

Lay-out is een onregelmatig
verschijnende uitgave over ont-
werpende onderzoeken die met
steun van het Stimuleringsfonds
voor Architectuur tot stand zijn
gekomen. Het fonds nodigt ont-
werpbureaus uit om een uitgave
van *Lay-out* samen te stellen.

Het decentrale ziekenhuis is een
ontwerpend onderzoek van De Nijl
Architecten in samenwerking met
de TU Delft en CEANconsulting
naar de mogelijkheden om het
klassieke ziekenhuis te ontleden in
kleine, gespecialiseerde eenheden.
Als proefregio is gekozen voor
Rotterdam-Zuid. Inzet van de
voorbeeldstudie is om de potenties
van kleinschalige zorgcentra
voor stedelijke vernieuwing aan
te tonen.



Het decentrale ziekenhuis

Katalysator van de stedelijke vernieuwing

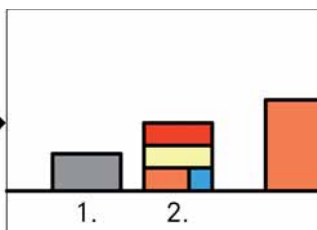
De patiënt in beeld

3



Dynamiek van
zorggebouwen

4



Netwerk ziekenhuis

1. Zelfstandig behandelcentrum / C
2. Electief behandelcentrum
3. Kernziekenhuis
4. Just In Time delivery
5. Facilitair en laboratoria
6. Diagnostisch centrum

Een
voorgeschiedenis

5



Stedelijke
vernieuwing en
zorg

8



Architectonisch
project

15



Inleiding

Alternatieven voor de zorg

Het stelsel van instellingen en voorzieningen voor de gezondheidszorg staat sinds enige jaren volop ter discussie. Dat is voor het Stimuleringsfonds voor Architectuur aanleiding om de bijdrage van de ontwerpende disciplines Architectuur en Stedenbouw aan dit debat voor het voetlicht te brengen. Het staat ten slotte vast dat alle aspecten van de zorg stollen in de gebouwen waarin die wordt aangeboden en de wijze waarop deze gebouwen over de stad zijn verdeeld. Deze uitgave van *Lay-out* bevat de resultaten van een van de projecten die aan dit initiatief ontsproten: een studie verricht door het architectenbureau De Nijl Architecten uit Rotterdam in samenwerking met de Faculteit Bouwkunde in Delft en het adviesbureau CEANconsulting te Baarn.

De studie verkent de mogelijkheden om de voorzieningen die in het huidige algemene ziekenhuis zijn samengebald los te maken, over de stad te verspreiden en in te zetten als speerpunten in de stedelijke vernieuwing. Door decentralisatie van het alles-onder-één-dak ziekenhuis kunnen veel nadelen van het huidige bestel worden weggenomen. De gedachte is simpel. Haal de mammoet ziekenhuizen die overal met de rug naar de stad toegekeerd staan uit elkaar, deel ze op in kleinere klinieken en geef die aan de stad terug. In deze simpele gedachte komen verschillende invalshoeken samen: de positie van de patiënt, de privatisering van het vastgoedbeheer en de betekenis van (zorg)voorzieningen voor de ontwikkeling en revitalisering van de stad. Deze invalshoeken zijn niet zondermeer tot elkaar te herleiden. De discussies erover worden op verschillende plekken gevoerd. De deelnemers eraan slagen er maar zelden in hun eigen, door instituties en disciplines afgebakende kring te overstijgen en lijken nauwelijks rekening te houden met de resultaten van in andere, even hermetisch gesloten kringen gevoerde debatten. Door deze studie te richten op een concreet studiegebied werd het mogelijk de inzichten die in het multidisciplinaire onderzoeksteam vertegenwoordigd waren nauw met elkaar te verweven, waarbij de herkomst van de verschillende bijdragen herkenbaar bleef.

Tel de opvattingen van een in de stedelijke vernieuwing gespecialiseerd ontwerp bureau op bij de academische inzichten van een hoogleraar in de architectuur, de jarenlange ervaring van een in de ziekenhuisbouw gespecialiseerde consultant en een in de gesloten medische wereld doorgedrongen historicus, dan moet het mogelijk zijn het complexe terrein van de ziekenhuiswereld grondig te verkennen. Dat schept kansen om de mythe te doorbreken dat alleen ziekenhuisdirecties, ambtenaren en gespecialiseerde ontwerp bureaus op dit gebied recht van spreken zou hebben. Het politieke debat over de toekomst van het ziekenhuis moet verder reiken dan de interne bedrijfsvoering. Het zou tot herbezinning moeten leiden op het ziekenhuis als collectieve, stedelijke voorziening.

De studie bestaat uit vier deelstudies die in wisselwerking met elkaar tot stand zijn gekomen en elkaar aanvullen. Deze deelstudies belichten verschillende facetten van het onderwerp en verkennen potentiële dwarsverbanden. Er is gekozen ze als zelfstandige artikelen te presenteren. Ze bieden ieder voor zich ruimte voor verdere reflectie en stellingname in de diverse discussies over de toekomst van het ziekenhuis. De conclusies van het onderzoek als geheel ondersteunen desalniettemin het pleidooi voor decentralisatie. Wat zijn die conclusies? Ervaring met de recente ziekenhuisarchitectuur brengt de historicus tot de slotsom dat de 'patiënt' – dat wil zeggen iedereen – beroofd is van de soevereiniteit over de interactie met het medisch bedrijf. Geen enkele andere vorm van dienstverlening zou zich deze houding kunnen aanmeten zonder het gevaar te lopen dat de klanten wegblijven. Het alles-onder-één-dak ziekenhuis dankt zijn ontstaan aan twee elkaar versterkende factoren, die beide

op de regelgeving teruggaan: de beperking tot hardcore medische voorzieningen, die maar een klein deel uitmaken van het parcours dat de patiënt door de medische wereld aflegt, en de samenballing daarvan in organisaties die alles niet alleen in één organisatie, maar zo mogelijk ook in één gebouw willen concentreren. Door de hardcore machine te ontleden en de delen aan te vullen met medische en daaraan gerelateerde functies ontstaan complexen die niet alleen kleiner zijn, maar ook een compleet ander karakter hebben. De consultant concludeert dat de mammoet ziekenhuizen zoals we die nu kennen een product zijn van de regelgeving. Een functionele rechtvaardiging is er niet voor te vinden. Het staat een integrale benadering – in management termen: een opvatting die uitgaat van de *full cycle of care* – in de weg, terwijl die toch een voorwaarde is om vorm te geven aan de soevereiniteit van de patiënt. De te grote concentratie van functies die te weinig met elkaar te maken hebben leidt tot logistieke problemen die zeer ten nadele zijn van de functionaliteit. De oude regelgeving levert dus een vastgoedportefeuille op waaraan grote risico's kleven: grote, specifieke complexen op perifere locaties zijn nu eenmaal moeilijk te 'vermarkten'. De business case voor het alles-onder-één-dak ziekenhuis is uitermate zwak. Nu deze regelgeving aan de dijk wordt gezet en aanbodregulering wordt vervangen door vraagsturing ontstaan nieuwe mogelijkheden. Dat die in de richting van decentralisatie gaan leidt geen twijfel.

Kern van deze studie is het ontwerponderzoek van De Nijl Architecten. Dat vervat een specifieke opvatting over ontwerpend onderzoek: alleen door de diepte in te gaan en een uitgewerkt voorstel te presenteren is het mogelijk alternatieven voor de huidige organisatie van ziekenhuisvoorzieningen met de overtuigingskracht van concrete voorstellen in discussie te brengen. Het nu gangbare ziekenhuis is een in zichzelf gekeerd gebouwtype, afgeleid uit de interne bedrijfsvoering en blind voor de locatie waar het staat. Veel meer mogelijkheden heeft een omgekeerde benadering: generieke gebouwen die locatie-specifiek zijn. Dat generieke gebouwen vanuit het oogpunt van vastgoedbeheer te prefereren zijn staat vast. Zijn ze niet al te groot, dan is hergebruik altijd mogelijk, zodat ze niet als negatief vermogen op de balans van de uitbaters hoeven te staan. Dat is feitelijk met de traditionele mammoeten wel het geval. Bovendien zijn generieke gebouwen van kleine omvang gemakkelijk in hun omgeving te integreren, zowel fysiek als functioneel. Worden ze aangevuld met gerelateerde zorgvoorzieningen, dan brengen ze de *full cycle of care* daadwerkelijk tot stand en maken ze inzichtelijk dat het proces van diagnose, behandeling en nazorg veel meer omvat dan de diensten die het traditionele ziekenhuis kan leveren. En daarmee wordt het decentrale ziekenhuis een volwaardig publiek gebouw met een belangrijke functie in de stedelijke vernieuwing. Al deze aspecten zijn op het niveau van concepten slechts in algemene termen aan te duiden. Vandaar dat gekozen is voor een nauwkeurige studie van spreidingspatronen, functie-combinaties en locatiekeuze, resulterend in een architectonisch voorstel voor een sleutellocatie in Rotterdam-Zuid, naast een moskee-in-aanbouw, aan de rand van een sociaal minder sterke wijk die op stedelijke vernieuwing wacht.

Locatie-specifieke, generieke gebouwen die deel uitmaken van een functioneel geleed netwerk, het klinkt revolutionair. Tijdens het werken aan dit project bleken de vooronderstellingen en de bevindingen uit de analyse van spreidingspatronen aanleiding te zijn voor een nieuwe kijk op de geschiedenis van de ziekenhuisvoorzieningen in Rotterdam. Daarin blijkt geenszins sprake te zijn van een noodgedwongen ontwikkelingslijn in de richting van concentratie en centralisatie tot steeds grotere eenheden. Juist de overgangsperiode van het stelsel van armenzorg naar het moderne stelsel van medische voorzieningen toonde een veelheid van initiatieven, waarbij een zeer

gevarieerde typologie van gebouwen in combinatie met uiteenlopende locaties garant stond voor individuele kwaliteit van deze publieke gebouwen. Op het snijvlak van geschiedenis en ontwerponderzoek ontstond zo tenslotte een overzicht van een bijzondere periode in de ontwikkeling van medische voorzieningen. Dit overzicht, evenals de andere bijdragen, biedt hopelijk inspiratie voor de verdere discussies over ziekenhuizen voor de niet al te verre toekomst.

Endry van Velzen, Henk Engel, Olivier van der Bogt (De Nijl Architecten), Leen van Duin, Esther Gramsbergen (Leerstoel Typologie van Gebouwen, Faculteit Bouwkunde TU Delft), Cor Wagenaar (Institute for History of Architecture, Art and Urbanism, TU Delft), Colette Niemeijer (CEANconsulting).



Combinatie van medische diensten en kuuroord

Gellert Hotel in Boedapest (boven)

Ontwerp voor Vrouw- en kindkliniek in Rotterdam-Zuid (onder)

De patiënt in beeld

Colette Niemeijer, Cor Wagenaar

Wie met een verslechterende gezondheid wordt geconfronteerd meldt zich op een gegeven moment bij de huisarts, nog altijd de ‘poortwachter’ van de Nederlandse gezondheidszorg. Dat is het begin van een vaak onoverzichtelijke gang door de medisch wereld, een tocht langs instanties die door de huisarts worden aanbevolen en daarna onderling naar elkaar en naar weer nieuwe partijen doorverwijzen. De enige connectie tussen al deze partijen is de patiënt, maar die is zelden in staat het parcours door de medische wereld zelf te regisseren. Doet ook de huisarts dat niet, want ook die is daartoe nauwelijks in staat, dan is het resultaat een wirwar van ogenschijnlijk niet aan elkaar gerelateerde interacties met steeds weer andere vertegenwoordigers van de medische stand, die elk hun eigen gespecialiseerde terrein bestrijken. Het besef dat de patiënt soms al een lange tocht door de medische wereld achter de rug heeft is bij elk van deze schakels doorgaans zwak ontwikkeld of zelfs afwezig. Een groot deel van deze onderling nauwelijks samenhangende voorzieningen is samengebald in het zogenaamde alles-onder-één-dak ziekenhuis. Deze vormen een voorbeeldige illustratie van de manier waarop het gezondheidsstelsel is opgezet, uitsluitend vanuit het perspectief van het aanbod: medische staven, ziekenhuisorganisaties, ministeries, financiers. Dit heeft geleid tot een stelsel dat zich in de praktijk als monopolist gedraagt. De patiënt heeft geen alternatief en laat zich zo ongeveer alles welgevallen, als hij maar geholpen wordt. De gebouwen van de gezondheidszorg ontlenen hieraan hun karakter. Ze liggen geïsoleerd in de buitenwijken, hebben een onoverzichtelijke organisatie en een ontzagwekkende grootte. Geen enkele andere vorm van dienstverlening kan zich een dergelijke opstelling tegenover de gebruikers veroorloven, en het ziet er naar uit dat dit ook in de gezondheidszorg niet langer wordt geaccepteerd.

Gezondheidszorg is in wezen niets anders dan een vorm van dienstverlening. De aanname dat deze dienstverlening zich door het medische karakter ervan zodanig van andere vormen van dienstverlening onderscheidt dat een vergelijking bij voorbaat zinloos is laat zich gemakkelijk ontzenuwen. Het overgrote deel van de handelingen in ziekenhuizen is planbaar en de meeste handelingen zijn betrekkelijk eenvoudig. Acute gevallen en aandoeningen die het uiterste aan medisch vernuft eisen zijn niet doorslaggevend. Evenmin de omstandigheid dat de vraag naar behandeling nauwelijks door de prijs ervan wordt beïnvloed. Waarom zou iemand die zich op termijn moet of wil laten behandelen zich niet oriënteren op het aanbod aan medische voorzieningen zoals dat bij andere vormen van dienstverlening gebruikelijk is? Toch gebeurt dit maar zelden, al lijkt zich op dit moment een omwenteling af te tekenen. Er zijn goede redenen om aan te nemen dat belangrijke verbeteringen mogelijk zijn wanneer de gezondheidszorg zich inderdaad als een ‘normale’ vorm van dienstverlening zou gedragen. Een van de consequenties is een ander distributiemodel: in plaats van weinig locaties met heel veel ‘loketten’ voor allerlei medische voorzieningen ligt een veel groter aantal locaties met veel minder loketten voor de hand.

Het alles-onder-één-dak ziekenhuis

Het voor Nederland kenmerkende alles-onder-één-dak ziekenhuis mag ondertussen achterhaald zijn, dat er ook voordelen aan verbonden zijn is niet te ontkennen. Het bevordert multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende medische specialismen en genereert dusdanig grote patiëntenstromen dat met het bestrijden van de meer zeldzame aandoeningen ervaring wordt opgebouwd. Voor wetenschappelijk onderzoek is de beschikbaarheid van veel patiënten een voordeel, voor het onderwijs eveneens. De kennis van topspecialisten is bij grote concentraties optimaal te benutten, ze brengen zelf weinig tijd wachtend door en voor de vaak peperdure apparatuur geldt hetzelfde. Grote complexen maken het mogelijk kosten

te delen, een standaardargument bij elk proces van schaalvergroting. Dat dit door de bestuurlijke en administratieve context gegeven model ook het meest functionele zou zijn blijkt een mythe. Tegenover de onmiskenbare voordelen staan even grote nadelen. Uit het onderzoek Sneller Beter dat onder auspiciën van het Ministerie van VWS werd uitgevoerd blijkt dat de logistiek in het klassieke Nederlandse ziekenhuis een nachtmerrie is. De veronderstelling dat bij grotere concentraties personeel en technologie optimaal worden benut, wordt door de praktijk gelogenstraft. Na vijf uur ‘s middags houdt het bedrijf praktisch op, woensdagen en vrijdagen draaien veel afdelingen op halve kracht. Ook het idee dat een groot gebouw een grote vastgoedwaarde vertegenwoordigt, blijkt niet vol te houden. Zou men proberen een klassiek alles-onder-één-dak ziekenhuis van de hand te doen, dan zijn de grootte en het onredelijk grote aantal specifieke ruimten ongeschikt voor andere gebruikers. Daar komt bij dat het klassieke ziekenhuis weliswaar innovatief kan zijn op het gebied van medische technologie, maar de mogelijkheden van hedendaagse digitale communicatie- en planningsmiddelen zijn nog maar mondjesmaat toegepast. Dat is des te meer te betreuren omdat deze techniek mogelijkheden in zich bergt om te dienen als schakel tussen ziekenhuis en gebruiker en als instrument om het medisch proces vanuit diens perspectief inzichtelijk te maken. (Jan Kremer, ivf-arts in Nijmegen, begon een experiment dat de interactie tussen patiënt en medische wereld omdraait. Gebruikmakend van het internet en de computer stelt Kremer de patiënt in staat elke stap van haar behandeling te overzien en voor zover mogelijk te beïnvloeden.) De onoverzichtelijkheid van de logistieke processen die zich vertaalt in de opzet van de gebouwen, draagt in hoge mate bij aan het uitgesproken ‘klantonvriendelijke’ karakter van het ziekenhuis. Dat wordt versterkt door het gebrek aan privacy, de gelijkschakeling aan de ziekenhuisklok, het afscheid van familie en vrienden, het overnachten met wildvreemden op een kamer, het minimale contact met de verantwoordelijke artsen en de overdaad aan contacten met steeds weer andere personeelsleden, de veelal slechte akoestiek en het door logistiek en de vaak gebrekkige bewegwijzering veroorzaakte gevoel van verlorenheid. De patiënt transformeert van mens tot object zodra hij het ziekenhuis binnenkomt. Zijn er functionele argumenten om zoveel mogelijk medische voorzieningen bij elkaar onder te brengen? Vaak is juist de functionele samenhang tussen de bijeengebrachte functies achterhaald. Voor het overgrote deel van de behandelingen wordt een miniem deel van het geconcentreerde aanbod gebruikt en van intensieve samenwerking tussen verschillende medische specialismen is niet altijd sprake. Verreweg de meeste ingrepen horen tot het standaardrepertoire dat daarmee verantwoordelijk is voor het leeuwendeel van de logistieke knopen en verstoppen.

Geen functionele maar bureaucratische rationaliteit

Het huidige voor Nederland typerende alles-onder-één-dak concept is een gevolg van twee tegengestelde tendensen. Aan de ene kant het uitsluiten van alles wat niet tot de zogenaamde curatieve gezondheidszorg hoort. Wat resteert is dat deel van de zorg die op de behandeling van ziekte en ongemak is gericht met de bedoeling crises te lijf te gaan. Ziekenhuizen bevatten daardoor uitsluitend medische voorzieningen, aangevuld met de onvermijdelijke bloemenkiosk en een boekwinkel. De tweede tendens bestaat uit het bij elkaar brengen van medische voorzieningen in één groot complex. Beide tendensen vloeien voort uit het oude stelsel van aanbodregulering, dat bedoeld was de kosten van de zorg te beteugelen. Een inperking van het type voorziening was het gevolg: alleen wat zich richt op het repareren van gebreken (‘cure’) of het dragelijk maken van wat niet te repareren is (‘care’) werd tot het stelsel toegelaten. De tot voor kort geldende Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) werkte concentratie in de hand en

leidde in de praktijk tot een aantal grootschalige voorzieningen. Slaagde een ziekenhuis erin van het Ministerie van VWS of haar voorgangers een vergunning voor nieuwbouw of uitbreiding in de wacht te slepen, dan waren alle kosten van de financiering daarvan gegarandeerd. Bijgevolg lag het voor de hand de gebouwen te ontwerpen op basis van het maximale gebruik (piekbelasting) en het beoogde verzorgingsgebied zo groot mogelijk te maken. Het scheppen van zoveel mogelijk ruimte werd gezien als de ultieme vorm van flexibiliteit. De fusiegolf van de jaren negentig had tot doel zorg doelmatiger te maken door het integreren van ondersteunende diensten en management. Fusies werden gestimuleerd door versnelde nieuwbouw in het vooruitzicht te stellen. Nederland ging van circa 200 ziekenhuizen naar 100 stichtingen, vaak nog steeds op meerdere locaties en met doublures in de medische en ondersteunende voorzieningen. De ziekenhuizen die nieuw bouwden werden groter dan de som der delen. Nagenoeg alle nieuwbouw ziekenhuizen zijn zo-groot-mogelijke-alles-onder-één-dak ziekenhuizen. De bouwomvang is gegroeid van circa 20.000 tot 50.000 vierkante meter bruto vloeroppervlak (bvo) in de jaren zeventig naar 70.000 tot 150.000 vierkante meter met uitschieters naar meer dan 400.000 vierkante meter voor academische centra nu. Het alternatief voor het alles-onder-één-dak ziekenhuis, het decentrale ziekenhuis, draait de twee hierboven genoemde tendensen om. Het onderscheid tussen voorzieningen binnen en buiten het klassieke stelsel vervaagt en dat maakt het mogelijk extra functies te integreren, zoals wellness, fitness, voorlichting, preventie, etcetera. Dat vergroot het volume maar leidt niet tot nog grotere ziekenhuizen. Voorzieningen worden in kleinere, functioneel samenhangende klinieken opgedeeld, die samen een netwerk vormen dat in stad en maatschappij is geïntegreerd.

