden daartoe aangemoedigd door de Amerikaanse PSR, maar ook door de NVMP. Het bereik van deze organisaties groeide. Op 2 maart 1980 verscheen in de *New York Times* een advertentie, ondertekend door 700 artsen van de PSR, waarin de gevolgen van een kernoorlog werden geschetst. Duidelijk was dat alle medische voorzorgsmaatregelen ontoereikend zouden zijn. Zelfs een beperkte oorlog zou een historisch ongekend aantal doden en gewonden tot gevolg hebben. Ook Nederlandse dagbladen pikten dit nieuws op.⁸⁸⁴ Begin 1981 stond deze boodschap te lezen in een open brief aan de leiders van de twee supermachten, opnieuw ondertekend door artsen van de PSR.⁸⁸⁵

Iemand die de gevolgen van een kernoorlog voor Nederland schetste, was de eerdergenoemde dr. Grond, voormalig docent oorlogschirurgie bij de MGD. Hij

⁸⁸³ Berger, 'Veiligheidsbeleid als Gezondheidsbedreiging', 77-87.

⁸⁸⁴ 'Amerikaanse artsen en kernbepapening', *Nieuwsblad van het Noorden* 24 juni 1980.

⁸⁸⁵ Physicians for Social Responsibility, Inc., 'Danger - Nuclear War an Open Letter to President Carter and Chairman Brezhnev', *International Journal of Health Services* 11:1 (1981) 169-171.

schreef cynisch dat het een “indrukwekkende technische prestatie” zou zijn als het de hulpverleners in dat doemscenario lukte om de ernstig gewonden naar het ziekenhuis te vervoeren. Veel zou het niet uitmaken; behalve dat “de gewonde tenminste in een beschermd bed overlijdt”, refererend naar het AMC dat was gebouwd om te kunnen functioneren onder nucleaire omstandigheden, maar waar de medische capaciteit volgens hem onvermijdelijk tekort zou schieten.⁸⁸⁶

De NVMP stimuleerde de discussie over de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen verder met eigen publicaties en symposia. De vereniging verzocht artsen om geen gehoor te geven aan de verplichte registratie.⁸⁸⁷ Met deze aanpak was zij succesvol, want bij de tweede registratieronde in 1983 weigerde een derde van de 40.000 Nederlandse artsen, tandartsen, verloskundigen en apothekers zich te registreren.⁸⁸⁸ Dit gaf een krachtig signaal aan de autoriteiten dat er onder medici weinig vertrouwen bestond in de effectiviteit en het bestaansrecht van de civiele verdediging. De overheid moest alle inspanning richten op het voorkomen van oorlog, zo was de veel gedeelde opvatting.

Sommige weigeraars vreesden de consequenties van hun actie, want weigering of misleidend antwoorden was volgens artikel 39 van de Noodwet geneeskundigen strafbaar. Om die reden onderbouwden zij hun standpunt dan ook schriftelijk in het tijdschrift *Medisch Contact*. Door openlijk hun standpunt te verkondigen, hoopten zij als gewetensbezwaarde te worden aangemerkt. “Hierbij deel ik u mee dat ik op grond van mijn geweten weiger de mij door u gezonden Noodwet-enquête in te vullen”, viel meermaals in verschillende bewoordingen te lezen. Sommigen voorzagen hun inzending van medische argumenten, de meesten wezen op een politieke overweging. Deelnemen aan de oorlogsvoorbereiding werd gezien als een aanvaarding van de mogelijkheid dat ooit een conflict met nucleaire wapens zou kunnen worden uitgevochten. Velen vonden dat nu juist onacceptabel. Artsen onderstreepten ook dat zij behalve hun verantwoordelijkheid en openheid aan hun patiënten ook verantwoordelijkheid hadden af te leggen aan de samenleving. De oorlogsvoorbereidingen wekten de valse illusie dat een kernoorlog beheersbaar was en dus had de burger – de potentiële patiënt – recht op de sombere waarheid, namelijk dat er voor de slachtoffers van een kernaanval vrijwel geen medische hulpverlening mogelijk was. Daaraan werd wel toegevoegd dat de individuele bereidheid, ja zelfs de plicht, om medische hulp te verlenen natuurlijk bleef bestaan, ook al weigerde de arts gehoor te geven aan de geneeskundige registratieoproep.⁸⁸⁹ Tijdens het derde internationale congres van de IPPNW, dat in 1983 plaatsvond in Amsterdam, ondertekenden honderden artsen een petitie met

⁸⁸⁶ Grond, ‘Kunnen wij’, 109.

