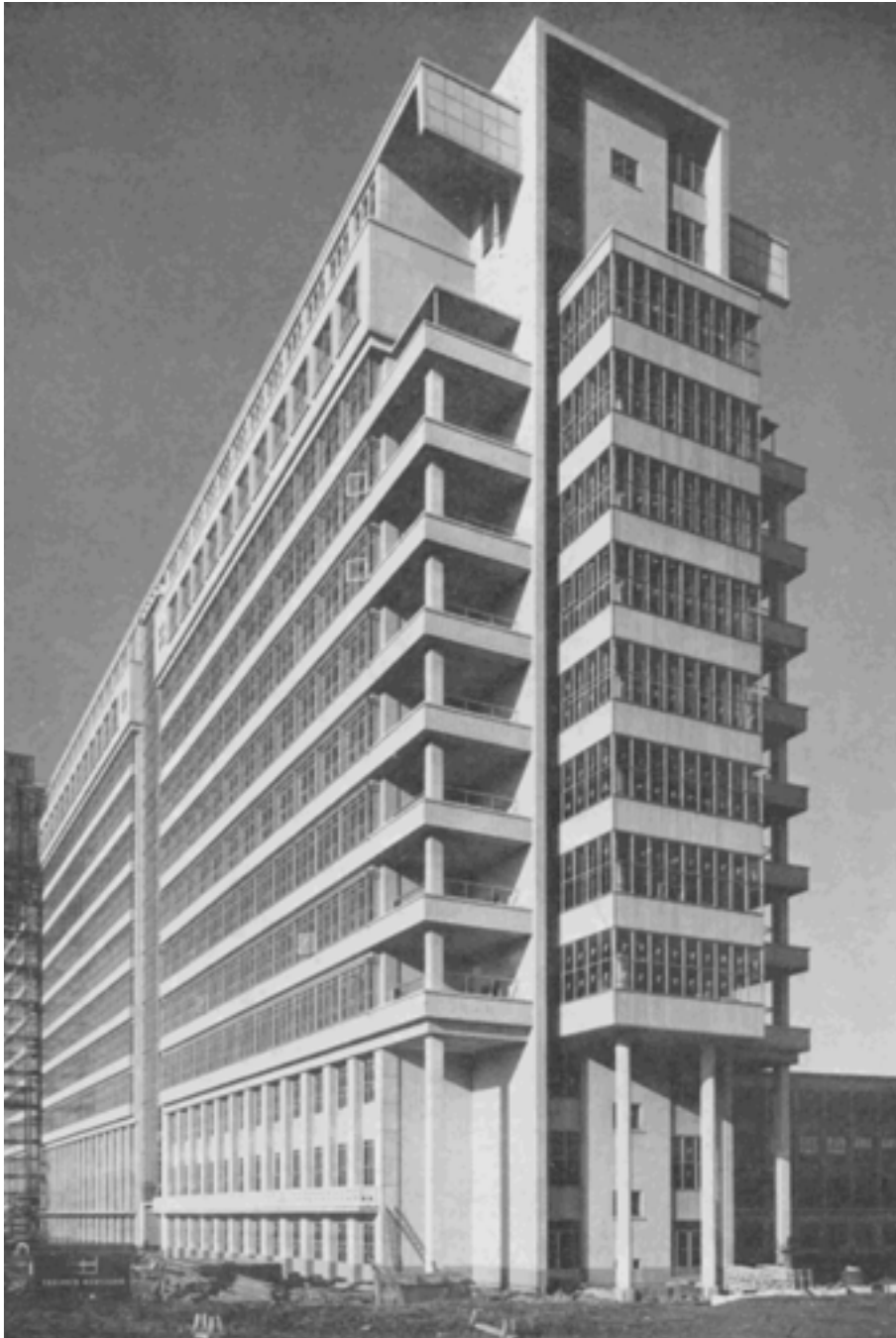

Ziekenhuizen

CATEGORIAAL ONDERZOEK WEDEROPBOUW 1940-1965

Eva Wijdeveld



JANUARI 2006/ZEIST

**In opdracht van het Projectteam Wederopbouw van de Rijksdienst voor de
Monumentenzorg**

HOOFDSTUK 1 INLEIDING EN METHODIEK	03
1.1 Kader	03
1.2 Methodiek	04
HOOFDSTUK 2 ONTWIKKELINGSSCHETS	07
2.1 Gezondheidszorg	07
2.2 Overheidsbemoeyenis	08
2.3 Regionale spreiding	09
2.4 De ontwikkeling van de ziekenhuisbouw	10
2.5 De plattegrond	14
2.6 Architectuur	20
2.7 Stedenbouwkundige ontwikkeling	21
2.8 Ontwikkeling na 1965	22
HOOFDSTUK 3 PRESELECTIE EN TOETSING	24
3.1 Bronnen	24
3.2 Waarderingscriteria	24
3.3 Selectiemethode	25
3.4 Inventarisatie en preselectie	25
3.5 Huidige situatie	27
BIJLAGEN	29

Hoofdstuk 1 Inleiding en methodiek

1.1 KADER

De Rijksdienst voor de Monumentenzorg (RDMZ) startte in 2001 een meerjarig onderzoeksproject dat ten doel had een landelijk referentiekader voor het gebouwde erfgoed uit de wederopbouwperiode (1940-1965) te verkrijgen. Eén van de onderdelen van dit project is een reeks categoriale studies. Omdat veel informatie over de naoorlogse architectuur is vastgelegd in boeken, tijdschriften en archieven, heeft de RDMZ in afwijking van het Monumenten Inventarisatie Project (1850-1940), waarbij de gebouwde omgeving gebiedsgewijs (per gemeente) werd geïnventariseerd, gekozen voor een aanpak waarbij de objecten allereerst per categorie worden bestudeerd op basis van de literatuur en tijdschriftartikelen. De volgorde waarin de categorieën worden onderzocht, is onder andere afhankelijk gesteld van actuele ontwikkelingen, de mate van bedreiging en de importantie of representativiteit van de bouwcategorie voor de wederopbouwperiode. De resultaten van alle categoriale studies worden uiteindelijk voorgelegd aan provincies, gemeenten en vakorganisaties, zodat lacunes in het overzicht kunnen worden aangevuld. Na afronding van de categoriale inventarisatieonderzoeken zal de RDMZ overgaan tot de vervolgfase van selectie en bescherming van het vroeg-naoorlogse erfgoed. Hiervoor dient het beleidskader nog te worden vastgesteld.

Het onderzoek naar de ziekenhuizen uit de periode 1940-1965 is uitgevoerd door architectuurhistoricus Eva Wijdeveld, die als interne onderzoeker is verbonden aan het Projectteam Wederopbouw van de RDMZ.

De methodiek voor het onderzoek naar objecten van diverse categorieën gebouwen uit de wederopbouwperiode is vastgelegd en beschreven in de reeds eerder genoemde nota *Richtlijnen Categorieaal Onderzoek Wederopbouwobjecten 1940-1965*, die voort zijn gekomen uit het in 1999 opgestelde *Plan van Aanpak Wederopbouw 1940-1965 RDMZ*. Naar aanleiding van de integrale pilotstudies naar scholen, raadhuisen en kerken is de methodiek in maart 2003 aangepast, en is onderscheid aangebracht tussen integraal en beknopt te onderzoeken categorieën. Naast kleinere of eenduidige bouwcategorieën kan de beknopte aanpak ook worden toegepast op categorieën die door derden zijn beschreven en geïnventariseerd en eerder in boekvorm zijn gepubliceerd. Onder deze laatste categorie valt ook de studie naar ziekenhuizen, die vanwege zijn eenduidigheid en beperkte omvang in aanmerking komt voor een dergelijke beknopte onderzoeks aanpak. Alle categoriale studies worden volgens dezelfde, in de *Richtlijnen* beschreven methodiek aangepakt: de volgens de niet-integrale werkwijze onderzochte categorieën hebben echter een beknopter eindproduct als resultaat dan die van de integrale studies. In tegenstelling tot de integraal onderzochte

categorieën wordt voor de beknopt verrichte studies geen onderzoeksbegeleidingscommissie ingesteld. De voorselectie wordt verricht door de onderzoeker, Eva Wijdeveld, in samenwerking met de projectcoördinator Wederopbouw, Anita Blom.

LEESWIJZER

Onderhavig rapport vormt de weerslag van het categoriale onderzoek naar de Nederlandse ziekenhuizen uit de wederopbouwperiode. Het eerste hoofdstuk schetst het bredere kader van het onderzoeksproject Wederopbouw, en de methodiek, afbakening en opbouw van de categoriale studie naar ziekenhuizen. In het tweede hoofdstuk wordt een beknopte ontwikkelingsschets van de gebouwcategorie voor en na de Tweede Wereldoorlog gegeven. Een overzicht van de in de periode 1940-1965 nieuwgebouwde ziekenhuizen en een toelichting op de preselectie van de meest behoudenswaardige ziekenhuizen uit de wederopbouwperiode is opgenomen in hoofdstuk 3.

In de bijlagen is naast bronvermelding van literatuur en afbeeldingen onder andere een beschrijving van de werking en indeling van de Wederopbouw-databank opgenomen (zie verderop in dit hoofdstuk).

1.2 METHODIEK

DOELSTELLING

Het onderzoek dat de RDMZ verricht naar de gebouwde omgeving uit de wederopbouwperiode, heeft een vierledig doel:

- Het verkrijgen van een landelijk en representatief overzicht van objecten uit de wederopbouwperiode dat toegankelijk is voor RDMZ-medewerkers en een aantal geselecteerde externe gebruikers;
- Het leggen van een basis voor een wetenschappelijk verantwoord, centraal geleid en uitgevoerd selectie-, registratie- en beschermingsbeleid (na 2004);
- Het vergroten en verbreden van draagvlak door het verspreiden van kennis;
- Het stimuleren en bevorderen van beleidsbeïnvloeding en alliantievorming vanuit cultuurhistorisch perspectief.

Het onderzoek naar de ziekenhuizen uit de wederopbouwperiode is landelijk dekkend verricht: dit was mogelijk vanwege de beperkte omvang van de gebouwcategorie.

AFBAKENING

In het *Plan van Aanpak* uit 1999 wordt de volgende definitie voor de term Wederopbouw gegeven: 'Het erfgoed van de Wederopbouw omvat de resultaten van (steden)bouwkunst, landinrichting, interieurarchitectuur en monumentale kunst uit de periode 1940-1965'.

Voor het objectgerichte onderzoek is in de nota onderscheid gemaakt in elf hoofdcategorieën, die op hun beurt zijn onderverdeeld in subcategorieën. Deze hoofdcategorieën zijn gebaseerd op de verdeling zoals gehanteerd in de

Geïllustreerde Beschrijvingen. Onderhavig onderzoek heeft uitsluitend betrekking op functie *Ziekenhuizen* binnen de subcategorie *Gezondheidszorg* van de hoofdcategorie *Cultuur, Gezondheid en Wetenschappen*. Binnen het onderzoeksterrein vallen de in de periode 1940-1965 nieuwgebouwde, of in genoemd tijdvak ontworpen maar later uitgevoerde ziekenhuizen. Niet alle gebouwtypen die tot de gezondheidszorg behoren zijn onderzocht. De gebouwen die bestaan uit een polikliniek, een behandelhuis, een beddenhuis en een zusterhuis worden in dit onderzoek meegenomen. De sanatoria, psychiatrische ziekenhuizen, verpleeghuizen, huizen voor gestoorde bejaarden, kinderdagverblijven, verpleeghuizen voor chronisch zieken en herstellingssoorten vallen buiten de selectie.

WERKWIJZE

Onderscheid tussen integraal en beknopt verrichte studies ligt hoofdzakelijk op het gebied van detaillering en nuancering. De hieronder beschreven indeling geldt zo op grote lijnen voor alle in het kader van het Project Wederopbouw verrichte categoriale studies.

(LITERATUUR-)ONDERZOEK

De eerste onderzoeksfase bestaat uit het bestuderen van algemene en categoriespecifieke literatuur uit en over de wederopbouwperiode, alsmede artikelen in algemene en categoriespecifieke vaktijdschriften uit de wederopbouwperiode. Met deze insteek gaat de RDMZ uit van de veronderstelling dat bijna alle landelijk belangwekkende objecten in de genoemde literatuur vermeld zijn.

In tegenstelling tot de overvloedige algemene literatuur over de wederopbouw, bestaat er één handboek dat specifiek over naoorlogse ziekenhuizen handelt: N. Mens en A. Tijhuis, *De architectuur van het ziekenhuis, transformatie in de naoorlogse ziekenhuisbouw in Nederland*. De verdere voor dit onderzoek relevante literatuur is afkomstig uit de bibliotheek van de Rijksdienst voor de Monumentenzorg. Onder andere werden alle nummers uit de periode 1940-1965 doorgenomen van de bladen *Bouw*, *Bouwkundig Weekblad*, *Forum* en *Katholiek Bouwblad/ Wonen (TABK)* en *Publieke Werken*.