Het ziekenhuis als functioneel, publiek en stedelijk gebouw

De voordelen van concentratie vloeien voort uit de opvatting van het ziekenhuis als een productiewerkplaats, een medische fabriek waarvan de voordelen van schaalgrootte worden benut. Het ligt echter meer voor de hand om het ziekenhuis als een schakel in een keten van dienstverlening te zien. De redenen om er gebruik van te maken zijn zeer persoonlijk, niets is zo privaat als iemands gezondheid, en de manier waarop gezondheidszorg wordt verleend zou net zo persoonsgericht moeten zijn als in andere vormen van dienstverlening gebruikelijk is. Dat veronderstelt een ander distributiemodel, dat bij niet-medische vormen van dienstverlening inspiratie op zou kunnen doen. In functionele zin kunnen kleinere klinieken die samen een dekkend netwerk vormen veel beter presteren dan de oude en nieuwe mammoeten. De architectonische voordelen zijn evident. Het wordt mogelijk gebouwen te maken die er niet langer uitzien alsof uitstraling en inrichting er niet toe doet omdat de patiënt toch wel komt: het standpunt van de monopolist. In termen van vastgoedwaarde vertegenwoordigen kleinere, meer generieke gebouwen een hogere waarde. Kleinere gespecialiseerde eenheden kunnen functioneler opereren dan grotere, onder andere doordat de logistiek minder problemen geeft. Maar wellicht het grootste voordeel ligt op stedenbouwkundig vlak. Ontleedt men het alles-onder-één-dak ziekenhuis in kleinere eenheden, met andere woorden decentraliseert men het, dan blijkt het mogelijk het isolement van het medisch bedrijf te doorbreken en het opnieuw te integreren in het stedelijk weefsel van de stad. Lukt het om het decentrale ziekenhuis als een publiek gebouw in te zetten, dan kan het een katalysator zijn bij het revitaliseren van achterop geraakte wijken. Daarmee herwint het als stedenbouwkundig ankerpunt en gezondheidbevorderende instelling een positie die het pas in de jaren vijftig van de vorige eeuw kwijtraakte.

Dynamiek in zorggebouwen

Gevolgen van de stelselwijziging voor het ziekenhuisgebouw

Colette Niemeijer

Ziekenhuizen hebben behoefte aan prikkels om een doelmatiger bedrijfsvoering af te dwingen. Doel van het introduceren van geregleerde marktwerking is meer en betere zorg te leveren met minder geld. In dit artikel is het ziekenhuisgebouw opgevat als een versteend logistiek proces. Personeel en gebouwen, de grootste kostenposten op de balans van ziekenhuizen, belichamen dit proces dat daarmee direct gevolg heeft voor de exploitatie. Een niet optimale fysieke infrastructuur belemmert de logistieke processen, verlaagt het financiële rendement en bemoeilijkt het functioneren van de zorgorganisatie. In 2004 gaf het programma Sneller Beter van het ministerie van VWS aan dat in de jaaromzet van ziekenhuizen circa 20 procent bespaard zou kunnen worden door de logistieke processen te verbeteren.¹

Essentie van de geregleerde marktwerking is het vervangen van een aanbodgerichte door een vraaggestuurde zorg. Dat dwingt ziekenhuizen zich meer als ondernemers te gedragen. Zij moeten zich flexibel opstellen om te kunnen inspelen op de veranderende zorgvraag. Tot voor kort gingen ziekenhuizen uit van een gegarandeerde afzet voor hun diensten. De zogenaamde contracteerplicht dwong verzekeraars het overeengekomen volume af te nemen. Nu deze regeling vervalt moeten ziekenhuizen zich inspannen om hun diensten aan de man te brengen. Een andere garantie die komt te vervallen is de vergoeding achteraf voor de kapitaallasten die met investeringen in gebouwen samenhangen. Vielen die lasten hoger uit dan voorzien, dan sprong de staat bij. Het financieringsrisico van grote onrendabele gebouwen was dus nihil. Ook dat verandert. In de nieuwe wetgeving worden vastgoedkosten verrekend in de prijs van de aangeboden zorg. Daardoor ontstaat een directe financiële relatie tussen de gebouwen en de omzet. Gegarandeerde inkomsten nemen af, terwijl de vaste uitgaven stijgen: aangegane verplichtingen blijven bestaan en nieuwe investeringen blijven noodzakelijk. Om dit gat te overbruggen staan ziekenhuizen voor de keuze om met andere zorgaanbieders te gaan concurreren of juist samenwerkingsverbanden aan te gaan. Inmiddels is al waar te nemen dat ziekenhuizen fuseren om een grotere weerstand tegen de macht van de verzekeraars op te bouwen, die onderhandelt over prijs en volume van zorgproducten. Hierdoor verandert de van oorsprong eenvoudige eendimensionale wereld van de ziekenhuizen van één eigenaar, één vast aanbod aan zorgproducten en één locatie naar een verder uitgestrekt netwerk van locaties, verschillende eigenaren en financiers, en een sterkere differentiatie van de dienstverlening. De zorg explodeert als het ware over deze drie assen. Dat vraagt om nieuwe concepten. Niet het streven naar maximalisatie van de omvang, maar juist optimalisatie van de productiemiddelen zal de nieuwe cultuur moeten worden. Het decentrale ziekenhuis past binnen deze tendensen.

Welke consequenties heeft de marktwerking voor de gebouwen?

Het College Bouw, tot voor kort verantwoordelijk voor de vergunningsprocedures voor ziekenhuisbouw, pleit in zijn zogenaamde schillenmodel voor het opdelen van ziekenhuisgebouwen in generieke en specifieke bouwdelen: de *high tech* behandelafdelingen en diagnostiek (*hotffloor*), hotel voor verblijf, kantoor voor werkplekken en fabriek voor laboratoria en ondersteunde diensten. Hierbij wordt voorgesteld dat de fabriek, bijvoorbeeld de laboratoria, uit het ziekenhuisgebouw worden gehaald en elders in de regio worden ondergebracht. Het kernziekenhuis, gericht op de patiëntgebonden functies, blijft over, andere functies bevinden zich in 'schillen' daaromheen. Groepeer men de zorg rond doelgroepen zodat die alle vormen van zorg krijgen die bij een dergelijke doelgroep nodig zijn, zoals Porter het uitdrukt, *the full cycle of care*, dan voert men de decentralisatie van het ziekenhuis een stap verder.² Ook patiëntgebonden functies die op chronische zorg zijn gericht,

verlaten dan het traditionele ziekenhuis en worden opgenomen in de stad. Daar bevindt zich al het grootste deel van de eerste aanspreekpunten: huisartsen, bedrijfsartsen, consultatiebureaus, tandartsen, alles wat tot de zogenaamde 'eerste lijn' wordt gerekend. Met een aantal van de voormalige ziekenhuisgebonden ziekenhuisfuncties, in het jargon aangeduid als de 'tweede lijn', en de inrichtingen voor langdurige verpleging die tot de 'derde lijn' worden gerekend ontstaan nieuwe clusters van medische voorzieningen die vervolgens met niet-medische, deels commerciële gezondheidgerelateerde diensten tot nieuwe gebouwtypen kunnen worden samengevoegd. Tegelijkertijd zal met name de langdurige zorg zo dicht mogelijk bij de mensen thuis worden gebracht met behulp van thuiszorg, zorg in wijkcentra of 'telemedicine', waarbij het internet het mogelijk maakt elders geproduceerde zorg, bijvoorbeeld het controleren van eenvoudige gegevenheden als hartslag en bloeddruk, thuis aan te bieden. Tegenover deze decentralisatie in de richting van de wijk staat een tendens om hooggespecialiseerde zorg juist te concentreren op regionaal niveau. De benadering van het aanbieden van een *full cycle of care* per doelgroep sluit aan bij een van de consequenties van de marktwerking: de noodzaak om in productgroepen en onder andere naar levensstijl onderscheiden categorieën van gebruikers te denken (vergelijk het denken in 'formules' bij andere vormen van dienstverlening). Patiëntenprocessen zullen zich meer en meer langs die lijnen organiseren en steeds minder volgens de lijnen van de traditionele medische disciplines. De product-klant benadering leidt tot het clusteren van de functies polikliniek, diagnostiek en behandeling. Hiermee ondergaat het traditionele ziekenhuis de metamorfose van de zogenaamde 'horizontale' opdeling in een beddenhuis, het behandelcentrum en de polikliniek, die dwars door alle specialisaties heengaait, naar een zogenaamde 'verticale' opdeling die alle voorzieningen rond thema's ordent. Ook deze benadering bevordert kleinere *Health Centers* of klinieken. Richt een dergelijk centrum zich op één doelgroep, dan groeit de schaal van het verzorgingsgebied van lokaal naar regionaal. Biedt het algemene zorg, dan kan het zich ook op de lokale markt richten. Als gevolg hiervan kunnen patiëntenprocessen die niet noodzakelijkerwijs in een klinische omgeving nodig zijn meer in de wijk worden georganiseerd, wat tot optimale bereikbaarheid leidt. Ondersteunende voorzieningen kunnen eveneens buiten het kernziekenhuis worden geplaatst. Afhankelijk van het verzorgingsgebied kunnen deze in dienstencentra worden ondergebracht die meerdere *Health Centers* of kernziekenhuizen bedienen.

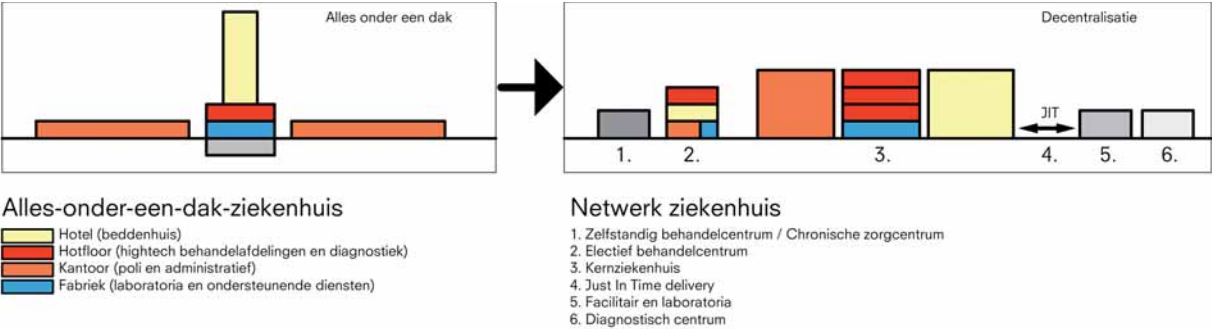
Wisseling van paradigma

Het ziekenhuis maakt een paradigma shift door naar netwerkstructuren gericht op verschillende patiëntengroepen die hun eigen specifieke weg langs het aanbod aan voorzieningen volgen, de zogenaamde *service lines*. Deze ontwikkeling is vergelijkbaar met de verandering die Schiphol heeft doorgemaakt. Sinds de jaren negentig ziet Schiphol niet de vliegtuigmaatschappijen als de belangrijkste doelgroep, maar de reiziger. Hierdoor ontstonden geheel nieuwe productgroepen en *service lines* met elk hun eigen toegevoegde waarde. Ziekenhuizen veranderen van centra gericht op specialisten en verzekeraars naar

regionale of zelfs landelijke netwerken voor de beste patiëntenzorg. Analooq aan wat Schiphol heeft laten zien ontstaan er nieuwe diensten die minder verband houden met de *core business*. Schiphol verdient inmiddels veel meer aan parkeren, winkels, see *buy fly* en vastgoed dan aan havengelden. Bij ziekenhuizen is een dergelijke ontwikkeling te zien in de vele zorgbouwlevards die ontstaan en speciale diensten aan het bed van de patiënt: geen kernfuncties, maar wel functies die inspelen op de wensen van de gebruikers. Onderstaand is een indicatie gegeven hoe ziekenhuizen *service lines* kunnen ontwikkelen voor aanvullende diensten. Het traditionele zo-groot-mogelijke-alles-onder-één-dak-ziekenhuis valt uiteen in patiëntprocessen gericht op de *full cycle of care*, aangevuld met deze diensten. Hierbij moeten keuzes worden gemaakt voor concepten als *operational excellence* (het optimaliseren van de medische processen), *product leadership* (het streven naar de best mogelijk kwaliteit) of *customer intimacy* (de beleving van het ziekteproces zo dragelijk mogelijk maken, vrij naar Tracey & Wiersema).³ Bij *operational excellence* zal de nadruk moeten liggen om processen rond patiënten en de dragers van kennis, patiëntgegevens, medici en verpleegkundigen zo effectief mogelijk te maken. Korte looplijnen en volledige digitalisering staan hierbij centraal. Dit leent zich voor korte voorspelbare behandeltrajecten, zoals de niet-acute planbare ('electieve') zorg. Bij *product leadership* staat het eindresultaat voorop. Het gaat hier om procesonderdelen zoals de juiste diagnostiek en de juiste behandeling. Deze benadering kan worden ingezet bij complexe medische trajecten maar ook bij electieve zorg. Bij *customer intimacy* gaat het om de persoonlijke beleving van het individuele patiëntenproces. Dit zal juist geschikt zijn voor patiënten met chronische aandoeningen. Deze drie benaderingen vragen elk andere omgevingen met elk een eigen logistieke opzet en verschijningsvorm. Dit past goed in de gedachte van decentralisatie. De meeste recent gebouwde ziekenhuizen kunnen dan ook worden gezien als de laatste dinosaurussen. Netwerkiekenhuizen, ontsloten via de digitale snelweg, met een eigen merk in kleinschalige specialistische centra zijn de toekomst. Voor het gebouwenbestand betekent de marktwerking dat deze moet kunnen groeien en krimpen al naar gelang de zorgvraag zich ontwikkelt. Dit betekent dat de gebouwopzet zo veel mogelijk courant moet zijn en zich in het stedelijk weefsel moet voegen. Hierdoor kunnen ze op elk gewenst moment worden afgestoten zonder dat dit direct leidt tot kapitaalvernietiging, zoals bij de huidige ziekenhuizen het geval is. Dit betekent een modulaire gebouwopzet, generiek waar mogelijk, specifiek waar nodig en zo min mogelijk persoons- of disciplinegebonden. Deze karakteristieken vormen de essentie van het decentrale ziekenhuis.

Noten

- Het programma Sneller Beter is 20 november 2003 gestart om een verbetering van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit in de curatieve zorg te stimuleren. Sneller Beter is een gezamenlijk initiatief van het ministerie van VWS, de NVZ vereniging van ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten. *Sneller Beter. De logistiek in de zorg*, eindrapportage TPG 7 juni 2004.
- Porter M.E, Teisberg E.O., *Redifining Health Care*, Harvard Business School Press, Boston 2006.
- Michael Treacy, Fred Wiersema, *De discipline van marktleiders*, Schiedam 1995.



Een voorgeschiedenis

Netwerk van ziekenhuizen in kaart, Rotterdam 1840-1915

Esther Gramsbergen

Gedurende de negentiende eeuw werden in belangrijke steden zoals Parijs, Brussel, Wenen en Amsterdam grote paviljoen ziekenhuizen gebouwd. Dit gebouwtype, waarbij het ziekenhuis werd opgedeeld in verschillende kleinere units die vrijstaand of verbonden met een gang op een royaal grondstuk werden uitgelegd, werd destijds beschouwd als het ideale ziekenhuis. Ondanks de stormachtige groei die Rotterdam doormaakte in de tweede helft van de negentiende eeuw, kwam men niet tot de bouw van een groot paviljoen ziekenhuis. De plannen ervoor werden wel degelijk gemaakt, een gemeentelijk ziekenhuis voor 1000 patiënten op het landgoed Woudenstein werd rond 1900 overwogen, maar ketste af. Wat was hiervan de oorzaak en wat was het alternatief? Parallel aan de ontwikkelingen rond het stedelijk ziekenhuis die gericht waren op centralisatie van de intramurale zorg, was in de genoemde periode een beweging op gang gekomen die het tegenovergestelde effect bewerkstelligde. Oorzaak was de opkomst van confessionele ziekeninrichtingen en specialistische ziekenhuizen. In hoeverre dit het afketsen van de bouw van een groot paviljoen ziekenhuis heeft beïnvloed is moeilijk te zeggen. Interessant is hoe, als alternatief voor één groot gemeentelijk ziekenhuis, het decentrale stelsel van ziekenhuizen in deze periode werd opgebouwd en heeft gefunctioneerd. Was er sprake van een bepaalde rolverdeling of concurrentie? Welke typen ziekenhuizen werden er in deze periode gebouwd en waar? Het huidige onderzoek naar het decentrale ziekenhuis is aanleiding om dieper in te gaan op de organisatorische en bouwkundige karakteristieken van het netwerk van ziekenhuizen in Rotterdam in de periode 1840-1915. De kleinere ziekenhuizen en klinieken, die de schakels vormen in dit systeem, zijn tot nog toe aan de aandacht van architectuurhistorici ontsnapt. Zij keken vooral hoe het concept van het ideale ziekenhuis zich ontwikkelde en gestalte kreeg in de voornaamste ziekenhuisgebouwen. In dit artikel staan juist de kleinere ziekenhuizen en klinieken centraal omdat kennis hiervan een rol kan spelen in de discussie over het toekomstige ziekenhuis.

Religieuze differentiatie en medische specialisatie

Vanaf het eind van de zestiende eeuw tot aan het begin van de negentiende eeuw was er in Rotterdam één instelling voor intramurale ziekenzorg : het stedelijk gasthuis gevestigd aan de Hoogstraat. Hier werden armen kosteloos verpleegd. Burgers die het zich konden veroorloven lieten artsen aan huis komen en prefereerden verzorging thuis. In de jaren dertig van negentiende eeuw voldeed het oude gasthuis niet langer en besloot het stadsbestuur tot de bouw van een nieuw gemeentelijk ziekenhuis. Buiten de stad, op het terrein van een voormalige buitenplaats aan de Coolsingel, verrees tussen 1840 en 1851 het Coolsingelziekenhuis. Het werd gebouwd onder leiding van stadsarchitect W.A. Rose en was voor die tijd zeer modern. De verhuizing van het stedelijk gasthuis naar het nieuwe gemeentelijke ziekenhuis markeert de overgang van een liefdadigheidsinstelling naar een modern medisch instituut. In het nieuwe ziekenhuis werden naast ziekenzalen medische faciliteiten opgenomen zoals operatiekamers, laboratoria en therapeutische baden. De uitbreiding van de medische behandelmethoden maakte het ziekenhuis tot een voorziening voor de hele stadsbevolking, arm en rijk. Men zag af van kostenloze verpleging en voerde een systeem in van verschillende verpleegklassen waarbij rekening werd gehouden met de financiële draagkracht van patiënten. De opkomst van de confessionele ziekenhuizen is een reactie op dit nieuwe kostensysteem en de invoering van de armenwet in 1854. De armenwet onderstreepte het principe van de scheiding tussen stadsarmen en kerkelijke armen, en bepaalde de zorg voor kerkelijke armen tot de taak van kerkelijke instellingen. De diaconieën droegen zodoende de kosten voor geneeskundige zorg van de kerkelijke armen. Het spreekt voor

zich dat zij het wegvallen van de kosteloze verzorging in het stedelijk gasthuis betreunden omdat zij nu deze zorg moesten 'inkopen' bij het Coolsingelziekenhuis. Dit leidde tot de oprichting van eigen diaconale ziekeninrichtingen. Overigens werd enkele jaren later, onder politieke druk, het principe van kostenloze verpleging voor de bedeeden in het Coolsingelziekenhuis toch weer ingevoerd. De opkomst van hervormde, gereformeerde en katholieke ziekeninrichtingen zette echter door. De confessionele ziekenhuizen richtten zich in eerste instantie op de verzorging van ongeneeslijke zieken, een categorie patiënten die uit het gemeentelijk ziekenhuis werd geweerd omdat zij de bedden te lang bezet hielden en daardoor het gebruik van de medische faciliteiten beperkten. Enkele confessionele instellingen, zoals het Diaconessenhuis en het Sint Franciscus Gasthuis, groeiden aan het eind van de negentiende eeuw uit tot volwaardige ziekenhuizen. De specifieke eisen die aan verpleging van bepaalde ziekten werden gesteld en de wens tot isolatie van sommige groepen patiënten leidden tot de opkomst van de specialistische ziekenhuizen, zoals oogklinieken, kinderziekenhuizen, venerologische klinieken en kraamklinieken. In Rotterdam was hun aanwezigheid van invloed op de organisatie van het Coolsingelziekenhuis. Zo werd daar geen oogheelkundige afdeling opgericht omdat Rotterdam al van twee oogklinieken was voorzien. Het zelfde gold voor de maternité of kraamzaal, die al sinds 1831 in de binnenstad was gevestigd en vanaf 1882 in de nieuw opgerichte Rijksschool voor vroedvrouwen werd opgenomen. Pas na 1900 werd in het Coolsingelziekenhuis een eigen verloskundige afdeling opgezet. De oprichting van het Sophia Kinderziekenhuis kwam tot stand omdat in het Coolsingelziekenhuis voor een aparte kinderzaal geen plaats was. Het feit dat het Sophia Kinderziekenhuis op een gegeven moment gemeentelijke subsidie kreeg, geeft aan dat het als een aanvulling op het Coolsingelziekenhuis werd beschouwd. Een apart geval is de oprichting van het Rotterdamsch Sanatorium in 1890. Het Sanatorium was een privé-kliniek voor betalende patiënten, onder behandeling bij vrijgevestigde medisch specialisten. Het succes van het Sanatorium laat zien dat aan het eind van de negentiende eeuw de gegoede burgerij de voorkeur voor thuisverpleging laat varen. Anderzijds maakt het ook duidelijk dat het Coolsingelziekenhuis er niet in geslaagd was de gegoede burgerij aan zich te binden, ondanks de ziekenzalen voor eerste en tweede klasse verpleging. Over de gehele periode valt een verschuiving waar te nemen in de rolverdeling tussen het Coolsingelziekenhuis en de overige instellingen voor intramurale zorg. Ondanks de uitbreiding van het Coolsingelziekenhuis in de jaren 1884-1888 ontbreekt het de instelling aan ruimte en middelen om het ideaal van een algemeen ziekenhuis voor arm en rijk overeind te houden. In de expanderende stad neemt de vraag naar bedden voortdurend toe en kiest het ziekenhuisbestuur voor de inrichting van grote ziekenzalen voor derde en vierde klasse verpleging ten koste van de aparte kamers voor eerste en tweede klasse verpleging. Deze categorie patiënten wijkt uit naar het Sanatorium of naar de confessionele ziekenhuizen, die inspelen op deze vraag. In het begin van de twintigste eeuw doet zich daarnaast nog de situatie voor dat door ruimtegebrek een deel van de 'gemeentebetten' in de vierde verplegingsklasse worden ingehuurd bij de confessionele ziekenhuizen. De oprichting van een tweede gemeentelijk ziekenhuis in 1908 aan de Bergweg bracht hierin geen verandering. Het Coolsingelziekenhuis, begonnen als enig en algemeen ziekenhuis in 1851, is aan het eind van de negentiende eeuw een schakel in het netwerk van ziekenhuizen en klinieken. In 1899 werd 69 procent van de patiënten behandeld in het Coolsingelziekenhuis, wat wil zeggen dat 31 procent werd ondergebracht in de confessionele of specialistische zieken-

huizen. Zoals we zagen verbleven de patiënten gemiddeld korter in het Coolsingelziekenhuis dan in de andere ziekeninrichtingen. Bij een vergelijking van het aantal verpleegdagen per jaar per instelling groeit het aandeel van de confessionele en specialistische ziekenhuizen zelfs tot 43 procent (zie tabel).