⁸⁸⁷ Martin Niemeyer, ‘Noodwet Geneeskundigen. Symposium Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie’, *Medisch Contact* 30 (30 juli 1982) 895.

⁸⁸⁸ Grond, ‘Kunnen wij’, 109.

⁸⁸⁹ Alle citaten van medici in dit artikel zijn terug te vinden in de ingezonden brieven in *Medisch Contact* 30 (30 juli 1982) 894.

de stelling: 'As physicians, we wish to express our professional concern over the unprecedented threat to life and health posed by nuclear weapons, a threat that hangs over hundreds of millions of people.'⁸⁹⁰ Verrast door de weerstand die de Noodwet-registratie teweeg bracht, besloot het ministerie de gewetensbezwaarden niet te vervolgen.

Weinig burgers voorzagen de kritische of gewetensbezwaarde artsen van een weerwoord. Mogelijk hielden voorstanders van oorlogsvoorbereidingen en het afschrikkingsevenwicht hun mond omdat de 'tegenstanders' daarvan het morele gelijk aan hun kant meenden te hebben. Een huisarts schreef: "De angst bij sommige briefschrijvers lijkt dermate groot dat zij andersdenkenden vereenzelvigen met hun angstobject en hen niet meer als gelijkaardigen en oprecht zoekenden naar begaanbare wegen toespreken. Badineren, verdacht maken, en imponeren voeren tot een heilloze discussie (...)"⁸⁹¹ De directeur van de in mei 1981 opgerichte Stichting Vredes Politiek, F. Th. de Bree, durfde wel een tegengeluid te laten horen. Hij vond het onethisch dat de NVMP de angst onder de bevolking wilde aanwakkeren over de gevolgen van een nucleaire oorlog, om zodoende het maatschappelijk debat te stimuleren en de druk op de regering op te voeren. "Door te propageren dat DE BOM aan een bijna doorgeroest draadje hangt en een onvermijdelijke holocaust te schilderen die, als hij VALT, in korte tijd de beschaving zal vernietigen, creëert een medicus zijn eigen angstpatiënten", aldus De Bree. Volgens hem gaven een "toereikende defensie-inspanning, internationale ontspanning en wederzijdse wapenbeheersing [...] een redelijke mate van zekerheid dat de bestaande vrede kan worden gehandhaafd met behoud van de ideologische, economische en culturele waarden van de democratie."⁸⁹² Iets meer dan de helft van de Nederlanders was die mening toegedaan, zo bleek uit opiniepeilingen. Dat beeld werd bevestigd toen een kleine Kamermeerderheid begin 1986 na een beladen debat akkoord ging met de stationering van nucleaire kruisvluchtwapens in Woensdrecht.⁸⁹³

Uitzonderlijk is dat de radioloog en tevens NVMP-lid B.W. Ike ook vond dat artsen de plicht hadden om medische voorbereidingen te treffen voor een nucleaire oorlog. Hij onderschreef dat het voorkomen ervan de hoogste prioriteit had, maar veronderstelde tevens dat het grootste deel van de mensheid een kernoorlog zou overleven, mocht die onverhoopt uitbreken. De medische wereld mocht zich niet onttrekken aan hun lot, want dat zou gelijk staan aan "massale preventieve euthanasie" (sic).⁸⁹⁴ Het veelgehoorde argument dat de oorlogsvoorbereidingen schadelijk waren, stoelde volgens Ike niet op medische maar op politieke,

⁸⁹⁰ <https://www.ipnpw.org/pdf/1983-amsterdam-declaration.pdf> (geraadpleegd op 01-04-2019).

⁸⁹¹ J. Rans, 'Kernwapens en de angst', *Medisch Contact* 52 (31 december 1981) 1596.

⁸⁹² F.Th. de Bree, 'Vrede in vrijheid', *Polsslag* 17:2 (maart 1983) 10.

⁸⁹³ De bouw van de shelters voor deze wapens werd ook daadwerkelijk voltooid, maar door de ondertekening van het INF-verdrag in december 1987 was de komst van de kruisraketten op het laatste moment geannuleerd.