ONTWIKKELINGSSCHETS EN DATABANK

Zoals beschreven in het *Plan van Aanpak* wordt per categoriale studie een algemene inhoudelijke schets over de ontwikkeling van het onderzochte bouwtype samengesteld. Daarnaast worden de uit de vakbladen verkregen relevante tekstuele objectgegevens ingevoerd in de, speciaal voor dat doel gebouwde, digitale databank. In de Wederopbouwdatabank wordt, naast identificatiegegevens, ook informatie opgenomen over ambachtslieden, bouwactiviteit, bouwjaren, oorspronkelijke en huidige functie en eventuele monumentale kunstwerken. Ook worden in de databank de geraadpleegde bronnen vermeld, die in de meeste gevallen verwijzen naar de verzamelde tijdschriftartikelen. Per categoriale studie zijn uit de eerder genoemde vakbladen de jaargangen 1940-1965 doorgenomen, waarbij voor onderhavig onderzoek alle artikelen over ziekenhuizen werden gekopieerd en op plaatsnaam gebundeld. Het totaal aan de uit de tijdschriften verkregen en in

de Databank ingevoerde objecten vormt de zogenaamde groslijst. Voor de categorie ziekenhuizen bestaat deze uit 100 objecten. Hieruit is door het projectteam Wederopbouw een preselectie van meest behoudenswaardige ziekenhuizen gevormd, waar in de volgende paragraaf nader op zal worden ingegaan. Een nadere toelichting op de structuur, werking en inhoud van de databank is opgenomen in bijlage 5.

(PRE-)SELECTIE

Tegen de achtergrond van de hierboven genoemde groslijst en de inhoudelijke schets over de ontwikkeling van het ziekenhuis in Nederland, zijn de landelijke waarderingscriteria op basis van die voor het MIP/MSP (1850-1940) opnieuw geformuleerd en toegespitst op de naoorlogse ziekenhuizen (zie hoofdstuk 3 en bijlage 3). Aan de hand van deze waarderingscriteria is een preselectie van meest behoudenswaardige objecten of complexen gemaakt, die bestaat uit 16 ziekenhuizen.

VELDWERK

Mede op basis van de ervaringen uit de pilotstudies, is besloten voorlopig af te zien van het in het *Plan van Aanpak* beschreven onderdeel veldwerk, voornamelijk vanwege de thans beschikbare tijd. Actualisering van de preselectie door veldwerk kan op korte termijn achterhaald zijn en zal daarom beter plaatsvinden kort voor het moment waarop de resultaten worden voorgelegd aan provincies, gemeenten en steunpunten.

RAPPORTAGE

In het *Plan van Aanpak* is vastgelegd dat in de laatste fase van het onderzoek alle resultaten worden samengebracht in een eindrapportage. De opzet, structuur en format van dit rapport is voor de categoriale studies identiek en bestaat achtereenvolgens uit een methodische inleiding met afbakening van de onderzochte categorie, inleidingen over de ontwikkeling van het bouwtype voor en na de Tweede Wereldoorlog, een inventarisatie van objecten in een databank (groslijst) en een overzicht van meest behoudenswaardige gebouwen of complexen (de preselectie).

De complete inventarisatie is te raadplegen in de digitale Wederopbouw-databank van de RDMZ en maakt in papieren vorm geen onderdeel uit van dit rapport. De databank is te raadplegen via www.monumentenzorg.nl. Wel is een objectenlijst van de ingevoerde ziekenhuizen in bijlage 4 opgenomen. De voorgeselecteerde en meest behoudenswaardige ziekenhuizen zijn hier gemarkeerd. Deze lijst heeft nadrukkelijk géén juridische status. De preselectie is eerder een overzicht van karakteristieke en meest behoudenswaardige toonbeelden van ziekenhuizen uit de periode 1940-1965 op basis van bureauonderzoek, en geldt als basis voor vervolgonderzoek, waardering en selectie. In samenwerking met decentrale instanties zal een en ander op termijn moeten leiden tot bijstelling en aanvulling van de hier door het projectteam Wederopbouw gemaakte preselectie en in de toekomst tot een selectie van potentiële rijksmonumenten.

Hoofdstuk 2 Ontwikkelingsschets

2.1 GEZONDHEIDSZORG

De geneeskunde in Nederland ontwikkelde zich vanaf de middeleeuwen geleidelijk van een vorm van kwakzalverij in een meer natuurwetenschappelijke richting. Vanaf de zestiende eeuw werd het medisch handelen vooral verricht door de apotheker en de barbier-chirurgijn. Ontdekkingen in de negentiende eeuw, die van belang waren voor de behandeling van patiënten, waren de introductie van de cellulaire pathologie: het ziekteproces speelt zich af in de cellen, de ontdekking door Louis Pasteur van de bacteriën als ziektekiemen en de introductie van de röntgendiagnostiek in 1895. Rond de eeuwwisseling naar de twintigste eeuw veranderde de geneeskunde van het in leven houden naar het gezond maken en houden van de patiënt. De chirurgie kon zich gaan ontwikkelen door de introductie van antisepsis, de narcose en de invoering van bloedtransfusie (1900).

De ziekenverzorging werd in de middeleeuwen vooral uitgevoerd door kloosterlingen in de door bisschoppen gestichte gasthuizen. Ook ontstonden vanuit de burgerij verpleegorden welke zich vooral richtten op de pest of andere besmettelijke ziekten. Na de reformatie raakte de ziekenverzorging door kloosterlingen in verval. De gegoede burgerij werd tot 1900 bij ziekte thuis verzorgd. De overheid hield zich niet bezig met de algemene gezondheidszorg en bekostigde alleen ziekenzorg als deze in dienst stond van het militaire apparaat. De verandering in denkwijze binnen de medische wereld zorgde in de negentiende eeuw voor het ontstaan van verschillende behandelmethoden. Met de ontwikkeling in de medische technologie, zoals het röntgenapparaat (1895) en de dampsterilisatie, ontwikkelde het gasthuis zich tot een ziekenhuis met kostbare technologie en ‘moderne’ medische behandelmethoden. De gegoede burgerij maakte inmiddels ook gebruik van het ziekenhuis. Door toename van de kosten voor de medische technologie nam in de jaren twintig en dertig van de twintigste eeuw de bereikbaarheid van de ziekenverzorging en medische behandelingen voor de armen echter af. Door het groeiende belang van goede elektrische, medische apparatuur nam het aantal en de grootte van de laboratoria toe.

Tot de jaren vijftig van de twintigste eeuw kon opleiding tot arts in vier academische ziekenhuizen gevolgd worden. Het behandelen en het genezen van zieken was in deze ziekenhuizen echter een bijzaak. De academische ziekenhuizen waren verbonden met de universiteiten van Leiden, Amsterdam, Utrecht en Groningen en leverde voornamelijk lesmateriaal voor wetenschappelijk, medisch onderzoek. De verbeterde behandelingen bestreed steeds meer aandoeningen waardoor de levensverwachting van de patiënten steeg. Door de toename van patiënten en het aantal behandelingen,

nam de vraag naar goed opgeleide verpleging en opgeleide artsen toe. In 1965 breidde het aantal academische ziekenhuizen uit tot zeven. De protestante Vrije Universiteit in Amsterdam, de Katholieke Universiteit in Nijmegen en de Erasmus Universiteit in Rotterdam startten ook academische ziekenhuizen.

De specialisten die niet verbonden waren met een academisch ziekenhuis bundelden zich in poliklinieken. Dit had tot voordeel dat de patiënt op één plaats alle benodigde medische zorg kon krijgen en dat alle dure apparatuur bij elkaar stond. De hoge kosten voor het personeel en de apparatuur nam het ziekenhuis over waardoor het ziekenhuis een medisch bolwerk of medisch centrum werd, waar ook het medisch onderzoek zich kon uitbreiden en specialiseren. De verpleegduur per patiënt nam af en het aantal te behandelen patiënten nam toe. De behandelafdeling en de polikliniek groeiden snel. Naast de toename van het aantal patiënten en het personeel groeide ook het aantal bezoekers. Twee keer per dag bezochten grote groepen familieleden en bekenden de zieken die in het beddenhuis werden verpleegd. Het functioneren van het ziekenhuis werd door deze grote groepen mensen steeds belangrijker.

De snel op elkaar volgende medische veranderingen en de toename van het aantal gebruikers van het ziekenhuis had een direct effect op de gebouwen. De nieuw gebouwde ziekenhuizen bleken soms bij oplevering al aan aanpassingen toe. Dit resulteerde in constante verbouwingen van voornamelijk de operatiekamers, de röntgenafdeling en de laboratoria. In de jaren zeventig resulteerde de schaalvergroting en de vernieuwingen voor de sluiting van de kleine ziekenhuizen.

2.2 OVERHEIDSBEMOEIENIS

Met de Wet op het Geneeskundig Staatstoezicht uit 1865 legde de staatsman Dr. Mr. J.R. Thorbecke (1798-1872) de basis voor de overheidsbemoeienis in de Nederlandse gezondheidszorg. De wet zorgde voor een professionalisering van het artsenberoep. Medisch toezicht kwam in handen van de overheid en had tot doel misstanden te constateren en preventieve maatregelen te nemen, zoals het verbeteren van de drinkwaterkwaliteit en de volkshuisvesting. Dit staatstoezicht op de medische zorg vond op verschillende niveaus plaats: landelijk, provinciaal en plaatselijk. Tot de tweede wereldoorlog bleef de uitvoering van de gezondheidszorg echter in particuliere handen. Van coördinatie was geen sprake. Het grootste deel van de arbeiders was aangesloten bij een ziekenfonds. Pas met het door de Duitsers ingevoerde ziekenfondsbesluit uit 1941 begon de sociale ziekteverzekering. Dit ziekenfonds was alleen bedoeld voor werknemers die minder dan 3000 gulden per jaar verdienden. De vergoeding van de kosten van de huisarts, apotheker breidde zich uit tot de specialist, tandarts en zes weken ziekenhuisopnamen per jaar. Sinds 1964 is de werknemersverzekering geregeld in de Ziekenfondswet (ZFW), dit is een verplichte verzekering voor werknemers met een loon beneden de jaarlijks vastgestelde loongrens. In 1966

stelde de overheid een voor iedereen verplichte volksverzekering in: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten¹.

Het tekort aan ziekenhuizen was na de oorlog nijpend. Voordat in de jaren vijftig begonnen werd met de nieuwbouw van ziekenhuizen gebruikte men barakken, Zweedse paviljoens, kantoor- en opslagruimtes. Omdat de vraag naar nieuwe ziekenhuizen hoog was, voorzag de overheid een grote en ongecoördineerde bouwproductie. Om deze productie en de kosten in de hand te houden en invloed te hebben op de kwaliteit, kwam het ministerie van Wederopbouw en Volkshuisvesting met een aantal plannen. Met het invoeren in 1950 van een Bouwprogramma en de Wederopbouwwet stelde het ministerie een bouwverbod in². Hierdoor was voor het bouwen van een nieuw ziekenhuis een ontheffing van rijkswege vereist. Deze ontheffing bleek zeer gewild en moeilijk te verkrijgen. Een speciaal ingestelde ziekenhuiscommissie adviseerde vanaf 1947 de minister over behoefte aan nieuwbouw en beoordeelde de ingediende bouwplannen. Het einde van de schaarste in materialen en de toename van het aantal bouwvakarbeiders begin jaren vijftig resulteerde in het verdwijnen van de noodzaak voor een door het ministerie bewaakt bouwprogramma. Door deze liberalisatie hield de ziekenhuiscommissie zich vanaf 1953 alleen nog bezig met de bouwplan-advisering over de gebouwen zelf.

Om een nieuwbouwproject financieel te ondersteunen stelde de overheid in 1950 de Rijksfinancierings- en garantieregeling in. Met deze regeling sprong de overheid de investeerder bij tot een maximum van 3/7 van de investeringskosten. Voor de financiering van de rest van de kosten stond de overheid met de Rijksgarantieregeling garant. De groei van de economie in de jaren vijftig resulteerde in 1957 in het afschaffen van de Rijksfinancieringsregeling. De Rijksgarantieregeling bleef ook na 1957 van kracht. Met de te verwachte sterke groei van het aantal patiënten en het aantal ziekenhuisbedden drong de Sociaal Economische Raad (SER) in 1961 aan op de Ziekenhuisbouwwet. Deze wet moest een ongebreidelde nieuwbouw van ziekenhuizen tegengaan en werd pas in 1971 bekrachtigd onder de naam Wet Ziekenhuisvoorzieningen.