Architectonische verschijningsvorm

In Rotterdam werden in de periode tot aan 1915 nog veertien nieuwe ziekenhuisgebouwen gebouwd. Waarin onderscheidde zij zich van het Coolsingelziekenhuis? Op welke locaties in de stad werden zij opgericht? Voor welke opzet van de plattegronden werd gekozen en op welke wijze manifesteerden deze gebouwen zich in de stad? Het Coolsingelziekenhuis was een van de eerste nieuwe ziekenhuisgebouwen in Nederland. Voor de bouw ervan had de architect W.A. Rose zich in het buitenland laten voorlichten omtrent de gepaste bouwwijze van dit nieuwe instituut. Naar Duitse voorbeelden koos Rose voor de opzet van een corridor ziekenhuis, waarin kleine ziekenzalen voor ongeveer twaalf bedden elk verbonden werden door een gang. Door het stapelen van drie identieke verdiepingen op een souterrain ontstond een compact, blokvormig gebouw. De installaties in het gebouw, de verwarming, waterclosetten en ventilatie waren bijzonder vooruitstrevend. Zoals gezegd werd het ziekenhuis aan de rand van de stad, op een landgoed aan de Coolsingel gebouwd. De locatie was vanuit de stad goed te voet bereikbaar en bood voldoende ruimte voor een groot gebouw. Een belangrijke overweging was ongetwijfeld ook de beschikbaarheid van schoon water. De waterkwaliteit in het oudste deel van de stad was slecht en de aanleg van waterleidingen werden in Rotterdam pas in 1874 gerealiseerd. Aanvankelijk was men van plan het benodigde water voor het ziekenhuis uit de Coolvest te betrekken, maar uiteindelijk werd gekozen voor het schonere Maaswater. Hiervoor werd een lange pijpleiding aangelegd vanaf het ziekenhuis naar de Leuvehaven. Naast de aandacht voor de technische aspecten van het nieuwe ziekenhuisgebouw hadden de stichters zich tot taak gesteld een gebouw op te richten dat onderdak bood aan zieken, maar dat tevens de uitstraling van een instituut kreeg waar de burgerij trots op kon zijn. Of zoals geneesheer-directeur J.B. Molewater het uitdrukte, een statig, stralend wit gebouw voorzien van een “vriendelijken, welig begroeiden tuin” aan de “meest bezochte uwer wandeldreven” (de Coolsingel) die hij beschouwde als een sieraad voor de stad. Terwijl het Coolsingelziekenhuis buiten de stad lag, kwamen de bijzondere ziekeninrichtingen juist in de oude stad tot ontwikkeling. Het eerste joodse hospitaaltje werd in 1837 gevestigd aan De Hoogstraat, net als het Sophia Kinderziekenhuis in 1863. Het Sint Franciscus Gasthuis startte in 1892 haar diensten in een pand aan de Oppert. De instellingen vestigden zich in bestaande herenhuizen en na enkele jaren, wanneer de 'zaken' goed liepen werd uitgekeken naar een groter pand. Een ruimere locatie werd dan gevonden aan de rand van de stad in een bestaande villa of, als er werd gekozen voor nieuwbouw in het stadsdeel Coolpolder dat op dat moment werd ontwikkeld. De villa's boden het voordeel van ruime kamers voor de verpleging van zieken in het landhuis en de mogelijkheid voor toekomstige uitbreidingen in de tuin. Het Diaconessenhuis aan de Westersingel is hiervan een mooi voorbeeld. Van 1892 tot 1904 functioneerde het ziekenhuis in een statige villa, in de tuin werd in 1904 een groot nieuw ziekenhuis gebouwd. Het Sint Antoniusgesticht, het Joodse Hospitaal, het Sophia Kinderziekenhuis, het Rotterdamsch Sanatorium en de Rijksschool voor vroedvrouwen met de kraamzaal kozen voor nieuwbouw in de Coolpolder. Een kaart met daarop aangegeven het spreidingspatroon van de ziekenhuizen rond 1915 laat zien dat de nieuwe ziekenhuizen zich bevonden in de nieuwe stadsdelen Coolpolder en Bergpolder, met uitzondering van de Inrichting voor Oog-

lijders en het gesticht Bethesda. In de Bergpolder waren zij gevestigd aan de belangrijkste uitvalswegen, de Schiekade en de Bergweg. In de Coolpolder valt de voorkeur op voor locaties langs de groene singels of aan de belangrijkste straten. De ruimtelijke opzet van de nieuw gebouwde ziekenhuizen vertoont een grote verscheidenheid aan oplossingen. Enkele instellingen kopieerden de corridoropzet van het Coolsingelziekenhuis, zoals de nieuwbouw van het Diaconessenhuis uit 1904 en het hoofdgebouw van het Sint Franciscus Gasthuis uit 1915. In zekere zin geldt dit ook voor de Rijksschool voor vroedvrouwen en de daarbij horende kraamzaal, maar de combinatie van school en ziekeninrichting maakt de keuze voor een gebouw bestaande uit gangen en zalen of lokalen minder opmerkelijk. Het Sint Antoniusgesticht, de nieuwbouw van het Sint Franciscus Gasthuis uit 1901-1907, het Sint Agathagesticht en de uitbreiding van het Coolsingelziekenhuis werden uitgevoerd volgens het paviljoentype. Dit type ziekenhuis werd in 1863 met de bouw van het Sint Antoniusgesticht in Rotterdam geïntroduceerd door de Brusselse architect F. Laureyns. Het Sint Jans Hospitaal in Brussel, gebouwd tussen 1838 en 1843 en een van de eerst gerealiseerde paviljoen ziekenhuizen, zal ongetwijfeld de architect tot voorbeeld hebben gediend. Via architectenkeuze, de genoemde F. Laureyns en de Limburgse vader en zoon Margry voor zowel het Sint Franciscus Gasthuis als het Sint Agathagesticht, zochten de Rotterdamse katholieke gestichten aansluiting bij de ontwikkelingen in de katholieke ziekenhuisbouw in de Zuidelijke Nederlanden.

Naast de gangbare negentiende-eeuwse ziekenhuistypen, het corridortype en paviljoentype, manifesteerden de kleinere ziekenhuizen en klinieken zich als herenhuizen, villa's of combinaties. Zowel het Sophia Kinderziekenhuis als het Rotterdamsch Sanatorium waren opgezet als herenhuizen die zich voegen in de straatwand. In het geval van het Rotterdamsch Sanatorium was het uitdrukkelijk de bedoeling een huiselijke sfeer te creëren om een alternatief te bieden voor het 'instellingskarakter' van het Coolsingelziekenhuis. Het Sophia Kinderziekenhuis combineerde een voorhuis dat onderdak bood aan behandelkamers, personeels- en opleidingsruimten met een paviljoenachtig achterhuis met ziekenzalen. De kliniek voor Ooglijders, gebouwd op de kop van het Haringvliet, was in eerste instantie niet herkenbaar als ziekenhuisgebouw. Het volledig vrijstaande gebouw met een H-vormige plattegrond bevatte ruime hoekkamers in de poten van de H, en in het middenstuk, aan weerszijde van een korte gang, de kleinere ruimten. Op de begane grond waren verschillende onderdelen, zoals een polikliniek, de verpleegzalen en dienstruimten apart toegankelijk vanaf de straat. Zowel de locatie als de algemene opzet van de plattegronden maakten de inrichting voor Ooglijders eerder tot een generiek openbaar gebouw dan een specifiek ziekenhuisgebouw.

Tot besluit

Bestudering van de decentralisatie van de intramurale ziekenzorg in Rotterdam in de periode 1840-1915 en de daarbij horende gebouwen laat zien dat het Rotterdamse ziekenhuis in de negentiende eeuw vele gedaanten kende. Naast het typische instellingskarakter dat de gebouwen van het Coolsingelziekenhuis en het Sint Antoniusgesticht kenmerkte, zien we ziekenhuisgebouwen met een algemenere karakter die zich voegden in straatwanden en bouwblokken of onderdeel waren van kadebebouwing. De keuze voor een bepaalde ruimtelijke opzet werd hier bepaald door de locatie en toegespitst op de doelgroep.

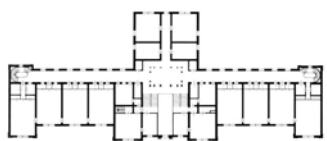
Deze uitkomsten maken aannemelijk dat decentralisatie van intramurale ziekeninrichtingen kan leiden tot architectonische verscheidenheid en flexibiliteit ten aanzien van stedelijke inpassing. Leidde centralisatie van intramurale ziekenzorg tot overloze discussies over het ideale alles-onder-één-dak ziekenhuis, decentralisatie nodigt uit tot ontspannen onderzoek naar de vele verschillende mogelijkheden waarop intramurale ziekenzorg, toegesneden op doelgroep en locatie, architectonisch vorm kan krijgen.

De rol van de gemeentelijke, confessionele en specialistische ziekenhuizen in Rotterdam in de periode 1840-1915. De percentages in de kolom 'aandeel in ziekenzorg' zijn berekend over het jaar 1899. Bron: M.J. van Lieburg, 1986, p. 99. De nummers in de eerste kolom verwijzen naar de nummers in de kaart uit 1903. Tien daarvan zijn onderaan gedocumenteerd door middel van foto en locatietekening. Bron: Gemeentearchief Rotterdam en geraadpleegde literatuur.

Instelling	Gesticht	Doelgroep	Aandeel in ziekenzorg
<i>gemeentelijk</i>			
1a	Coolsingelziekenhuis	1839	algemeen
1b	Uitbreiding C.s.ziekenhuis		algemeen
2	Bergwegziekenhuis	1908	algemeen
<i>confessioneel</i>			
3	Joodse ziekenhuis	1837	bejaarden / zieken (joods)
4	Sint Antoniusgesticht	1863	chronisch zieken (R.K.)
5	Sint Franciscusgasthuis	1892	arme zieken (R.K.)
6	Gesticht Eudokia	1890	chronisch zieken (geref.)
7	Gesticht Bethesda	1892	chronische zieken (herv.)
8	Diaconessenhuis	1892	algemeen (prot.)
<i>specialistisch</i>			
9 a/b	Kraamkliniek	1831	dakloze vrouwen
10	Gasthuis v. syfilitische vr.	1855	syfilitische vrouwen
11	Sophia Kinderziekenhuis	1863	kinderen 2-12 j.
12	Oogziekenhuis	1868	oogpatiënten
13	Inrichting voor ooglijders	1868	oogpatiënten
14	Rotterdamsch Sanatorium	1890	betalende patiënten



Rotterdam in 1865. In rood aangegeven: I het stedelijk gasthuis aan de Hoogstraat, II Coolsingelziekenhuis. Bron: Gemeentearchief Rotterdam, RTD 043 II, bewerking kaart door Iskandar Pané en Otto Diesfeldt



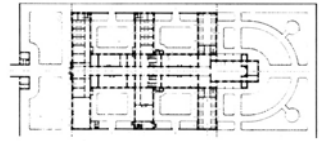
1a Coolsingelziekenhuis, gebouwd 1840-1851, architect W.N. Rose, 300 bedden, corridortype



1b Uitbreiding van het Coolsingelziekenhuis, gebouwd 1884-1888, architect De Jongh, 223 bedden, paviljoentype



2 Bergwegziekenhuis, gebouwd rond 1904 voor de Sint-Agathastichting, architect A.A.J. Margry, 150 bedden, later uitgebreid tot 300 bedden, paviljoentype



4 Sint Anthoniusgesticht, gebouwd 1863-1868, architect F. Laureyns, 50 bedden, later uitgebreid naar 160 bedden, paviljoentype



Geraadpleegde literatuur

H.E.M. Berens, *W.N. Rose 1801-1877: stedenbouw, civiele techniek en architectuur*, Rotterdam 2001.

K. Bosma, A. Mekking, K. Ottenheym, A. van der Woud, *Bouwen in Nederland 600-2000*, Zwolle 2007.

P. van de Laar, *Stad van Formaat. Geschiedenis van Rotterdam in de negentiende en twintigste eeuw*, Zwolle 2000, pp. 248-257.

J.B. Molewater, 'Het Ziekenhuis' in H. van Berckel e.a., *Rotterdam, geschetst in zijne voornaamste gebouwen, kerken en gestichten*, Rotterdam 1863, pp. 125- 138.

M.J. van Lieburg, *De geschiedenis van het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam*, Rotterdam 2004.

M.J. van Lieburg e.a., *Rijkswwekschool voor vroedvrouwen te Rotterdam 1882-1982*, uitgave uit 1882 van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

M.J. van Lieburg, R.B.M. Rigter, *Vier eeuwen oogheekunde in Rotterdam*, Rotterdam 1993.

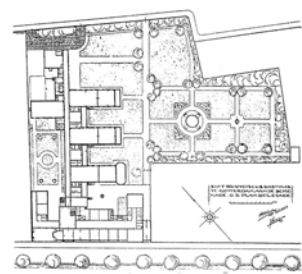
M.J.van Lieburg, *Het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam 1892-1992*, Rotterdam 1992.

M.J.van Lieburg, *Het Coolsingelziekenhuis te Rotterdam (1839-1900)*, Amsterdam 1986.

M.J. van Lieburg, 'Uit de medische stadsgeschiedenis van Rotterdam, XXI Het Coolsingelziekenhuis onder de directie van F.H. Schreve (1899-1912)' in *Monitor, maandblad voor het academisch ziekenhuis Rotterdam*, 5e jg, nr 12, dec. 1976.

F.H. Schreve, 'Uit de geschiedenis van het stedelijk ziekenhuis' in *Rotterdamsch Jaarboekje*, 1944, pp. 109-150.

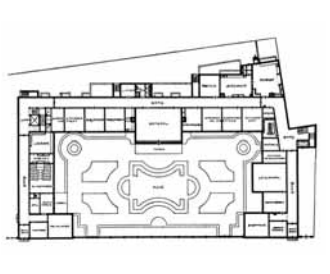
Plattegrond van Rotterdam met ontworpen uitbreidingsplannen uit 1803. De kaart is bewerkt en toont het verspreidingspatroon van de gemeentelijke, confessionele en specialistische ziekenhuizen in de periode 1840-1915. Bron: Gemeentearchief Rotterdam, RTD 126, bewerking kaart door Iskandar Pané en Otto Diesfeldt



5 Sint Franciscus Gasthuis, eerste fase gebouwd 1901-1907, architecten A.A.J. Margry en J.M. Snickers, 120 bedden, paviljoentype, tweede fase (hoofdgebouw) 1914-1915, architecten J. Margry en P.G. Buskens, rond de 50 bedden, corridortype



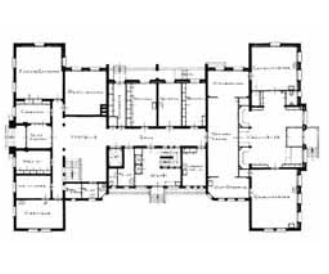
8 Diaconessenhuis, gebouwd 1904, architect B. Hooykaas, aantal bedden vermoedelijk meer dan 150, corridortype



9b Rijkswwekschool voor vroedvrouwen met kraamkliniek, gebouwd 1911-1915, architect J.A.W. Vrijman, 70 bedden, corridortype



11 Sophia Kinderziekenhuis, gebouwd 1876-1878, architect W. van Dam en P. Vermaas, 48 bedden



13 Inrichting voor ooglijders, gebouwd 1914-1915, architect A. Noolen en C. Kromhout Czn., 68 bedden



14 Rotterdamsch Sanatorium, gebouwd 1902-1903, architect J. Verheul Dzn., aantal bedden bij benadering 30

Stedelijke vernieuwing en zorg

Voorbeeldstudie Rotterdam-Zuid

De Nijl Architecten: Olivier van der Bogt, Henk Engel en Endry van Velzen

Welke kansen biedt het decentrale ziekenhuis voor de revitalisering van oude stadswijken? De dynamiek in de zorgvoorzieningen maakt het voorstelbaar om nieuwe functiecombinaties te bedenken, die passen binnen een nieuwe strategie in de stedelijke vernieuwing, gericht op de aanpak van voorzieningen en het creëren van nieuw publiek domein.¹

Deze nieuwe strategie is in het denken over stedelijke vernieuwing bijzonder actueel, maar moet in de dagelijkse praktijk nog handen en voeten krijgen. Dat gaat niet vanzelf. Beslissingen over de mate van concentratie, het spreidingspatroon en de locatiekeuze van voorzieningen zijn van groot belang, maar vaak het resultaat van autonome afwegingen. De introductie van marktwerking heeft een stelselherziening van de ziekenhuissector tot gevolg, die mogelijkheden opent voor fundamenteel nieuwe concepten, waaronder het decentrale ziekenhuis, dat bij uitstek geëigend lijkt om als publiek gezondheidscentrum een stuwende rol in de stedelijke vernieuwing te spelen. Daarmee dient het decentrale ziekenhuis niet alleen de belangen van de sector, maar ook het belang van de stad en de burger. Hun belangen vragen dus ook om een expliciete politieke inzet. Deze ontwerpstudie wil een impuls geven aan dit debat.

Het ontwerponderzoek is uitgewerkt aan de hand van een reële context en een concreet voorbeeld. Het studiegebied is Rotterdam-Zuid, prominent aanwezig in de landelijke discussies over stedelijke vernieuwing. Onder het motto 'Pact op Zuid' wordt in dit gebied gezocht naar nieuwe coalities en alternatieve strategieën, die een aanvulling vormen op de traditionele strategie van de aanpak van de woningvoorraad. In het Pact speelt zorg weliswaar een belangrijke rol, maar men heeft gekozen om de eerder voorgenomen concentratie van twee ziekenhuizen in een nieuw, groot ziekenhuiscomplex nabij station Lombardijen als gegeven aan te nemen.² In deze theoretische studie hebben we vanuit het perspectief van het decentrale ziekenhuis opnieuw naar de aard en spreiding van zorgvoorzieningen op Zuid gekeken en zijn alternatieven voor de keuze voor concentratie onderzocht.

Het ontwerponderzoek is op vier niveaus uitgewerkt.