⁸⁹⁴ TD: Er kan alleen sprake zijn van euthanasie als er toestemming is van de patiënt. Het citaat komt uit: B.W. Ike, Noodwet Geneeskundigen en civiele verdediging', *Medisch Contact* 18 (6 mei 1983) 530.

strategische en ideologische gronden. Met het hanteren van zulke argumenten riskeerde de arts dat hij zich op een terrein begaf waarop hij niet per se deskundig was. Zodoende brachten artsen hun professionele competentie in gevaar, een argument dat ook al in de jaren zestig had geklonken. Bovendien hadden artsen volgens hem niet het recht om als morele arbiters in de samenleving te fungeren. Een andere arts liet in 1983 in *Medisch Contact* weten “dat het verkondigen van meningen over dit soort vraagstukken [het kernwapenvraagstuk] dus niet in een medisch periodiek thuishoort maar in een politiek-sociologisch gericht discussie-orgaan.”⁸⁹⁵ De *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (KNMG) onthield zich van een oordeel over de kwestie, wat erop wijst dat de medische wereld hierover sterk verdeeld was.



Figuur 14: ‘Soldaten tegen kernwapens’ tijdens een demonstratie in 1981. Minstens twee dienstplichtigen dragen het baretembleem van de MGD (Nationaal Archief).

⁸⁹⁵ G.D. Bos, ‘Arts En Kernwapens’, *Medisch Contact* 2 (13 januari 1984) 37.

Demonstreren in uniform?

Ondanks het groeiende artsenverzet tegen de kernwapens en de vele medisch-ethische artikelen op dat gebied, bleef het van militair-geneeskundige zijde angstvallig stil. Er zijn slechts enkele voorbeelden bekend van officieren-arts die zich over dat onderwerp kritisch uitlieten en de consequenties daarvan aanvaardden. Een van hen was de eerdergenoemde Berger, die in *Medisch Contact* schreef dat hij op 21 november 1981 in zijn militaire uniform tegen de kruisvluchtwapens had gedemonstreerd. Hij omschreef dat als een daad van burgerlijke ongehoorzaamheid, die was gegrond in de overtuiging dat artsen de plicht hadden om een helder signaal af te geven tegen de oorlogsvoorbereidingen. "(...) de officier-arts zal in de komende (kern)oorlog niets voor zijn militaire patiënten kunnen doen. Het officiële beleid op dit punt is ronduit misleidend; men bereidt zich op een conflict voor met voorzieningen die volkomen achterhaald lijken" en daarom was het de verantwoordelijkheid van militaire artsen hun (potentiële) patiënten daarop te wijzen in plaats van onrealistische rampenplannen met een prettig klinkende, sussende ondertoon te publiceren. Als voorbeeld noemde hij het 752 Algemeen hospitaal, dat na bericht van mobilisatie pas na zeventien dagen in bedrijf kon zijn en dus van geen betekenis was voor een plotselinge rampsituatie als gevolg van een uitgebroken oorlog.⁸⁹⁶ Militairen die in uniform demonstreerden begrepen overigens dat zij in overtreding waren en van tevoren wisten zij niet dat de uiteindelijke geldboete die het ministerie van Defensie zou opleggen, erg meeviel (*Figuur 14*).

Enige dienstplichtigen vonden de dreiging van kernwapens dermate verontrustend dat zij zich compleet distantieerden van de krijgsmacht door een beroep te doen op de in 1962 ingevoerde Wet Gewetensbezwaren Militaire Dienst. Als zij als zodanig werden erkend, kregen zij vrijstelling van de militaire dienst en waren zij verplicht tot het verrichten van een 'vervangende dienst'. Reserve-eerste luitenant-arts Anno Winters, die zijn eerste oefening al had volbracht, werd in het voorjaar van 1984 opgeroepen voor een herhalingsoefening. Hij was ingedeeld bij het Korps Mobiele Colonnes, een eenheid die, als gezegd, was opgericht om de burgerbevolking hulp te bieden bij een rampsituatie in vredes- of oorlogstijd. De eerste herhalingsoefening waaraan Winters deelnam, gaf hem echter weinig vertrouwen in de oorlogsvoorbereidingen. Het stuitte hem tegen de borst dat de leiding sprak over een "ongeval" wanneer een kernexplosie werd bedoeld, terwijl er ook sprake was van "een grote onbekendheid met het hanteren van grote aantallen slachtoffers". Veel oefengewonden, die her en der in het rampgebied verspreid lagen, werden niet afgevoerd en het scenario dat aanvankelijk voorzag in het neerdalen van fall-out werd terloops aangepast om de hulpverlening niet nog verder

