

Samenvatting

Psychiatrische inrichtingen en tehuizen tijdens de Tweede Wereldoorlog – contouren van een onderzoeksprogramma.

Patiënten in zorginstellingen, met name in de psychiatrie en gehandicaptenzorg, behoren tot de zwakste, meest kwetsbare groepen in de samenleving. Dat is nu zo, en dat was vroeger nog sterker het geval, zoals de geschiedenis van de instellingen in verschillende Europese landen tijdens de Eerste en Tweede Wereldoorlog laat zien. Met name de gebeurtenissen in nazi-Duitsland, waarbij meer dan tweehonderdduizend mensen met een beperking en psychiatrische patiënten de dood vonden, zijn huiveringwekkend – en het heeft tientallen jaren geduurd voordat over deze geschiedenis werd geschreven.

In Nederland is het onderzoek naar de inrichtingen tijdens de Duitse bezetting nog maar nauwelijks begonnen - terwijl er inmiddels voldoende bewijzen zijn dat de oorlog ook hier diepe sporen trok, zoals blijkt uit de pionierende studie *Vergeten Slachtoffers*, gepubliceerd in februari 2017, en verkennend onderzoek naar andere instellingen, Maasoord, Voorburg en Sint Jorisgasthuis.

Dit onderzoeksproject heeft tot doel de ontwikkelingen in de instellingen tijdens de bezetting systematisch in kaart te brengen, met als leidende vraag: wat waren de gevolgen van de uitzonderlijke omstandigheden en ontwikkelingen ten tijde van de bezetting voor de mensen in de psychiatrische en gehandicaptenzorg, waar het gaat om hun psychische en lichamelijke (gezondheids)toestand, en in hoeverre speelden ideologische motieven een aanwijsbare rol in het beleid binnen de instellingen?

Dit project wil een antwoord vinden op bovenstaande vragen, die in dit stuk uitvoerig worden uitgewerkt en toegelicht. Het project moet uitmonden in een leesbare overzichtsstudie, gebaseerd op nieuwe casestudies, plus artikelen en conferenties, zowel voor professionals in de sector als het bredere publiek. *Daarbij zal ook de actuele betekenis van de uitkomsten onderwerp van reflectie en gesprek moeten zijn: wat leert deze geschiedenis ons als het gaat om de bescherming van kwetsbare groepen?*

In de huidige opzet is expliciet ruimte gelaten voor uitbreiding van onderzoek in de afzonderlijke instellingen: daarmee kan een actieve betrokkenheid uit de wereld van de GGZ en van mensen met een beperking worden gerealiseerd.

Het onderzoek zal worden uitgevoerd door een team van onderzoekers, begeleid door het NIOD en de Universiteit Utrecht; het NIOD treedt op als penvoerder en hoofduitvoerder. Het onderzoeksproject wordt gesubsidieerd door de Stichting Vergeten Slachtoffers Tweede Wereldoorlog.



Uitgebreide projectbeschrijving

Psychiatrische inrichtingen en tehuizen tijdens de Tweede Wereldoorlog – contouren van een onderzoeksprogramma

I. Achtergrond

Patiënten in zorginstellingen behoren tot de zwakste groepen in de samenleving – dat is nu zo, en dat was vroeger nog meer het geval. Hoe kwetsbaar zij waren, bleek in tijden van oorlog, zoals in Duitsland tijdens de Eerste Wereldoorlog, toen psychiatrische patiënten en mensen met een beperking in zorginstellingen te maken kregen met vermindering van de zorg en de voedselvoorziening, met verwaarlozing en al dan niet bewust uitgelokte sterfte, om ‘ruimte’ te maken voor wat men zag als de ‘levenskrachtige’ delen van de bevolking. En Duitsland was tijdens die eerste wereldoorlog niet het enige land waar dat gebeurde, al was men er elders vaak minder openhartig over.

Deze praktijk kreeg enkele jaren later een theoretische verdediging in het werk van Hoche en Binding, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*, dat de grondslag zou vormen van de grootschalige euthanasie programma's in het Derde Rijk. Daarbij zouden uiteindelijk honderdduizenden patiënten in het Derde Rijk de dood vinden, niet alleen door versterving en andere min of meer ‘passieve’ maatregelen, maar ook door massamoord: de gaskamers zijn voor het eerst voor de moord op patiënten uit instellingen ingezet.