- Analyse van spreidingspatronen van zorgvoorzieningen in Rotterdam-Zuid
- Samenstelling van een nieuwe functiecombinatie
- Locatiekeuze
- Voorstel voor een architectonisch project

Oude en nieuwe strategieën in de stedelijke vernieuwing

De revitalisering van bestaande gebieden in de stad heeft een lange traditie. Eén van de dominante strategieën is de aanpak van het woningbestand. In de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw vormde de slechte bouwtechnische staat van de woningen aanleiding voor omvangrijke programma's van renovatie, sloop en nieuwbouw in vooroorlogse woonwijken. De laatste vijftien jaar is de aandacht verschoven naar naoorlogse woonwijken, waarin grote, aaneengesloten delen van het woningbestand in bezit zijn van woningcorporaties. In deze gebieden is de bouwtechnische staat van de woningen over het algemeen redelijk, maar is de samenstelling van de woningvoorraad aanleiding voor herstructurering. De woningen zijn ongeveer vijftig jaar oud en vaak vergelijkbaar in woninggrootte en ontsluitingsvorm. Herstructurering is een middel om de woningvoorraad te differentiëren door na sloop andere woningen terug te bouwen. Bij deze aanpak komen twee agenda's samen. De maatschappelijke agenda wordt gedomineerd door een volkshuisvestingsbeleid gericht op gemengde wijken. In dit beleid wordt herstructurering gezien als middel om de bevolkingssamenstelling te beïnvloeden: andere woningen, andere mensen. Voor de corporaties is herstructurering tegelijkertijd ook een instrument voor het beheer van hun vastgoedportefeuille. De combinatie van beide agenda's maakt de aanpak van het woningbestand tot een overzichtelijk en meetbaar criterium voor stedelijke vernieuwing, die in productieafspraken tussen overheid en corporaties kunnen worden vastgelegd.

In de praktijk blijkt de kwantitatieve sturing van de stedelijke vernieuwing via de woningproductie echter tegen te vallen. Productiecijfers worden niet gehaald en de nadruk op aantal-

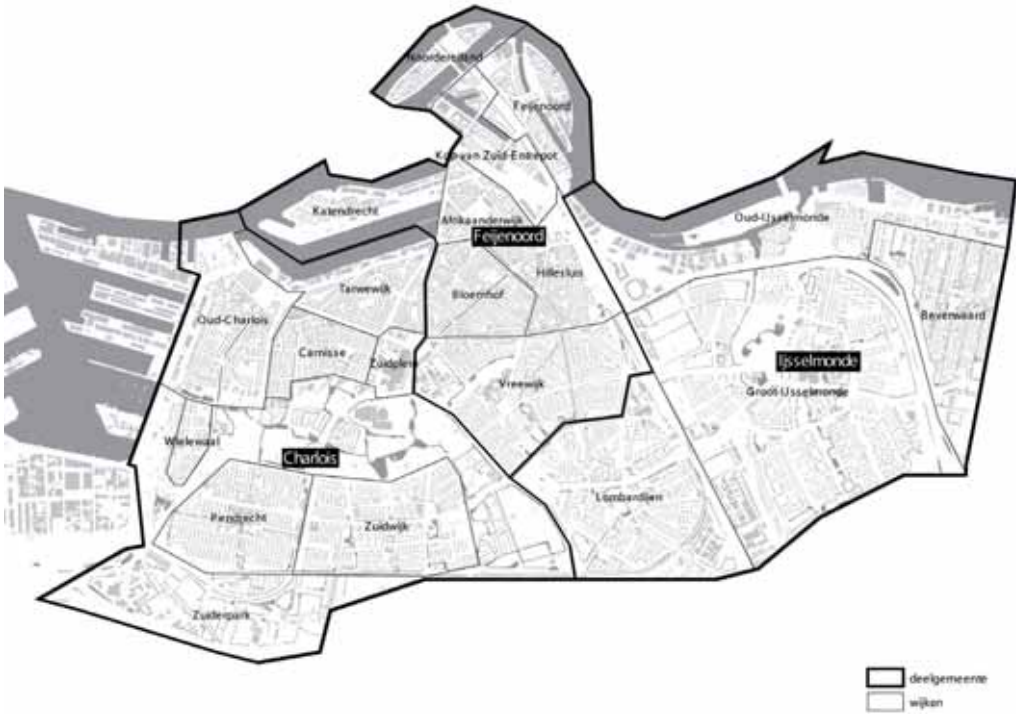
len ontnemt het zicht op de specifieke kwalitatieve opgave, die per buurt, wijk of stad verschillend kan zijn. Ook is duidelijk geworden dat nieuwe woningen niet op grote schaal andere bewonersgroepen aantrekken, maar met name aantrekkelijk zijn voor bestaande bewonersgroepen die een stapje vooruit willen maken. En ook de verhouding tussen overheid en corporaties is sinds de verzelfstandiging van de volkshuisvestingssector vanaf de jaren negentig ingrijpend veranderd. Corporaties hebben zich ontwikkeld tot grote, professionele vastgoedbedrijven die zich niet zonder meer als instrument van rijks- of gemeentelijk beleid laten gebruiken.³

Deze inzichten hebben geleid tot een sterkere profilering van de maatschappelijke agenda na de laatste lokale en landelijke verkiezingen: de politieke aandacht is verschoven van huizen naar mensen. Vanuit dit perspectief is de aanpak van de woningvoorraad niet langer het exclusieve middel voor de revitalisering van de bestaande stad. Het stimuleren van (kleinschalige) bedrijvigheid, het versterken van commerciële voorzieningen en de aanpak van publieke voorzieningen zoals openbare ruimte, onderwijs en zorg worden minstens zo belangrijk geacht, omdat daarmee plekken voor persoonlijke ontwikkeling en ontmoeting van verschillende maatschappelijke groepen worden georganiseerd. Bovendien draagt een goed voorzieningenniveau bij tot de aantrekkelijkheid en het imago van een wijk of stad. Specifieke waarde wordt gehecht aan het stimuleren van publiek domein, plekken waarin verschillende 'werelden' elkaar overlappen, zoals bijvoorbeeld de wereld van de buurt en die van de stad. Deze plekken zijn vaak goed bereikbaar en worden gedragen door een herkenbare publieke ruimte in combinatie met commerciële en publieke voorzieningen. Zij worden door verschillende groepen gebruikt en vormen zo vanzelfsprekende ontmoetingsplekken.⁴

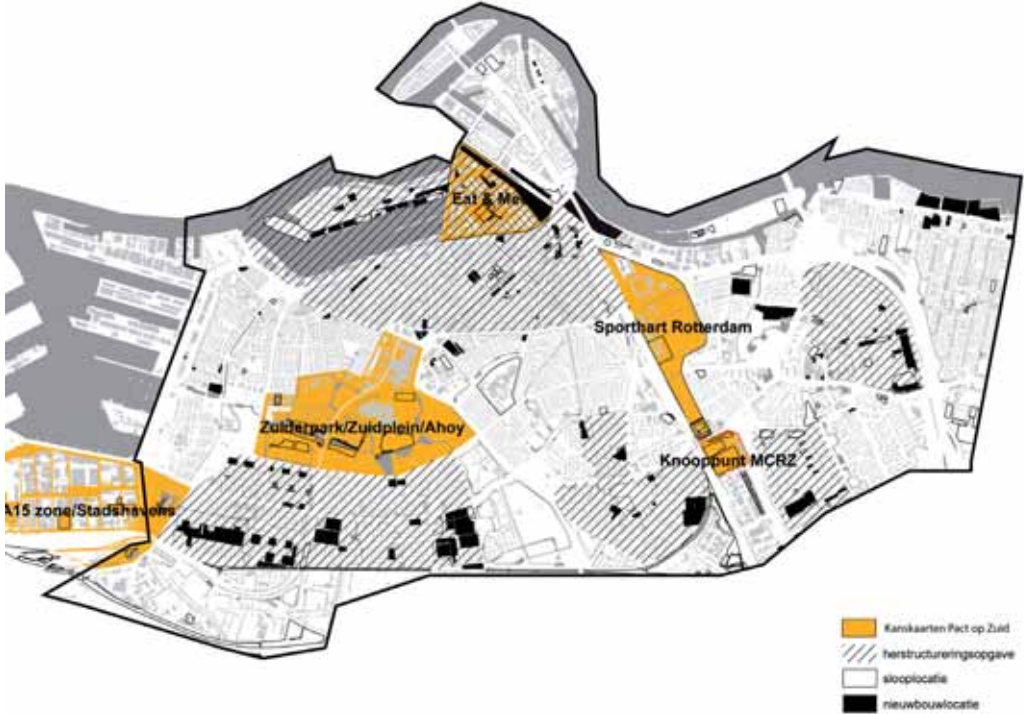
Naast de 'oude' strategie van de vernieuwing van het woningbestand wint de 'nieuwe' strategie van de vernieuwing van voorzieningen aan belang. Deze nieuwe strategie biedt zicht op een ander soort planvorming. Op stedenbouwkundig niveau is sprake van de vernieuwing van punten in plaats van de vernieuwing van gebieden, zoals bij de aanpak van de woningvoorraad. Het gaat niet om langjarige en complexe vernieuwingsprocessen, maar om een gericht en afgebakend vernieuwingsproject, waarmee de bestaande omgeving in een ander licht wordt gesteld. Het architectonisch project bestaat uit een nauwkeurige ruimtelijke ingreep op een specifieke plek, waardoor deze plek bijzondere betekenis krijgt op het niveau van de buurt en, afhankelijk van het programma en de bereikbaarheid, op het niveau van de stad. Op deze manier wordt stedelijke vernieuwing weer hanteerbaar en kan nieuw publiek domein aan de stad worden toegevoegd.⁵ In deze ontwerpstudie hebben we de mogelijkheden van een nieuwe strategie in de stedelijke vernieuwing onderzocht aan de hand van de zorg. Dit resulteert in een voorstel voor een architectonisch project op een specifieke plek in Rotterdam-Zuid.

Centralisatie en decentralisatie

Alvorens in te gaan op de voorbeeldstudie Rotterdam-Zuid is het van belang om vast te stellen dat de nieuwe strategie in de stedelijke vernieuwing niet vanzelfsprekend samenvalt met de veranderingen in de publieke sector. Evenals de volkshuisvesting worden ook andere publieke voorzieningen zoals bijvoorbeeld de zorg, het onderwijs of het openbaar vervoer verzelfstandigd. Bestaande organisaties worden omgevormd tot maatschappelijke ondernemingen die in concurrentie diensten moeten aanbieden. Ingegeven door bedrijfseconomische motieven en gericht op de versterking van de eigen marktpositie fuseren kleine lokale organisaties tot grote regionale of soms landelijke partijen. De werkprocessen en de bedrijfsvoering worden tegen het licht gehouden en geoptimaliseerd. De ruimtelijke effecten van deze veranderingen zijn nog moei-



Rotterdam-Zuid: schaalniveaus deelgemeente en wijken



Rotterdam-Zuid: stedelijke vernieuwing

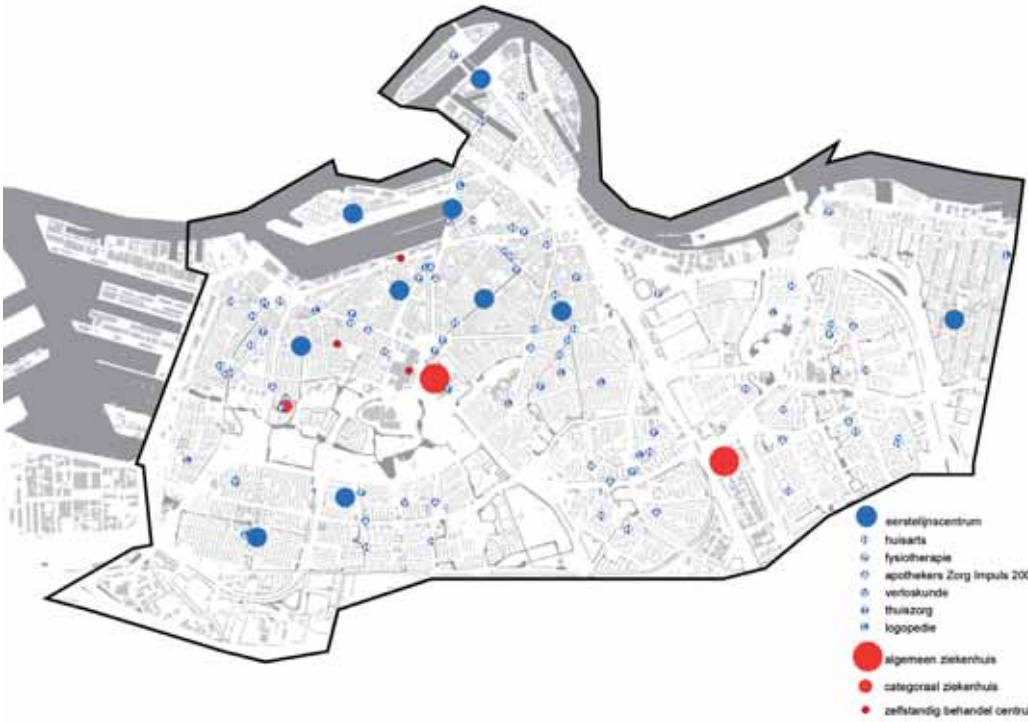
De herstructureringsopgave richt zich voornamelijk op vernieuwing van de woningvoorraad op schaalniveau van de wijk. De kanskaarten binnen Pact op Zuid zijn voornamelijk gericht op de versterking van gebieden op het schaalniveau van het stadsdeel. De nieuwbouw van Medisch Centrum Rotterdam-Zuid maakt hier deel van uit.

lijk te traceren. In de praktijk wordt geëxperimenteerd met functiecombinaties, de mate van concentratie, het spreidingspatroon en de locatiekeuze van voorzieningen. In het kielzog van de organisatorische schaalvergroting lijkt ruimtelijke centralisatie momenteel dominant te zijn. Samenvoeging van voorzieningen leidt tot grote complexen met grote stromen gebruikers. In de bestaande stadsstructuur ontbreekt meestal de ruimte voor een goede inpassing van deze complexen, zodat zij vaak aan de rand van de stad komen te liggen nabij knooppunten van openbaar vervoer. Deze complexen zijn meestal georiënteerd op een intern stelsel van binnenstraten en –pleinen, dat nauwelijks onderdeel uitmaakt van de openbare of publieke ruimte van de stad. Zij vormen eigen werelden, geïsoleerd van hun directe omgeving. Een voorbeeld in Rotterdam-Zuid is de samenvoeging van het Clara- en Zuiderziekenhuis tot het Medisch Centrum Rotterdam-Zuid (MCRZ). Ruimtelijke centralisatie ontmoet ook kritiek. Deze kritiek heeft verschillende kanten, namelijk de uitholling van het voorzieningenniveau in de oudere stadsdelen en het verlies van de menselijke maat. Bovendien komt steeds meer onderzoek beschikbaar waaruit blijkt dat de hoofddoelstelling van ruimtelijke centralisatie, namelijk verhoging van de efficiëntie, niet wordt gehaald. Het effect is vaak zelfs negatief. In logistieke zin is een wereld te winnen. Het alternatief is dat grote institutionele instellingen hun diensten op een kleinschalige manier en ruimtelijk gespreid aanbieden, zodat de voorzieningen ‘dichter bij de burger’ komen te staan. Naar verwachting leidt de zelfstandiging van het vastgoedbeheer van publieke gebouwen eveneens tot spreiding en schaalverkleining. Vanuit het streven naar courante, flexibele en duurzame gebouwen liggen grote, monofunctionele complexen minder voor de hand en gaat de voorkeur uit naar herkenbare, kleine units. In de zorg lopen centralisatie en decentralisatie door elkaar heen. Naast de bundeling van ziekenhuisvoorzieningen in grote complexen zoals MCRZ, biedt het decentrale ziekenhuis een concept voor de schaalverkleining van ziekenhuisvoorzieningen in een verzameling (poli)klinieken rond een klein kernziekenhuis. Tegelijkertijd is in de eerstelijnszorg sprake van de clustering van verschillende medische voorzieningen tot grotere gezondheidscentra, waarbij soms relaties worden gezocht met de tweedelijnszorg van ziekenhuizen. Aangevuld met sociale voorzieningen bieden deze gezondheidscentra al belangrijke bestanddelen voor de nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin. En in de ouderenzorg wordt weer gestreefd naar decentralisatie, waarbij men door middel van ICT-toepassingen en woningaanpassingen zo lang mogelijk in de eigen woning kan blijven wonen. Het gezondheidscentrum kan dan als uitvalsbasis voor de thuiszorg fungeren. Deze algemene tendensen zijn ook zichtbaar in Rotterdam-Zuid.

Spreidingspatronen

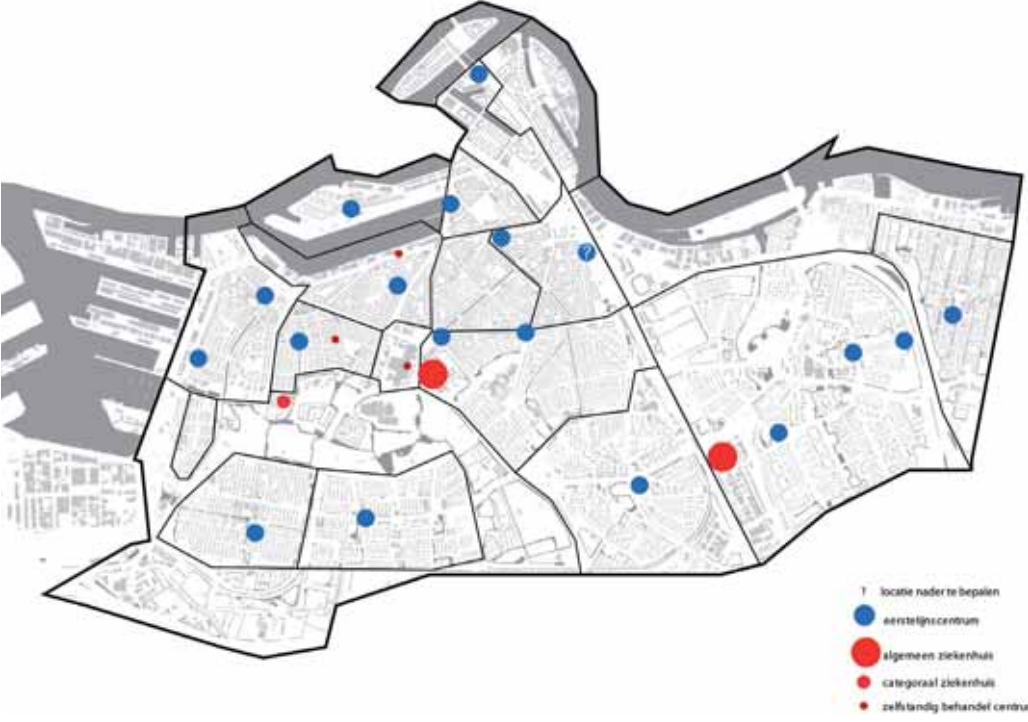
Rotterdam-Zuid is aan het eind van de negentiende eeuw ontstaan als woongebied voor arbeiders in de Rotterdamse haven. Het stadsdeel maakte in de jaren twintig en dertig van de vorige eeuw een stormachtige ontwikkeling door die na de oorlog werd voortgezet. Het verschil tussen de voor- en naoorlogse stadsuitbreiding is opvallend, zowel in de architectuur van de woonbebouwing als in de stedenbouwkundige opzet. Voor de oorlog sloten de nieuwe op de oude delen aan en fungeerden de verbindingswegen als winkelstraten. Na de oorlog bestonden de uitbreidingen uit losse wijken met elk een apart centrum met winkels en voorzieningen, gescheiden van de verbindingswegen. De naoorlogse stad op Zuid is veel losser gebouwd en de verschillende functies zijn meer van elkaar gescheiden. Rotterdam-Zuid kent dus twee uitgesproken distributiemodellen en dat is ook te herkennen in de spreiding van zorgvoorzieningen. In een serie kaarten is op basis van GIS-bestanden (geografisch informatie systeem) de spreiding van zorgvoorzieningen in Rotterdam-Zuid in beeld gebracht. Daarbij is niet alleen naar de huidige situatie gekeken, maar ook naar het beleid. Maatgevend voor het spreidingspatroon is de omvang van het verzorgingsgebied voor een specifieke zorgvoorziening. Afhankelijk van de schaal van de voorziening varieert het verzorgingsgebied en daarmee de maaswijdte van het spreidingspatroon. Omgekeerd is het inwonertal van een verzorgingsgebied bepalend voor de vestigingsmogelijkheden van zorgvoorzieningen. Bij de bestaande en beoogde spreidingspatronen blijken drie schaalniveaus van belang te zijn, namelijk het niveau van het stadsdeel Rotterdam-Zuid met een verzorgingsgebied van circa 200.000 inwoners, het niveau van de drie deelgemeenten met elk een verzorgingsgebied van circa 65.000 inwoners en het niveau van de wijken met een verzorgingsgebied van circa 10.000 inwoners. In het beleid worden de verschillende zorgvoorzieningen aan deze schaalniveaus gerelateerd, terwijl onze ontwerpstudie de mogelijkheid onderzoekt om voorzieningen voor verschillende schaalniveaus met elkaar te combineren. Opvallend is de situatie bij de eerstelijnszorg. De voor- en naoorlogse wijken laten verschillende spreidingspatronen zien. Dit verschil is ook bij andere voorzieningen zichtbaar en hangt samen met de organisatie van centrale plekken in deze gebieden: stadsstraten in de vooroorlogse wijken en wijkcentra in de naoorlogse gebieden. Het beleid is gericht op de bundeling van de eerstelijnszorg in gezondheidscentra met een verzorgingsgebied van circa 10.000 inwoners, ruwweg de bevolkingsomvang van een wijk. Met dit beleid wordt een nieuw spreidingspatroon van de eerstelijnszorg tot stand

gebracht. Het beoogde spreidingspatroon vraagt om nieuwe vestigingsplaatsen. In de naoorlogse wijken vallen deze vestigingsplaatsen vanzelfsprekend samen met de wijkcentra, maar in de vooroorlogse wijken blijken er geen evidente plekken aanwijsbaar te zijn. Nieuw is de opzet van Centra voor Jeugd en Gezin op het schaalniveau van de deelgemeente. Deze Centra zijn het gevolg van een landelijke politiek, waarin bestaande voorzieningen, die nu vaak op de kantoren van de deelgemeenten zijn ondergebracht, in een nieuw verband worden geplaatst. Een Centrum voor Jeugd en Gezin bestaat onder andere uit de jeugdzorg en de consultatiebureaus, maar biedt ook plaats aan zorgaanbieders die in de reguliere gezondheidscentra kunnen worden aangetroffen. Een combinatie van gezondheidscentrum en Centrum voor Jeugd en Gezin wordt denkbaar geacht, met name op de strategische plekken in het stedelijk netwerk. De tweedelijnszorg van de algemene ziekenhuizen overstijgt het schaalniveau van Rotterdam-Zuid. Het Ikazia-ziekenhuis bedient een specifieke protestants-christelijke doelgroep en trekt patiënten uit de stad en de regio. Het MCRZ heeft een algemene oriëntatie en vervult eveneens een regionale functie. Een derde algemeen ziekenhuis op Zuid ligt dus niet voor de hand. Wij zijn daarom uitgegaan van een alternatieve strategie waarin onderdelen van de bestaande ziekenhuizen worden verzelfstandigd, als opstap naar een decentraal ziekenhuis. Op grond van de analyse van de bestaande en de gewenste spreidingspatronen van de zorgvoorzieningen op Zuid lijkt het ‘middenniveau’ tussen stadsdeel en wijk de beste mogelijkheden te bieden om overlappen tussen de verschillende schaalniveaus te organiseren door een functie-combinatie samen te stellen die op alle schaalniveaus betekenis heeft. We stellen voor om de centra op het niveau van de deelgemeenten te verrijken met verschillende onderdelen van de bestaande ziekenhuizen die zelfstandig kunnen functioneren en een betekenis hebben op het schaalniveau van Rotterdam-Zuid. Daarmee kan elk centrum een eigen karakter krijgen. In het concept van het decentrale ziekenhuis zijn daarvoor twee ingangen. De eerste ingang betreft klinieken voor specifieke niet-acute, ‘planbare’ behandelingen, de zogeheten electieve en chronische zorg. De tweede ingang betreft klinieken voor specifieke doelgroepen. Deze ingang biedt interessante aanknopingspunten voor de verbinding met doelstellingen op andere beleidsterreinen. In het beleid voor Rotterdam-Zuid is speciale aandacht voor de ondersteuning van jongeren en ouderen. In dit verband valt te denken aan een scenario met een vrouw- en kindkliniek of met een revalidatiekliniek.