⁸⁹⁶ 'Demonstreren in uniform. Waarom?', *Medisch Contact* 51 (18 december 1981).

te hinderen. Tot slot vertoonden de officieren van het KMC een grote onbekendheid met de intensiteit van de zorg die brandwondenpatiënten nodig hadden.⁸⁹⁷

Deze ervaringen sterkten Winters in zijn overtuiging dat de oefening feitelijk alleen bijdroeg aan de psychologische oorlogsvoorbereiding. Dat laatste zadelde hem op met een ethisch dilemma. Enerzijds ervoer hij het als zijn plicht om maatregelen te treffen om het lijden te verlichten en de gezondheid te bevorderen, maar anderzijds lag het hem zwaar op de maag dat hij medewerking moest verlenen aan het in stand houden van de illusie dat medische hulp in een kernoorlog mogelijk was. Winters vroeg en kreeg toestemming om zijn visie op dit gebied te bespreken in zijn klas met herhalingsplichtige artsen. De reacties varieerden volgens hem van “afweer en verdachtmaking tot voorzichtige sympathie. Er volgde een fikse discussie waarin de sfeer van ‘ouwe jongens krentenbrood’, zo kenmerkend in situaties zoals deze, naar de achtergrond verdween.” Om verdere polarisatie te voorkomen maakte de aanwezige leiding spoedig een einde aan het gesprek en ging zij verder met het cursusprogramma.⁸⁹⁸

Vanuit de behoefte aan “ondersteuning en inhoudelijke verdieping” over deze kwestie, zocht Winters via de nieuwsbrief van de NVMP contact met dienstplichtige artsen die een beroep hadden gedaan op de Wet Gewetensbezwaren Militaire Dienst. Tot een uitgebreide inhoudelijke discussie kwam het niet. Winters ontving drie persoonlijke reacties: een arts had geweigerd in dienst te treden, een ander had na zijn eerste oefening geweigerd deel te nemen aan herhalingsoefeningen, een derde arts overwoog dat laatste besluit. Winters voelde zich in elk geval voldoende in zijn overtuiging gesterkt en zijn beroep op de Wet Gewetensbezwaren werd na een eerdere afkeuring uiteindelijk gehonoreerd.⁸⁹⁹

Getuigenissen van andere gewetensbezwaarden binnen de MGD ontbreken. Wellicht ventileerden enkelen hun scepsis over de oorlogstaak of het militaire bedrijf anoniem, of onder een pseudoniem, maar ook dat is lastig te achterhalen. Toch dringt zich de vraag op naar de omvang van deze groep. Dit onderzoek heeft geen exacte cijfers aan het licht kunnen brengen. Het ligt voor de hand om aan te nemen dat deze groep gewetensbezwaarden, niet alleen in de jaren tachtig maar ook daarvoor, betrekkelijk klein was. De meest overtuigde pacifisten waren buiten de krijgsmacht gebleven. Degenen die wel hun militaire dienstplicht vervulden, hadden in feite al geaccepteerd dat zij deel uitmaakten van de krijgsmacht: zij probeerden er het beste van te maken. Als we aannemen dat er een kleine groep was met morele vragen ten aanzien van de oorlogsvoorbereidingen (aspecten die in de dagelijkse praktijk maar weinig aandacht kregen), dan staat in elk geval vast dat slechts een enkeling hierover openlijk naar buiten trad. Er waren tal van redenen om dat niet te

⁸⁹⁷ Anno Winters, ‘Verslag van een herhalingsplichtige arts’, *Nieuwsbrief Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie* VII (februari 1987). De brief werd ook geplaatst in *Polslag* 21:6 (november 1987) 23.

⁸⁹⁸ Ibidem.

⁸⁹⁹ Ibidem.

doen. *Peer pressure* – de groep niet willen afvallen – had hier mogelijk mee te maken. Ook plichtsgevoel kan een rol hebben gespeeld. Artsen in dienstverband hadden de officierseed moeten afleggen en dus de daarbij behorende verantwoordelijkheden aanvaard. Het betekende dat zij deel uitmaakten van de militaire organisatie en de hun opgedragen (oorlogs-)taken moesten aanvaarden en zo nodig uitvoeren. Het openlijk diskwalificeren van diezelfde taken kon voor artsen in dienstverband leiden tot degradatie en overplaatsing naar een niet-medische functie, in combinatie met een status- en salarisverlaging, of misschien zelfs zwaardere straffen.