2.3 REGIONALE SPREIDING

Door de vele particuliere initiatieven binnen de gezondheidszorg was voor de Tweede Wereldoorlog geen sprake van enige gereguleerde spreiding in de ziekenhuisbouw. Na de oorlog wilde de overheid de verdeling van de ziekenhuizen gaan coördineren. In navolging van regionale verdelingen in

¹ De AWBZ is voor 'onverzekerbare risico's' zoals ziekenhuiskosten voor een langdurig verblijf, verpleeginrichtingen en zwakzinnigeninrichtingen. Mens, p. 112.

² Dit bouwverbod voor ziekenhuizen bleef, met een onderbreking tussen 1965 en 1971, gehandhaafd tot 1998, Mens, p. 56.

Zweden en de Verenigde Staten, probeerde het plan-Slettenaar³ (1950) Nederland in te delen in stedelijke-, halfstedelijke en plattelandsregio's. In de stedelijke regio's ontstonden hierdoor meer ziekenhuizen, dan in het buitengebied. De ervaringen in het buitenland leerde dat de verdeling van ziekenhuizen naar grootte en aantal specialismen een methode was om het ziekenhuis voor de gehele bevolking bereikbaar te maken. Kleine ziekenhuizen verrichtten kleine medische handelingen, terwijl de grote ziekenhuizen diverse specialismen onderbracht. In Nederland bleek een regionale spreiding onbruikbaar. De verzuiling van het land stond een regionale spreiding, zoals het plan-Slettenaar, in de weg. De katholieke en protestanten ziekenhuizen voerden een strijd om het toewijzen van het aantal ziekenhuisbedden. De inmiddels ingestelde ziekenhuiscommissie, die de spreiding zou kunnen coördineren, hield in haar advisering geen rekening met een vooropgesteld plan voor ziekenhuisspreiding. De commissie adviseerde alleen maar over de ingediende bouwplannen. Pas in de jaren zeventig is een nieuwe poging ondernomen de ziekenhuizen regionaal te verdelen.

2.4 DE ONTWIKKELING VAN DE ZIEKENHUISBOUW

Tot 1880 was de aandacht voor de ziekenhuisbouw op het buitenland gericht, voornamelijk op Duitsland, daarna op Frankrijk en Engeland. De rolverdeling bij de bouw van een vooroorlogs ziekenhuis was als volgt: het functioneren van het gebouw bepaalden de wetenschappers en de medici. De architect ontwierp de façade en de stedenbouwkundige invulling. De ingenieurs concentreerden zich op de constructieve, logistieke, economische en functionele aspecten, zoals het ventileren en verwarmen van het gebouw. Het ziekenhuis van de architect W. Kromhout in Kampen is hier een voorbeeld van (afbeelding 2.1). De façade is sober uitgevoerd doordat Kromhout zich moest beperken en het ontwerp moest aanpassen aan alle opgelegde regels en restricties.

AFBEELDING 2.1

FAÇADE VAN DE ENGELEN-
BERGSTICHTING, KAMPEN,
1911-1916



³ Onder voorzitterschap van de Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid H. Slettenaar, Mens, p. 92.

Een standaard ziekenhuizenplattegrond werd gevormd door het corridorsysteem. Dit systeem bestond uit lange gangen waar meerdere ziekenzalen op uitkwamen.



AFBEELDING 2.2

EEN ZIEKENZAAL ROND 1900

Een voorbeeld van een ziekenhuis volgens het corridor systeem is het uit 1855 daterende Coolsingelziekenhuis in Rotterdam van de ingenieur W.N. Rose.



AFBEELDING 2.3

COOLSINGELZIEKENHUIS IN

ROTTERDAM, 1855

Naast het corridorsysteem werd ook het uit Zweden afkomstige paviljoensysteem toegepast. Dit in de laatste kwart van de negentiende eeuw toegepaste paviljoensysteem bleek in gebruik niet efficiënt. Ieder medisch specialisme kreeg een zelfstandig bouwdeel en werden los van elkaar in paviljoens geplaatst. Hierdoor werd de omvang van het gebouw te groot, ontstonden logistieke problemen en werden de loopafstanden te groot. Het corridor- en paviljoensysteem werd in Nederland gecombineerd tot een corridor-paviljoentype: "...als één hoofdcorridor alle kleinere zalen en

ruimten rechtstreeks ontsloot en de grotere paviljoenzalen met een gang verbonden was met de hoofdcorridor.” Maar ook een paviljoen- corridortype werd toegepast (afbeelding 2.4): “...meerdere paviljoens die met elkaar verbonden werden door gangen ter weerszijden waarvan [...] kleine ruimten en corridorzalen lagen.”⁴

AFBEELDING 2.4

SINT ELISABETH ZIEKENHUIS
TE TILBURG VAN ED. CUYPERS,
1926



Begin twintigste eeuw ontstonden buiten Nederland twee nieuwe ziekenhuis-typen: het hoogbouwtype en het blokbouwtype. In de Verenigde Staten ontwikkelde het ziekenhuis zich tot hoogbouw. Deze vorm van bouwen had een aantal voordelen. Naast het maximaal benutten van de dure grond, raakten de specialisten door de efficiënte indeling van de plattegronden betrokken bij zowel de diagnose als behandelingen. De loopafstanden werden kleiner en de kruisende verkeerswegen verdwenen door het toepassen van trappenhuisen tussen de verdiepingen. Dit verticale verkeer zorgde voor rust. Door het toepassen van skeletbouw bleken toekomstige verbouwingen eenvoudiger te realiseren. Het exterieur kreeg door de toename van het aantal verdiepingen een monumentaal karakter. In Europa zijn alleen in Frankrijk in het begin van de twintigste eeuw een aantal hoogbouw ziekenhuizen gebouwd (afbeelding 2.5).

AFBEELDING 2.5

LANCHESTER & LODGE, THE
BIRMINGHAM HOSPITAL
CENTRE, TEGENWOORDIG
QUEEN ELIZABETH HOSPITAL,
1933-1938



⁴ Mens, p. 44-45.

In Zweden ontstond een ander ziekenhuistype de blokbouw. Dit systeem haalde het beddenhuis en het behandelhuis uit elkaar. Het beddenhuis werd verdeeld in meerdere verpleegeenheden. Het behandelhuis bevatte de operatiekamers, ruimten voor onderzoek en behandeling, laboratoria en technische voorzieningen. Dit principe kreeg voor de oorlog geen navolging in Nederland. Pas na de Tweede Wereldoorlog werd de scheiding tussen beddenhuis en behandelhuis toegepast.

Na het instellen van de Hill-Burton Act⁵ in 1946 startte in de Verenigde Staten onderzoeken naar het rationele ziekenhuis. De inrichting van het ziekenhuis moest gericht zijn op het uitsparen van personeel en kostenbesparing bij de bouw. Ook in Engeland werd hier veel onderzoek naar gedaan. Dit resulteerde in een internationale opbouw van kennis.

In de eerste jaren na de Tweede Wereldoorlog werd in Nederland vrijwel geen ziekenhuis gebouwd. Deze tijd van stilstand maakte ruimte voor studies, congressen en studiereizen naar Zweden, Zwitserland en de Verenigde Staten. In 1947 organiseerde de International Hospital Federation een aantal congressen waarin de ontwikkelingen in de ziekenhuisbouw werden geëvalueerd en ervaringen werden uitgewisseld. De hierna gebouwde ziekenhuizen vertoonden invloeden van door de congressen in binnen- en buitenland opgedane kennis.

De groei in de gezondheidszorg zorgde ook in het naoorlogse Nederland voor een grote behoefte aan onderzoek en kennis. In 1949 werd in Groningen een Internationaal ziekenhuis congres gehouden. In datzelfde jaar stelde het Ministerie van Wederopbouw en Volkshuisvesting de Commissie Ziekenhuisbouw in. Deze commissie hield zich bezig met de normalisatie van de functies in het ziekenhuis. Dit betekende het ontwikkelen van standaard maten en afmetingen en de fysieke uitvoering van het gehele ziekenhuis en haar afdelingen (zoals verpleeg-, onderzoek-, röntgen-, behandelafdelingen, laboratoria en operatiekamers).

Bij het Bouwcentrum werd in 1950 het Ziekenhuisbouwcentrum ondergebracht⁶. Het Ziekenhuisbouwcentrum had tot doel het aanleggen van een kennisbank en het verzamelen van buitenlandse gegevens (in het bijzonder uit de Verenigde Staten)⁷. Om meer inzicht te krijgen in de nieuwgebouwde

⁵ Met deze wetgeving konden de federale staten fondsen voor onderzoeken en planning ter beschikking stellen, Mens, p.95.

⁶ Het Bouwcentrum was ontstaan in 1945 om het bouwbedrijf te moderniseren en te experimenteren met o.a. systeembouw.

⁷ In 1953 ging het Ziekenhuiscentrum door als Stichting Studie- en Beoordelingsraad Ziekenhuisbouw. Doel van deze Stichting was het bestuderen van de bouw en de inrichting van ziekenhuizen en andere gebouwen voor gezondheidszorg. De eerste werkzaamheden van de studiegroep bestond uit het vaststellen van een standaard inrichting van de verpleegeenheden, keukens en poliklinieken. De eisen voor nieuwbouw waren een verregaande flexibiliteit (een wetenschappelijke vinding kan om herinrichting vragen), convertibele kamers, rationaliteit (sober en doelmatig), een compacte plattegrondindeling en een gecompriëerde

ziekenhuizen werd het Ziekenhuiscentrum begonnen⁸. In dit onderzoekscen-
trum werden de bestaande ziekenhuizen geanalyseerd en met elkaar
vergeleken. Ook werden efficiëncymetingen gedaan om het functioneren van
het ziekenhuis te verbeteren.

Vanaf jaren vijftig ontstonden in binnen- en buitenland in ziekenhuisbouw
gespecialiseerde architectenbureaus. Door de Wederopbouwwet en het
Bouwprogramma werden pas in de jaren vijftig de eerste ziekenhuizen
opgeleverd. Deze ziekenhuizen hadden allemaal een betonskelet. Experi-
menten met gemechaniseerde bouwwijzen zoals het gebruik van geprefabri-
ceerde elementen bleven nog uit.

Gedurende de jaren zestig ontwikkelden de studies naar het functioneren van
ziekenhuizen zich tot een professionele onderzoeksrichting. Tussen 1963 en
1965 vond een leergang Ziekenhuis-organisatie aan de universiteit van
Groningen plaats, later werden cursussen ziekenhuiswezen in Tilburg
gegeven. In 1970 werd een leerstoel Ziekenhuiswetenschappen aan de
universiteiten van Amsterdam en Utrecht in het leven geroepen. Naast de
medische vraagstukken werd ook naar architectonische en bouwkundige
problemen gekeken.

In de jaren zestig nam in Nederland het aantal nieuwbouw ziekenhuizen snel
toe. In 1968 organiseerde de overkoepelende organisatie van Nederlandse
zorginstellingen een maquette-tentoonstelling op de Medica- tentoonstelling
in Utrechtse jaarbeurs. Architectenbureaus werden op deze beurs uitgeno-
digd hun onderzoeken naar het ziekenhuis van de toekomst te laten zien.
Door de voorbereidingstijd en de bouwtijd te verkorten zou het ziekenhuis
bij oplevering niet verouderd zijn. Het ideaalbeeld was een scheiding van de
vaste kern (de drager) en de inbouw pakketten voor de diverse functionele
ruimtes waardoor het ziekenhuis voor toekomstige medisch-technische
ontwikkelingen eenvoudig aanpasbaar zou zijn.

2.5 DE PLATTEGROND

De ontwikkeling van de plattegrond kwam na de oorlog rechtstreeks voort
uit de ontwikkeling van de functies van en in het ziekenhuis. Het behandel-
huis en de polikliniek behoren tot meest dynamische onderdelen van het
ziekenhuis. De polikliniek verwerkte veel patiëntenmateriaal en veel
patiënten bezochten meerdere specialisten. Naast de onderzoeksvertrekken
en kleedhokjes kwam veel ruimte voor wachtkamers (afbeelding 2.6). De
polikliniek hoefde niet dicht bij het beddenhuis te liggen maar wel in de
buurt bij het behandelhuis.

bouwmethode. Reden voor de geconcentreerde bouw van de ziekenhuizen was het gebrek aan
voldoende bouwvallers en het uitsparen van ziekenhuis personeel.

⁸ Het Ziekenhuiscentrum (1961) kwam voort uit de Stichting Studie en Beoordelingsraad
Ziekenhuisbouw.