In Duitsland heeft het tientallen jaren geduurd voordat de eerste verhalen, zeer voorzichtig nog, los kwamen. Dat had niet alleen te maken met de blinde vlek van de samenleving voor deze groepen, maar ook met een diepgevoelde *schaamte*, bij alle betrokkenen. En dat is niet het enige: nog belangrijker is mogelijk dat de herinneringen aan deze perverse gebeurtenissen de eerste tijd na de oorlog *onleefbaar* en daarmee *onbespreekbaar* waren: want hoe hadden patiënten ooit een gevoel van veiligheid kunnen ervaren, wanneer die verhalen zouden rondgaan, hoe zouden ze hun verplegers en artsen ooit nog kunnen vertrouwen? Er was, kortom, veel tijd nodig voordat deze ‘afwezige herinneringen’ bespreekbaar konden worden gemaakt.

Maar wat voor Duitsland en Oostenrijk geldt, is evenzeer van toepassing op Nederland. Sterker nog, terwijl in eerstgenoemde landen inmiddels veel inrichtingen deze geschiedenis hebben laten uitzoeken en vastleggen, is het onderzoek in Nederland nog maar nauwelijks begonnen. Uit de paar studies die zijn verschenen weten we inmiddels wel dat de sterfte in psychiatrische

inrichtingen bij een qua omvang ongeveer gelijkblijvende bevolking toenam van 2600 in 1942 tot 3700 overleden patiënten in 1945. Vooral ten tijde van de hongervinter in de laatste maanden van 1944 en de eerste maanden van 1945 stierven in het westen van het land een in vergelijking met de burgerbevolking zeer hoog aantal patiënten door ondervoeding en ziekte. Op sommige plaatsen kwam wel een derde van de populatie om het leven. Tekenend is dat een onderzoekscommissie van de geallieerden de situatie die zij in het voorjaar van 1945 aantrof in psychiatrisch ziekenhuis Zon en Schild in Amersfoort karakteriseerde als 'the most serious picture of malnutrition in Holland'. Men kan in dit verband spreken van 'oversterfte'.

Recent onderzoek in de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder () heeft de omvang en ernst ervan voor één instelling in detail in kaart gebracht. En de conclusies van deze pionierend studie Vergeten Slachtoffers van Gietema en Aan de Stegge zijn schokkend. De grote vraag is dus, in hoeverre deze instelling representatief is. Wat waren de gevolgen van de bezetting voor patiënten in de andere psychiatrische inrichtingen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking aan de orde. Wat betekenden oorlog, bezetting, vervolging en schaarste voor hen? Hoe zijn de klaarblijkelijke ellende en de grote sterfte te verklaren.

Volgens de huidige inzichten kan deze dramatische ontwikkeling voor een niet onbelangrijk deel toegeschreven worden aan een combinatie van factoren, zoals de overbevolking van inrichtingen ten gevolge van de evacuatie van meer dan 6000 patiënten uit de kuststrook naar inrichtingen elders, de toenemende schaarste (aan voeding, brandstof, elektriciteit, zeep etc.) in de loop van de oorlog, de daardoor verslechterde hygiënische omstandigheden, het optreden van ziektes (zoals TBC), toenemende honger en de verheviging daarvan tijdens de hongervinter en tot slot door het oorlogsgeweld in de bevrijdingsfase.

We begrijpen nog niet hoe de bovengenoemde factoren op elkaar ingewerkt hebben en wat de bezetting nu uiteindelijk precies betekend heeft voor de patiënten in de psychiatrische inrichtingen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. Het beeld is verre van compleet en het inzicht in de achtergronden en oorzaken van deze ontwikkelingen is daardoor beperkt. Nader onderzoek naar de landelijke ontwikkeling – zoals dat bijvoorbeeld voor Frankrijk wel bestaat – is derhalve noodzakelijk.

Door historisch onderzoek is in de laatste decennia het inzicht aanmerkelijk verdiept in de manier waarop in Nazi-Duitsland psychiatrische patiënten en mensen met uiteenlopende beperkingen doelbewust om het leven zijn gebracht door vergassing en uithongering. Tot nog toe bestaan er geen bewijzen dat ook in Nederland of andere West-Europese landen een

dergelijke politiek is gevoerd. Voor Frankrijk, waar ruim veertigduizend psychiatrische patiënten door honger en ontbering zijn overleden, is inmiddels aangetoond dat die sterfte niet gevolg is geweest van doelbewust beleid, geïnspireerd door de Nazi-ideologie. Ook in het geval van de Willem Arntsz Hoeve in Nederland is een expliciete intentie om patiënten om het leven te brengen niet bewezen.