Beroepsofficieren(-arts) lieten in de jaren tachtig, net als in voorgaande decennia, niets merken van politieke of gewetensbezwaren ten aanzien van de kernwapenkwestie. Zij genoten wel de vrijheid van meningsuiting, maar wisten ook dat hun inbreng in een politiek vraagstuk door het Ministerie van Defensie en hun collega's niet bovenmatig werd gewaardeerd.⁹⁰⁰ De krijgsmacht moest immers effectief uitvoering kunnen geven aan democratisch genomen besluiten. Te veel interne verdeeldheid maakte het uitvoeren van de opdracht moeilijk of zelfs onmogelijk.

Minister van Defensie P.B.R. de Geus probeerde de inzetbaarheid van de krijgsmacht te beschermen door in 1980 te bepalen dat er binnen de krijgsmacht wel over de gewetensproblematiek mocht worden gediscussieerd, mits “de vervulling van alle militaire taken bleef gewaarborgd”.⁹⁰¹ De minister legde nog eens uit dat de afschrikingsstrategie gebaseerd was op geloofwaardigheid, ofwel de bereidwilligheid van Nederland om kernwapens daadwerkelijk in te zetten als de NAVO daartoe had besloten. “Ons volk en onze bondgenoten moeten altijd op de Nederlandse krijgsmacht kunnen rekenen”, aldus de minister.⁹⁰² Voor de MGD was dat niet anders. In het functieprofiel van de officier-arts uit 1987 stond dat van deze functionaris “mag worden verwacht dat hij zich identificeert met de hem in de organisatie opgedragen taak, zich harmonisch inpast in de organisatiestructuur en beschikt over kennis en vaardigheid voor deelneming in de organisatieprocessen. De officier-arts draagt een directe verantwoordelijkheid voor zijn medisch handelen. Hij draagt ook verantwoordelijkheid voor het functioneren van de militair-geneeskundige organisatie.”⁹⁰³

In de jaren tachtig hielden militair-geneeskundigen zich op de vlakte over morele aspecten van de eventuele inzet van kernwapens op het slagveld. De bewering dat elke medische organisatie kansloos was in de volgende oorlog werd door militair-geneeskundigen bevestigd noch tegengesproken. Maar de uitspraak dat iedereen die meewerkte aan de oorlogsvoorbereidingen ook medeplichtig was

⁹⁰⁰ Janssen, ‘De geloofwaardigheid’, 206.

⁹⁰¹ Boot, *Het Leger*, 189.

⁹⁰² *Ibidem*, 234.

⁹⁰³ ‘Het beroep van de officier-arts: een profielschets’, *Polsslag* 22:2 (maart 1988) 9.

aan een eventuele oorlog – die vooral klonk vanuit de vredesbeweging – werd wél stellig ontkend. De reserve-luitenant-kolonel-arts dr. P.A.A. Klok vond dat de militair-arts geen blaam betrof als hij deelnam aan oorlogsvoorbereidingen, want volgens hem was er alleen sprake van planning voor de hulp aan overlevenden.⁹⁰⁴ De vraag of, en zo ja op welke wijze, zinnige hulp kon worden geboden op grote schaal, liet hij onbeantwoord.

Beroepsofficieren hielden zich vooral bezig met de dreiging van chemische strijdmiddelen. Zoals in hoofdstuk 2 besproken, wezen inlichtingenrapporten op de grotere waarschijnlijkheid van de inzet van chemische wapens want men veronderstelde dat de Sovjet-Unie zou proberen om de atoomdrempel niet te overschrijden. In een recensie van een bundel met opstellen van de hand van Verdoorn, schreef een majoor van de cavalerie dat de medische polemologen altijd uitgingen van het meest extreme scenario, terwijl oorlog niet per definitie totaal hoefde te zijn. Het lesboek van de militaire artsenopleiding uit 1979 (de zogenaamde ‘artsenklapper’) verkondigde deze opvatting.⁹⁰⁵ In elk geval was de opdracht van de krijgsmacht niet gelegen in het voeren van de totale oorlog, maar het *voorkomen* van oorlog door het innemen van een krachtige positie.⁹⁰⁶ Daarbij hoorden grondige NBC-voorbereidingen, zo betoogde de kolonel-arts Besouw, die begin 1983 in het NMGT schreef dat het cruciaal was dat het geneeskundig systeem bleef functioneren onder NBC-omstandigheden, waarbij hij specifiek doelde op de aanwezigheid van strijdgassen.⁹⁰⁷ Zijn conclusie was dat alleen preventieve maatregelen zin hadden omdat er in feite geen therapeutische behandeling bestond voor een aantal typen zenuwgassen. Zonder bescherming hadden “deze slachtoffers [...] geen enkele kans op overleving, zij sterven binnen enkele minuten ‘in het veld’, tenzij onmiddellijk ter plaatse hulp kan worden geboden.”⁹⁰⁸

