

EVELINE BUCHHEIM EN RALF FUTSELAAR

UIT ZORG VERDREVEN

Het Nederlandse Krankzinnigenwezen
tijdens de Tweede Wereldoorlog

Boom – Amsterdam

Met dank aan de Stichting Vergeten Slachtoffers voor de financiering van dit onderzoek en het Prins Bernhard Cultuurfonds voor zijn financiële bijdrage aan de publicatie.

Afbeelding omslag: Collectie Museum van de Geest, Haarlem
Ontwerp omslag en binnenwerk: Mijke Wondergem
Verzorging binnenwerk: Peter Tychon

© 2023 Eveline Buchheim en Ralf Futselaar | Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl.

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

ISBN 978 90 2445 734 2
NUR 680

www.boom.nl

Inhoud

Inleiding	(7)
1 Het Nederlandse Krankzinnigenwezen	(25)
2 Levensonwaardig leven?	(47)
3 ‘Tekortkomingen en eenig ongerief’	(71)
4 ‘Hitler krijgt aan mij nog een beste’	(97)
5 ‘Meer personeel kan ik niet missen’	(127)
6 Dubbele bezetting	(153)
7 Ziekte, honger en sterfte	(187)
8 ‘Wij gaan weer voorwaarts...’	(219)
Conclusie	(241)
Noten	(257)
Dankwoord	(273)
Bijlage 1. <i>Overzicht evacuaties Nederlandse instellingen</i>	(277)
Bijlage 2. <i>Analyse sterftecijfers Sint Anna, Sint Servatius, Dennenoord en Endegeest</i>	(285)
Literatuur	(289)
Archieven	(305)
Register	(307)

Denkt men thans bij het woord krankzinnig nog in de eerste plaats aan de geesteszieken die in de gestichten worden verpleegd? Gaan onze gedachten niet eerder uit naar de waanzinnigen die zich in de gezonde maatschappij ongestraft kunnen handhaven en door wier waanzin en rassenhaat duizenden ten onder gaan?

Fré Dommissie

Opdat er kieme...: beschouwingen over de gestichtsverpleging van geesteszieken, 1939.

Inleiding

In juni 2016 werd in Doorn een bijeenkomst gehouden met de titel *Vergeeten slachtoffers tijdens WOII in de GGZ*. Historici, vertegenwoordigers van de GGZ en mensen uit de herinneringssector kwamen bij elkaar om te spreken over het lot van de patiënten van inrichtingen in Nederland tijdens de Tweede Wereldoorlog. Het bewustzijn dat in nazi-Duitsland op grote schaal door psychiaters, verplegers en andere personeelsleden van gestichten actief was meegewerkt aan de uitroeiingspolitiek jegens psychiatrische patiënten riep de vraag op hoe er in Nederland met hen was omgegaan. Omdat bovendien veel verhalen de ronde deden over kwalijke praktijken in de Nederlandse inrichtingen in dezelfde periode, en omdat de sterftecijfers in de oorlogsjaren erg hoog waren, werd onderzoek, daar waren alle sprekers het over eens, dringend noodzakelijk geacht. Naar een aantal instellingen was al eerder onderzoek gedaan, maar een landelijk onderzoek ontbrak nog. In de jaren hierna zagen nog enkele publicaties het licht, in het bijzonder het boek *Vergeeten slachtoffers. Psychiatrische inrichting De Willem Arntsz Hoeve in de Tweede Wereldoorlog* van Marco Gietema en Cecile aan de Stegge.

Al vóór de publicatie van *Vergeeten slachtoffers* besteedden radio en televisie aandacht aan wat al snel te boek stond als een verdonkeremaand, duister verleden. Hierdoor ontstond onrust bij nabestaanden en in de politiek. Staatssecretaris Martin van Rijn pleitte voor het doen van onafhankelijk onderzoek. De pas opgerichte Stichting Vergeeten Slachtoffers slaagde erin binnen de sector voldoende geld op te halen om een onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek door het NIOD te laten uitvoeren. Dit boek is de weerslag van dat onderzoek.