**AFBEELDING 2.6**

WACHTRUIMTE IN HET HOLY
ZIEKENHUIS TE VLAARDINGEN

Operatiekamers waren het belangrijkste deel van het behandelhuis en hadden geen daglicht nodig (afbeelding 2.8). Deze ruimtes waren alleen vanuit de chirurgische afdeling bereikbaar en werden, voor de rust, afgescheiden van de andere afdelingen. De laboratoria (afbeelding 2.9) ondersteunde de diensten van de behandelafdeling.

**AFBEELDING 2.7**

KAMER IN HET ZUSTERHUIS IN
HET SINT ANNAZIEKENHUIS IN
OSS

AFBEELDING 2.8

OPERATIEKAMER IN HET SINT
ANNAZIEKENHUIS IN OSS

**AFBEELDING 2.9**

LABORATORIUM, HOLY
ZIEKENHUIS IN VLAARDINGEN

AFBEELDING 2.10

DE KEUKEN IN HET SINT
ANNAZIEKENHUIS IN OSS

Een belangrijk onderdeel van het ziekenhuis is het beddenhuis waar de zieken verpleegd worden op verpleegafdelingen. Een verpleegeenheid bestond uit 1, 2, 4 of 6-bedskamers (afbeelding 2.11), onderverdeeld in de eerste- tweede- en soms tussenklasse, met bijbehorende bijvertrekken zoals

was- en spoelruimtes. Een eenheid van 24 of 36 bedden stond onder leiding van een hoofdverpleegster en bestond uit een corridorgang.

AFBEELDING 2.11

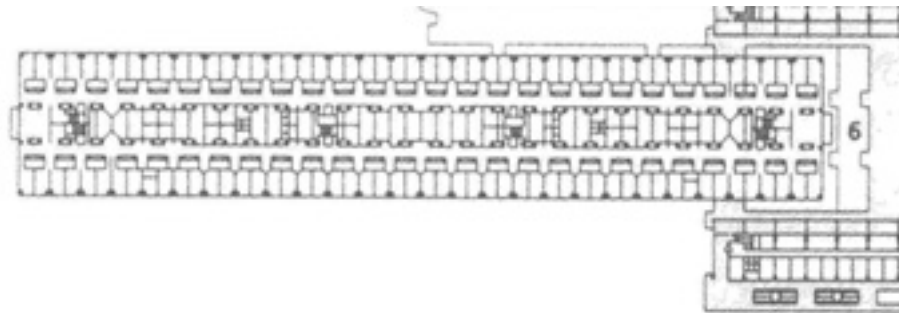
ZIEKENZAAL EIND JAREN
VIJFTIG



Een uitzondering was de indeling in het Dijkzicht in Rotterdam. In dit ziekenhuis kreeg een verpleegafdeling een dubbel- corridorsysteem met aan beide zijden kamers met tussen de gangen de dienstruimtes (afbeelding 2.12).

AFBEELDING 2.12

PLATTEGROND MET EEN
DUBBEL-CORRIDOR SYSTEEM,
DIJKZIGT ROTTERDAM



Het verpleegstershuis (afbeelding 2.7) was praktisch, omdat de verpleging in de buurt woonde. Tegelijkertijd konden de zusters in de juiste sfeer worden opgevoed. In het Prinses Irene ziekenhuis in Almelo was het vrijstaande zusterhuis met het ziekenhuis verbonden door een corridor (afbeelding 2.13). Vanaf de jaren zeventig zijn geen verpleegstershuizen meer gebouwd, de meeste zijn inmiddels verbouwd of gesloopt. Daarnaast ook nog ondersteunende functies. De toename van het aantal patiënten en de hoeveelheid te verwerken patiënten gegevens, bijvoorbeeld met het fichesysteem, zorgde voor een groei van de administratieve afdeling, de staf ruimtes en de vergaderruimtes.

De keuken groeide uit tot een grote, centrale keuken (afbeelding 2.10).



AFBEELDING 2.13
OVERZICHTSFOTO PRINSES
IRENEZIEKENHUIS IN ALMELO,
HORIZONTAAL BOVEN HET
ZUSTERHUISMET EEN
OVERDEKTE CORRIDOR NAAR
HET ZIEKENHUIS

Nederland kent een combinatie van hoogbouw- en blokbouwtypen. Bij de naoorlogse ziekenhuizen in Nederland werden de ziekenhuizen ontworpen volgens een aantal standaard plattegronden. Het bedden- en behandelhuis werden in deze bouwtypen van elkaar gescheiden. Tot midden jaren zestig ontstonden de ziekenhuizen volgens het T- en H-type. Bij het T-type staat het behandelhuis loodrecht op het beddenhuis. Het Holy-ziekenhuis in Vlaardingen vormen het beddenhuis en de behandelhuis een volmaakte T-plattegrond (afbeelding 2.14). Het Diaconessenhuis in Breda (afbeelding 2.15) is een afgeleide van dit type. De T-vormige plattegrond heeft in het midden van het beddenhuis een knik. Het T-type maakte deel uit van een complexer geheel met lage bouwvolumes waar de polikliniek was gevestigd.



AFBEELDING 2.14
PLATTEGROND T-TYPE: HOLY
ZIEKENHUIS VLAARDINGEN

AFBEELDING 2.15

DIACONESSENHUIS IN BREDA:

EEN GEKNIKTE T-

PLATTEGROND



Met het H-type bestond de plattegrond uit twee rechthoekige bouwvolumes die middels een dwars bouwdeel met elkaar verbonden werden. Het beddenhuis werd gedeeld in twee gelijke delen, de mannen- en de vrouwen afdelingen. De begane grond kreeg de interne geneeskunde, op de eerste verdieping chirurgie, de tweede verdieping obstetrie, gynaecologie en de kinderafdeling. De afdelingen in het behandelhuis correspondeerden met de indeling in het beddenhuis. Het Rode Kruis ziekenhuis in 's-Gravenhage (afbeelding 2.16) heeft een H-vormige plattegrond met een vrijstaand zusterhuis.



AFBEELDING 2.16
PLATTEGROND H-TYPE: HET
RODE KRUIS ZIEKENHUIS IN 'S-
GRAVENHAGE

Door het perfectioneren van het T- en H-type ontstond het K-type. Deze plattegrond ging uit van het H-type met een geknikt beddenhuis. Enkele voorbeelden zijn het Prinses Irene ziekenhuis in Almelo (zie afbeelding 2.13), het Diaconessenhuis in Leiden en het Diaconessenhuis in Groningen (afbeelding 2.17).



AFBEELDING 2.17
ZIEKENHUISPLATTEGROND K-
TYPE: DIACONESSENHUIS
GRONINGEN

Uit de Verenigde Staten waaide in de tweede helft van de jaren zestig het breedvoetziekenhuis over⁹. Dit type bestond uit een platte bebouwing van een of enkele lagen waar de polikliniek en het behandelhuis waren ondergebracht. Boven deze laagbouw torende een beddenhuis uit van ongeveer tien

⁹ Andere benamingen voor dit type zijn: Breitfuß, tower on podium type, matchbox on a muffin, socle-tour.

lagen. In Nederland zijn het Diaconessenhuis in Eindhoven (afbeelding 2.18) en het Leyenburg ziekenhuis in 's-Gravenhage twee voorbeelden van breedvoetziekenhuizen.

AFBEELDING 2.18
BREEDVOETTYPE, DIACONES-
SENHUIS EINDHOVEN



2.6 ARCHITECTUUR

Het gebruik van gestandaardiseerde en geprefabriceerde elementen leidde in de jaren vijftig en zestig tot een ontwikkeling van een standaardprogramma in de ziekenhuisbouw. De drager werd gescheiden van de inbouw en bestond uit skeletbouw met inbouwpakketten. Het Wiegierinck-model, naar het architectenbureau Wiegierinck, bleek zo'n standaardmodel. Dit model ziekenhuis was gebouwd volgens het breedvoetmodel met enkele verdiepingen laagbouw en een dubbel-corridorsysteem. In de steden Den Bosch (ZIEJ0108)¹⁰, Utrecht (ZIEJ0077) (afbeelding 2.19), Velsen (ZIEJ0065) en Heemstede (ZIEJ0086) zijn de Wiegierinck-ziekenhuizen neergezet. De ziekenhuisontwerpen van Velsen en Heemstede zijn van het architectenbureau van ir. F.J. Wiegierinck en ir. H.J. Van Balen. Het bureau van Wiegierinck bouwde ook ziekenhuizen die niet voldeden aan zijn standaardmodel: in Nijmegen (ZIEJ0110), Venlo (ZIEJ0116), Helmond (ZIEJ0129) en Bussum (ZIEJ0148).

¹⁰ De codes zijn de objectcode in de Wederopbouwdatabank.



AFBEELDING 2.19
HET WIEGERINCK-MODEL,
OUDENRIJN ZIEKENHUIS
UTRECHT, HERLÉ, PRENT EN
MITTELBERG

Naast het architectenbureau van Wiegerinck waren ook het architectenbureau van M.F. Duintjer en D.J. Isha en de architect J.P. Kloos verantwoordelijk voor ontwerpen van ziekenhuizen en kunnen gezien worden als specialisten in de naoorlogse ziekenhuisbouw. Duintjer en Isha prefereerden het T-type en bouwden ziekenhuizen in Breda (ZIEJ0009), Tiel (ZIEJ0039), Doetinchem (ZIEJ0049), Hoorn (ZIEJ0089), Alkmaar (ZIEJ0113), Drachten (ZIEJ0117) en twee ziekenhuizen in Amsterdam (ZIEJ0020 en ZIEJ0071). De ziekenhuizen van Kloos staan in Terneuzen (ZIEJ0002), Groningen (ZIEJ0016), Almelo (ZIEJ0024), Hardenberg (ZIEJ0097) en Amsterdam (ZIEJ0121).

De rol van de architect bij het ontwerp en de bouw van naoorlogse ziekenhuizen verschilt van zijn vooroorlogse voorganger. In de decennia voor de Tweede Wereldoorlog bleef de architect enkel verantwoordelijk voor de gevel, niet voor het interieur en de routing. In de jaren vijftig en zestig nam de architect veel meer facetten van de ontwerppraktijk op zich en kreeg daardoor de mogelijkheid om tot een herkenbaar en sterk ziekenhuisontwerp te komen. J.P. Kloos zegt in een artikel over de taken van de architect in de ziekenhuisbouw: 'Zo zal de architect de verantwoordelijkheid dragen voor de ruimtelijke conceptie, voor de hoofdstructuur, voor de vele van de verdere geleidingen tot in de kleinste details en bovendien voor de sfeer, die het huis ademt door ruimtelijke verhoudingen, door vorm en door kleur.'¹¹

2.7 STEDENBOUWKUNDIGE ONTWIKKELING

Door gebrek aan een geschikte locatie in de binnenstad werden de naoorlogse ziekenhuizen gesitueerd in de nieuwe buitenwijken van de stad. De nieuwe buitenwijken hadden voor het ziekenhuis een aantal voordelen. De nieuwe locaties lagen ver weg van de industrie in een groene bufferzone,

¹¹ Bouwkundig Weekblad 1958, p. 458.

waardoor het ziekenhuis over voldoende schone lucht beschikte. De betaalbaarheid van de grond buiten de stad en het ontbreken van bestaande bebouwing vergemakkelijkte de taak van de nieuwbouwpoging. Daarnaast zorgde de nieuwe locatie voor een gemakkelijke bereikbaarheid met de auto, voldoende parkeerruimte en mogelijkheden voor het aanleggen van openbaar vervoer. Het ziekenhuis richtte zich, als gezondheidscentrum, niet op de omliggende wijk zelf maar bediende de wijde omgeving van de stad. Tot ver in de jaren zestig stonden de ziekenhuizen van verschillende gezindten in dezelfde omgeving. Het spreiden van het aantal ziekenhuizen per regio bleek door het ontbreken van enige coördinatie niet haalbaar. Al in 1957 was duidelijk dat Nederland wat betreft planning achterop raakte vergeleken met het buitenland.

2.8 ONTWIKKELING NA 1965

De fusies van verschillende ziekenhuizen en het daaruit voortkomende ruimtegebrek en de functionele aanpassingen vereisten nieuwe ziekenhuiscomplexen. Dit resulteerde in twee mogelijke oplossingen: het uitbreiden van de bestaande naoorlogse gebouwen of het bouwen van een geheel nieuw ziekenhuiscomplex.