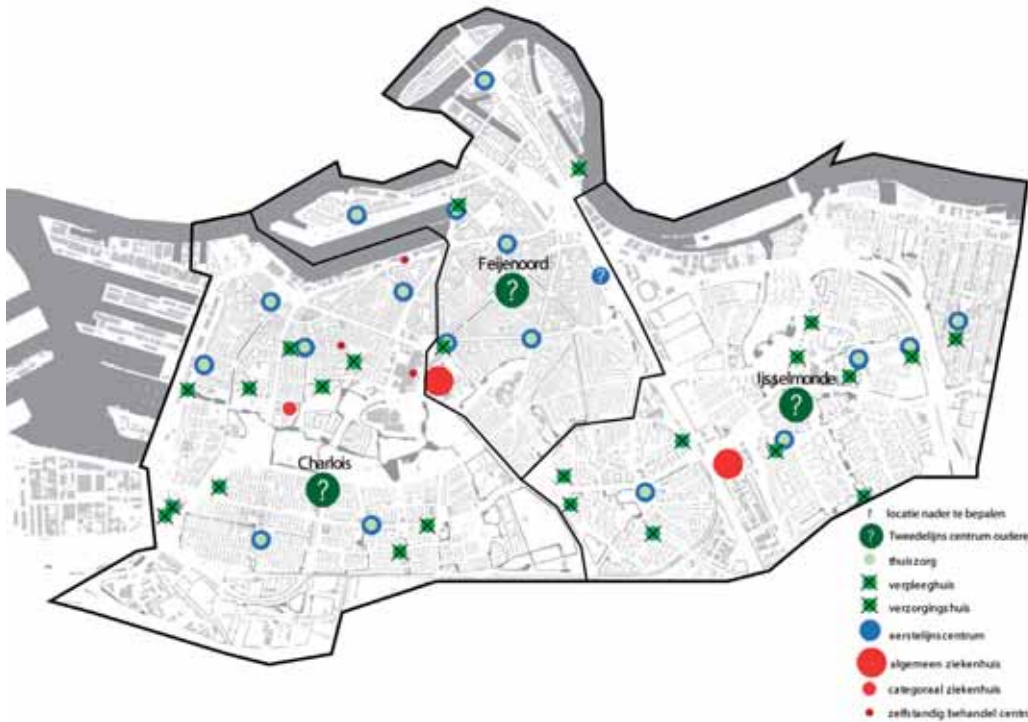
Rotterdam-Zuid: spreidingspatroon eerstelijnszorg 2007

Zichtbaar is zowel een fijnmazig spreidingspatroon van zelfstandig gevestigde zorgverleners als een stelsel van gezondheidscentra die meerdere zorgverleners huisvesten. Bron: Zorgimpuls 2007



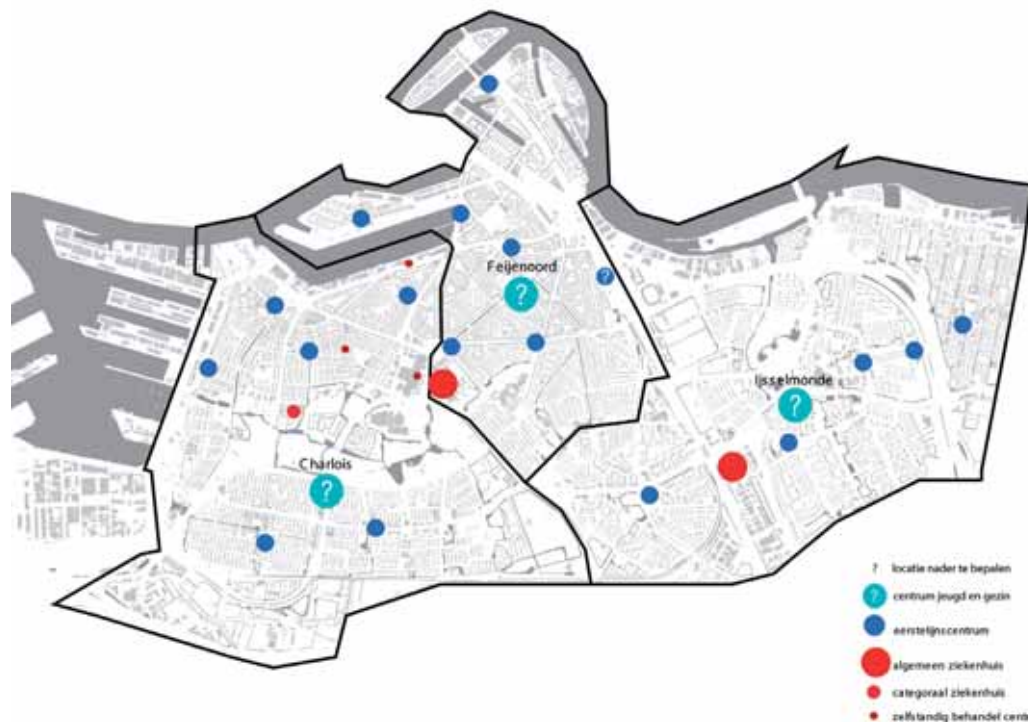
Rotterdam-Zuid: verwacht spreidingspatroon van bestaande eerstelijns gezondheidscentra en centra in ontwikkeling

Vanwege praktische, economische en beleidsmatige motieven wordt er gestreefd naar de concentratie van de eerstelijnszorg met aanvullende sociale voorzieningen in gezondheidscentra op het schaalniveau van de wijk. Bron: Zorgimpuls 2007



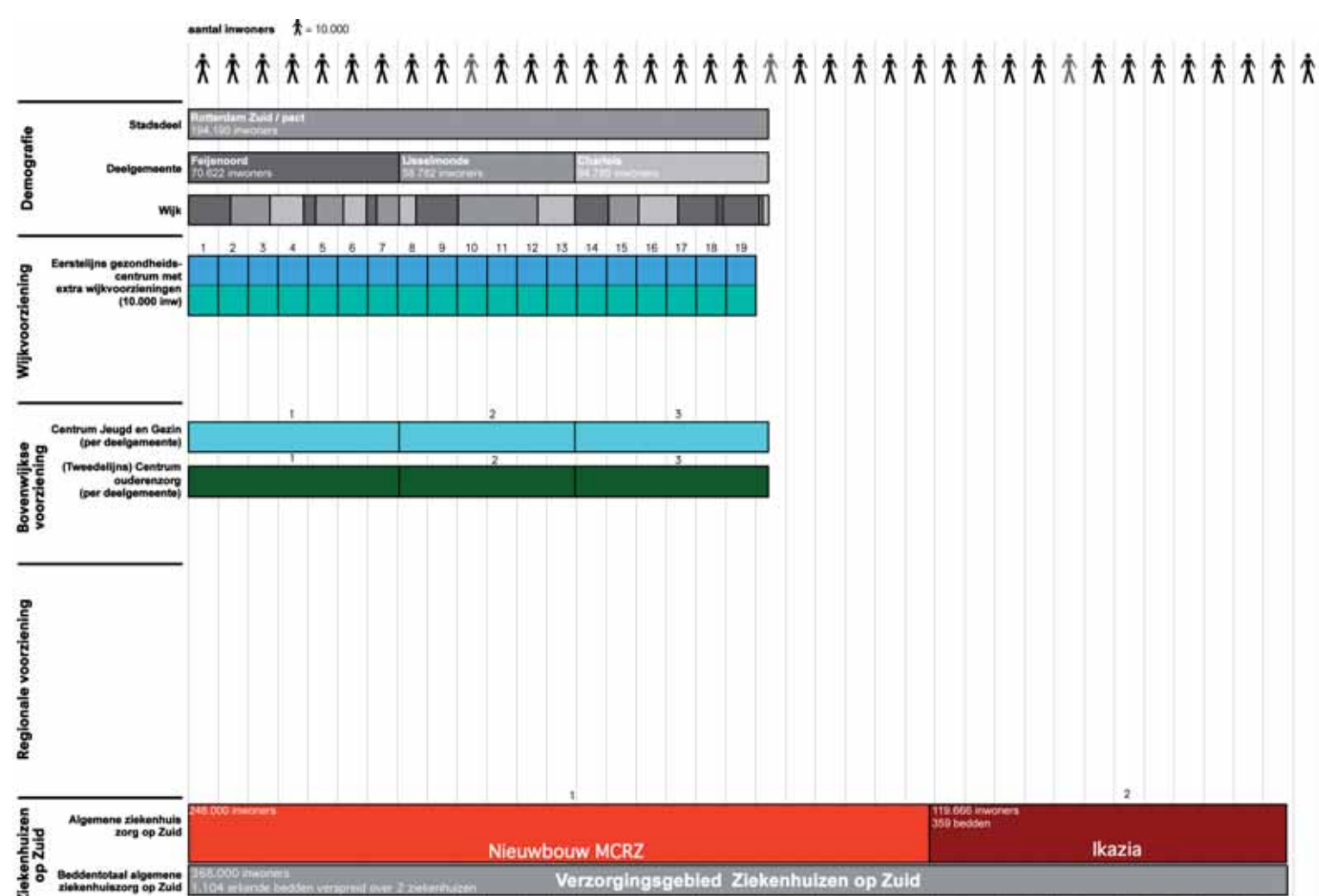
Rotterdam-Zuid: spreidingspatroon en beleid Ouderenzorg

Op termijn zullen grootschalige verzorgings- en verpleeghuizen verdwijnen. Langer thuis wonen en kleinschaligere woonvormen maken deel uit van het beleid op gebied van ouderenzorg. Dit vraagt om een goede ondersteuning op schaalniveau van de wijk vanuit de eerstelijns gezondheidscentra. Tweedelijns ouderenzorg zal mogelijk vanuit gespecialiseerde centra op schaalniveau van de deelgemeente worden geleverd. Bron: Zorgimpuls & RIGO, Tweedelijnszorgcentrum, van concept naar praktijk, juli 2003, i.o.v. o.a. Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen Zorg



Rotterdam-Zuid: beleid jongeren

Het beleid voor jongeren(zorg) richt zich op de concentratie van de belangrijkste voorzieningen op het gebied van jeugdzorg in Centra Jeugd en Gezin op het schaalniveau van de deelgemeente. Er is een overlap in programma met eerstelijns centra. Er wordt gezocht naar strategische locaties voor deze centra. Bron: Gemeente Rotterdam & GGD



Draagvlaktabel Rotterdam-Zuid: beleid in de zorg; eerstelijns en tweedelijns, jongeren en ouderen

Op het schaalniveau van de wijk is het beleid gericht op bundeling van de eerstelijnszorg in gezondheidscentra aangevuld met extra sociale wijkvoorzieningen. Op het schaalniveau van de deelgemeente is het beleid voornamelijk gericht op een betere zorgverlening voor de doelgroep jongeren en ouderen. Op het schaalniveau van het stadsdeel is de nieuwbouw van MCRZ opgenomen in het programma Pact op Zuid. Bron: Zorgimpuls / Gemeente Rotterdam / RIGO, Tweedelijnszorgcentrum, van concept naar praktijk, juli 2003, i.o.v. o.a. Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen Zorg

Functie-combinatie

In deze ontwerpstudie hebben we gekozen voor een combinatie van een Centrum voor Jeugd en Gezin, een gezondheidscentrum en een vrouw- en kindkliniek. In het multiculturele Rotterdam-Zuid wordt de komende jaren een sterke groei van jonge gezinnen verwacht. Jeugd en gezin is daarmee een belangrijk aangrijpingspunt voor een bredere beleidsinzet op maatschappelijke integratie. De keuze voor een vrouw- en kindkliniek is actueel, omdat de relatief hoge kindersterfte in Rotterdam-Zuid wordt geweten aan te weinig gebruik van de beschikbare voorzieningen. De zorg is kennelijk niet laagdrempelig genoeg. Recent is dan ook besloten tot het oprichten van zogenaamde geboortecentra. Het losmaken van de vrouw- en kindkliniek uit de bestaande ziekenhuizen en de combinatie van zo'n kliniek met (zorg)voorzieningen op andere schaalniveaus brengt de medische zorg rond zwangerschap en geboorte dicht bij de jonge gezinnen in de buurten en wijken.⁶

De vrouw- en kindkliniek, het Centrum voor Jeugd en Gezin en het gezondheidscentrum zijn aangevuld met opleidingen in de zorg en een aantal commerciële voorzieningen die passen bij het thema en de gekozen locatie, te weten een kraamhotel, een hotel, een badhuis en een sportschool (fitness). Deze combinatie van zorgvoorzieningen op verschillende schaalniveaus, onderwijs én commerciële voorzieningen levert een programma met meerdere lagen op, waarin de verschillende componenten elkaar versterken en betekenis geven aan de plek waar dit programma is gelokaliseerd. Bovendien hebben de verschillende componenten verschillende verzorgingsgebieden, waardoor overlappen tussen wijkgerichte, bovenwijkse en stedelijke voorzieningen worden georganiseerd. Het brede, gelaagde programma en de verschillende gebruikersgroepen bieden mogelijkheden voor het ontstaan van nieuw publiek domein.

Bij de ontwikkeling van deze functie-combinatie was de omvang en het draagvlak van de vrouw- en kindkliniek een kritisch punt. Vanuit bedrijfseconomisch oogpunt is de minimale omvang bij voorkeur 36 bedden per verpleegafdeling met 2 operatiekamers, hetgeen een verzorgingsgebied van circa 240.000 inwoners zou betekenen. Aangezien het Ikazia-ziekenhuis ook een specifieke doelgroep bedient, is het draagvlak in Rotterdam-Zuid te klein voor zo'n kliniek. De korrelgrootte van deze voorziening is dus nog steeds vrij groot voor de nagestreefde fijnmazige spreiding van ziekenhuisvoorzieningen. Hoewel vanuit bedrijfseconomisch oogpunt misschien minder optimaal, is in deze ontwerpstudie toch vanuit een politieke visie op de zorg gekozen voor de halvering van de

omvang van de kliniek en het verzorgingsgebied. Daarmee sluit deze voorziening aan bij de schaal van Rotterdam-Zuid, en kan zowel de stad en de regio een eigen vrouw- en kindkliniek dicht bij de doelgroep krijgen. De programma's van de verschillende onderdelen van de gekozen functie-combinatie zijn afgeleid uit de praktijk.⁷

Locatie

We hebben gezocht naar een locatie in het oude deel van Rotterdam-Zuid. In de naoorlogse wijken bieden de wijkcentra nauwelijks aanleidingen voor het organiseren van overlappen met andere schaalniveaus. In de vooroorlogse wijken is de situatie precies andersom. In deze gebieden zijn geen evidente wijkcentra aan te wijzen, maar de stadsstraten bieden wel meer aanleiding voor het organiseren van overlappen tussen buurt en stad. Gekozen is voor de kop van de Riederbuurt. Deze locatie grenst aan het spoor en de Laan op Zuid en rond de locatie liggen een aantal binnenstedelijke werkgebieden, zoals het rangeerterrein en de voormalige bedrijfsterreinen langs de rivier. De locatie is lang een 'achterkant' in de stad geweest. Waarschijnlijk heeft deze conditie meegewogen bij de situering van de grote Essalam moskee op deze locatie. De locatie is bovendien sterk gekleurd door de hevige debatten over integratie die door de moskee zijn losgemaakt. De moskee ligt ruimtelijk en mentaal los van zijn omgeving. Voor de omgeving rond de kop van de Riederbuurt worden momenteel ingrijpende vernieuwingsplannen voorbereid, waardoor de locatie in een andere ruimtelijke positie komt te liggen. De werkgebieden zullen de komende jaren worden omgevormd tot een nieuw stedelijk gebied, dat een belangrijk verbindingselement zal vormen tussen de Kop van Zuid en de oudere stadswijken Hillesluis, Feijenoord en Afrikaanderwijk. Daarbij zal ook de verkeersstructuur worden verbeterd en wordt rekening gehouden met de aanlanding van een eventuele derde stadsbrug tussen Noord en Zuid. Een van de voorstellen is om de Colosseumweg onder het spoor door te trekken en te verbinden met de Rosestraat, zodat de aansluiting met de Putselaan kan vervallen en er naast het viaduct van de Laan op Zuid een grote locatie bij de moskee wordt vrijgespeeld. Dat biedt de mogelijkheid om de moskee alsnog van een ruimtelijke context te voorzien en zo beter in te passen in de omgeving. Een interessant aspect is natuurlijk ook het regionale verzorgingsgebied van de moskee. Daarmee wordt een extra dimensie toegevoegd aan de gekozen functie-combinatie en wordt de inzet op nieuw publiek domein versterkt.