Het Krankzinnigenwezen

8 Waar gaat dit onderzoek dan eigenlijk over? De naam 'GGZ' uit de titel van de bijeenkomst in Doorn bestond tijdens de oorlog nog niet. Het soort extramurale zorg waar de moderne GGZ zich op toelegt evenmin. Het gaat in dit onderzoek over mensen die tijdens de Tweede Wereldoorlog in een inrichting zaten. Zij golden als 'krankzinnig'. Dat betekende dat zij in het dagelijks taalgebruik als 'krankzinnigen' werden aangeduid en dat ze verpleegd werden in 'krankzinnigengestichten'. Dat zij, meestal gedwongen, waren opgenomen, was mogelijk op grond van de 'krankzinnigenwet'. In de praktijk was deze groep veel diverser dan de mensen die we tegenwoordig als psychiatrische patiënt of als verstandelijk beperkt zouden aanduiden. Mensen met allerlei neurologische aandoeningen of mensen met gevorderde dementie werden evenzeer als 'krankzinnig' beschouwd als mensen met een psychose of het syndroom van Down.

Tegenwoordig voelt de term krankzinnig ongemakkelijk aan. Het woord is vooral in gebruik als versterker (krankzinnig lekker) of als negatieve kwalificatie (krankzinnige bureaucratie). Het is, terecht, niet langer gebruikelijk om mensen met die term aan te duiden. Toch hebben we ervoor gekozen om de term 'Krankzinnigenwezen' te handhaven. Niet als pejoratief of archaïsme, maar simpelweg omdat deze term de patiënten, zorgverleners en instellingen omvat die tijdens de oorlogsjaren op dit gebied werkzaam waren. We hopen met deze terminologie duidelijk te maken dat, hoewel er een duidelijke verwantschap is met het heden, de krankzinnigengestichten van toen niet hetzelfde waren als de huidige GGZ-instellingen of woonvormen voor mensen met een verstandelijke beperking. De instellingen zoals we die nu kennen komen in zekere zin wel voort uit het oude Krankzinnigenwezen, maar zijn in hun moderne vorm pas lang na de Tweede Wereldoorlog ontstaan.

Het werk van het Krankzinnigenwezen in het midden van de twintigste eeuw week sterk af van het werk in de zorg zoals we dat nu kennen. Dat begon al met het personeel. Anders dan nu

werkten in instellingen vaak vele honderden jonge vrouwen. Deze leerling-verpleegsters, en recent gediplomeerde verpleegsters, vormden de ruggengraat van de organisatie. Eenmaal getrouwd, wat doorgaans de verwachting was, werden zij zonder pardon ontslagen en begon hun leven als huisvrouw. Voor de bulk van de vrouwen die een opleiding en werk zochten in de verpleging, was de inrichting dus niet alleen een beroep, maar vooral een levensfase. Voor hun dertigste waren ze meestal al weer weg. Voor de inrichtingen was het zeer aantrekkelijk om deze groep vrouwen aan zich te binden. Ze kregen weinig betaald, hadden weinig rechten en konden gemakkelijk 60 uur per week aan het werk worden gezet.

9

Een tweede verschil met tegenwoordig was de niet onaanzienlijke bedrijvigheid. Niet alleen buiten op het eigen terrein, en op de eventuele aangrenzende boerderijen, maar ook binnen de paviljoens waren veel patiënten aan het werk. Niet alle patiënten waren daarvoor even geschikt, maar dagelijkse arbeid werd, evenals wekelijkse kerkgang, gezien als bevorderlijk voor de gezondheid. Bovendien werd het vermogen om te werken van belang geacht voor de terugkeer in de samenleving. Dat met name de 'betere' patiënten ook een aanzienlijke hoeveelheid werk verzetten, zonder daarvoor noemenswaardig beloond te worden, was voor de bedrijfsvoering van de instelling natuurlijk alleen maar gunstig. Er kon een overlap bestaan tussen nut en therapie, waarbij het laatste niet altijd het belangrijkste was.