Enkele tussen 1940 en 1965 gebouwde ziekenhuizen werden in de jaren tachtig en negentig van de twintigste eeuw uitgebreid en aangepast. Zoals het Streekziekenhuis in Doetinchem (ZIEJ0049), het St. Lucas ziekenhuis in Amsterdam (ZIEJ0017), het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis in Amsterdam (ZIEJ0071) en het Centraal Ziekenhuis in Alkmaar (ZIEJ0113). Met de nieuwbouw vond in de jaren zeventig de schaalvergroting plaats. Door de toepassing van een standaardprogramma binnen de ziekenhuisbouw ontstond de stadachtige en flexibele ziekenhuisplattegrond waarin winkels en diverse verblijfsruimten waren opgenomen: de Cité Medicale. In tegenstelling tot het paviljoentype, waar ieder specialisme eigen voorzieningen had, werden in de Cité Medicale voorzieningen als operatiekamers, laboratoria en verpleegafdelingen gecentraliseerd en ondergebracht in centraal gelegen bouwdelen. De centralisatie had tot voordeel dat minder apparatuur nodig was, de ruimte en de mens optimaal benut kon worden en zorgde voor een betere samenwerking tussen de specialismen. Dit laatste bleek een verbetering voor de patiënt en voor het medische onderzoek. De nadruk op de functionaliteit en de techniek verminderde het belang voor de architectuur en de uitstraling.



Het AMC in Amsterdam van Architectenbureau Duintjer en Isha Kramer Van Willegen lijkt een groot en onoverzichtelijk kolos (afbeelding 2.20) maar de plattegrond heeft een stadachtige indeling en is ingenieus en functioneel ingericht. De flexibele plattegrond en de standaardisatie van de verschillende bouwelementen maakte het gebruik van geprefabriceerde gevelementen noodzakelijk (afbeelding 2.21).



AFBEELDING 2.21
HET PREFAB GEVELEMENT,
DIJKZIGT ROTTERDAM

Hoofdstuk 3 Preselectie en toetsing

3.1 BRONNEN

Uit de groslijst van objecten is een eerste selectie gemaakt van de meest behoudenswaardige ziekenhuizen (met de in paragraaf 3.2 beschreven criteria). Deze zogenaamde ‘preselectie’ heeft nadrukkelijk géén juridische status, maar dient als basis voor vervolgonderzoek en verdere beoordeling in het veld. Voor de totstandkoming van de preselectielijst is gebruik gemaakt van het boek *De architectuur van het ziekenhuis. Transformaties in de naoorlogse ziekenhuisbouw in Nederland* van Noor Mens en Annet Nijhuis (Rotterdam 1999) en de grotere bouw tijdschriften uit de periode 1940-1965¹². In totaal zijn 100 tot stand gekomen ziekenhuizen uit de periode 1940-1965 in de databank opgenomen.

3.2 WAARDERINGSCRITERIA

Bij het opstellen van de waarderingscriteria is gebruik gemaakt van de handleiding die voor het Monumenten Selectie Project (MSP) van de Rijksdienst voor de Monumentenzorg werd opgesteld. Deze criteria zijn nog altijd valide en blijken ook toepasbaar op de architectuur en stedenbouw uit de naoorlogse periode (zij het enigszins aangepast en gespecificeerd per categorie, zie bijlage 3). Objecten uit de wederopbouwperiode kunnen evenals gebouwen van vóór 1940 worden gewaardeerd en geselecteerd op basis van de volgende waarden:

- Cultuurhistorische waarde;
- Architectuur- en kunsthistorische waarde;
- Stedenbouwkundige en ensemblewaarde;
- Gaafheid / herkenbaarheid;
- Zeldzaamheid.

De stedenbouwkundige- en ensemblewaarde van een ziekenhuis valt meestal pas ter plaatse volledig op waarde te schatten. De huidige preselectie is met name gebaseerd op de cultuur-, architectuur- en kunsthistorische waarden. Zo kan een ziekenhuis bijvoorbeeld van belang zijn binnen het oeuvre van een bepaalde architect, kunnen er bijzondere constructiemethoden zijn toegepast, of kan er veel aandacht aan de decoratieve afwerking zijn besteed.

¹² Hierbij gaat het om de tijdschriften *Bouw*, *Bouwkundig Weekblad*, *Katholiek Bouwblad/Wonen (TABK)*, *8 en Opbouw*, *Openbare Werken en Forum*.

Daarbij is ook gelet op (monumentale) kunstwerken die deel uitmaken van het oorspronkelijke ontwerp.

3.3 SELECTIEMETHODE

Met de vergaarde kennis en de waarderingscriteria in het achterhoofd is een preselectie gemaakt van de meest representatieve voorbeelden. Het selecteren met behulp van de databank werd aangevuld met het handmatig raadplegen van de in mappen gedocumenteerde informatie. Deze preselectie is niet definitief, en kan dus door voortschrijdend inzicht en kennis, gemotiveerd worden uitgebreid of ingekort (bijvoorbeeld bij sloop of een ingrijpende verbouwing).

3.4 INVENTARISATIE EN PRESELECTIE

In totaal zijn voorlopig 16 van de 100 ziekenhuizen uit de wederopbouwperiode geselecteerd als behoudenswaardig. Dat wil zeggen dat deze objecten van dusdanig belang zijn dat nader onderzoek in het veld gewenst is. Weliswaar blijkt uit de beschrijvingen welke ziekenhuizen als uitzonderlijk kunnen worden aangemerkt, maar pas wanneer het veldwerk heeft plaatsgevonden zal duidelijk zijn hoeveel en welke gebouwen of complexen nog in (grotendeels) oorspronkelijke vorm bestaan.

In onderstaand overzicht zijn zes in de periode 1940-1965 ontworpen of gebouwde ziekenhuizen opgenomen. Naast identificatiegegevens wordt aangegeven waarom het gebouw of complex wordt beschouwd als behoudenswaardig.

Objectcode	ZIEJ0014
Naam	Diaconessenhuis
Provincie	Zuid-Holland
Adres	Houtlaan
Plaats	Leiden
Architect(en)	ir. B.J.K. Cramer en ir. J.E. Kruisheer
Bouwjaar	1958-1964

Architectuur- en kunsthistorische waarde

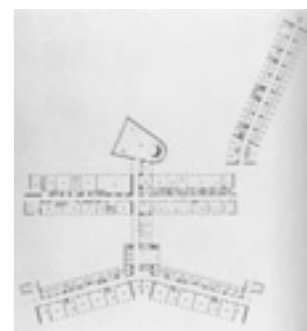
- Als voorbeeld van een K-type plattegrond

Stedenbouwkundige en ensemblewaarde

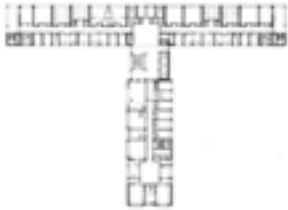
- Vanwege het samenspel tussen gebouw en de omliggende ruimte

Gaafheid/ herkenbaarheid

- Vanwege de grote herkenbaarheid en representativiteit van het gebouw



AFBEELDING 3.1



AFBEELDING 3.2

Objectcode	ZIEJ0011
Naam	Holy ziekenhuis
Provincie	Zuid-Holland
Adres	Holysingel 3
Plaats	Vlaardingen
Architect(en)	ir. J.W.C. Boks, W. Eijkelenboom en A. Middelhoek
Bouwjaar	1960-1964

Architectuur- en kunsthistorische waarde

- Als voorbeeld van een T-type plattegrond
- Vanwege de combinatie van hoog- en laagbouw

Stedenbouwkundige en ensemblewaarde

- Vanwege de ligging in de omgeving en aan de Wilhelminasingel



AFBEELDING 3.3

Objectcode	ZIEJ0004
Naam	Dijkzicht Ziekenhuis
Provincie	Zuid-Holland
Adres	Dr. Molenwaterplein 40-50
Plaats	Rotterdam
Architect(en)	B.M. den Hollander, A. Viergever
Bouwjaar	1961

Architectuur- en kunsthistorische waarde

- Als voorbeeld van hoogbouw
- Vanwege het toepassen van geprefabriceerde geveldelen
- Vanwege het in de plattegrond toepassen van een dubbel-corridorstelsel (naar Amerikaans voorbeeld)

Gaafheid / herkenbaarheid

- Vanwege de grote herkenbaarheid van het gebouw



AFBEELDING 3.4

Objectcode	ZIEJ0017
Naam	Sint Lucas Ziekenhuis
Provincie	Noord-Holland
Adres	Jan Tooropstraat 164
Plaats	Amsterdam
Architect(en)	ir. F.P.J. Peutz
Bouwjaar	1966-1968

Architectuur- en kunsthistorische waarde

- Het enige gebouwde ziekenhuis in het oeuvre van de architect
- Vanwege de plattegrond welke als twee T-lichamen in elkaar zijn geschoven
- Vanwege de combinatie van hoog- en laagbouw
- Vanwege de toepassing van een betonskelet en de daaruit voortvloeiende interne flexibiliteit en de glazen vliesgevel

Gaafheid / herkenbaarheid

- Vanwege de herkenbaarheid van het gebouw

Objectcode	ZIEJ0009
Naam	Diaconessenhuis
Provincie	Noord-Brabant
Adres	Langendijk 75
Plaats	Breda
Architect(en)	M.F. Duintjer en D.J. Ista
Bouwjaar	1959-1960

Architectuur- en kunsthistorische waarde

- Als voorbeeld van een plattegrond met een geknikte T-type
- Als vertegenwoordiging in het oeuvre van de architect
- Vanwege de markantheid van de lichte, gesloten noordgevel

Gaafheid / herkenbaarheid

- Vanwege de herkenbaarheid van het gebouw

Objectcode	ZIEJ0003
Naam	Sint Jozefziekenhuis
Provincie	Overijssel
Adres	Oldenielstraat 12
Plaats	Deventer
Architect(en)	J.A. van der Laan, J.B. Hermans, Th. M. van der Eerden en F.H.H. Bodifée
Bouwjaar	1956

Architectuur- en kunsthistorische waarde

- Als vertegenwoordiging in het oeuvre van de architecten
- Vanwege de toepassing van zelfstandige gebouwen rond een centraal binnenhof
- Vanwege de aanwezigheid van een overdekte corridor
- Vanwege de toepassing van een betonskelet (in enkele gebouwen), baksteen, variatie in metselwerk en een afwisselend kleur- en materiaalgebruik

3.5 HUIDIGE SITUATIE

Het fuseren van de medische instellingen is met het begin van de eenentwintigste eeuw niet gestopt. Het bouwen van grote ziekenhuiscomplexen gaat door wat ten koste gaat van een aantal naoorlogse ziekenhuizen. Door de fusies worden een aantal ziekenhuizen bedreigd of zijn inmiddels al gesloopt. Een voorbeeld van een recent gesloopt ziekenhuis is het Andreas Ziekenhuis in Amsterdam (ZIEJ0020).

De naoorlogse ziekenhuizen die nog wel in functioneren, zijn door de ontwikkelingen in de medische zorg intern aangepast en door ruimtegebrek uitgebreid.



AFBEELDING 3.5



AFBEELDING 3.6

De omgeving van het naoorlogse ziekenhuis is sterk veranderd. Stond het gebouw bij oplevering vaak nog in een onbebouwde omgeving, door de verstedelijking ligt het ziekenhuis tegenwoordig binnen het stedelijk weefsel.

BIJLAGE 1 LITERATUURLIJST	31
BIJLAGE 2 VERANTWOORDING AFBEELDINGEN	32
BIJLAGE 3 WAARDERINGSCRITERIA	33
BIJLAGE 4 OBJECTENLIJST EN PRESELECTIE	35
BIJLAGE 5 DE WEDEROPBOUW DATABANK	39

Bijlage 1 Literatuurlijst

Noor Mens, Annet Tijhuis, *De architectuur van het ziekenhuis: transformaties in de naoorlogse ziekenhuisbouw in Nederland*, Rotterdam 1999

Jac. G. Constant (red.), *AMC Gebouw D 1974-1984*, uitgave van Projectbureau Nieuwbouw Academisch Centrum, Wormer 1984

Tijdschriften

Uit onderstaande bouwvakbladen zijn alle artikelen die de ziekenhuisbouw bespreken en in de periode 1940-1965 zijn verschenen geraadpleegd:

Bouw

Bouwkundig Weekblad

Katholiek Bouwblad

Forum

Baksteen

Mededelingen prof. dr. G. van der

Leeuwstichting

Overige bronnen

Diverse internetpagina's

<http://europaphe.aphp.org/en/home.html>

Bijlage 2 Verantwoording afbeeldingen

De in dit rapport gebruikte afbeeldingen zijn afkomstig van de RDMZ of de auteur, tenzij hieronder anders vermeld.