Noten

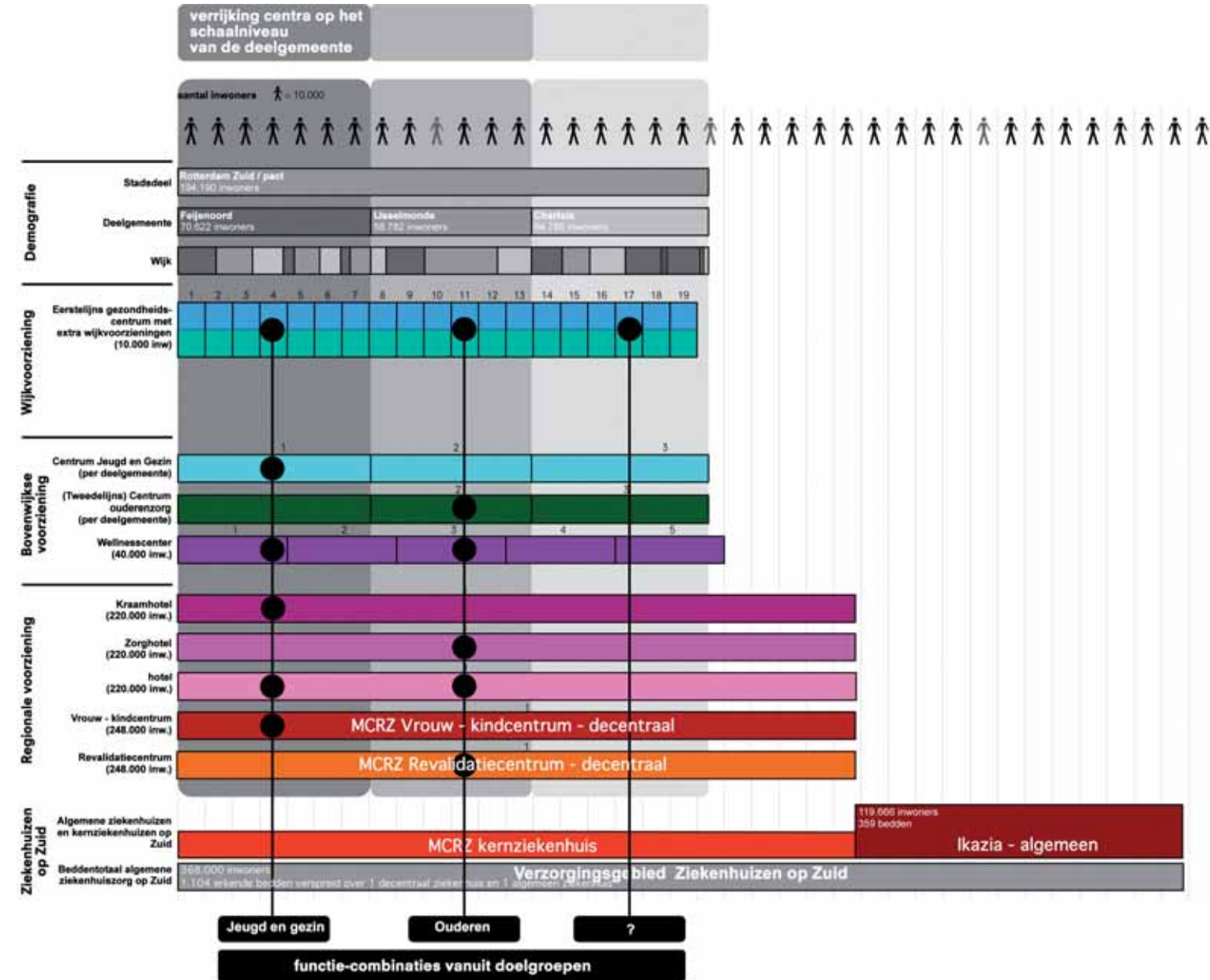
- 1
- In het advies 'Stad en stijging' (2006) pleit de VROM-raad ervoor kansen en ambities in plaats van beperkingen als uitgangspunt te nemen in de wijkaanpak. Volgens de raad moet het stedelijk beleid een nieuwe opzet krijgen waarin het wegnemen van belemmeringen voor stijging en het bieden van perspectief centraal staan in plaats van de huidige wijkgerichte sociaalfysieke aanpak. VROM-raad, *Stad en stijging, sociale stijging als leidraad voor stedelijke vernieuwing, Advies 054*, Den Haag 2006.
- 2
- Onder het motto van 'Sterk Zuid: Aansprekende stedelijke voorzieningen' zijn vijf gebieden (kanskaarten) in het Pact op Zuid-programma opgenomen. Knooppunt Medisch Centrum Rijnmond Zuid is hier een van. Sinds 2007 wordt dit gebied aangeduid als 'Zorgboulevard'. Deze zorgboulevard bestaat uit het ziekenhuis en een medi-mall voor een breed scala aan zorggerelateerde bedrijven, opleidingen en winkels die direct of indirect verbonden zijn met de medische wereld. In totaal beslaat deze zorgboulevard 132.000 m2 vloeroppervlak. Met de voorgenomen medi-mall wordt een geïsoleerde winkel- en zorg functie aan het MCRZ toegevoegd. Daarmee wordt de stad naar het ziekenhuis gehaald, in plaats van het ziekenhuis naar de stad. Concept Masterplan MCRZ, dS+V gemeente Rotterdam, oktober 2004; Pact op Zuid, Buit op zuid, Rotterdam 2006 en Pact op Zuid, Jaarbericht & Programma 2007/2008, Rotterdam 2007.
- 3
- VROM-raad, *Haasten en onthaasten in de stedelijke vernieuwing, Advies 035*, Den Haag 2002. Endry van Velzen, 'Gevarieerde stadslandschappen, pleidooi voor de herontdekking van de naoorlogse stad', in: *de Architect* mei 2005, pp. 29-47.
- 4
- Een vroeg voorbeeld van een strategie van de vernieuwing van voorzieningen is de manifestatie Wimby Hoogvliet: Crimson en Felix Rottenberg, *Wimby! Hoogvliet. Toekomst, verleden en heden van een newtown*, Rotterdam 2007. Recent

is mogelijke betekenis van publiek domein in de stedelijke vernieuwing onderzocht aan de hand van de Westelijke Tuinsteden in Amsterdam: Ivan Nio, Arnold Reijndorp, Wouter Veldhuis, *Atlas Westelijke Tuinsteden, de geplande en de geleefde stad*, Amsterdam 2008. Het belang van publiek domein voor het functioneren van de stad wordt in diverse publicaties uitgewerkt, o.m.: Manuel de Solà Morales, 'Openbare en collectieve ruimte, de verstedelijking van het privé-domein als nieuwe uitdaging', in: OASE 33 1992, pp. 1-10 en Maarten Hajer, Arnold Reijndorp, *Op zoek naar nieuw publiek domein*, Rotterdam 2001.

5 De potentie van begrensde en overzichtelijke architectonische projecten voor de vernieuwing van de stad is beschreven in o.m.: Manuel de Solà Morales, 'Another modern tradition', From the break of 1930 to the modern urban project', in: *Lotus* nr. 64, 1989/4, pp. 6-31; François Claessens en Endry van Velzen, 'De actualiteit van het stedelijk project', *S&RO* nr. 4 2006, pp. 32-37 en De Nijl Architecten – Henk Engel, Olivier van der Bogt, 'Een portret van Dordrecht', in: *Overholland* nr. 7, 2008, pp. 81-99.

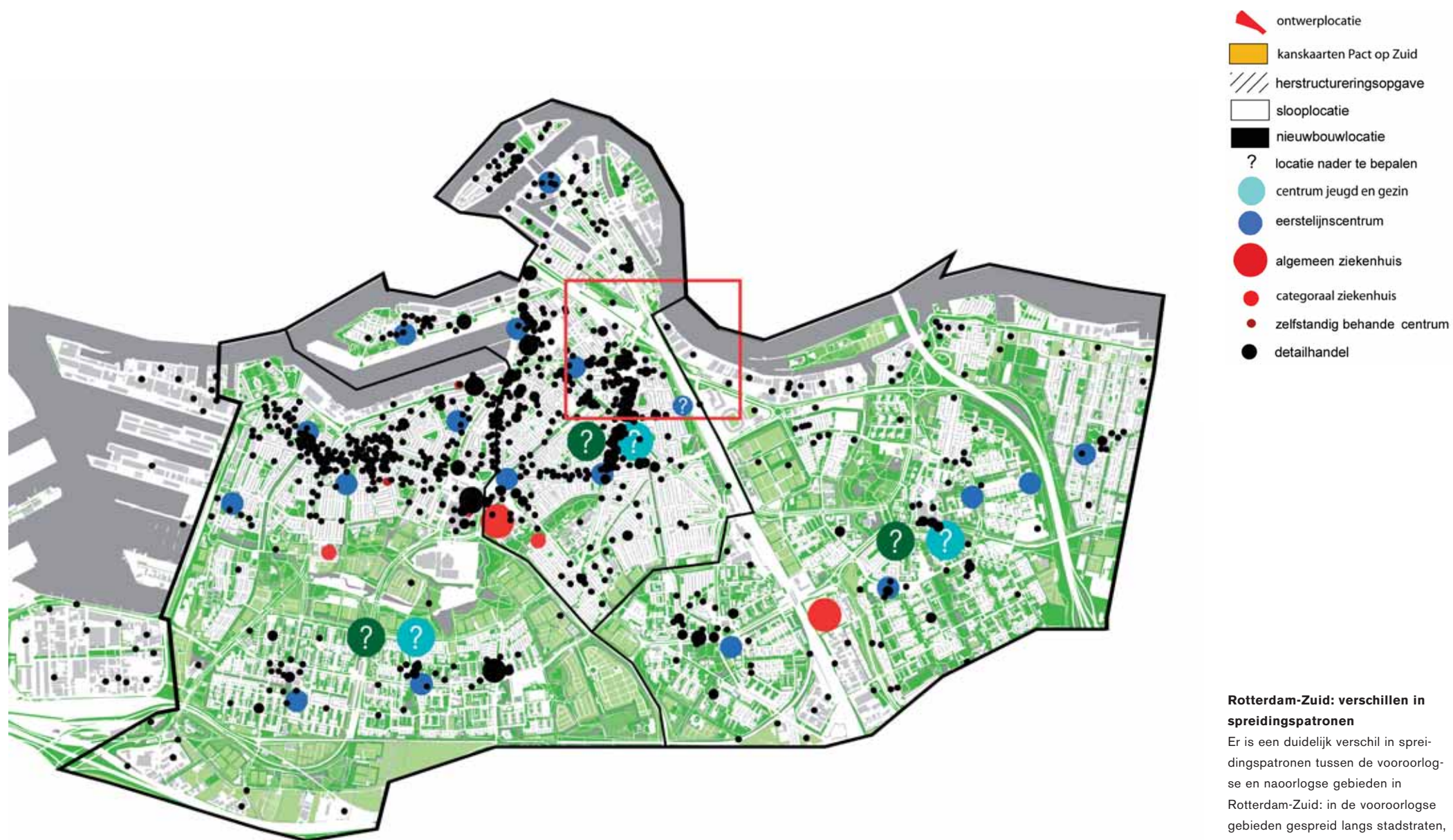
6 Gemeente Rotterdam, *Recht op een gezonde start!* Samenvatting van het aanvalsplan Perinatale Sterfte in Rotterdam, 2008; 'Rotterdam gaat babysterfte tegen met geboortecentra', *NRC Handelsblad* 18 juni 2008 en 'Rotterdam pakt babysterfte aan', *Volkskrant* 19 juni 2008.

7 Voor deze studie zijn indicatieve programma's van eisen met bijbehorende verzorgingsgebieden van de volgende organisaties geraadpleegd: Zorgimpuls (gezondheidscentra), Bouwmaatstaven College Bouw Zorginstellingen (gezondheidscentra en vrouw- en kindkliniek), CEANconsulting (vrouw- en kindkliniek), GGD Rotterdam-Rijnmond (Centrum voor Jeugd en Gezin), Achmea Healthcenters (healthcenter met wellness en fitness), Aedes Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (ouderenzorg).



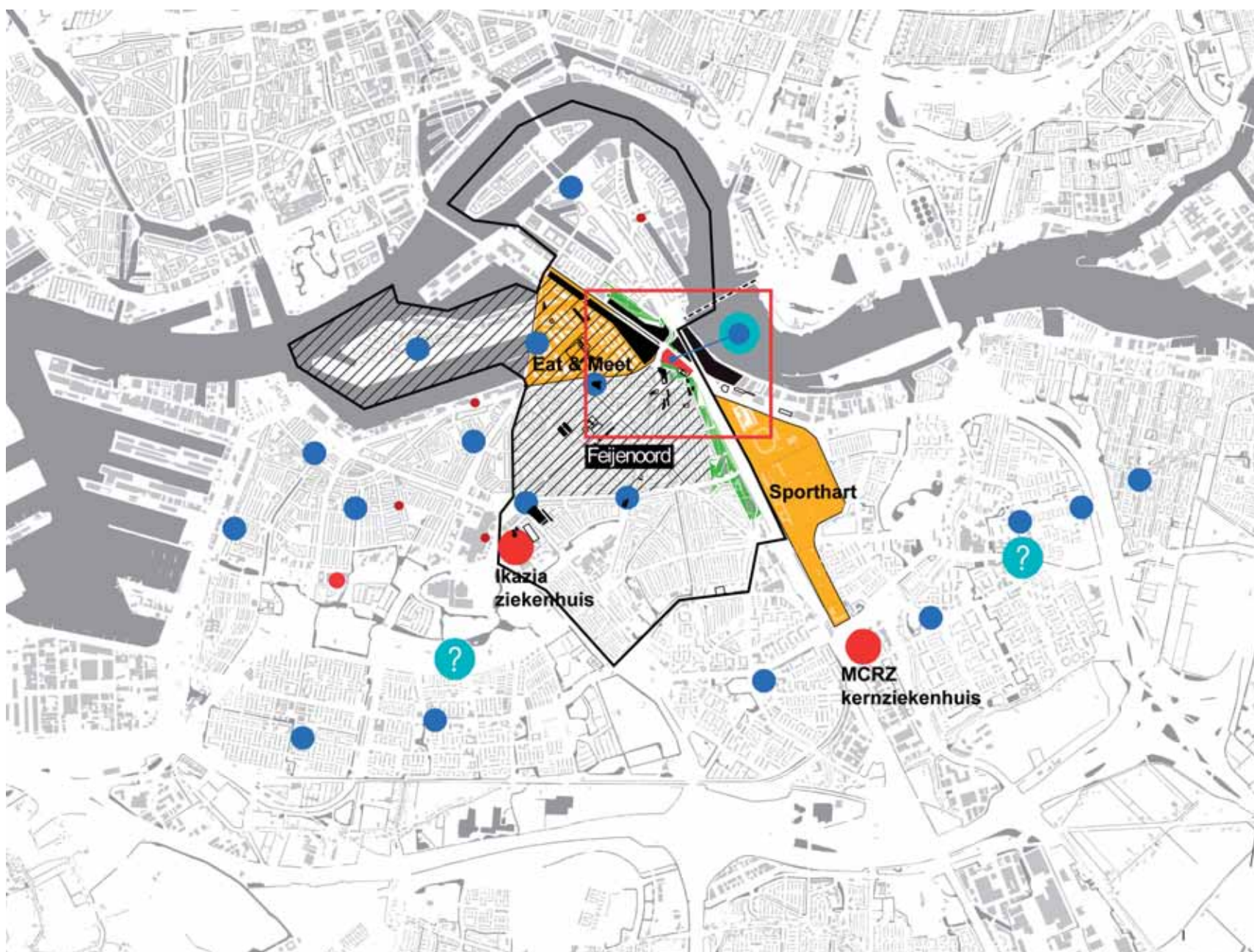
Draagvlaktabel Rotterdam-Zuid: scenario's voor het verrijken van centra op het schaalniveau van de deelgemeente

Scenario's voor de verrijking van centra op het schaalniveau van de deelgemeente met onderdelen van het MCRZ die zelfstandig kunnen functioneren en onderdelen die geen deel uitmaken van de ziekenhuiszorg die een betekenis hebben op het schaalniveau van Rotterdam-Zuid. Uitgangspunt van de functie-combinaties zijn de doelgroepen van Pact op Zuid: jeugd en gezin en ouderen. Bron: CEANconsulting / Achmea Healthcenters / Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen Zorg



Rotterdam-Zuid: verschillen in spreidingspatronen

Er is een duidelijk verschil in spreidingspatronen tussen de vooroorlogse en naoorlogse gebieden in Rotterdam-Zuid: in de vooroorlogse gebieden gespreid langs stadstraten, in de in de naoorlogse gebieden geconcentreerd in wijkcentra.
Bron: Gemeente Rotterdam



Rotterdam-Zuid: locatiekeuze

In dit onderzoek is gezocht naar een geschikte ontwerplocatie in de deelgemeente Feijenoord. Gekozen is voor de open ruimte op de kop van de Riederbuurt in de herstructureringswijk Hillesluis. Rond deze locatie liggen oude werkgebieden die de komende jaren worden getransformeerd tot woongebieden. Daardoor krijgt deze locatie een centrale positie.
De locatie leent zich goed voor een combinatie van centrum Jeugd en Gezin, eerstelijns gezondheidscentrum en vrouw-, kindcentrum.



Het architectonische project in de ontwerplocatie. De grote vorm van het ontwerp biedt een ruimtelijk kader voor de moskee en begrenst een nieuw plein.

Huidige situatie gezien vanaf de Putselaan, de Essalam moskee is nog in aanbouw.



Architectonisch project

Vrouw- en kindkliniek annex Centrum voor Jeugd en Gezin

De Nijl Architecten: Olivier van der Bogt, Mark de Bokx, Henk Engel, Josep Garriga Tarrés en Endry van Velzen

Het voorstel bestaat uit een langgerekte bebouwing langs het viaduct van de Laan op Zuid. De grote vorm van deze bebouwing biedt een ruimtelijk kader voor de moskee en begrenst een grote open ruimte. Dit plein ligt goed op de zon en wordt door de bebouwing afgeschermd van het verkeerslawaaï uit de omgeving. De ruimte tussen het viaduct en de bebouwing is ingericht als servicehof voor kort parkeren en bevoorrading en geeft toegang tot de parkeergarage. Het servicehof is met doorgangen verbonden met het plein. De bebouwing is opgedeeld in kleinere bouwdelen. Deze bouwdelen nemen de richting en de maatvoering (breedte en hoogte) van het hoofdvolume van de moskee over. Daarmee ontstaat een ruimtelijk verband tussen de gebouwen. De moskee fungeert in deze compositie als accent en markeert de plek in de stad. Ter plaatse van de Putselaan wordt de bebouwing verdubbeld. De twee bouwdelen vormen een doorgang met een trap, die het hoogteverschil tussen de Putselaan en plein overbrugt. Het plein opent zich naar de Putselaan via de langgerekte vijver die schuin voor de moskee ligt. Met een hoekverdraaiing in het voorportaal richt de moskee zich op deze vijver. Daardoor ontstaat een ambivalente situering: de moskee staat aan de begrensde ruimte van het plein, maar kijkt ook ‘om een hoekje’ naar de stad. De opdeling van de bebouwing in kleine bouwdelen geeft de bebouwing schaal en levert herkenbare adressen aan het plein. Er is bewust afgezien van een stelsel van interne binnenstraten en –pleinen, dat vaak kenmerkend is voor grote multifunctionele complexen. Elk bouwdeel heeft een eigen entree vanaf het plein en elke entree geeft toegang tot een onderdeel van de gekozen functie-combinatie. Zo'n onderdeel is overzichtelijk georganiseerd rond een dubbele hoge centrale hal achter de entree. De publieke ruimte van het plein werkt dus als verdeler. Voor de gebruikers is de relatie tussen de voorzieningen en de stad heel direct. Voor de professionals zijn interne verbindingen mogelijk op de verdiepingen, zodat het informeel overleg over integrale zorg- en dienstverlening mogelijk is. Aan de Putselaan liggen de commerciële voorzieningen: hotel, badhuis en sportschool. Aan het plein liggen de zorgvoorzieningen: vrouw- en kindkliniek, het Centrum voor Jeugd en Gezin, het gezondheidscentrum en de opleidingen, elk met een eigen entree aan het plein.