Meer kennis over de psychiatrie ten tijde van de bezetting is niet alleen voor de GGZ sector en de betrokken beroepsgroepen van belang, maar ook voor de individuele GGZ instellingen, de overheid en de samenleving als geheel. Bovendien bestaat er onder nabestaanden van in de oorlog overleden patiënten een begrijpelijke behoefte aan opheldering van de omstandigheden waaronder hun verwanten zijn omgekomen. Meer inzicht in de genoemde vragen helpt ons bovendien na te denken over de kwetsbaarheid onder uitzonderlijke maatschappelijke omstandigheden van groepen die afhankelijk zijn van zorg in instellingen, een kwetsbaarheid die tot op de dag van vandaag in conflict- en crisisgebieden aan de orde is. In samenhang daarmee is het zinvol de situatie van deze instellingen ten tijde van de bezetting nadrukkelijk te vergelijken met zorginstellingen in recente maar eerdere omstandigheden van oorlog en vreemde overheersing.

In dit onderzoeksvoorstel wordt gekozen voor een brede aanpak, waarbij zowel de voorgeschiedenis, het landelijke kader als de concrete ontwikkelingen in de sector en de vergelijking met andere bezette landen in de periode 1940-1945 aan de orde komen.

II. Vraagstelling

De belangrijkste aanleiding tot het onderzoek vormt het significant hogere sterftecijfer voor tehuizen en inrichtingen voor psychiatrische patiënten en (verstandelijk) gehandicapten tijdens de Tweede Wereldoorlog - een verschijnsel dat om nadere beschrijving en verklaring vraagt. Was dit inderdaad een algemeen beeld? En is er ook sprake van oversterfte wanneer deze groep wordt vergeleken met andere zwakke groepen, zoals kinderen in tehuizen, of gevangenen?

De leidende, overkoepelende vraag van het onderzoek kan derhalve als volgt worden geformuleerd: wat waren de gevolgen van de uitzonderlijke omstandigheden en ontwikkelingen ten tijde van de bezetting voor de (mensen in de) psychiatrische en gehandicaptenzorg, waar het gaat om hun psychische en lichamelijke (gezondheids)toestand, en in hoeverre speelden ideologische motieven een aanwijsbare rol in het beleid binnen de instellingen?

Waar de stand van het internationale onderzoek dat mogelijk maakt – zoals dat het geval is voor Frankrijk in de Tweede Wereldoorlog en België en Duitsland ten tijde van de Eerste Wereldoorlog - zullen de ontwikkelingen in Nederland vergeleken worden met die in andere bezette West-Europese landen. Voorts zal de situatie van psychiatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten worden afgezet tegen die van andere groepen die in instellingen verbleven zoals zieken, ouderen, wezen en gevangenen.

III. Inhoudelijke uitwerking

Het onderzoek valt grofweg in drie periodes uiteen: te weten (a) de jaren direct voorafgaande aan de oorlog, (b) de bezetting zelf en (c) de naoorlogse jaren.

Hieronder worden de belangrijkste issues voor de verschillende perioden uitvoerig beschreven. Het moge duidelijk zijn dat die drie periodes niet in gelijke mate aan bod komen: de focus ligt geheel op de tweede periode, maar dat kan niet zonder de voorafgaande jaren en de jaren daarna onder de loep te nemen.

A. De jaren dertig

Om tot een juist inzicht te komen in het lot van psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking ten tijde van de bezetting is het nodig een adequaat beeld te vormen van de psychiatrie en de lotgevallen van psychiatrische patiënten in het decennium voorafgaande aan de oorlog. Zijn er voor 1940 al ontwikkelingen aan te wijzen die de gang van zaken ten tijde van de bezetting mede verklaren? Daarbij zijn onder meer de volgende vragen aan de orde - vragen die naar prominentie beperkt kunnen worden, of verder worden uitgediept wanneer tussentijdse bevindingen over de bezettingstijd daar aanleiding toe geven :

- Welke humanitaire en therapeutische waarden deden opgeld in de Nederlandse psychiatrie in het Interbellum? Betoonde men zich omzichtig bij de toepassing van (ingrijpende/onomkeerbare) biologische/eugenetische interventies?
- Welke algemene houding nam men in Nederland en in de GGZ in het bijzonder aan ten opzicht van de eugenetica (in Nazi Duitsland/Scandinavische landen) en de ideologie en politiek van Nazi's (NSB) met betrekking tot de psychiatrie en psychiatrische patiënten? Bestond er hier enige weerklank voor de Nazi ideologieën en zo ja bij wie? Was het denkbaar dat men in Nederland de belangen

van psychiatrische patiënten op zou offeren voor/ ondergeschikt zou maken aan de belangen van de gezonde burger?