Zelden trokken de auteurs in de militaire periodieken dergelijke ontuchtende conclusies over massavernietigingswapens. Een medisch-ethisch debat naar aanleiding van de atoomwapens kwam in militaire kringen gedurende de hele Koude Oorlog niet van de grond, hoewel sommigen niet nalieten te vermelden dat zij hoopten dat het nooit zover zou komen.⁹⁰⁹ Het hopen op een goede afloop van de Koude Oorlog, of tenminste een vreedzame co-existentie, was een manier om niet over lastige ethische vraagstukken te hoeven nadenken.

⁹⁰⁴ P.A.A. Klok, ‘Het kernwapenvraagstuk en de reserve-officier’, *Polsslag* 18:5 (september 1984) 10.

⁹⁰⁵ *Artsenklapper 1979*, Opleidingscentrum Militair Geneeskundige Dienst, raadpleegbaar bij Historische Collectie Militair Geneeskundige Dienst, Korporaal van Oudheusdenkazerne te Hilversum.

⁹⁰⁶ J.M.J. Bosch, ‘Mars en Aesculapius’, *Militaire Spectator* 155:3 (1986) 101-103.

⁹⁰⁷ J.J.P.A. Besouw, ‘De afvoer van gewonden onder NBC omstandigheden’, *NMGT* 36:1 (januari 1983).

⁹⁰⁸ J.J.P.A. Besouw, ‘Weerwoord op het commentaar van majoor-arts Van Rijn’, *NMGT* 36:3 (juni 1983) 163.

⁹⁰⁹ De Lange, ‘Arts en oorlog’, 16.

Conclusie

Tijdens de Koude Oorlog werkten legerartsen mee aan plannen om ervoor te zorgen dat de MGD zijn taak onder alle oorlogsomstandigheden kon voortzetten. Daarbij hoorden ook nucleaire omstandigheden, waarin de medische capaciteit, zo wisten zij bij voorbaat, ernstig tekort zou schieten. Dit zwarte scenario confronteerde artsen met de keuze welke patiënten wel of voorlopig (of helemaal) niet in aanmerking kwamen voor medische behandeling. Ook eerdere oorlogen hadden zulke dilemma's opgeworpen, maar nieuw was dat de problematiek in een nucleaire oorlog vele malen groter leek. Niet alleen het aantal gewonden was naar verwachting groter, maar ook de aard van het letsel van atoomgewonden was gecompliceerder. Voor vele, vooral aan straling blootgestelde slachtoffers, bestond helemaal geen effectieve behandelmethode.

Opvallend is de rationele en afstandelijke manier waarmee officieren-arts met deze problematiek omgingen. Terwijl kritische burgerartsen vanaf de jaren zestig veel vraagtekens plaatsten bij de geneeskundige voorbereidingen op een nucleaire oorlog, was er van een medisch-ethische discussie in militair-geneeskundige vakbladen geen sprake. De eerste verklaring voor de geringe discussie onder legerartsen moet worden gezocht in het feit dat alleen een select gezelschap van deskundigen zich intensief met deze complexe materie bezighield. De overige legerartsen maakten alleen in het leslokaal kortstondig kennis met de gestelde problematiek. De cursist ontving instructies over triage, die hem vanuit een consequentialistische ethiek moesten helpen om in het heetst van de strijd de juiste keuzes te maken. Alternatieve zienswijzen werden niet voorgeschoteld omdat de MGD geen verwarring wilde zaaien of tegenspraak uitlokken. Ruimte voor innerlijke bespiegelingen was er niet. Beroepsofficieren(-arts) bevestigden de heersende opvattingen, zo blijkt uit hun bijdragen in militair-geneeskundige periodieken. Over de operationele aspecten, de ideale militair-geneeskundige organisatie en de uitvoering van bepaalde procedures verschilden hun opvattingen, maar twijfelen aan de militaire oorlogstaak *an sich* was uit den boze want dat deed alleen maar af aan de kracht van de afschrikingsstrategie.