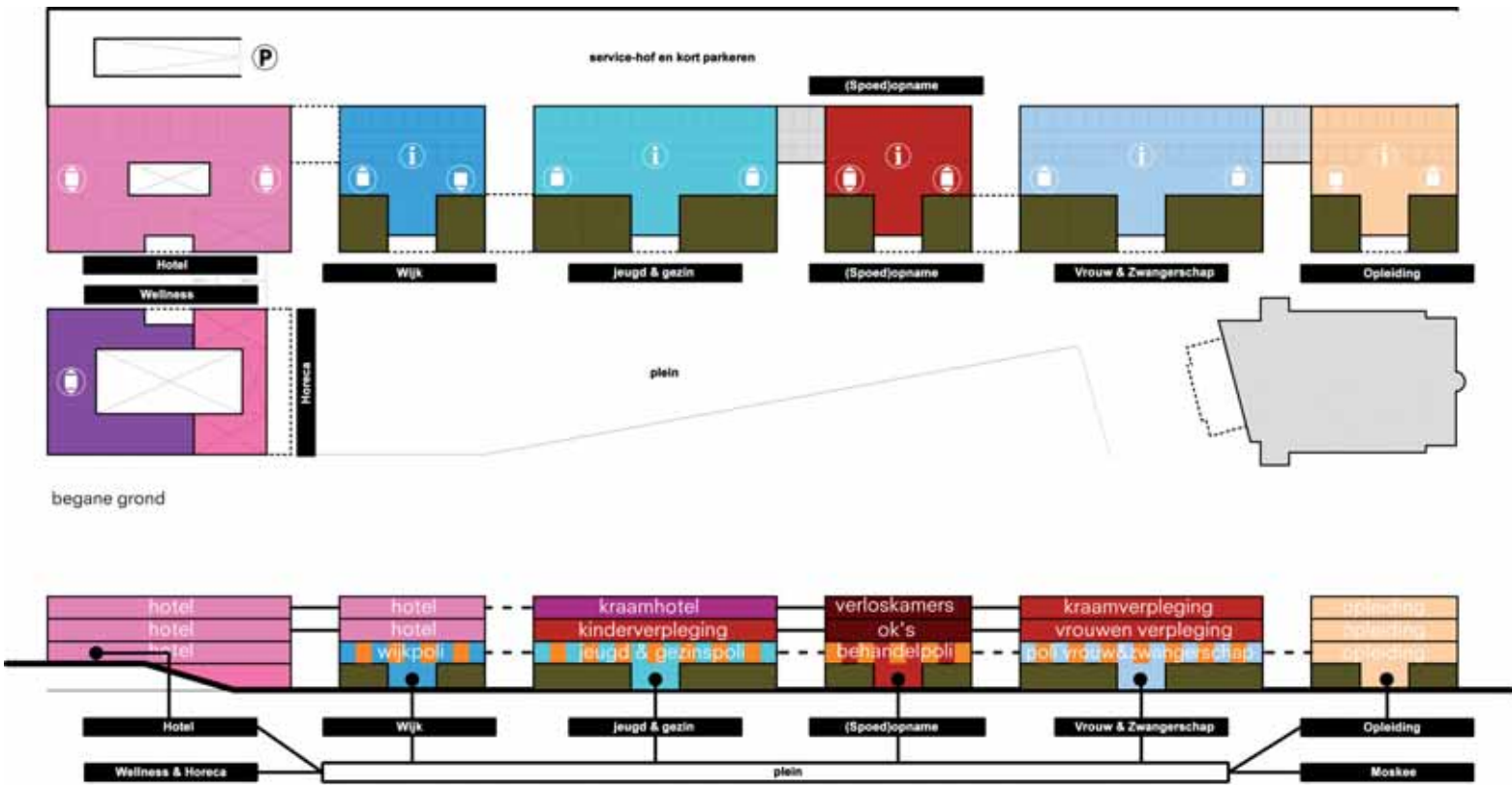
Deze voorzieningen zijn aan de kant van het plein afgezoomd met verhuurbare ruimte voor winkels en horeca. De bebouwing heeft een courante bouwstructuur, zodat flexibiliteit en opdeelbaarheid is gewaarborgd. Ondanks allerlei specifieke eisen blijkt het programma van de verschillende voorzieningen grotendeels uit kamers met een vergelijkbare maat te bestaan. De bebouwing heeft een opbouw in zones met kamers aan de rand en een middenzone voor ontsluiting. Smalle atria in deze middenzone brengen daglicht in de bebouwing en geven elk bouwdeel een eigen centrale hal. Bij binnenkomst van een specifieke voorziening is meteen het geheel te overzien. Elke voorziening beslaat een segment van de lange bebouwing. Per verdieping zijn de vergelijkbare functies van de verschillende voorzieningen gesitueerd, zodat op de verdiepingen uitwisselingen binnendoor mogelijk zijn. Dat kan gaan om uitwisseling tussen gebruikers, maar het kan ook gaan om uitwisseling van gebruik, bijvoorbeeld tussen het hotel en het kraamhotel. Het generieke karakter van de gebouwopzet komt terug in de verschijningsvorm. Het gebouw is opgevat als een rustige wand naast het plein en de moskee. De geleding van de bouwmassa en de terugkerende maten geeft de verschillende bouwdelen schaal en ritme. De gevel is in dit spel bewust terughoudend gehouden. De grote gevelopeningen zijn regelmatig geplaatst, passend bij de flexibele gebouwopzet waarin de kamers een veelheid aan functies moeten kunnen huisvesten. Bij de entrees en doorgangen is het metselwerk verlevendigd met natuursteen. Het gebouw heeft een open en gedistingeerd karakter, passend bij een publiek gebouw in de stad. Deze sfeer van duurzaamheid en distinctie is doorgezet in de dubbele hoge hallen van de verschillende bouwdelen. Het zijn de belangrijkste publieke ruimten in het gebouw en geven direct toegang aan de spreek- en onderzoekskamers en de behandelkamers. Omdat de kamers flexibel kunnen worden gebruikt, zijn de hallen permanent en is een hoog afwerkingsniveau mogelijk met duurzame materialen zoals hout en natuursteen. Een bijzondere plaats is weggelegd voor de centrale hal van het badhuis tegenover de moskee. Deze hal met het grote bad ligt enigszins verhoogd en is geopend naar het plein, zodat baden en bidden over het plein op elkaar worden betrokken.

Zicht op de moskee, het plein en de bebouwing. Aan het plein liggen winkels en de dubbelhoge entrees van de verschillende functies.

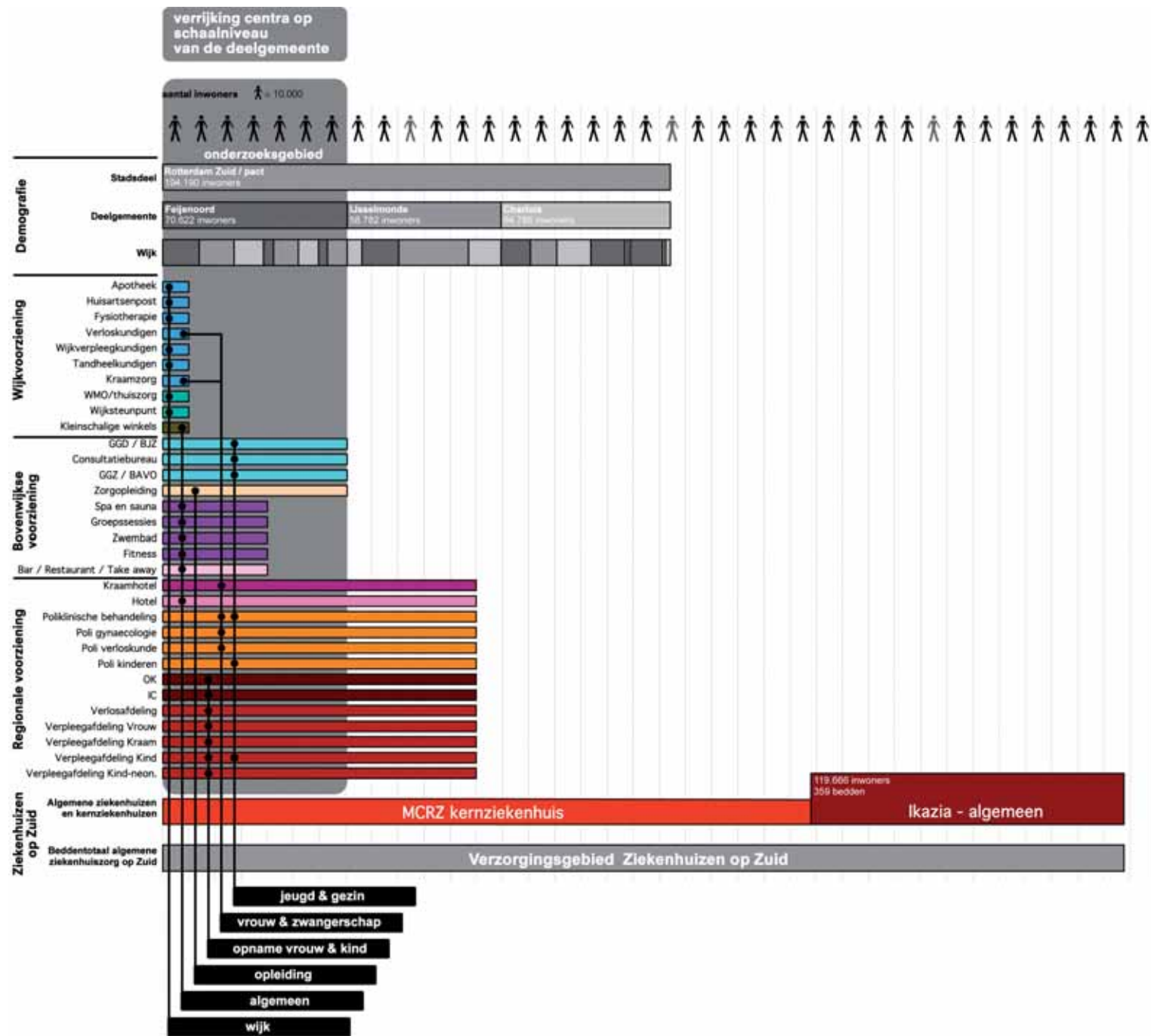




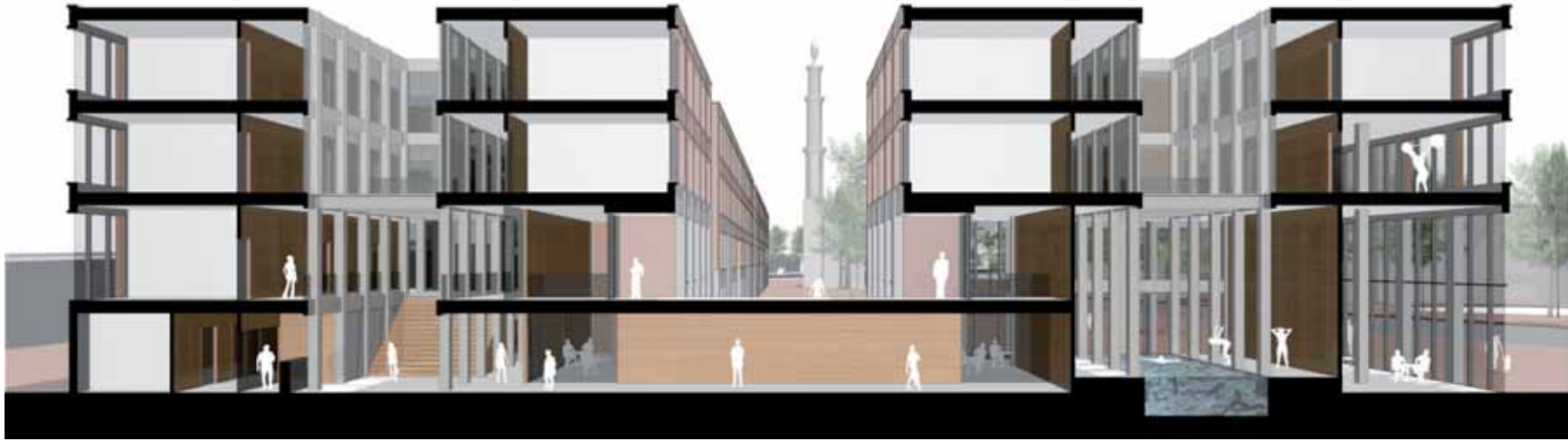
Langsdoorsnede
Een dubbelhoge centrale hal verbindt de entree met de wachtruimtes voor de spreek- en onderzoekskamers op de eerste verdieping.



**Het totale programma aan-
gegeven in plattegrond en
aanzicht**
De zorgverlening is toegankelijk vanaf het plein via entreehallen die per thema zijn onderverdeeld. Er is geen duidelijk onderscheid meer tussen eerste-, en tweedelij, wel per zorg-
pad of doelgroep. Interne verbind-
ingen (voor personeel) zijn mogelijk op de verdiepingen.



**Draagvlaktabel Rotterdam-Zuid:
functie-combinatie op basis van
thema's die betrekking hebben
op de doelgroep Jeugd en Gezin**
Herschikking van gekozen functie-
combinatie in deelgemeente Feijen-
oord op basis van thema's voor de
doelgroep Jeugd en Gezin. Het verz-
orgingsgebied van de zelfstandig
functionerende ziekenhuiscomponen-
ten in Rotterdam-Zuid is gehalveerd
zodat het totale draagvlak van de zie-
kenhuiscomponenten samen met een
groot deel van het draagvlak van het
Ikazia ziekenhuis afgestemd is op het
inwonersaantal van Rotterdam-Zuid.
Bron: CEANconsulting / Achmea
Healthcenters / Zorgimpuls



Dwarsdoorsnede

De dubbelhoge centrale hal van het hotel is verbonden met de centrale ruimte van het wellnesscentrum. Hier bevindt zich het zwembad met daar omheen de horecafuncties.

thema	functie	BVO/unit	BVO zorg	BVO alg.
Algemeen	Wellness, Horeca en Winkels		100 m2	3950 m2
<i>Zorgverlener: Fysiotherapeut</i>	Wellness:			2500 m2
	- Ontvangsthal en informatiebalie			
	- Kledruimtes met sanitair			
	- Spa en Sauna			
	- Zwembad			
	- Fitness en Cardio			
	- Groepsessies			
	- Schoonheidssalon			
	- Praktijkruimtes Fysiotherapie		100 m2	540 m2
	Horeca:			
	- Bar Café Take- Away			
	- Restaurant			
	- Keuken			
	Winkels:			
	- 13 Verhuurbare units aan plein	70 m2		910 m2

thema	functie	BVO/unit	BVO zorg	BVO alg.
Algemeen*	Hotel (*met Kraamhotel)		850 m2	4550 m2
<i>Zorgverlener: Verloskundige 1e lijn</i>	Hotel:			4550 m2
	- Lobby en receptie			
	- Dienstruimtes			
	- Ontbijtzaal			
	- Verhuurbare vergaderruimte			
	- 67 Hotelkamers	25 m2	860 m2	
	Kraamhotel*:			
	- 18 1-persoonskamers met rooming-in	25 m2		
	- 2 Ruimtes Verpleegkundigen	25 m2		
	- 2 Facilitaire ruimtes	25 m2		

*bezoek via Vrouw en Kind

thema	functie	BVO/unit	BVO zorg	BVO alg.
Wijk	Eerstelijns gezondheidscentrum		950 m2	
<i>Zorgverlener: Huisarts Tandarts Thuiszorg Wijkverpleging Logopedist Apotheker</i>	Ontvangsthal en informatiebalie	8-10 m2		
	15 Werkkamers en dienstruimtes			
	Apotheek	25 m2		
	Praktijkruimtes tandheelkunde			
	Multipoli:			
	- Wachtruimte			
	- 8 Spreek-, en onderzoekskamers	17 m2		
	- 2 Facilitaire ruimtes	25 m2		

thema	functie	BVO/unit	BVO zorg	BVO alg.
Jeugd & Gezin	Centrum J&G + Poli & Verpleging Kind		3150 m2	
<i>Zorgverlener: Kinderarts 2e lijn Consultatiebureau GGD Bureau Jeugdzorg GGZ / BAVO</i>	Ontvangsthal en informatiebalie	8-10 m2		
	27 Werkkamers en dienstruimtes			
	Multipoli:			
	- 2 Wachtruimtes			
	- Balie spreekurassisten			
	- 27 Spreek-, en onderzoekskamers	17 m2		
	- 2 Facilitaire ruimtes	25 m2		
	Verpleegafdeling Kind / neonatologie*:		860 m2	
	- 18 1-Persoonskamers met rooming-in of wiegenkamers	25 m2		
	- 2 Ruimtes verpleegkundigen	25 m2		
	- 2 Facilitaire ruimtes	25 m2		

*bezoek via Vrouw en Kind

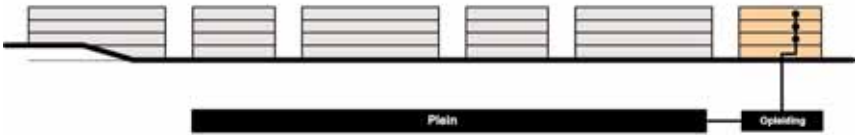
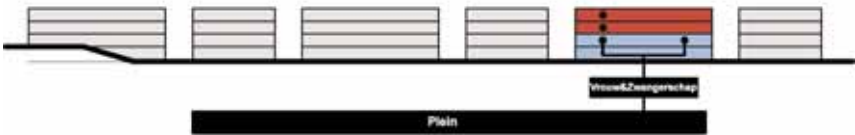
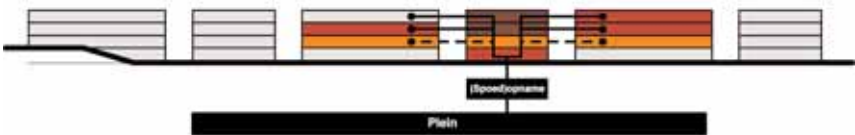
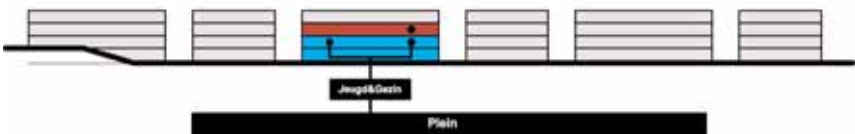
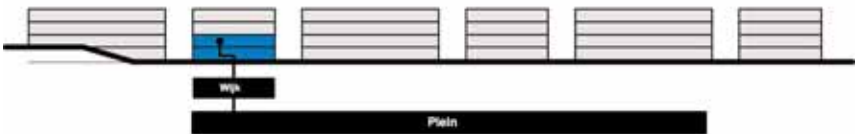
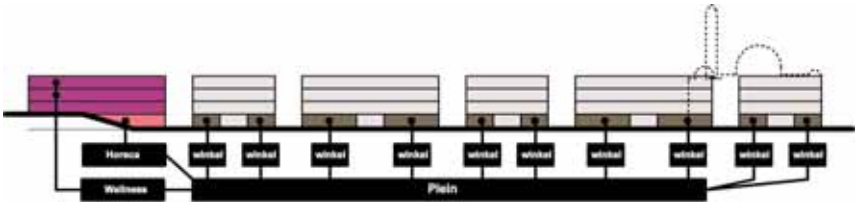
thema	functie	BVO/unit	BVO zorg	BVO alg.
Vrouw & Kind	Centrale entree (spoed)opname en bezoek		2200 m2	
<i>Zorgverlener: Anesthesist Chirurg</i>	Ontvangsthal en informatiebalie	8-10 m2		
	12 Werkkamers en dienstruimtes	8-10 m2		
	6 Facilitaire ruimtes			
	Hotfloor:			
	- 10 Poli-behandelkamers	25 m2		
	- 2 Operatie-units	175 m2		
	- IC 2 bedden	50 m2		
	- 4 Verloskamers	42 m2		
	- e.v.t. 4 Kraamsuites SRM	34 m2		
	- 10 facilitaire ruimtes	25 m2		
	Centrale entree tot:			
	- Verpleegafdeling vrouw			
	- Verpleegafdeling kind			
	- Verpleegafdeling kraam			
	- Kraamhotel			