Eenmaal binnen de paviljoens zou nog een ander belangrijk verschil blijken, met name in de omgang met de patiënten. Psychofarmaca speelden nog niet de prominente rol die ze later zouden gaan spelen en veel middelen, zoals antipsychotica, waren nog niet uitgevonden. Een deel van de patiënten verbleef in zogenaamde 'onrustige' paviljoens, waar diegenen die moeilijk te handhaven waren bijeengebracht werden. Deze patiënten konden agressief zijn, zeer luidruchtig, hun kleren verscheuren, met uitwerpselen smeren en een scala aan gedragingen vertonen die, bijvoorbeeld, dagelijkse arbeid onmogelijk maakten. Om deze patiënten in bedwang te houden be-

schikten instellingen over beperkte, maar ingrijpende, vooral mechanische middelen, van badverpleging tot spanlakens. Fysieke dwang was vanzelfsprekend.

10 Crisissituaties zijn inherent aan het werken met psychiatrische patiënten. Vaak kwamen patiënten binnen naar aanleiding van gewelddadige incidenten, zoals suïcidepogingen, geweld tegen huisgenoten of brandstichting. Ook binnen de inrichting was het zeker niet ongebruikelijk dat patiënten alleen of gezamenlijk een noodsituatie creëerden. Het personeel was gewend om het hoofd te bieden aan dit soort onverwachte en acute situaties. Het uitbreken van de Tweede Wereldoorlog en de bezetting van Nederland zorgden voor een spervuur aan nieuwe crises, die nu eens niet aan de waanzin van de patiënten, maar aan de waanzin van de oorlog te wijten was.

Bezetting

De Duitse bezetting van Nederland zou hoge eisen stellen aan het improvisatievermogen en de veerkracht van het personeel, de instellingen en de patiënten. Tijdens de oorlog stierven bovendien veel meer mensen in psychiatrische instellingen dan in de jaren daarvoor. Dat gold trouwens voor meer Europese landen, vooral in nazi-Duitsland en Oostenrijk, waar honderdduizenden psychiatrische patiënten zijn vermoord of door verwaarlozing om het leven zijn gekomen. Dat betekent overigens niet zonder meer dat ook in andere landen met een hogere sterfte van moord of verwaarlozing sprake was.

Veel psychiaters in nazi-Duitsland vonden dat patiënten die een erfelijke of ongeneeslijke ziekte hadden, of niet in staat waren om een 'productief' lid van de samenleving te worden, in aanmerking kwamen voor 'euthanasie'. Hoewel het overgrote deel van de daders nooit vervolgd is, was al kort na de ondergang van het Derde Rijk algemeen bekend dat veel bewoners van instellingen tijdens het nazibewind vermoord waren. Bij de processen van Neurenberg zijn de gruwelijke moordpartijen uitgebreid aan de orde geweest en ze waren ook mede re-

den voor de executie van kopstukken zoals Hitlers lijfarts Karl Brandt.

Pas veel later, vanaf de jaren negentig van de twintigste eeuw, richtte de aandacht zich op de kwalijke rol die vooral psychiaters gespeeld hebben bij de grootschalige moordpartijen op de mensen die aan hun zorgen waren toevertrouwd. Ook de sterfte door verhongering en verwaarlozing, waar in de naoorlogse jaren vrijwel geen aandacht voor was geweest, kwam in deze tijd veel beter in beeld. Het geweld tegen patiënten bleek niet alleen het werk te zijn geweest van een relatief kleine groep fanatiekelingen die actief mensen vermoordden, maar van duizenden personeelsleden in Duitse en Oostenrijkse zorginstellingen.

11

In 2009 nam de Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde nadrukkelijk de verantwoordelijkheid voor dit gruwelijke verleden op zich. De massamoord op patiënten was niet door het regime aan de zorginstellingen opgelegd, maar kwam in belangrijke mate voort uit de sector zelf. Lang niet alle psychiaters in Duitsland waren voorstander van het vermoorden van 'hopeloze' of 'nutteloze' patiënten, maar een aanzienlijk deel was dat wel degelijk. Al lang voor de machtsovername van Hitler werd deze mogelijkheid binnen de beroepsgroep openlijk en expliciet besproken. Toen een regime aantrad dat deze visie deelde, werd de uitvoering van dit soort plannen ineens reëel. Massale moord was het resultaat.