De regulatie van interne kritiek was een onmisbaar onderdeel van de inbedding van positief getinte toekomstbeelden (*sociotechnical imaginaries*) binnen de krijgsmacht. Tot het einde van de Koude Oorlog gingen dienstvoorschriften in tegen de maatschappelijk breed gedeelde opvatting dat een nucleaire oorlog de ondergang betekende (*resistance*). De militaire taakvoortzetting onder alle omstandigheden bleef de norm (*extension*). Ofschoon veel legerartsen moeten hebben getwijfeld aan de zin van de militaire geneeskunde onder nucleaire omstandigheden, ontstond er binnen de kazernemuren geen discussie.

Dat er in Nederland überhaupt weinig artsen bereid waren om zich daarover uit te spreken, laat staan officieren-arts, is overigens wel opmerkelijk. Als zij dat al deden, dan ging het in de jaren zestig en zeventig vooral over de 'gewone' oorlogen in de wereld, zoals gevoerd op het Afrikaanse continent en in Zuidoost-

Azië. Tegen die achtergrond kreeg ook de dubbele loyaliteit van de officier-arts de volle aandacht. De NVMP nam hierin het voortouw. Zij stelde dat de belangen van de militaire organisatie de medische verantwoordelijkheid in de verdrukking konden brengen. Het systeem van triage beschouwden de kritische artsen als een voorbeeld daarvan: zij redeneerden dat dit systeem louter tot doel had de gevechtskracht van het leger in stand te houden. Van militaire zijde probeerde men de kritiek te weerleggen, maar zij wisten de medisch-polemologen niet te overtuigen.

Toen eind jaren zeventig een breed maatschappelijk debat ontstond over kernwapens, verzocht de NVMP alle Nederlandse artsen zich uit te spreken tegen de voorbereidingen op een atoomoorlog. De campagne oogstte succes. Een derde van de Nederlandse weigerde zich te laten registreren in het kader van de Noodwet Geneeskundigen. Enkele militair-geneeskundigen demonstreerden begin jaren tachtig in uniform tegen kernwapens. Hiermee gaven zij uiting aan hun bezorgdheid en probeerden ze het kabinet te overtuigen van de noodzaak tot (nucleaire) ontwapening. Een aantal dienstplichtige artsen liet zich aanmerken als gewetensbezwaarde. Niettemin schaarde een meerderheid van de dienstplichtige artsen zich achter het gevoerde veiligheidsbeleid.

Terwijl de discussie over kernwapens in de jaren tachtig in Nederland hoog oplaaide, stelde de meerderheid van de militairen zich terughoudend op in de omgang met dit politieke vraagstuk. De minister van Defensie tolereerde interne discussie zolang het bestaansrecht van de krijgsmacht niet in twijfel werd getrokken, en zolang de paraatheid en het functioneren niet in gevaar kwamen. Vooral beroepsofficieren moesten hierop alert zijn. Een emotionele reactie op de NBC-gevaren – zelfs het uiten van grote bezorgdheid daarover – gold in hun kringen als onprofessioneel.

Tegen deze normenconstellatie binnen de krijgsmacht viel niet makkelijk op te boksen. Het uiten van kritiek kon leiden tot aanvaringen met collega's, berispingen van meerderen, het risico om te worden gezien als ontrouw, defaitistisch of simpelweg ongeschikt, of zelfs te worden overgeplaatst naar een niet-medisch onderdeel, gepaard met degradatie en een verlies aan status. Dit verklaart gedeeltelijk waarom er geen kritische stukken van de hand van officieren-arts verschenen in de militaire vakbladen. En voor zover dit onderzoek kon nagaan, publiceerden militaire artsen ook elders weinig kritische stukken onder vermelding van naam en rang. Terughoudendheid hoeft daarvoor niet de enige reden te zijn. Steun voor het overheidsbeleid is ook goed mogelijk. Het merendeel van de medici in Nederland vulde de enquête voor de Noodwet geneeskundigen plichtsgetrouw in. Natuurlijk hoopten zij dat het nooit tot buitengewone omstandigheden hoefde te komen. Alle hoop was gevestigd op een succesvolle wederzijdse afschrikking, diplomatieke verzoening en zo mogelijk nucleaire ontwapening.