Voorblad, afb. 3.3: *Bouw* 1958, p. 1186

Afb. 2.2, 2.11: *Bouw* 1957, p. 282-283

Afb. 2.7, 2.8, 2.10: *Bouw* 1963, p. 1633- 1634

Afb. 2.13 :*Bouw* 1956, p. 107

Afb. 2.16: *Bouw* 1961, p. 112

Afb. 2.17, 2.9 en 3.1: *Bouw* 1966, respectievelijk p. 254 en p.1529

Afb. 2.6, 2.14 en 3.2: *Bouwkundig Weekblad* 1965, p. 397- 398

Afb. 2.15 en 3.5: *Bouwkundig Weekblad* 1960, p. 447

Afb. 2.4: Rob Wolf, *Rozen van Elisabeth. Honderdvijfenzeventig jaar St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg*, Amsterdam 2002, p. 59

Afb. 2.5: Harriet Richardson (ed.), contr. Ian Goodall, *English Hospitals 1660-1948. A Survey of their Architecture and Design*, London 1998, p. 42

Afb. 2.12, 2.21: Anna-Mie Devolder, Helene Damen [red.], *Architectuur Rotterdam 1945-1970: 48 gebouwen gedocumenteerd*, Rotterdam 1992, nr. 38

Afb. 2.20: Jan van den Noort, *Blokken op de bres*, Groningen 1999, p. 98

Afb. 3.6: David Geneste, Albert Gielen, Rick Wassenaar, onder red. van Juliette Roding ...[et al.], *L. van der Laan (1864-1942), J.A. van der Laan (1896-1966) : een katholieke architectenfamilie, rechtzinnig,*

maar veelzijdig en pragmatisch, Rotterdam 2002, p. 313 (BONAS-reeks)

Afb. 2.1, 2.3, 2.18, 2.19 en 3.4: internet

Bijlage 3 Waarderingscriteria

CULTUURHISTORISCHE WAARDEN

- belang van het ziekenhuis als bijzondere uitdrukking van een sociaal-maatschappelijke, wetenschappelijke en medische ontwikkelingen [...in casu ontwikkelingen in de naoorlogse medische wetenschap];
- belang van het ziekenhuis als bijzondere uitdrukking van een beleidsmatige en/of bestuurlijke ontwikkeling [...in casu ontwikkelingen, nu de regelgeving t.a.v. bouw en ruimtelijke ordening];
- belang van het ziekenhuis wegens innovatieve waarde of pionierskarakter als bijzondere uitdrukking van een technische en/of typologische ontwikkeling [...gebruik van nieuwe materialen, nieuwe plattegrondvormen].

ARCHITECTUUR- EN KUNSTHISTORISCHE WAARDEN

- bijzonder belang van het ziekenhuis voor de geschiedenis van de architectuur [... in casu een goed voorbeeld van een bepaalde stijl of bouwtrant, uitdrukking van de ontwikkeling in de naoorlogse ziekenhuis-architectuur];
- bijzonder belang van het ziekenhuis voor het oeuvre van een architect;
- belang van het ziekenhuis wegens de hoogwaardige esthetische kwaliteiten van het ontwerp [...zoals gave verhoudingen, zorgvuldige detaillering, gevarieerd kleur- en materiaalgebruik];
- belang van het ziekenhuis wegens het bijzonder(e) materiaalgebruik, detaillering, constructiewijze en/of ornamentiek;
- belang van het ziekenhuis wegens de bijzondere samenhang tussen exterieur en interieur(onderdelen);
- bijzondere betekenis van het ziekenhuis wegens de in, aan of bij het ziekenhuis toegepaste kunstwerken [...in casu speciaal voor het ziekenhuis ontworpen kunstwerken, kunstwerken uit de bouwtijd, gesamt-kunstwerk].

STEDENBOUWKUNDIGE EN ENSEMBLEWAARDEN

- betekenis van het ziekenhuis als essentieel onderdeel van een groter geheel, dat cultuurhistorisch, architectuurhistorisch en stedenbouwkundig van nationaal belang is [...in casu een complex, buurt, wijk of dorp met een belangrijk stedenbouwkundig concept];
- bijzondere betekenis van het ziekenhuis wegens de markante situering verbonden met de ontwikkeling / uitbreiding van een stad dorp of wijk [...in casu de samenhang in functie, schaal en verschijningsvorm met andere bebouwing, rol in de opzet van de wijk];
- bijzondere betekenis van het ziekenhuis wegens de wijze van verkaveling, inrichting van de openbare ruimte en/of specifieke functies en/of de historisch- ruimtelijke relatie met groenvoorzieningen, wegen en/of water[...in casu positionering in groen, parkeergelegenheid];

- bijzondere betekenis van het ziekenhuis voor het aanzien van een stad, dorp of wijk [...in casu een beeldbepalende landmark of markant oriëntatiepunt].

GAAFHEID/ HERKENBAARHEID

- belang van het ziekenhuis wegens de architectonische gaafheid van ex- en/of interieur [...en de herkenbaarheid van het oorspronkelijke concept];
- belang van het ziekenhuis in relatie tot de structurele en/of visuele gaafheid van de stedelijke omgeving [...voorzieningsstrook, plantsoen, park of woonbuurt].

ZELDZAAMHEID

- belang van het ziekenhuis wegens architectuurhistorische, bouwtechnische, typologische en/of stedenbouwkundige en/of functionele zeldzaamheid en/ of ornamentiek.

Bijlage 4 Objectenlijst en preselectie

De voorgeselecteerde ziekenhuizen (preselectie) zijn in deze lijst gemarkeerd en op volgorde van plaats geordend. N.B: deze lijst heeft géén juridische status.

Object-code	Naam	Plaats	Adres/ locatie
ZIEJ0101	St. Elisabeth ziekenhuis	Alkmaar	Wilhelminalaan
ZIEJ0113	Centraal Ziekenhuis	Alkmaar	Wilhelminalaan
ZIEJ0024	Prinses Irene Ziekenhuis	Almelo	Zilvermeeuw 1
ZIEJ0032	St. Elisabeths Ziekenhuis	Amersfoort	Ringweg Randenbroek 110
ZIEJ0006	De Lichtenberg	Amersfoort	Utrechtseweg 160
ZIEJ0081	Diaconessenhuis	Amstelveen	Laan van helende meesters 8
ZIEJ0029	Wilhelmina Gasthuis	Amsterdam	Cornelis Dirkszstraat
ZIEJ0038	Pieter van Foreest-kliniek	Amsterdam	Buitenveldert
ZIEJ0017	St. Lucas Ziekenhuis	Amsterdam	Jan Tooropstraat 164
ZIEJ0030	Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit	Amsterdam	Boelelaan
ZIEJ0020	Andreas Ziekenhuis	Amsterdam	Th. De Bockstraat 8
ZIEJ0139	CIZ	Amsterdam	Jacob Obrechtstraat
ZIEJ0121	't Kabouterhuis	Amsterdam	Amsteldijk
ZIEJ0071	Antoni van Leeuwenhoekhuis	Amsterdam	Plesmanlaan 121
ZIEJ0115	Juliana Ziekenhuis	Apeldoorn	Sprengeweg
ZIEJ0041	Verpleeghuis Chronisch zieken	Appingedam	Oostzijde; tussen oude en nieuwe rijksweg naar Delfzijl
ZIEJ0154	Diaconessenhuis	Arnhem	Isaac Evertslaan
ZIEJ0026	Wilhelminaziekenhuis	Assen	Zuidersingel
ZIEJ0007	Protestants-Christelijk Streek-ziekenhuis	Bennekom	
ZIEJ0050	Lievensberg	Bergen op Zoom	Boerhaaveplein 1
ZIEJ0085	Rode Kruis Ziekenhuis	Beverwijk	Vondellaan

Object-code	Naam	Plaats	Adres/ locatie
ZIEJ0009	Diaconessenhuis	Breda	Langendijk 75
ZIEJ0055	De Plantage	Brielle	In de buurt van het Spui
ZIEJ0012	St. Gregorius Ziekenhuis	Brunssum	
ZIEJ0148	St. Gerardus Majella ziekenhuis	Bussum	Nieuwe Hilversumse weg
ZIEJ0124	Hemofiliecliniek	Bussum	Bij Oud Blaricumerweg en Flevolaan
ZIEJ0062	Ichthus ziekenhuis	Capelle aan den IJssel	Bij de rijksweg
ZIEJ0095	Algemeen Protes- tants Ziekenhuis	Delfzijl	Jachtlaan 50
ZIEJ0003	St. Jozefziekenhuis	Deventer	Oldenielstraat 12
ZIEJ0049	Streekziekenhuis	Doetinchem	Kruisbergseweg 25
ZIEJ0117	Dr. Lodderpaviljoen	Drachten	De Venen, bij Rijks- straatweg
ZIEJ0018	Diaconessenhuis	Eindhoven	Ds. Th. Fliednerstraat 1
ZIEJ0054	Catharina Zieken- huis	Eindhoven	Michelangelolaan 2
ZIEJ0092	Dokter J.H. Jansen Ziekenhuis	Emmeloord	
ZIEJ0015	St. Barbara Ziekenhuis	Geleen	
ZIEJ0037	Prinses Beatrix Ziekenhuis	Gorinchem	Banneweg 57
ZIEJ0016	Diaconessenhuis	Groningen	Van Ketwich Verschuur- laan
ZIEJ0112	R.K. Ziekenhuis	Groningen	Van Swietenlaan
ZIEJ0021	St. Elisabeth's Gasthuis	Haarlem	
ZIEJ0097	Ziekenhuis	Hardenberg	Jan Weitkaplaan 4a
ZIEJ0057	St. Jozefziekenhuis	Heemskerker- duin	Opm: Plaats niet zeker
ZIEJ0152	Epilepsiecentrum 'Meer en Bosch'	Heemstede	Achterweg (Zusterhuis langs Meerweg)
ZIEJ0086	Diaconessenhuis	Heemstede	Händellaan 2a
ZIEJ0153	St. Jozefziekenhuis	Heerlen	Groene boord / Putgraaf / Akerstraat
ZIEJ0129	St. Lambertus Ziekenhuis	Helmond	Jhr. Wesselman van Helmondtlaan
ZIEJ0001	Koningin Juliana Ziekenhuis	Hengelo	Geerdinksweg 141
ZIEJ0033	Diaconessenhuis	Hilversum	Riebeeckkwartier
ZIEJ0128	R.K. Ziekenhuis	Hilversum	Van Riebeeckweg 212
ZIEJ0078	Streekziekenhuis Haarlemmermeer	Hoofddorp	Zuid

Object-code	Naam	Plaats	Adres/ locatie
ZIEJ0099	Bethesda Ziekenhuis	Hoogeveen	Dr. G.H. Amshoffweg 1
ZIEJ0089	Streekziekenhuis	Hoorn	Wabenstraat
ZIEJ0104	Hemofiliecliniek	Huizen	Sluit aan op Buitenkliniek Oud-Bussem
ZIEJ0023	Zeehospitium	Kijkduin	
ZIEJ0083	Ziekenhuis	Leerdam	Koningin Emmalaan
ZIEJ0027	St. Bonifatiusziekenhuis	Leeuwarden	Mr. P.J. Troelstraweg
ZIEJ0155	St. Elisabeth Ziekenhuis	Leiden	Hooigracht 15
ZIEJ0014	Diaconessenhuis	Leiden	Houtlaan
ZIEJ0070	Academisch Ziekenhuis	Leiden	Wassenaarseweg
ZIEJ0073	Reggersoord	Meppel	Bij diaconessenhuis
ZIEJ0110	St. Canisius ziekenhuis	Nijmegen	Weg door het Jonkerbos 10
ZIEJ0005	St. Radboudziekenhuis	Nijmegen	Philips van Leydenlaan 15
ZIEJ0013	St. Annaziekenhuis	Oss	
ZIEJ0019	St. Franciscusziekenhuis	Roosendaal	
ZIEJ0051	Bergwegziekenhuis	Rotterdam	Bergweg
ZIEJ0094	St. Claraziekenhuis	Rotterdam	Oost-Varkenoordseweg
ZIEJ0004	Dijkzigt Ziekenhuis	Rotterdam	Dr. Molenwaterplein 40-50
ZIEJ0025	Dr. Daniël den Hoed kliniek	Rotterdam	Groene Hilledijk 301
ZIEJ0053	Diaconessenhuis	Rotterdam	
ZIEJ0045	Ikazia	Rotterdam	Nabij het Zuidplein
ZIEJ0047	Oogziekenhuis	Rotterdam	Schiedamse Vest 180
ZIEJ0123	Zuiderziekenhuis	Rotterdam	Groeneveld
ZIEJ0046	Havenziekenhuis	Rotterdam	
ZIEJ0044	Schieland Ziekenhuis	Schiedam	Burg. Knappertlaan 25
ZIEJ0022	Leyenburg	's-Gravenhage	Leyweg
ZIEJ0010	Rode Kruis Ziekenhuis	's-Gravenhage	Sportlaan
ZIEJ0052	Bethlehemkliniek	's-Gravenhage	Vrederustlaan
ZIEJ0069	Preva	's-Gravenhage	Mgr. Nolenslaan 20
ZIEJ0108	Groot Ziekengasthuis	's-Hertogenbosch	Tolbrugstraat
ZIEJ0103	Ziekenhuis	Sittard	
ZIEJ0093	St. Antonius Ziekenhuis	Sneek	Meeuwenlaan
ZIEJ0122	Zonnegloren	Soest	Soesterbergsestraat 125a
ZIEJ0143	Refaja ziekenhuis	Stadskanaal	Boerhavestraat 1