- Wat waren de algemene omstandigheden in de psychiatrische en de zwakzinnigen inrichtingen aan de vooravond van de bezetting? Was er onder invloed van de economische crisis en de bezuinigingen sprake van een verslechtering en verschraling van de zorg, door de gevolgen voor de bedrijfshuishouding, de bevoorrading en de structurele financiële situatie van de instellingen? Kon er al gesproken worden van een zekere (structurele) kwetsbaarheid voor verslechterde omstandigheden, onder andere ten gevolge van de samenstelling van de inrichtingsbevolking (somatisch zieken, ouderen e.d.)? Hoe ontwikkelde zich de gezondheids- en voedingstoestand en de mortaliteit onder patiënten?
- Maakte iemand zich destijds zorgen over mogelijke implicaties van een bezetting voor de psychiatrie? Trof men bij overheid en de inspectie(s) voorbereidingen op de eventualiteit van een bezetting en de mogelijke consequenties voor de psychiatrische zorg? In hoeverre was men op de hoogte van de Duitse gezondheidspolitiek en anticipeerde men daarop; dit is een zeer belangrijk thema, zo blijkt uit?

B. De bezetting 1940-1945

Welke bijzondere omstandigheden en maatregelen voortkomend uit bezetting en oorlog hebben de positie / de omstandigheden / de lotgevallen van patiënten in psychiatrische inrichtingen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking beïnvloed en met welke gevolgen?

Voor de beantwoording van deze vraag zullen de ontwikkelingen in een aantal nader aan te wijzen psychiatrische instellingen en instellingen voor mensen met een beperking als casus nader worden geanalyseerd. De onderzochte instellingen behoren daarbij representatief te zijn voor bepaalde typen instellingen (stad/land; privaat/publiek; regio; wel en geen evacués).

Een wezenlijk aspect van deze vraag betreft het effect van de bezetting op het functioneren van de 'huishouding' van de inrichting, dat wil zeggen de voorziening in primaire levensbehoeften en de financieel/ economische aspecten daarvan. De beperktere beschikbaarheid en de distributie van de primaire levensbehoeften in het algemeen, de prijsstijgingen op de markt, en bijvoorbeeld de inflexibiliteit van de verpleegkosten e.d. kunnen belangrijke factoren zijn geweest in de schaarste waarmee instellingen te maken kregen. Het betreft hier vragen op het vlak van de 'bedrijfseconomie' van de instellingen:

- Hoe functioneerde de 'huishouding' van psychiatrische instellingen in 1939/40 op het punt van onder meer voeding, kleding, hygiëne, verwarming, verlichting e.d.: welke budgetten waren beschikbaar (hoogte van de verpleeggelden), welke regels waren daarop van toepassing, hoe kocht men in, bij wie, onder welke voorwaarden etc.; dit is een zeer belangrijk thema, zo blijkt uit de literatuur en het onderzoek tot nu toe;
- In hoeverre waren instellingen zelfvoorzienend en hoe was de eigen 'bedrijvigheid' en in het bijzonder het agrarische bedrijf georganiseerd?
- Welke gevolgen hadden onder meer distributie, rantsoenering, veranderingen op de markt/in vraag en aanbod, schaarste, prijsstijgingen e.d. op de huishouding van de inrichtingen, de beschikbaarheid van voeding, goederen e.d. en hoe pasten instellingen zich daarop aan. Hoe ontwikkelden de beschikbare budgetten zich? Welke alternatieve strategieën wist men te ontwikkelen (toegang tot zwarte markt, hongertochten, aanvulling via contact met familie) en in hoeverre bestond er op dit punt een verschil tussen publieke en private instellingen?
- Welke veranderingen traden er op ten aanzien van de zelfvoorziening, in hoeverre was men (nog) in staat in een deel van de eigen behoeften te voorzien? In hoeverre konden patiënten nog een aandeel leveren in de zelfvoorziening?
- Hoe functioneerde de distributie ten opzichte van instellingen, meer in het bijzonder de GGZ instellingen? Welk beleid nam men daarbij in acht ten opzichte van kwetsbare groepen? Hoe ontwikkelden de rantsoenen zich in de loop van de bezetting?
- Hoe ontwikkelde zich de beschikbaarheid van elementaire levensbehoeften in de loop van de oorlog? Wanneer en in welke mate traden er schaarste, onevenwichtigheden en tekorten op? Hoe verhiel die ontwikkeling zich tot de 'bestaansminima'? Wanneer en door wie werden er tekorten gesignaleerd en welke activiteiten ontplooiden men in reactie hierop?
- Hoe ontwikkelde zich de situatie op deze punten in andere (zorg)instellingen (zoals voor wezen, bejaarden, jeugdzorg, gevangenen) en met andere bezette landen in West-Europa met name (Frankrijk, België, Noorwegen e.d.)