In veel van de landen die door nazi-Duitsland bezet zijn geweest, heeft de naoorlogse discussie in Duitsland ertoe geleid dat ook daar de vraag gesteld werd of in die landen een vergelijkbare praktijk was ontstaan. Dat gebeurde aanvankelijk vooral in Frankrijk, maar in de eenentwintigste eeuw eveneens in Nederland. Specifiek is de vraag hier of de Duitse bezetting en de nazi-ideologie een gevaar vormden voor patiënten in psychiatrische instellingen. En zo ja, of hun behandelaars daar een rol bij speelden.

De expansie van het Derde Rijk betekende dat behandelaars zich moesten verhouden tot een ideologie die hun patiënten als overbodig of zelfs schadelijk zag. Of die ideologie ook tot

daden zou leiden, was allerm minst zeker, maar dat deed niets af aan de terechte zorgen. Nederlandse, Belgische en Franse psychiaters en andere zorgverleners wisten waarschijnlijk niet precies wat zich in Duitsland afspeelde, maar ze wisten wel dat de status van patiënten in Duitsland laag was en dat zij van de Duitse overheid te vrezen hadden. Dat in Nederland in de praktijk aan Duitse zijde vooral desinteresse overheerste, betekende niet dat ze zich ten onrechte zorgen hadden gemaakt.

Sterfte en oversterfte?

In de bezette landen in West-Europa is niet systematisch opgetreden tegen patiënten en bewoners van inrichtingen. Van het actief vermoorden van patiënten is in deze landen al helemaal geen sprake geweest. Alleen wie Joods was, had van directe genocidale vervolging te vrezen – zowel onder het personeel als onder de patiënten vielen door de Jodenvervolging veel slachtoffers.

Dat patiënten niet actief vermoord werden, betekende niet dat ze veilig waren. In meerdere bezette landen bleek na de bevrijding dat in veel instellingen de sterfte onder patiënten opvallend hoog was geweest tijdens de oorlogsjaren. Met name in Frankrijk leidde de sterk verhoogde sterfte al in de jaren tachtig van de vorige eeuw tot discussie over de gevolgen van nationaalsocialistische denkbeelden en opportunistische collaboratie op de levensomstandigheden van patiënten. Zelfs zonder actief vermoorden konden patiënten toch zodanig verwaarloosd zijn dat zij in groten getale om het leven kwamen. In dit boek komen we nog uitgebreid op de Franse discussie terug.

Ook in Nederland is deze vraag, zoals gezegd, aan de orde gekomen. Op basis van de cijfers die onder meer door het CBS zijn gepubliceerd, en later ook in het handboek voor de geschiedenis van de psychiatrie in Nederland *Verward van geest en ander ongerief*, is er alle reden tot zorg.¹ De toename lijkt immers veel groter te zijn geweest dan de toename van de sterfelijkheid in de Nederlandse samenleving als geheel. Omdat

de aantallen overleden patiënten en bewoners zo hoog waren, vatte het idee post dat hier sprake is geweest van *oversterfte*; het aantal overleden mensen zou zo hoog zijn dat hier een bijzondere oorzaak aan ten grondslag zou moeten liggen.

Overigens is de term *oversterfte*, zoals we in hoofdstuk 7 bespreken, niet echt van toepassing op de sterfte in de instellingen. De term *oversterfte* gaat uit van de vergelijking van de sterfte op verschillende momenten in de tijd voor dezelfde populatie. Die stabiele populatie ontbreekt in dit geval, omdat juist tijdens de oorlog de populatie in de inrichtingen sterk en snel veranderde. Dat er veel mensen overleden zijn, staat evenwel buiten kijf. Op zich is de gedachte dat de hoge sterfte in Nederland veroorzaakt zou zijn door verwaarlozing, of zelfs door vervolging, niet onlogisch.

13

Patiënten, bewoners en hun familie

Bijna tachtig jaar na de bevrijding is waarschijnlijk niemand meer in leven die tijdens de Tweede Wereldoorlog al opgenomen was. Hetzelfde geldt overigens voor hun directe nabestaanden. De meeste patiënten en bewoners hadden zelf geen kinderen, of waren bij opname al zo oud dat hun eventuele kinderen ook allang zijn overleden. Nabestaanden staan dus meestal op grote afstand, zowel in de zin van de familieband, het gaat meestal om (achter)neven en (achter)nichten, als in de tijd. Daarbij speelt ook mee dat er in sommige families zelden over het opgenomen familielid gesproken werd. Schaamte en stigma dragen, toen en nu, bij aan het buitensluiten van psychiatrische patiënten en mensen met een beperking.

