

JAN VAN DEN NOORT

Blokken *op de bres*

GESCHIEDENIS VAN PLANNING EN BOUW
VAN HET NIEUWE
ACADEMISCH ZIEKENHUIS GRONINGEN
(1967-1997)

WEBVERSIE (TEKST + CARTOGRAFIE)

AZG GRONINGEN 1999

BEGELEIDINGSCOMMISSIE

Drs. J. Hamel

Drs. Fr.C.A. Jaspers

Prof.ir. W. Patijn

Prof.dr. E.R.M. Taverne

Prof.dr. P. Kooij (vanaf juni 1997)

copyright © 1999 tekst, figuren en tabellen Jan van den Noort, Rotterdam

ISBN 90 9012 467 5 NUGI 641/923

Inhoud

WOORD VOORAF	7				
INLEIDING	9				
1 PAVILJOENS EN NOG EENS PAVILJOENS		4 INTEGRATIE, INSPRAAK EN KLEINSCHALIGHEID		7 BANK EN BUURTHUIS	
Hier afgebroken, daar opgelapt	15	Supervisor of hoofdarchitect	73	Een nieuwe bouwgemachtigde	136
Hôpital Lariboisière	15	Superarchitect	76	O&W was dik tevreden	137
Een lustoord voor patiënten	18	Open ziekenhuis	79	Een sneller stappenplan	137
Rijksbouwmeesters in de weer	19	AZG wat doet u er mee?	83	Een paar flinke punten op de i	140
Ruimte en geld	22	Zonering, verkeers- en plekkenplan	86	Hal en parkeergarage	142
‘Architect met		Fasering in hapklare brokken	88	De zuidpunt	144
stedebouwkundige visie’	25	Geen twee kapiteins op een schip	90	Een fraaie oprijlaan	148
Structuurplan 1955	27			Warmte en kracht	151
Niet helemaal volgens plan	30	5 DRIE HALEN, TWEE BETALEN		Integratie ziekenhuis en faculteit	153
				Klaar in 2000	154
2 APSAZ CENTRAAL IN DE JAREN ZESTIG		Concurrentie op gepaste afstand	93	Het wordt weer vol op het terrein	155
		Een uit de hand gelopen situatie	94		
Drie kernen	34	Volksvermogen op het spel	96	8 WAT KWAM WAAR EN WAAROM DAAR	
Centrale gebouwen	38	Gewenste capaciteit: 1733 bedden	102	De kip met de gouden eieren	157
Een ziekenhuis in het centrum	42	Operatie Groningen	104	Het zwaard van Damocles	159
Oostersingel wordt Oosttangent	43	Structuurplan 1980	106	Een kentering in het denken	160
Een ‘masterplan’	45	Vierhonderd bedden voor chirurgie	108	Decentraal of centraal ontsluiten	162
Een centraal complex	49	Wisseling van de wacht	112	De broodnodige variatie	165
Autonomie op de helling	51			Epiloog	168
		6 SALTO MORTALE			
3 STAF EN STAD STELLEN HUN GRENZEN		Spaken in het wiel	113	VERANTWOORDING	
		Het centraal medisch complex	115	Archivalia	169
Herverkaveling kliniek en prekliniek	53	O&W wil een vinger in de pap	117	Afkortingen	170
Masterplan illusoir	55	De standaardverpleegeenheid	120	Foto’s	170
Een compact centraal complex	57	Harten troef	123	Interviews	172
Herijking van de plannen	60	Achilleshiel: het parkeren	127	Proeflezers	172
Barrière	61	Gatenkaas	130	Figuren en tabellen	173
Nieuwe Sint Jansstraat	65	Het grote afscheid	133	Literatuur	174
Bestemmingsplan voor				Noten	178
de binnenstad	68				
Binnenstad-Oost	70				
Stapje voor stapje	72				

W o o r d v o o r a f

Het is altijd weer verrassend om door een boek te bladeren waarin een geschiedenis staat beschreven, waar je zelf onderdeel van hebt uitgemaakt. Wanneer je die geschiedenis op papier ziet staan, dan kom je tot de ontdekking dat bepaalde momenten of perioden een andere indruk op je hebben achtergelaten dan is weergegeven. 't Aardige is dat daarmee weer duidelijk wordt dat de werkelijkheid zo verschillend kan worden ervaren. Dat maakt het lezen van dit boek, zeker voor de betrokkenen, de moeite waard.