Een aanzienlijk deel van de instellingen kreeg te maken met massale evacuatie, in de meeste gevallen naar psychiatrische inrichtingen elders in het land. Naar schatting betrof het meer dan 6000 patiënten en vele honderden personeelsleden. In Frankrijk bleken evacués tot de

kwetsbaarste groep te behoren. De volgende vragen zijn hierbij aan de orde:

- In welke mate en op grond van wat voor criteria ontsloeg men op voorhand patiënten om de groep evacués zo klein mogelijk te houden? Wat was de aard/samenstelling van de groep evacués: ging het om kwetsbaarder mensen met zwaardere problematiek, hogere leeftijd, lichamelijke ziekten?
- Hoe werden de evacuaties (centraal) georganiseerd, hoeveel patiënten betrof het en hoe organiseerde men de logistiek en de 'huishouding'/bevoorrading van de geëvacueerden? Hoe kwetsbaar was die logistiek?
- Wat was de omvang van de overbevolking als gevolg van de evacuaties, de vordering en vernieling van gebouwen, onder meer gemeten aan de standaarden van voor 1940? Wat betekende de overbevolking in de praktijk voor patiënten (onder andere bewegingsvrijheid, slaapplek)?
- Wat waren de gevolgen van de evacuatie voor de contacten van patiënten met het eigen sociale netwerk, hun thuisfront? In hoeverre droeg deze verandering bij aan hun kwetsbaarheid, verminderde het de mogelijkheid van signalering en hulp door of ontslag op verzoek van familie?
- Hoe verhielden veranderingen op het vlak van de huishouding (hierboven) zich tot de komst van evacués in gastinstellingen? In welke mate droegen de evacuaties bij aan de verheviging van de problemen?

Van groot belang voor de ontwikkeling van de situatie in de instellingen waren voorts de opstelling en inzet van de besturen en de medewerkers van de instellingen en de verantwoordelijke overheden. Ook was de beschikbaarheid van personeel van instellingen onder de omstandigheden van de bezetting van wezenlijke betekenis:

- In hoeverre nam de personeelssterkte van de instellingen gedurende de oorlog af als gevolg van mobilisering, Arbeidseinsatz, onderduik, vertrek oiv oorlogsomstandigheden? In welke mate verminderde dit het aantal 'handen aan het bed' en onder welke categorieën medewerkers?
- Hoe stelde het personeel, waaronder de verantwoordelijke artsen, zich op onder de omstandigheden van toenemende schaarste en overbevolking: in hoeverre was er sprake van bijvoorbeeld inzet/improviseren/opoffering; wegstijgen en het vege lijf redden; onverschilligheid/nalatigheid; moedwillige verwaarlozing; diefstal/zwarthandel/sabotage?
- In hoeverre ondernamen lokale overheden, besturen, artsen, verpleegkundigen, familieleden bijzondere initiatieven en activiteiten

om de verslechterende omstandigheden in instellingen tegen te gaan?
In hoeverre stelde men deze situatie (publiekelijk) aan de orde bij
overheden, bestuurders etc.?

De toenemende schaarste, de evacuaties en overbevolking hadden hun
uitwerking op de patiënten:

- Hoe ontwikkelden de voedingstoestand, de lichamelijke gezondheid, besmettelijke ziekten (zoals onder meer tuberculose) en de mortaliteit zich in de loop van de bezetting? Welke verschillen zijn er op dit punt te constateren voor wat betreft onder meer klasse, sexe, leeftijd, aard van de psychiatrische aandoening, evacués/niet-evacués, individuele instellingen, regio's, bestuursvorm van de instelling? Welke tendenzen deden zich voor in de geadmisteerde doodsoorzaken?
- Wat waren de specifieke effecten van de hongerwinter in het westen van het land voor de daar gevestigde instellingen? In welke mate valt de sterfte gedurende de oorlogsjaren toe te schrijven aan schaarste, ondervoeding, verslechterende hygiëne en de toename van de gevoeligheid voor besmettelijke ziekten? In het geval van Frankrijk is door Von Bueltzingsloewe overtuigend beschreven dat het onmogelijk is hier exacte cijfers vast te stellen; het zal altijd om beargumenteerde schattingen gaan.
- Welke gevolgen hadden gevechtshandelingen en de voorbereidingen daarop (vordering van gebouwen, bombardementen, de frontoorlog e.d.) voor inrichtingen en hun bewoners? Hoeveel slachtoffers waren er hierdoor te betreuren en in welke mate droegen ze bij aan de verdere verslechtering van de algemene omstandigheden?