Wie over instellingen schrijft, en over het leven van de mensen die er waren opgenomen, heeft vooral de beschikking over teksten van de hand van de bovenlaag: van het bestuur en de geneesheer-directeur. Gewone artsen, verplegend personeel en anderen in de instelling hebben minder sporen nagelaten, maar toch is ook van hen materiaal bewaard gebleven. Patiënten en hun familie komen in dat soort stukken wel voor, ze

zijn immers het lijdend voorwerp van de zorg, maar ze komen meestal niet zelf aan het woord. Wie onderzoek doet naar psychiatrische inrichtingen zal dus ofwel genoeg moeten nemen met een blik van bovenaf, van de mensen die het voor het zeggen hadden, of zal dieper moeten graven om te proberen dichter bij het dagelijks leven van patiënten en hun verzorgers te komen.

14 De ideale bron is natuurlijk een tekst die door een patiënt zelf geschreven is, liefst zonder al te veel inmenging van anderen. Egodocumenten (dagboeken, brieven en dergelijke) zijn voor deze groep bewoners en patiënten echter beperkt beschikbaar en niet altijd even bruikbaar. Veel patiënten en bewoners hadden beperkte uitdrukkingsmogelijkheden, ze waren lang niet altijd geletterd en door hun aandoening of handicap waren ze vaak nauwelijks in staat tot communicatie – laat staan om zich schriftelijk te uiten. Van patiënten die niet zelf schreven zijn wel observaties en soms transcripties van gesprekken bewaard, maar dat zijn indirecte weergaven, gemaakt door anderen.

Los van de vraag welke patiënten in staat waren om te schrijven, moeten we ons rekenschap geven van het feit dat anderen, meestal het personeel van de instelling, beslisten of zij van hun schrijfvaardigheid gebruik mochten maken en op welke manier. In patiëntendossiers zijn soms brieven van patiënten terug te vinden, vaak gericht aan de behandelend arts of de instelling zelf. Ook correspondenties met familie komen veel voor. Dat brieven van patiënten bestaan, betekent echter niet dat ze ooit verstuurd zijn, eerder het tegendeel. Zo bevindt zich in het archief van de psychiatrische instelling Endegeest te Oegstgeest een dossier van een man die zich de 'hertog von Fulda' noemde. Hij schreef honderden brieven, onder meer aan buitenlandse staatshoofden en andere hoogwaardigheidsbekleders. Deze brieven zijn evident niet verstuurd. Dat deze man gelegenheid had en materiaal kreeg om brieven te schrijven, betekende dus niet dat zijn 'stem' gehoord kon worden in de buitenwereld.

Hoewel veel patiënten nagenoeg stemloos waren, waren zij op veel plaatsen wel degelijk zichtbaar. Instellingen waren niet

van de samenleving afgesloten, maar waren op allerlei manieren verbonden met de gemeenschap waarin zij zich bevonden. Dat betekende niet dat alle patiënten zich vrijelijk konden bewegen. Veel mensen mochten niet, of alleen onder begeleiding, naar buiten. Toch was er veel verkeer tussen de wereld binnen de inrichting en die daarbuiten. De relatie met de omgeving zou haar waarde met name in het laatste jaar van de oorlog bewijzen, toen instellingen en hun bewoners vaker een steeds groter beroep moesten en konden doen op de plaatselijke gemeenschap.