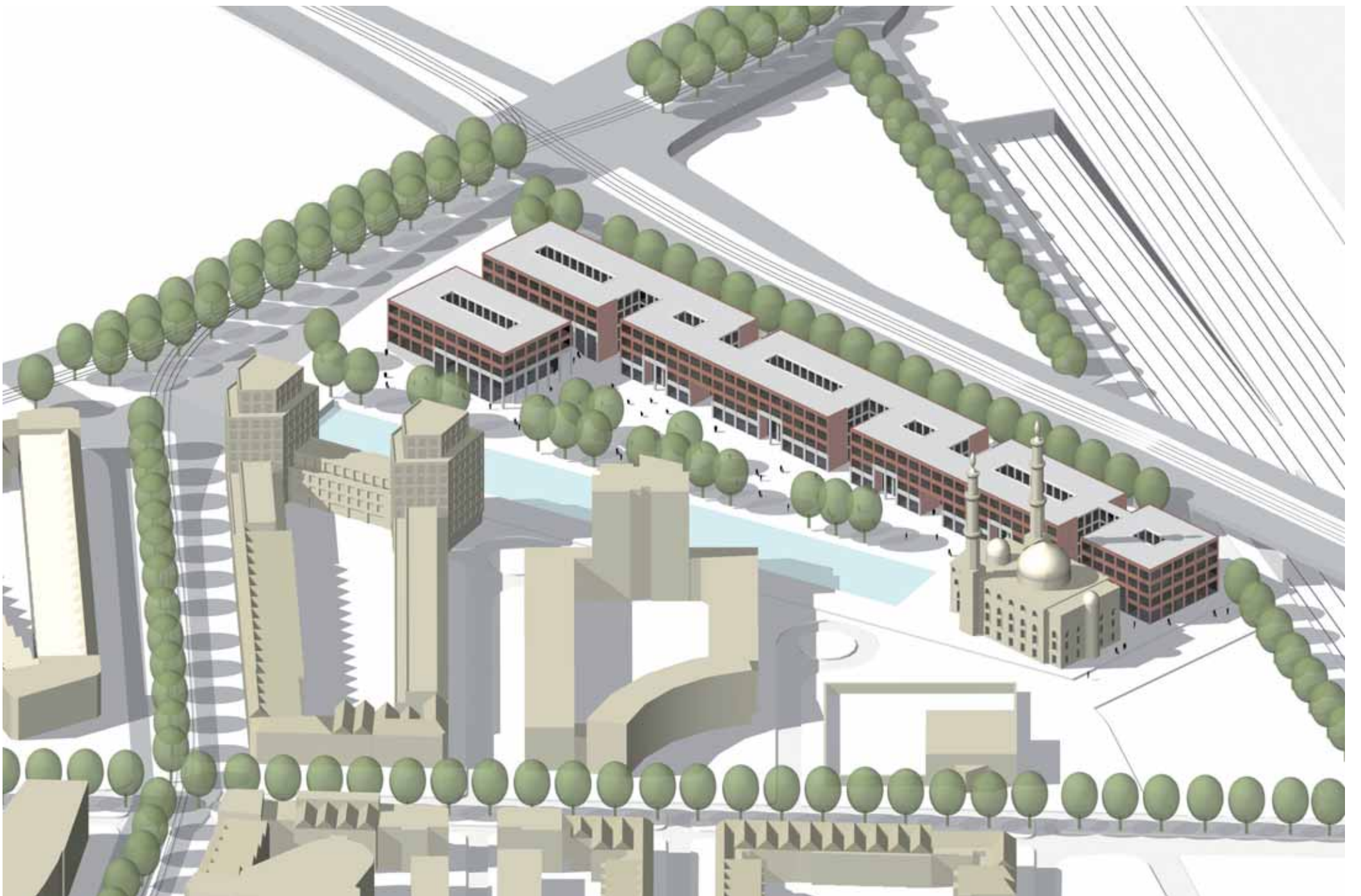
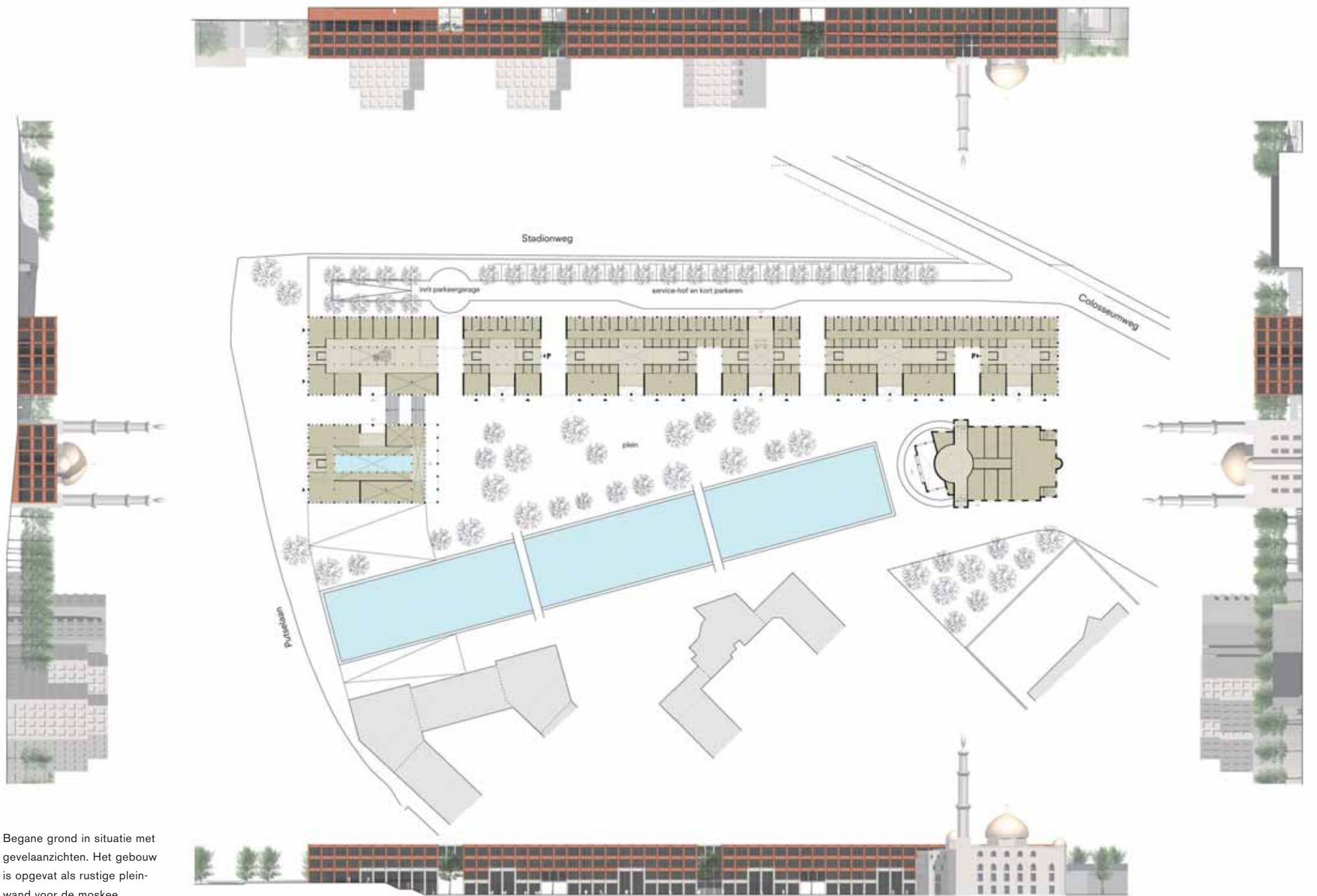
thema	functie	BVO/unit	BVO zorg	BVO alg.
Vrouw&Zwangerschap	Geboorte centrum en poli & verpleging vrouw		3150 m2	
<i>Zorgverlener: verloskundige 1e lijn Gynaecoloog Seksuoloog Psycholoog Kraambureau</i>	Ontvangsthal en informatiebalie	8-10 m2		
	27 Werkkamers en dienstruimtes			
	Multipoli:			
	- 2 Wachtruimtes			
	- Balie spreekurassisten			
	- 27 Spreek-, en onderzoekskamers	17 m2		
	- 2 Facilitaire ruimtes	25 m2		
	Verpleegafdeling vrouw*:		860 m2	
	- 18 1-Persoonskamers met rooming-in	25 m2		
	- 2 Ruimtes verpleegkundigen	25 m2		
	- 2 Facilitaire ruimtes	25 m2		
	Kraamafdeling*:		860 m2	
	- 18 1-Persoonskamers met rooming-in	25 m2		
	- 2 Ruimtes verpleegkundigen	25 m2		
	- 2 Facilitaire ruimtes	25 m2		
	Kraamhotel*: zie hotel			

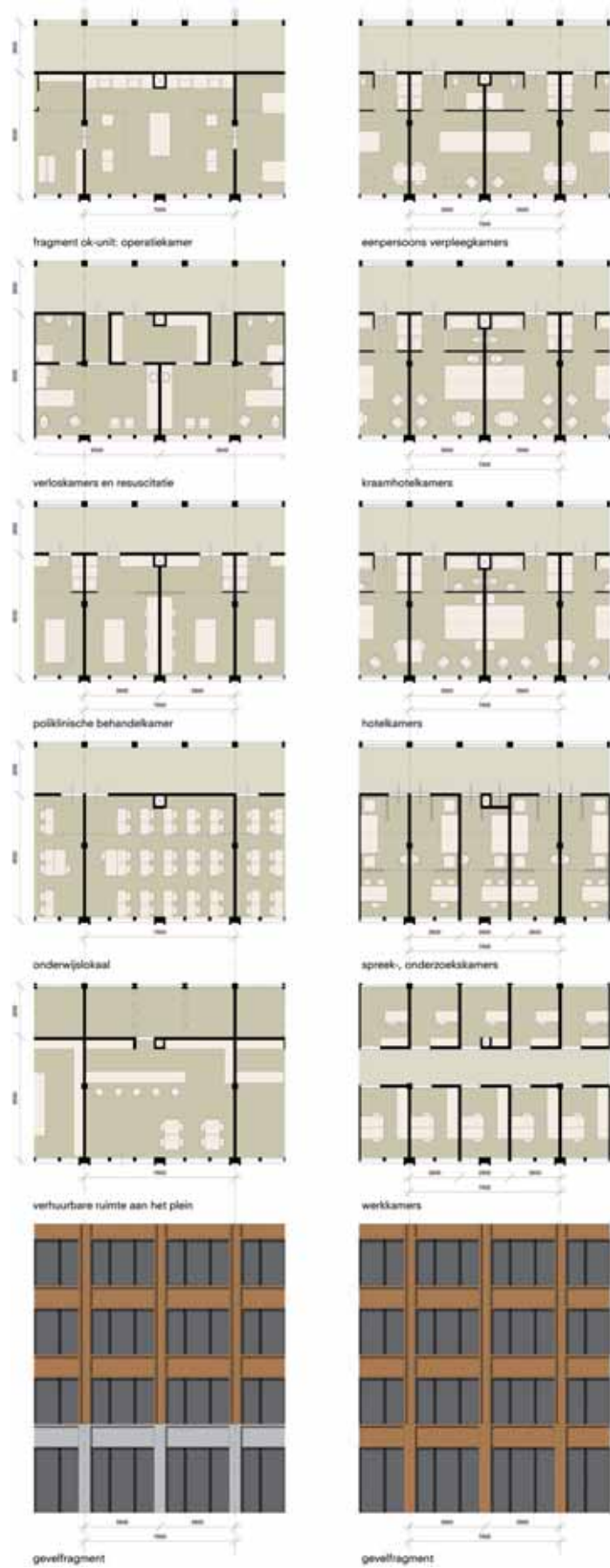
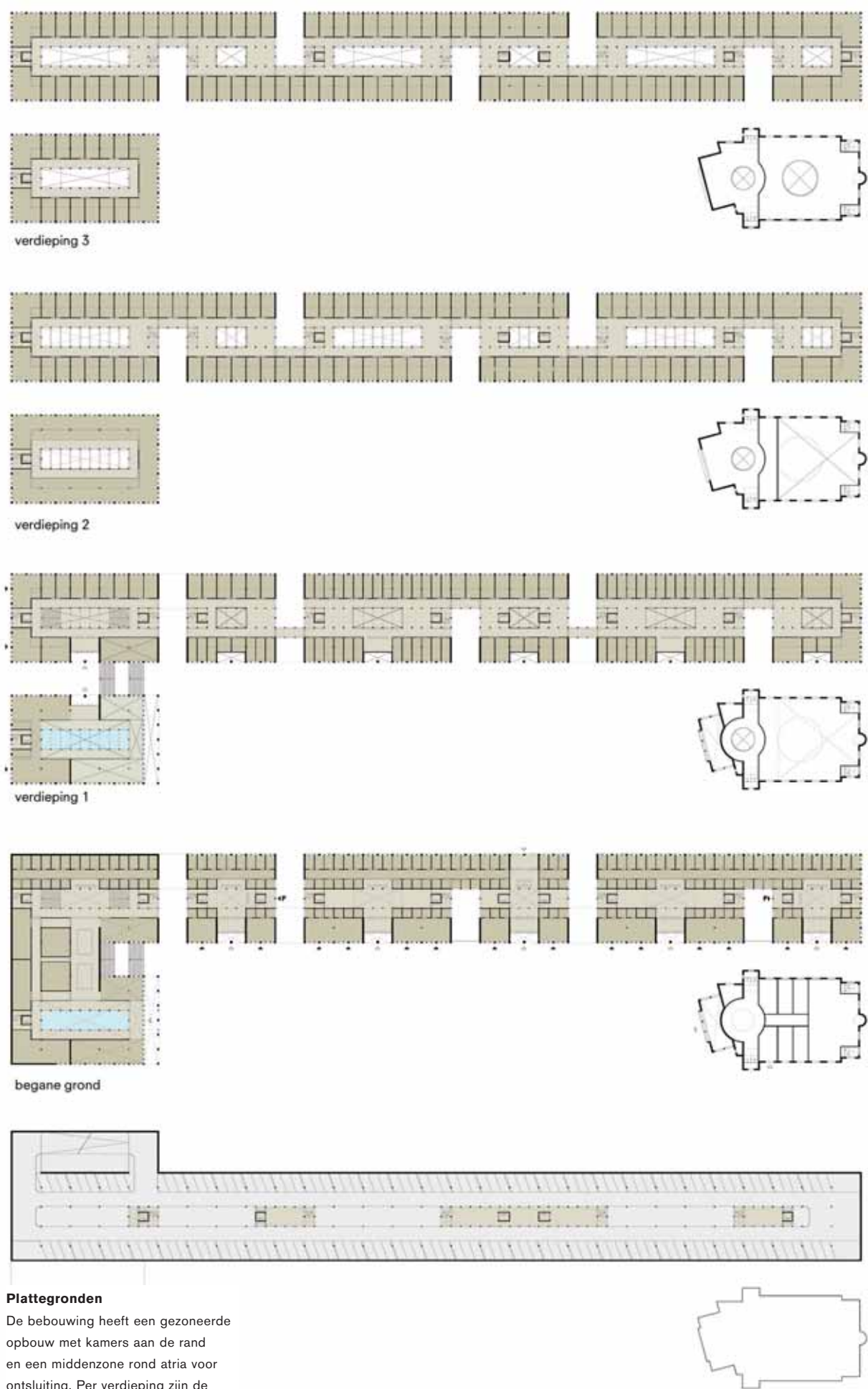
*bezoek via Vrouw en Kind

thema	functie	BVO/unit	BVO zorg	BVO alg.
Algemeen	Opleidingen in de zorg			1900 m2
	Ontvangsthal en informatiebalie			
	15 Werkkamers en dienstruimtes	8-10 m2		
	Diverse multifunctionele ruimtes	17-50 m2		
	6 Facilitaire ruimtes			

TOTAAL	BVO excl. parkeren ee. 20.800 m2	Parkeren 355 p.p.	BVO zorg 10.400 m2	BVO alg. 10.400 m2
---------------	--	-----------------------------	------------------------------	------------------------------







Voorbeeldplattegronden

Hotel- en eenpersoonsverpleegkamers hebben dezelfde afmetingen en kunnen de binnen dezelfde bouwstructuur worden gebracht. De gebruikte dieptemaat van de kamers ligt vast, maar de gevelopzet maakt elke kamerbreedte in een veelvoud van 1,30 meter mogelijk zodat ook smallere units zoals spreek- en onderzoekskamers of brede units zoals operatiekamers, binnen dezelfde generieke opzet kunnen worden opgenomen.



Zicht vanaf de moskee op het plein en de doorgang naar de Putselaan. Onder de arcade tegenover de moskee bevindt zich een horecavoorziening.

Postbus 29066
3001 GB Rotterdam

t (010) 436 16 00
f (010) 436 06 39

www.archfonds.nl

Redactie
Tim de Boer
Anneloes van der Leun

Eindredactie
Anneloes van der Leun

Vormgeving
Manifesta, Rotterdam

Drukwerk
GTV Oosterhout

Niets van deze uitgave mag zonder uitdrukkelijke toestemming van de makers worden gereproduceerd.

Uitgave van het Stimuleringsfonds voor Architectuur, december 2008

Niet alle rechthebbenden van de gebruikte illustraties konden worden achterhaald. Belanghebbenden worden verzocht contact op te nemen met het Stimuleringsfonds voor Architectuur.

Het decentrale ziekenhuis

Kernteam

TU Delft, afdeling Architectuur: Leen van Duin, Esther Gramsbergen, het Institute for History of Architecture, Art and Urbanism (IHAAU), Cor Wagenaar; De Nijl Architecten: Endry van Velzen, Henk Engel, Olivier van der Bogt; CEANconsulting: Colette Niemeijer

Workshop

In juni 2007 deed zich de mogelijkheid voor het concept van het decentrale ziekenhuis te toetsen aan de ervaringen die bij de bouw van een nieuw alles-onder-één-dak ziekenhuis zijn opgedaan, het Medisch Centrum Rijnmond Zuid. Er is een *workshop* georganiseerd waaraan naast de architect en de programmeur van dit nieuwe complex, Jarno Nillisen (Wiegerinck architecten) en Kees Pieterse (Pieterse, Terwel, Grevink), ook Aniek Dane (Zorgimpuls), Geert Driesen (AWG), Birgitte Hansen (TU Delft), Peter Luthi (TU Delft), Paul Trip (ACHMEA / IPMMC) en Teun Swinkels (nestor van de Nederlandse ziekenhuisarchitecten) deelnamen.

CEANconsulting
Eemnesserweg 62
3741 GB Baarn
t (035) 531 8357
info@ceanconsulting.com
www.ceanconsulting.com

De Nijl Architecten
Postbus 29095
3001 GB Rotterdam
t (010) 282 99 30
mail@denijl.nl
www.denijl.nl

TU Delft
afdeling Architectuur
architectuur@bk.tudelft.nl
Institute for History of Architecture, Art and Urbanism (IHAAU)
c.wagenaar@bk.tudelft.nl

Lay-out 06, Het decentrale ziekenhuis en Lay-out 07, Urban Hospitality verschijnen gelijktijdig en zijn beide het resultaat van de open oproep, **Het toekomstige ziekenhuis als architectonische opgave**

In 2005 organiseerde het Stimuleringsfonds voor Architectuur een open oproep voor architecten om onderzoek te doen naar het toekomstige ziekenhuis en de veranderende zorgsector. Het fonds stelde subsidie beschikbaar voor ontwerponderzoek naar de mogelijkheden om (gedecentraliseerde) gezondheidszorg aan te bieden in nieuwe gebouwtypen, eventueel in combinaties met andere functies. 'Voor de komende jaren is een grote bouwopgave geformuleerd. Ten onrechte maakt de bouw van ziekenhuizen nauwelijks deel uit van de architectonische cultuur. Nu deze bouwsector haar centrale aansturing kwijt raakt, ontstaan er mogelijkheden om het traditionele ziekenhuis beter af te stemmen op de behoeften van patiënten. Bovendien kan de publieke functie meer dan voorheen deel gaan uitmaken van het stedelijke leven.'

Het decentrale ziekenhuis. Katalysator van stedelijke vernieuwing (Lay-out 06) was een van de door het Stimuleringsfonds gesubsidieerde voorstellen. De studie vertrekt van twee elkaar aanvullende perspectieven. Het eerste onderzoekt de mogelijkheden van decentralisatie, het andere analyseert de potenties van de kleinschalige centra om als katalysator van stedelijke vernieuwing te dienen. De decentralisatie van het

klassieke alles-onder-één-dak ziekenhuis leidt tot een netwerk van betrekkelijk kleinschalige gezondheidscentra verspreid door de stad. Het allesomvattende ziekenhuis blijft als organisatie bestaan, maar fysiek lost het op en vermengt het zich met andere voorzieningen die zich richten op het bevorderen van de gezondheid. Als proefregio is gekozen voor Rotterdam-Zuid. De voorgestelde decentralisatie richt zich op het ontfangen van samengebalde medische processen, dus op de top. De studie naar de mogelijke inzet van nieuwe gezondheidscentra in de stedelijke vernieuwing brengt de fysieke structuur

en de verspreiding van voorzieningen in de proefregio in kaart en analyseert de basis.

Urban Hospitality. Kleinschalige zorg in de stedelijke omgeving (Lay-out 07) van +Architecture

Urban Hospitality is een ander onderzoek dat door het Stimuleringsfonds is gesubsidieerd naar aanleiding van de open oproep. Als antwoord op de vraag wat de typologie van het toekomstige ziekenhuis kan zijn, ontwikkelde bureau +Architecture in samenwerking met Stereo Architects het concept Urban Hospitality. Urban Hospitality onderzoekt de mogelijkheden voor kleinschalige ziekenhuisarchitectuur en persoonlijke zorg op wijk- en buurtniveau. Binnen de reikwijdte van de stad worden programmaonderdelen vanuit het ziekenhuis naar de mensen toe gebracht en geïntegreerd met stedelijke voorzieningen op verschillende schaalniveaus. Zorg maakt zo onderdeel uit van de alledaagse leefwereld. De Vinex-locatie Leidsche Rijn dient als context voor het ontwerpend onderzoek.

Het fonds subsidieert ontwerpend onderzoek **Enkele voorbeelden zijn:**

De mogelijkheden van huisvesting voor dak- en thuislozen

De laatste jaren neemt het aantal daklozen toe, vooral de groep met ernstige psychiatrische of verslavingsproblemen is groeiende. De huisvesting van deze specifieke groep is een opgave die in de hedendaagse bouwpraktijk tot nu toe onderbelicht is gebleven. Daarbij komt dat de huidige opvang voor dak- en thuislozen in het algemeen kwantitatief en kwalitatief ontoereikend is. TVDH Architecten doet daarom onderzoek naar de functionele, ruimtelijke en visuele aspecten van daklozenopvang. Doel is om andere huisvestingsvormen voor de maatschappelijke opvang te ontwikkelen. De oude asielfgedachte van het Leger des Heils voldoet niet meer. Lang is nagedacht over uitbreiding van capaciteit, zonder stil te staan bij opvang als mogelijke start van een nieuwe wooncarrière, met of zonder ondersteuning. Dak- en thuislozen hebben, naast het traditionele aanbod van slaapzalen, behoefte aan woonzorg en een gevarieerder aanbod van huisvesting. Daarbij speelt de kwestie van de kwaliteit en uitstraling van het interieur.



Als het interieur te aantrekkelijk is, komt vooral de doorstroming in de tijdelijke opvang in gevaar. Door de toegenomen verscheidenheid van daklozen voldoet het huidige programma van eisen niet langer. Het onderzoek stuurt aan op landelijk toepasbare richtlijnen en huisvestingsconcepten voor daklozen, variërend van slaapdozen tot woonzorgcomplexen. Bij de uitvoering van het ontwerpend onderzoek zijn studenten van de TU Delft betrokken. De aanvraag is voortgekomen uit de open oproep voor onderzoeksvoorstellen over zorgarchitectuur in 2006. In de zomer van 2009 wordt het onderzoek gepresenteerd tijdens een symposium.



Het psychiatrische sanatorium ontmanteld
UR architecten werken aan een ontwerpend onderzoek over de toekomstige gebruiksmogelijkheden van de landelijk gelegen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Vanaf de jaren tachtig ligt de nadruk op de resocialisatie van de psychiatrische patiënt en de vermaatschappelijking van de instelling. Dit vertaalde zich in een trek naar de stad en een leegloop van de landelijke instellingen. Inmiddels wordt onderkend dat deze instellingen opnieuw een rol kunnen spelen voor psychiatrische zorgactiviteiten die geen plek vinden in de stad. Door veranderende inzichten heeft de geestelijke gezondheidszorg behoefte aan meer mogelijkheden voor gedwongen opnames. Op heel wat instellingsterreinen worden