Op het landelijk niveau is het van belang na te gaan hoe verschillende
verantwoordelijke instanties en organisaties reageerden op de
ontwikkelingen in de instellingen:

- Hoe werkte de distributie van levensbehoeften voor psychiatrische inrichtingen en instellingen voor verstandelijke gehandicapten en welke regels nam het verantwoordelijke bureau daarbij in acht. Hoe veranderden die in de loop van de tijd en hoe reageerde men op de toenemende schaarste. Droeg men alternatieven aan?
- Hoe reageerde de centrale overheid en in het bijzonder de verantwoordelijke afdeling van het ministerie van Binnenlandse Zaken op de verslechterende omstandigheden in de instellingen? In hoeverre was men op de hoogte en welke maatregelen nam men?
- Kon de inspectie voor de krankzinnigengestichten haar werkzaamheden voortzetten, kwam daar verandering in, welke algemene trends signaleerde zij en had zij bijzondere aandacht voor

voeding, hygiëne, therapeutische mogelijkheden? Nam zij maatregelen en hoe effectief waren die?

- Welke houding namen beroepsverenigingen als de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, de KNMG en Medisch Contact aan en ontplooiden zij activiteiten om de situatie te verbeteren?

Waar het gaat om de invloed van de Nazi ideologie op de situatie in de psychiatrische instellingen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten zijn onder meer de volgende kwesties aan de orde:

- Ontwikkelden de Nazi-autoriteiten in Berlijn 'beleid' ten aanzien van de psychiatrie en de zorg voor verstandelijk gehandicapten in bezette landen en zo ja, werd dat in Nederland aan de orde gesteld en uitgevoerd?
- Had de bezetter invloed op het beleid van de verantwoordelijke afdeling van Binnenlandse zaken, andere overheidsdiensten en bestuurslagen en lokale overheden?
- Welke houding nam de NSB aan tegenover de psychiatrie en zorg voor gehandicapten ten tijde van de bezetting? Werden Nazi ideeën over levensonwaardig leven / euthanasie e.d. doelbewust in Nederland verspreid en hoe werd daar op gereageerd?
- Zijn er bewijzen voor plannen/maatregelen van de kant van de bezetter en de NSB (bestuurders) om psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking doelbewust te benadelen?
- In hoeverre was er sprake van een nazificering van de besturen en artsen in Nederlandse inrichtingen en in hoeverre leidde dat tot maatregelen die schadelijk waren voor patiënten. Had de nazificatie van lokale overheden invloed?
- In welke mate hebben opvattingen/ (doelbewuste) maatregelen van de bezetter en NSB bijdragen aan de verslechtering van de situatie van psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking?

Naast bovengenoemd complex van vragen is er een aantal specifieke kwesties die daar als het ware dwars door heen lopen en op enigerlei wijze aan de orde zouden moeten komen. Dat betreft in de eerste plaats het lot van patiënten van Joodse afkomst (nog afgezien van het Apeldoornsche Bos), inclusief de mate waarin inrichtingen verzet hebben geboden tegen de deportatie van Joodse patiënten. Ten slotte zou ook aandacht kunnen worden besteed aan de rol van instellingen bij het verzet en onderduik, ook aan andere Nederlanders.

C. Bevrijding en nasleep na 1945

In het derde, kortste deel van het onderzoek wordt ingegaan op de volgende vragen:

1. Welke was de toestand van inrichtingen ten tijde van de beëindiging van de oorlog? Welke schade had men op menselijk, materieel en therapeutisch vlak geleden?
2. In hoeverre hebben overheid, geallieerden, inspectie, verenigingen in de jaren direct na de oorlog de (over)sterfte onder patiënten in instellingen vastgesteld en onderzocht, zoals dat bijvoorbeeld in Frankrijk is gebeurd?
3. Zijn er in Nederland personen strafrechtelijk vervolgd omwille van hun optreden in de psychiatrie of gehandicaptenzorg ten tijde van de bezetting of maakte de betrokken instanties daar eventueel aanstalte toe? Zijn er rond dit thema dossiers aangelegd?
4. Hoe zijn op termijn de bijzondere omstandigheden in de psychiatrie en gehandicaptenzorg ten tijde van de Duitse bezetting verwerkt door patiënten, familie, psychiatrie, overheid en historici? Hoe keken betrokkenen daar zelf op terug?

Bronnen

Archieven van Binnenlandse Zaken

Archief van de Inspectie voor de krankzinnigengestichten

Archieven van afzonderlijke psychiatrische instellingen en zwakzinnigeninstellingen (ziekenhuizen met best bewaarde archieven: Provinciale Ziekenhuizen Noord-Holland, Voorburg Vught, St. Servatius en St. Anna Venray, Groot Graffel Warnsveld, etc.)