15

Evenmin was de band met de oorspronkelijke leefgemeenschap, waar patiënten en bewoners vandaan kwamen, noodzakelijkerwijs afgesneden. Vaak konden mensen voor korte of langere tijd op vakantie of tijdens proefverlof bij familie terecht. Velen gingen een- of tweemaal per jaar terug naar huis, ook als genezing niet meer mogelijk werd geacht. De band met familie werd door instellingen zeer waardevol gevonden en er werd dan ook veel werk gemaakt van de correspondentie met familie. De zogenaamde ‘vergeten patiënten’, die geen familie hadden of door die familie genegeerd werden, waren een bron van grote zorg.²

Zeker voor patiënten die zich niet, of niet makkelijk, in taal konden uitdrukken, vormde familie een belangrijke vertegenwoordiger en belangenbehartiger. Dit gold vooral voor jongere patiënten, met ouders die nog in leven waren. Mensen die op latere leeftijd werden opgenomen hadden soms voorafgaand aan hun opname al weinig contact met hun familie, als die er al was. Overigens betekende het belang dat instellingen hechtten aan het contact met familie niet dat zij zonder meer op één lijn zaten. Naar familieleden die als ‘debiel’ of ‘onmaatschappelijk’ werden beschouwd, werd nauwelijks geluisterd. Zulke familieleden stuurden vaak wel brieven, en hadden in die zin wel een stem, maar ze kregen bij instellingen weinig gedaan en werden vaak niet serieus genomen. Stem is niet altijd macht.

Voor historici is onderzoek naar mensen die zelf weinig aan het woord komen niet alleen moeilijk, maar ook riskant. Het gevaar bestaat immers dat zij door het gebrek aan informatie

figuranten kunnen worden. Het is verleidelijk om patiënten van wie we weinig uit de eerste hand weten, te reduceren tot passieve slachtoffers. Als mensen geen stem hebben kan hun leed makkelijk veronachtzaamd worden, maar net zo makkelijk worden verabsoluteerd. Juist omdat de patiënten en bewoners zelf geen enkele stem hebben of hadden, kunnen zij dus gemakkelijk deel gemaakt worden van een selectieve of tendentieuze geschiedschrijving. De Franse historicus Isabelle von Bueltzingsloewen heeft gewezen op het gevaar van dramatische verhalen die kritiekloos worden opgenomen in het historisch bewustzijn, en geïncorporeerd in herdenkingen, zonder een basis van degelijk onderzoek. In de context van het Franse oorlogsverleden stelt zij dat het slachtofferschap van patiënten minstens zozeer is 'geconstrueerd' als 'geconstateerd'.³

Door onderzoek te doen naar de ervaringen van patiënten en bewoners in het verleden komen we al snel op het terrein van de herinnering en herdenking. In veel instellingen in Nederland zijn oorlogsmonumenten opgericht die patiënten en personeelsleden herdenken die in de oorlogsjaren zijn overleden. Soms worden patiënten daar met naam vermeld. Hetzelfde geldt voor websites en andere publicaties, die met foto's, geboorte- en sterfdata, namen en toenames patiënten aan de openbaarheid presenteren. De wens om mensen uit het verleden te benoemen en te vermelden is een belangrijk deel van de hedendaagse omgang met het oorlogsverleden, en dat is ook in de geschiedenis van de psychiatrie te merken.

De behoefte om stemloze patiënten uit het verleden te herdenken of ten minste uit de vergetelheid te halen, staat echter op gespannen voet met het recht op privacy. De Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) uit 1994 stelt ondubbelzinnig dat het recht op geheimhouding van medische gegevens 'onvervreemdbaar' is.⁴ Dat wil zeggen dat dat recht altijd geldt, ook decennia na het overlijden van de patiënt, en ook wanneer diens nabestaanden van mening zijn dat de bescherming mag worden opgeheven. We hebben in dit boek daarom geen eigennamen van patiënten opgenomen en evenmin tijdens het onderzoek verzameld. Dit heeft,

naast de door de wet geëiste bescherming, het voordeel dat wij toegang hebben kunnen krijgen tot informatie die, juist vanwege de bescherming van de privacy, meestal niet kan worden ingezien door onderzoekers. Dit geldt met name voor patiëntendossiers.

De strikte toepassing van privacybescherming stelt ons dus in staat om materiaal te gebruiken dat veel andere onderzoekers niet, of niet op die schaal, hebben kunnen gebruiken.⁵ Beschermd patiëntengegevens, variërend van briefwisselingen tot obductierapporten, geven een gelaagder beeld van het leven in een instelling. Niet alleen de officiële verslaglegging door directeuren en andere gezagsdragers, maar ook de sporen van het dagelijks en persoonlijk leven kunnen daardoor het onderzoek verrijken.