Object-code	Naam	Plaats	Adres/ locatie
ZIEJ0116	St. Willibrord Ziekenhuis	Tegelen	Kerkstraat
ZIEJ0002	Juliana Ziekenhuis	Terneuzen	Van Steenbergelaan
ZIEJ0039	Bethesda	Tiel	Bij de Elzenpas aan de Burg. Meslaan
ZIEJ0066	St. Andreaszieken- huis	Tiel	
ZIEJ0059	Mariaziekenhuis	Tilburg	Dr. Deelenlaan
ZIEJ0077	Ziekenhuis Oudenrijn	Utrecht	Van Heuven Goedhart- laan
ZIEJ0149	Wilhelmina kinderziekenhuis	Utrecht	ABC-sstraat
ZIEJ0043	Academisch Ziekenhuis	Utrecht	Bij de Catharijnesingel
ZIEJ0065	St. Antoniuszieken- huis	Velsen-Noord	Plaats niet zeker
ZIEJ0076	St. Elisabethzieken- huis	Venray	
ZIEJ0011	Holy Ziekenhuis	Vlaardingen	Holysingel 3
ZIEJ0064	Zonnehuis	Vlaardingen	Hoepsloot
ZIEJ0028	Diaconessenhuis	Voorburg	Fonteynenburghlaan
ZIEJ0114	St. Lucas ziekenhuis	Winschoten	
ZIEJ0060	Julianaziekenhuis	Zaandam	Koningin Julianaplein 58
ZIEJ0008	Zweeds Rode Kruis Ziekenhuis	Zierikzee	
ZIEJ0091	Het Spitaal	Zutphen	Ooyerhoekseweg 8
ZIEJ0082	De Weezenlanden	Zwolle	

Bijlage 5 De Wederopbouwdatabank

STRUCTUUR EN INHOUD DATABANK

Om de objectgegevens die uit de categoriale studies worden verkregen te ordenen, is de ‘Wederopbouwdatabank RDMZ 1940-1965’ ontwikkeld door de afdeling informatiemanagement van de RDMZ. Hierin worden alle onderzochte wederopbouwobjecten ingevoerd. De databank is tot stand gekomen op basis van het Programma van Eisen (20 december 2001) dat door het Projectteam Wederopbouw is geformuleerd in het kader van de pilotprojecten voor scholen, kerken en raadhuizen. De databank dient een tweeledig doel: ten eerste is het een hulpmiddel met zoekfuncties voor het categoriaal onderzoek naar diverse objecten, ten tweede vormt het een toekomstige informatiebron voor medewerkers van de RDMZ en externe gebruikers.

In de databank (afbeelding A) zijn zowel feitelijke gegevens opgenomen (naam, adres, gebouwcategorie, architecten, bronvermelding, etc.) als analytische gegevens (bouwstijlen, bouwtypen, preselectie). Ieder object in de databank heeft een unieke objectcode. De gegevens van het object zijn vastgelegd in acht tabbladen.

Om een selectie van objecten uit de databank te maken, kan gebruik worden gemaakt van de zoekfunctie van de databank (met name de optie ‘gecombineerd zoeken’). Omdat digitaal beeldmateriaal nog grotendeels ontbreekt vanwege het uitstellen van het veldwerk, kan de databank niet het arbeidsintensieve handwerk van het selecteren op basis van de niet-gedigitaliseerde bronnen vervangen.

De databank is (in dit stadium van het project) bedoeld als een dynamisch instrument. Gegevens die uit een eerste literatuuronderzoek niet naar boven kwamen, zijn later aangevuld. De ervaringen die de interne en externe onderzoekers in de categoriale pilotstudies met het gebruik van de databank hebben opgedaan, zijn samengebracht, besproken en doorgekoppeld naar de afdeling Informatiemanagement van de RDMZ, die deze hebben verwerkt.

De ‘bewerken objecten’-modus zal hieronder worden beschreven: deze is in dit stadium van het onderzoek de belangrijkste functie van de databank. Per tabblad wordt aangegeven welke gegevens waar moeten worden ingevoerd. Daarbij worden alleen de niet voor de hand liggende velden uitgebreid behandeld¹³.



AFBEELDING A
HET STARTSCHERM VAN DE
WEDEROPBOUW DATABANK

¹³ Hier is de opbouw van het rapport *Scholen* (PLEK, 2002) als uitgangspunt genomen.

TABBLAD 'OBJECT'

Op het tabblad 'Object' worden de unieke objectcode¹⁴, de naam van het gebouw, de adresgegevens, de gebouwcategorie en de huidige functie van het object vermeld (afbeelding B). Het veld 'opmerkingen' is hier alleen bedoeld voor zeer essentiële identificatiegegevens, zoals een tweede naam van het gebouw, een verwijzing naar een duidelijk verwant object of een belangrijke straatnaamwijziging. Het veld 'onderdeel van een complex' dient te worden ingevuld wanneer het gebouw deel uitmaakt van een groter geheel.

De velden in het kader 'locatie' bevatten de huidige adresgegevens van het object. Wanneer de verrekijkerbutton wordt aangeklikt, opent zich een nieuw scherm waarin de plaatsnaam van het object kan worden aangegeven. Bij het selecteren van de plaatsnaam worden automatisch ook de juiste provincie- en gemeentenaam in de betreffende velden geladen¹⁵. Wanneer er meerdere adressen bij een object horen, kan een tweede (of derde) adres in het veld 'locatie' worden opgenomen, echter met de toevoeging van het teken ~ (dus bijvoorbeeld '~Dorpsstraat 4') om zoekacties in een later stadium te vergemakkelijken.

Bij het invoeren van de basisgegevens doet zich regelmatig het probleem voor dat het adres of de locatie in de bronnen niet (of gedeeltelijk) vermeld wordt. Daarnaast is in veel gevallen onbekend wat de huidige functie van het gebouw is, en of het nog (in zijn geheel) bestaat. Ook het ter plaatse lokaliseren van objecten kan lastig zijn, wanneer gegevens gedateerd of onvolledig zijn.

Voor het aanvullen van dit soort basale gegevens kan voor bepaalde te onderzoeken categorieën internet een goede hulp zijn.

AFBEELDING B**HET TABBLAD 'OBJECTEN'**

¹⁴ Een objectcode bestaat uit de eerste drie letters van de gebouwcategorie, gevolgd door de eerste letter van de voornaam van de persoon die het record heeft aangemaakt, en daarachter een serie van vier getallen.

¹⁵ In dit veld hangt de VUGA- lijst (de Elsevier Databank Overheid) die ieder jaar wordt vernieuwd. Deze bevat alle geactualiseerde gemeentelijke gegevens.

TABBLAD 'AMBACHTSLIEDEN'

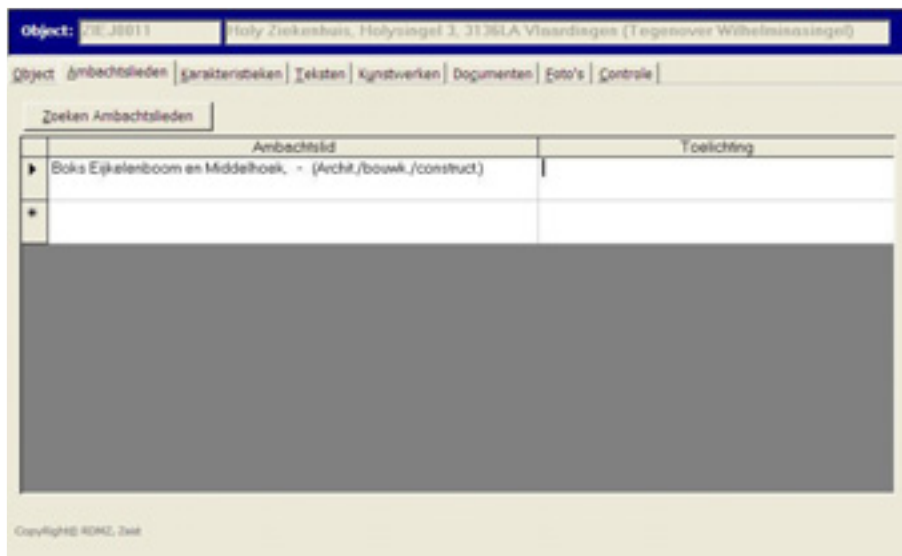
Op dit tabblad worden de betrokken ambachtslieden vastgelegd (afbeelding C). De lijst van ambachtslieden is gebaseerd op de tabel uit de Objecten Databank van de RDMZ (ODB) waarin alle rijksmonumenten digitaal zijn opgeslagen. Hoewel het mogelijk is om hier ook namen van aannemers, constructeurs en opdrachtgevers in te voeren, is ervoor gekozen slechts de projectarchitect en de naam van een eventueel architectenbureau, de tuinarchitect en/of interieurarchitect vast te leggen. Deze beslissing is genomen op basis van de afweging welke waarde dergelijke gegevens aan het onderzoek toevoegen tegenover de hoeveelheid tijd die het kost om een nieuwe naam in te voeren.

Bij het vastleggen van de naam van een ambachtsslid moet eerst worden gekeken of deze reeds in de tabel voorkomt¹⁶.

AFBEELDING C

HET TABBLAD 'AMBACHTSLIEDEN'

¹⁶ Probleem hierbij is dat een bepaalde naam veelal meerdere keren in de lijst genoemd wordt (met en zonder al dan niet volledige initialen, als individu, als bureau, als een ander soort ambachtsslid en daarnaast geregeld nog op verschillende schrijfwijzen – zo staat architect Dudok in totaal negen keer in de tabel). Ook doet het probleem zich voor dat de benaming van een en dezelfde persoon in verschillende publicaties afwijkt (soms wordt het architectenbureau genoemd, en soms één van de architecten). Het ontbreken van een eenduidige lijst van ambachtsslieden maakt het lastig om een overzicht te maken van alle raadhuisen van één architect of architectenbureau. Om deze kwestie op te lossen zal de tabel met ambachtsslieden moeten worden opgeschoond. Aangezien in deze fase van het onderzoek door zowel de interne als de externe onderzoekers van het Projectteam Wederopbouw nog zeer regelmatig namen worden toegevoegd, is besloten deze (zeer tijdrovende) klus uit te stellen tot een later moment.

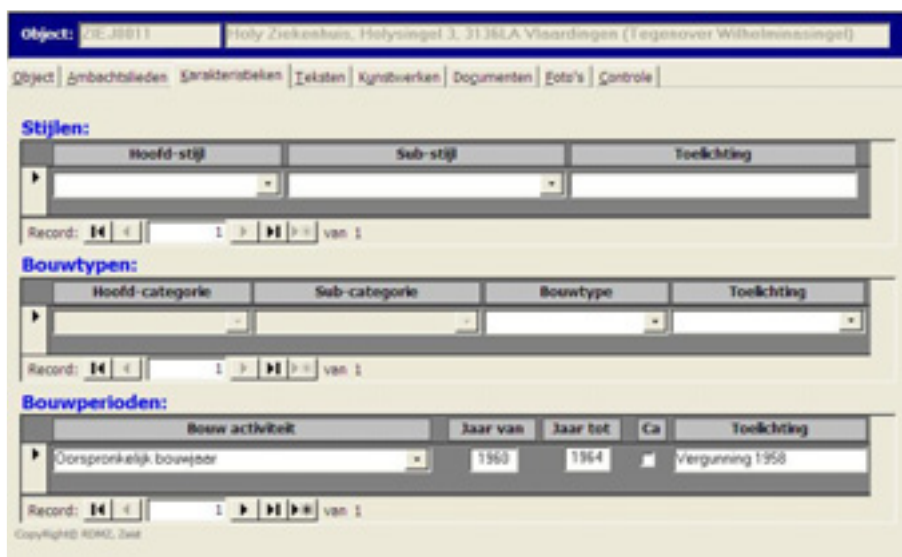


TABBLAD 'KARAKTERISTIEKEN'

Het tabblad 'Karakteristieken' is een vrij complex blad dat voornamelijk analytische gegevens bevat: de bouwstijl, het bouwtype (hoofdcategorie, subcategorie en bouwtype) en de bouwperiode(n) (afbeelding D).