Archief Vereniging voor Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders

Archief Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Archief Nationale Federatie voor Geestelijke Volksgezondheid

Archief afdeling Geestelijke Hygiëne GGD Amsterdam

IV. Plan van aanpak

Het onderzoek heeft een looptijd van 3 jaar en wordt uitgevoerd door een hechte onderzoeksgroep, bestaande uit:

- (1) een senior onderzoeker (postdoc niveau 12) is verantwoordelijk voor de synthese: een omvattend werk, waarin bovengenoemde vragen voor Nederland als geheel, in hun onderlinge samenhang en geplaatst in een internationale context, worden beantwoord: de voorgeschiedenis, het bestuurlijke en ideologische kader, de bedrijfsmatige /financiële/economische aspecten, de rol van de bezetter, de

interactie met Berlijn, andere bezette landen, ideeën/ beleid/ doorvoering, rol ministeries, de landelijke trends en cijfers. De onderzoeker werkt 2 jaar half-tijds aan het onderzoek, en het laatste jaar volledig.

- (2) een ervaren onderzoeker/coördinator heeft een dubbele rol: aan de ene kant treedt hij/zij op als coördinator van het programma en aanstuurder van de onderzoeksassistenten, in nauw overleg met de senior onderzoeker, anderzijds verricht hij/zij zelf een of meerdere case studies. De functie loopt twee jaar voor 0,6fte.
- (3) een aantal onderzoeksassistenten (postgraduate of postdoc-11): zij verrichten eveneens case studies, aan de hand van vragen die voortkomen uit de algehele vraagstelling. Daarbij gaat het om integrale studies of om onderzoek op deelvragen. De totale onderzoekstijd is voorlopig vastgesteld op een fte gedurende een jaar.
- (4) drie senior begeleiders: het project kent drie begeleiders, die actief participeren in het programma en de seminars: prof. Joost Vijselaar (UU), prof. Ismee Tames (NIOD/UU) en prof. Frank van Vree (NIOD/UvA). De begeleiders besteden ten minste 40 uur per jaar aan het project, met name aan de seminars, de begeleiding van onderzoekers, het lezen en bespreken van onderzoeksontwerpen en manuscripten.
- (5) Een coördinator voor afstemming met veld: het project voorziet weliswaar in een aantal casusstudies, maar daarmee zijn niet alle relevante instellingen betrokken. Tegelijk is betrokkenheid met gehele veld van GGZ en mensen met een beperking meer dan gewenst: het onderzoek moet immers bijdragen aan een bewustwording wat er gebeurd is. De verwachting is dat - na korte of langere tijd - alle instellingen die het aangaat hun eigen oorlogsverleden willen (laten) bestuderen. Om deze ontwikkeling te ondersteunen en de instellingen te helpen, is afstemming met de brancheorganisaties nodig. De verwachting is dat deze instellingsonderzoekingen deels parallel aan dit onderzoeksproject zullen verlopen, en deels langer zullen doorlopen. Vanuit deze verwachting is het wenselijk een aparte projectorganisatie in het leven te roepen, die nauw verbonden is met de onderzoeksgroep (met name via de coördinator onder 2) tijdens het onderzoek maar daarna zelfstandig kan doorwerken. De wenselijkheid hiervan en de extra kosten hiervoor zullen met de brancheorganisaties besproken worden.

Hoe groot de groep onderzoekers uiteindelijk wordt, is mede afhankelijk van de weerklank uit het veld. Dat geldt met name voor de onderzoekers onder (3): het aantal onderzoekers respectievelijk hun onderzoekstijd kan worden uitgebreid wanneer er meer instellingen bij betrokken worden en/of meer van hun eigen geschiedenis uitgezocht willen hebben – en daarvoor ook willen bijdragen. Goed voorstelbaar is dat sommige instellingen vragen om een uitwerking van de deelonderzoeken in een afzonderlijke publicatie, zoals een artikel, essay, brochure of boek.

Om de eenheid van het onderzoek te garanderen, worden er tenminste zes maal per jaar seminars georganiseerd, waarop niet alleen onderzoeksplannen en -resultaten worden besproken, maar ook ruimte is voor discussies, gasten enz.

De begeleiding van het project ligt bij het NIOD en de Universiteit Utrecht. Het NIOD treedt op als penvoerder. Verder is het uitdrukkelijk de bedoeling ook andere instellingen en onderzoekers bij het project te betrekken.

V. Financiering en onafhankelijkheid

Het project wordt financieel ondersteund door de Stichting Vergeten Slachtoffers Tweede Wereldoorlog; het onderzoek wordt verricht in onafhankelijkheid.

Het NIOD is verantwoordelijk voor de uitvoering en de inhoud van het onderzoek, inclusief de inhoudelijke en financiële monitoring. De Stichting draagt geen verantwoordelijkheid voor de inhoud van het manuscript, conform de Richtlijnen voor Historisch Wetenschappelijk Onderzoek in Opdracht van de KNAW (2007).