17

Wij hanteren overigens een vergelijkbare, relatief strikte omgang met beeldmateriaal. Veel archieven van psychiatrische instellingen bevatten foto's van patiënten, die soms wel, soms niet aan een naam gekoppeld kunnen worden. Wat de meeste van deze foto's gemeen hebben, is dat ze niet met toestemming van de patiënt zijn genomen of bewaard. Ook hier is de privacy in het geding. Hoewel het begrijpelijk is dat mensen behoefte hebben aan de aanschouwelijkheid van (fotografisch) beeld, ligt de dreiging van plat voyeurisme bij psychiatrische patiënten eveneens op de loer. Hoewel het in historische werken en erfgoedinstellingen vrij gebruikelijk is om dergelijke foto's zonder meer te tonen, hebben wij besloten daar in dit boek van af te zien.⁶

Aanpak

Dit onderzoek naar psychiatrische inrichtingen vergt een brede benadering. Het gaat zowel om de ontwikkeling van de biologische levensstandaard in instellingen – konden de primaire levensbehoeften gegarandeerd worden – als om vragen over cultuur, macht en mondigheid. Daarbij is voorzichtigheid geboden. Instellingen waren geen waardevrije huls waarbinnen

anonieme medewerkers voor afhankelijke patiënten zorgden. Gestichten waren meestal opgericht om vanuit een expliciete levensbeschouwelijke visie op zowel de patiënt als de samenleving zorg te dragen voor kwetsbare mensen. Het was dus uitdrukkelijk niet de bedoeling om, zoals heden ten dage, volgens *evidence based* protocollen patiënten te behandelen.

18 Bestuurders en personeelsleden van instellingen zagen zich als beschermers en behandelaars, en soms ook als opvoeders, van patiënten, maar tevens als hoeders en opvoeders van een deel van hun personeel. De instellingen waren daarmee plaatsen voor zorg en werk, voor onderwijs en opvoeding, voor leven en sterven. Allemaal tegelijk, zowel voor, tijdens als na de oorlog en altijd doordeesemd van de eigen ideologische achtergrond. De diversiteit van het overgeleverde materiaal weerspiegelt de vele functies en ambities van de verschillende inrichtingen op verschillende momenten in de tijd.

In Nederland vielen meer dan dertig instellingen onder het 'Krankzinnigenwezen'. Deze instellingen, de Rijksoverheid en vooral de inspecteurs van het Krankzinnigenwezen hebben een grote, maar ongelijkmatige verzameling archieven nagelaten. Die gegevens liggen verspreid over Nederland en zijn niet altijd toegankelijk of zelfs maar geïnventariseerd. Voor dit onderzoek naar de lotgevallen van patiënten, bewoners en personeelsleden tijdens de bezettingsjaren, is dus enerzijds veel te veel materiaal beschikbaar, maar blijven anderzijds grote lacunes onvermijdelijk.

Hoe nu al deze vragen en archieven te benaderen? In de eerste plaats vormt de oorlog vanzelfsprekend de context. Hoewel ook tijdens de bezetting het werk tot op zekere hoogte 'gewoon doorging', hadden de voortdurend veranderende oorlogsomstandigheden onmiskenbaar en onvermijdelijk invloed. Die invloed deed zich gelden in praktisch opzicht, bijvoorbeeld door gebrek aan textiel of brandstof, maar ook in ideëel en politiek opzicht. De machtsverhoudingen in de samenleving waren radicaal gewijzigd, de individuele speelruimte werd ingeperkt en opvattingen die voordien weinig aanhang of waardering genoten, werden in het centrum van de macht geplaatst.

Macht en ideologie hebben ook grote weerslag gehad op de bronnen die voor dit onderzoek zijn gebruikt, hoe ze zijn ontstaan, en of ze zijn bewaard. Het is, ook zonder oorlogsomstandigheden, van belang te bedenken dat vrijwel de gehele papieren erfenis van de psychiatrie is gemaakt en bewaard door de machtigste mensen binnen het systeem. Artsen spreken over verpleegsters, verpleegsters over patiënten, leidinggevenden over ondergeschikten. Door de oorlog kwam daar een extra versturende laag van machtsverhoudingen bij.