AFBEELDING D

HET TABBLAD 'KARAKTERIS-
TIEKEN'



Bouwstijlen

Voor wat betreft de toekenning van stijlbenamingen (het eerste onderdeel op dit tabblad) is gepoogd hoofdzakelijk een indeling te maken in vier termen, te weten: 'traditionalisme', 'shake-hands', 'naoorlogs modernisme' en 'n.v.t.'. Aangezien de architectuur uit de wederopbouwperiode zich niet altijd even duidelijk in bouwstijlen laat indelen, moet aan dit onderdeel niet teveel waarde gehecht worden. Meer dient dit onderdeel als een toelichting op de toegepaste 'vormgeving' te worden gezien, waar digitale foto's in de databank (nog) ontbreken. Bij niet te beoordelen gevallen is ervoor gekozen om de term 'n.v.t.' in te voeren. In het toelichtingveld van de stijlen zijn

opmerkingen ten aanzien van de constructiewijze en andere technische kenmerken geplaatst.

Bouwtypen

Een indeling op bouwtypen kan op verschillende niveaus worden gemaakt. Voor de categorie scholen moet dan bijvoorbeeld worden gedacht aan een typologisch onderscheid in gangscholen of halscholen en in het geval van de kerken kan worden ingedeeld op bijvoorbeeld zaalkerken en basilieken. Voor bepaalde categorieën is deze indeling echter niet aan de orde. Voor deze categorieën is deze nadere typering dus niet ingevuld.

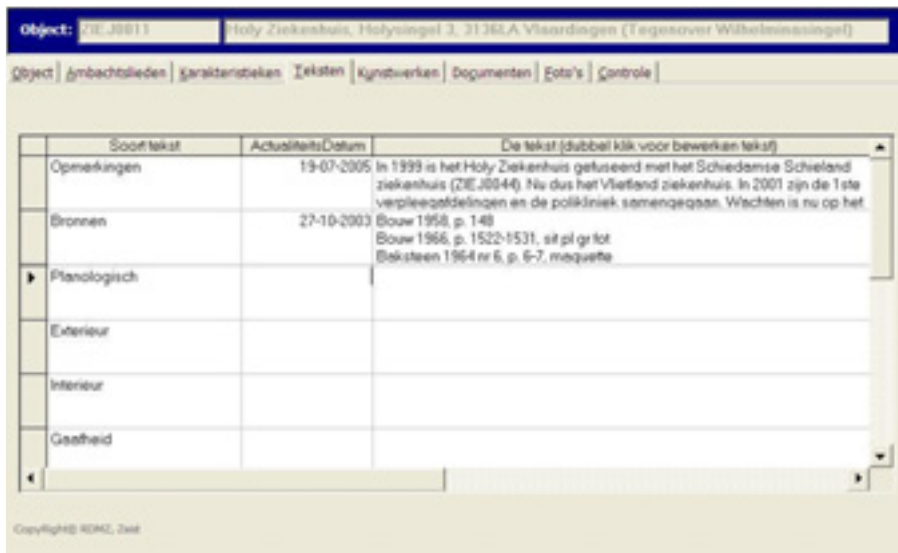
Bouwperiodes

Onder het laatste deel van dit tabblad wordt vastgelegd van en tot welk jaar een bepaalde bouwactiviteit (ontwerp, oorspronkelijk bouwjaar, verbouw, restauratie en/of sloop) heeft plaatsgevonden. In het toelichtingveld wordt opgenomen wat wanneer tot stand is gekomen. In die gevallen waar het oorspronkelijke bouwjaar van een object niet staat vermeld in het tijdschrift is de jaargang van het tijdschrift als bouwjaar (zowel van als tot) gehanteerd met de toevoeging 'circa', omdat dit in ieder geval een indicatie geeft van de bouwperiode.

TABBLAD 'TEKSTEN'

Op het tabblad 'Teksten' kunnen in de kolom 'Soort tekst' verschillende velden worden geopend (afbeelding E). Wanneer een bepaalde soort tekst wordt aangemaakt, moet het veld 'Actualiteitsdatum' worden aangeklikt om de dag vast te leggen waarop dit veld is geopend.

Per veld kunnen relevante gegevens ingevoerd worden.



AFBEELDING E

HET TABBLAD 'TEKSTEN'

Bronnen

Hier worden literatuurverwijzingen ingevoerd (volgens de standaard notitiemethode van artikelen en boeken), met daarbij per titel aangegeven of er situatieschetsen, foto's, plattegronden, aanzichten of doorsneden bij de tekst gevoegd zijn.

Planologisch

Hier wordt de stedenbouwkundige ligging van het object, de eventueel relevante aanleg van de groenstructuur en andere planologische bijzonderheden geregistreerd.

Exterieur:

Hier kan achtereenvolgens het materiaalgebruik, de kleur, de constructie, de vorm van het grondplan en de gevelstructuur van het object worden vastgelegd.

Interieur

In dit veld worden de structuur en ligging van de ruimten t.o.v. elkaar, de inrichting van de meest waardevolle ruimten en eventuele bijzonderheden (onroerende zaken, decoratieve afwerking) opgenomen.

Opmerkingen

In dit veld kan worden aangegeven welke waarderingscriteria evident van toepassing zijn op het betreffende object. Ook wordt hier ingevoerd wanneer, met wie en waarover is gesproken, gecorrespondeerd of anderszins contact heeft plaatsgevonden m.b.t. het object. Daarnaast wordt hier vastgelegd of er eventueel een foto-opdracht is uitgeschreven (met datum, opdrachtnummer en naam van opdrachtgever).

Gaafheid

Hier worden de gegevens omtrent verbouw, wijzigingen en sloop ingevoerd.

Bouwkundige staat

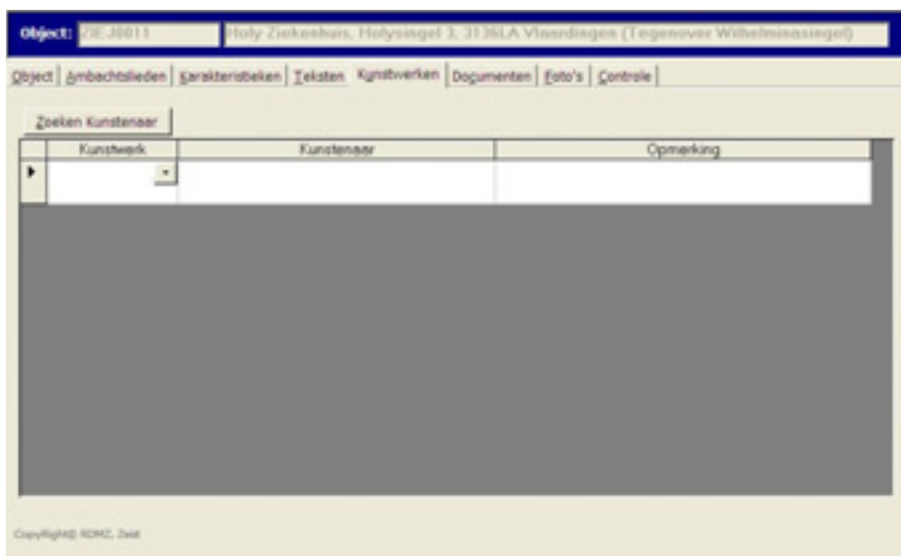
Aangezien veldwerk pas in een later stadium plaats zal vinden, kan dit veld nog niet altijd worden ingevuld. Wanneer een object wel is bezocht, kan worden volstaan met een korte notitie (visueel goed/ slecht, eventueel met een kleine toelichting).

Redengevend

Dit veld wordt in deze fase van het onderzoek nog niet ingevoerd, aangezien een redengevende omschrijving pas wordt opgesteld wanneer sprake is van (voorlopige) selectie tot rijksmonument.

Bijzonderheden

Hier kunnen eventueel zaken worden vastgelegd die niet in bovenstaande velden kunnen worden ondergebracht.



TABBLAD 'KUNSTWERKEN'

Op het tabblad 'Kunstwerken' zijn in een vaste tabel verschillende soorten (voor de wederopbouwperiode) specifieke kunstwerken genoemd zoals glas-in-beton en sgraffito, die onderdeel zijn van het oorspronkelijke ontwerp van het gebouw (afbeelding F). Onder 'kunstenaar' wordt de naam van de maker ingevoerd (ook hiervoor bestaat een vaste tabel waaraan namen kunnen worden toegevoegd, zie onder tabblad 'Ambachtslieden'). In de laatste kolom (opmerking) wordt in het kort en globaal - indien bekend - de voorstelling (naam), het materiaalgebruik, de plaats van het kunstwerk in, aan of bij het gebouw en eventuele andere opmerkingen vastgelegd. Bij het invoeren van kunstenaars is op kleinere schaal sprake van dezelfde problematiek als bij het tabblad 'ambachtslieden'.

TABBLAD 'DOCUMENTEN'

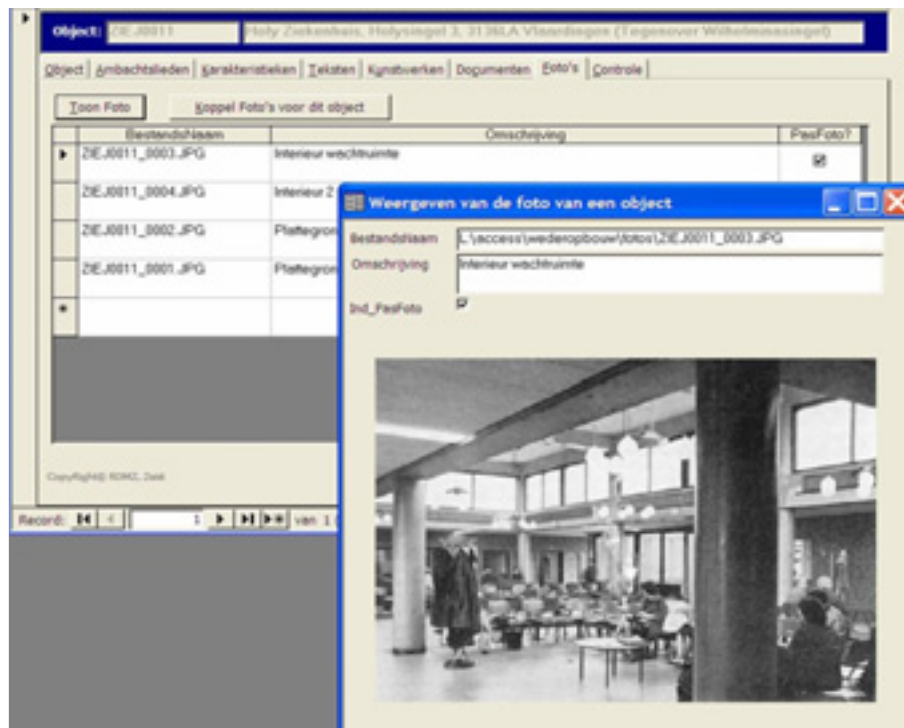
Op dit tabblad kunnen tekstuele bestanden aan een object gekoppeld worden. Per gebruiker is een vaste directory aanmaakt waarin deze bestanden kunnen worden opgeslagen. Wanneer op het tabblad 'Documenten' een bestand wordt geselecteerd en op de button 'Toon Document' wordt geklikt, opent het bestand in het bijbehorende programma.

TABBLAD 'FOTO'S'

Op het tabblad 'Foto's' kunnen afbeeldingen aan het record gekoppeld worden. (zie afbeelding G) Met het vakje 'pasfoto' wordt aangegeven welke foto het meest karakteristiek het object weergeeft. Het programma 'Her-nummer Foto's' in het menu 'Bestand' kan grotere groepen afbeeldingen tegelijkertijd omnummeren: de afbeeldingen in de databank krijgen als naam de code van het object waaraan deze gekoppeld zijn, gevolgd door underscore (_) en een serie van vier cijfers, die het bestand uniek maken.

AFBEELDING G

HET TABBLAD 'FOTO'S'



TABBLAD 'CONTROLE'

Het tabblad 'Controle' geeft automatisch aan welke velden van het record nog niet (afdoende) zijn ingevoerd.

Colofon

Auteur Eva Wijdeveld
Uitgave Rijksdienst voor
de Monumentenzorg,
Zeist 2006
Basisontwerp B@seline,
Utrecht