Teneinde de onafhankelijkheid en kwaliteit van het onderzoek te garanderen, worden de onderzoekers bijgestaan door een wetenschappelijke begeleidingscommissie, in te stellen door de Stichting en het NIOD.

Het Stichtingsbestuur stelt een maatschappelijke klankbordgroep; ook kan het besluiten zelf als zodanig op te treden, al dan niet - met het oog op die taak - met uitbreiding met een aantal leden. De klankbordgroep heeft een adviserende rol: zij geeft haar visie op de onderzoeksopzet en becommentarieert het manuscript; tegelijk draagt zij bij aan een levendige uitwisselingen met de instellingen die bij dit project zijn betrokken.

VI. Uitkomsten

Het overkepelend onderzoek levert de volgende resultaten op:

1. een synthese, geschreven voor *zowel* een publiek van wetenschappers en professionals als een breder publiek van geïnteresseerden (zgn. hybride publicatie);
2. een slotconferentie bij presentatie van het boek;
3. enkele bijeenkomsten voor professionals in de sector (in samenspraak met de Klankbordgroep);

4. ten minste een aantal artikelen in *peer reviewed journals* en/of proceedings op conferenties;
5. een aantal wikipediapagina's over het onderwerp;
6. een aantal artikelen in Nederlandstalige tijdschriften voor (a) professionals alsmede (b) een breed publiek.

De ambitie is om voor elk van de case-studies een afzonderlijk publicatie- en activiteitenplan op te stellen, waarin wordt voorzien in publicatie van onderzoek in de vorm van een artikel, brochure of boek(je). De mogelijkheid daartoe zal evenwel zeer afhankelijk zijn van de aard van het onderzoek en de resultaten.

VII. Begroting

De begroting is opgezet volgens de generieke systematiek van Europese en Nederlandse onderzoeksfonds: de opgevoerde bedragen zijn gebaseerd op het standaardsalaris behorend bij de schaal van de onderzoeker met een bepaalde kwalificatie, plus overheadkosten en – afzonderlijk – benchfee voor reiskosten, conferenties en andere directe onderzoekskosten.

Dit wil zeggen: de aan te stellen onderzoekers dienen *gekwalificeerd* te zijn i.e. *minimaal* in de hieronder opgevoerde schaal te zitten; mocht hij/zij al langer in deze schaal zitten, dan wel in een hogere schaal, wordt het verschil tussen het *werkelijke* salaris en het volgens de begroting toegekende bedrag beschouwd als *eigen bijdrage* van het onderzoeksinstituut. De overheadkosten worden bij ERC-subsidies in de vorm van een opslag toegekend, bij NWO-subsidies vanuit de centrale universitaire middelen resp. Promotiepremies, en bij opdrachten aan het NIOD vanuit ministeries volgens een accountantgecontroleerde overheadberekening. Wij volgen hier uiteraard het laatste model, en dat gaat uit van 25.298,24 per jaar per fte.

In onderstaande begroting is nog geen rekening gehouden met een eventuele coordinator (5) voor afstemming met het veld. Het belang en de omvang van deze functie zal gedurende de komende drie jaar duidelijk worden. Daarbij zou kunnen worden uitgegaan voor een bedrag van 51.637 euro (niveau schaal 12.1).

| functie | schaal | Jaar 1 | Jaar 2 | Jaar 3 | totaal |
|---------------------------|--------|-----------------|-----------------|------------------|---------|
| Senior onderzoeker | 12.1 | 51.637 (0,5) | 52.726 (0,5) | 107.324 (1.0) | 211.687 |
| Reis- en onderzoekskosten | | 2000 | 2000 | 3000 | 7.000 |
| Onderzoeker-coordinator | 12.1 | 61.964 (0,6) | 63.271 (0,6) | - | 125.236 |
| Reis- en onderzoekskosten | | 3000 | 3000 | | 6.000 |
| Assistent-onderzoekers | 11.0 | 43.924 (0,5) | 45.094 (0,5) | - | 89.018 |

| | | | | | |
|------------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Reis- en onderzoekskosten | | 4000 | 4000 | | 8.000 |
| Senior-begeleiders | H1.0 | 6600 | 6700 | 6800 | 20.100 |
| Bijdrage aan publicatie | | | | 8000 | 8.000 |
| Seminars | | 200 | 200 | 200 | 600 |
| Slotconferentie | | | | 6.000 | 6.000 |
| Overige disseminatie-activiteiten | | | 1000 | 2000 | 3.000 |
| Totaal | | 173.325 | 177.991 | 133.324 | 484.641 |
| <i>Met loon- en prijscorrectie</i> | <i>2,5%</i> | <i>173.325</i> | <i>182.441</i> | <i>139.990</i> | <i>495.756</i> |

Nota bene