Overigens heeft ook de naoorlogse bewaarpraktijk sporen nagelaten. In een aantal gevallen is de historische administratie netjes gearchiveerd, en volgens de regels ontsloten en opgeslagen in archiefinstellingen. In andere gevallen zijn grote delen van archieven verloren gegaan, of slechts bij toeval bewaard. In sommige instellingen liggen gegevens tot op de dag van vandaag verspreid over kantoren, zolders en kelders in daarvoor ongeschikte kasten en soms in kartonnen dozen of plastic tasje. Het is nog maar de vraag hoelang deze documenten bewaard zullen blijven en of ze kunnen overleven.

Om binnen de tijd die beschikbaar was de hoeveelheid materiaal het hoofd te bieden, hebben we er in dit onderzoek voor gekozen om voor vier locaties de patiëntendossiers te onderzoeken en een reconstructie te maken van de hele populatie. Het gaat daarbij om de gereformeerde instelling Dennenoord in Zuidlaren, de katholieke instellingen Sint Anna en Sint Servatius in Venray, de openbare instellingen Rhijngeest, Voorgeest en Endegeest in Oegstgeest en de Dr. Mr. Willem van den Bergh Stichting 'voor de opvoeding van idiote en achterlijke kinderen' in Noordwijk. Daarmee zijn de belangrijkste zuilen, de verschillende vormen van zorg en de verschillende delen van Nederland min of meer vertegenwoordigd. Dat deze instellingen, zowel kwantitatief als kwalitatief, gedetailleerd zijn onderzocht, betekent overigens niet dat de overige buiten beschouwing zijn gelaten.

Naast het gedetailleerde onderzoek naar de patiënten, hun lotgevallen en hun ervaringen hebben we uitgebreid onderzoek kunnen doen naar de sociale en de machtsverhoudingen

in het Nederlandse Krankzinnigenwezen. Personeel reageerde, net als patiënten en hun families, voortdurend op de veranderingen die de oorlog teweegbracht. Voor sommigen waren de omstandigheden nadelig, voor anderen bood de oorlog wel degelijk kansen en mogelijkheden.

20 We hebben, voor zover mogelijk, geprobeerd inzicht te krijgen in de persoonlijke belevingswereld van de mensen die in en rond de inrichtingen leefden of werkten. Egodocumenten zoals brieven en dagboeken zijn daarbij onmisbaar. Deze bronnen zijn schaars, maar van grote waarde. Juist voor het duiden van de dagelijkse praktijk schieten zowel de afstandelijke kwantitatieve analyse als de organisatorische of institutionele bronnen tekort. De meestal nogal positieve zelfevaluaties van zorginstellingen vertellen ons weinig over de angsten, de zorgen en de ervaringen van patiënten en personeel.

De sociaalhistorische interpretatie van discursieve bronnen, zoals brieven, rapporten en dagboeken, staat niet los van de kwantitatieve reconstructie van de patiëntenpopulaties en het personeel. Zeker wanneer de verschillende instellingen in Nederland worden vergeleken, in welk opzicht dan ook, is de samenstelling van de bevolking een belangrijke variabele. Dit geldt ook, en misschien nog sterker, voor het verbinden van de lotgevallen van de instellingen met die van de Nederlandse samenleving als geheel. Juist in dit onderzoek, dat de invloed onderzoekt van een maatschappelijke verandering op een deel van het zorgstelsel, en dus niet een verandering van het zorgstelsel als zodanig, is vergelijkbaarheid en contextualisering voortdurend noodzakelijk. Ook buiten de instellingen liep de sterfte op en grepen infectieziekten om zich heen, verdwenen geijkte machtsverhoudingen en veranderde de arbeidsmarkt.

Vraagstelling

De vraag waarmee dit onderzoek, en in zekere zin de maatschappelijke discussie over psychiatrie tijdens de Tweede Wereldoorlog, begon, is die naar de sterfte onder patiënten en