De auteur Jan van den Noort is er op zijn geheel eigen wijze in geslaagd om dertig jaar planning en bouw van het nieuwe AZG gecomprimeerd, prettig leesbaar en boeiend te beschrijven. Hij heeft zich door een zeer complex proces rond planning en bouw weten te worstelen.

Met dit boek geeft het AZG een kijkje achter de schermen in de besluitvorming rond en de realisatie van de bouw van het nieuwe ziekenhuis. Vele partijen zijn bij de totstandkoming van het nieuwe gebouw betrokken geweest en laten hun licht op deze opmerkelijke geschiedenis schijnen. Een geschiedenis die zich kenmerkt door vallen en opstaan. De obstakels, discussies en de moeilijkheden gedurende het bouwproces worden dan ook niet geschuwd in dit boek. Maar zonder dit vallen en opstaan was nooit het resultaat bereikt, waar velen nu trots op zijn.

Als we opnieuw voor de keuze zouden staan zouden we het op dezelfde wijze doen.

Drs. J. Hamel
voorzitter Raad van Bestuur
Academisch Ziekenhuis Groningen

Inleiding

Het academisch ziekenhuis van Groningen is begin deze eeuw gebouwd op een bres in de oude stadswallen. Aan de ene kant van de bres lag de dichtbevolkte stad, aan de andere kant ontvouwde zich het weidse Groninger landschap met ongekende uitbreidingsmogelijkheden in het verschiep. Kort na de bouw van het ziekenhuis groeide Groningen razendsnel. De stadsrand schoof een heel eind op en het ziekenhuisterrein promoveerde tot centrumlocatie. Het ziekenhuis lag dus voortaan midden in de stad; dicht bij alles en iedereen, maar met het vooruitzicht dat de schaarse ruimte het groeiende bedrijf vroeg of laat noodlottig kon worden. Menig ander ziekenhuis koos eieren voor zijn geld en verhuisde naar een plek buiten de stad, maar het Groningse academisch ziekenhuis bleef waar het was.

Steeds weer nieuwe paviljoens werden aan het complex toegevoegd en hoewel hier en daar ook paviljoens werden gesloopt raakte het ziekenhuisterrein stilaan propvol. Ook toen trok de directie niet de conclusie dat verhuizen geboden was. Nee, in 1967 koos zij nadrukkelijk voor blijven en besloot om tussen de paviljoens een compleet nieuw ziekenhuis te bouwen. Voor ieder nieuwbouwblok moesten dus eerst oude gebouwen worden gesloopt. En zo gebeurde. Vanaf 1967 werden de plannen ontwikkeld, in de jaren tachtig en negentig werd er gebouwd en in 1997 werd het complex officieel geopend. Al die tijd ging het ziekenhuis geen moment dicht, het bedrijf draaide gewoon door.

Met de opening in 1997 werd dertig jaar na dato onderschreven dat het besluit om te blijven een goed besluit was en dat de ambitieuze doelstelling om op dezelfde locatie een geheel nieuw ziekenhuis te realiseren bereikt was. Daarmee is niet gezegd dat het plannen en bouwen allemaal van een leien dakje ging. Dit boek, geschreven in opdracht van

en uitgegeven door het ziekenhuis, doet verslag van dertig jaar vallen en opstaan in de geschiedenis van planning en bouw van het ziekenhuis, van dertig jaar studeren op eindeloze rijen mogelijkheden en onmogelijkheden, van dertig jaar schuiven met bouwblokken in een poging om een optimaal resultaat te bereiken, van dertig jaar blokken op de bres.

De centrale vraagstelling van het boek is betrekkelijk eenvoudig weer te geven: wat kwam waar en waarom kwam het daar? Anders gezegd: welke plannen passeerden de revue en wat werd er uiteindelijk gerealiseerd? Het boek gaat dan ook vooral over 'willen' en 'kunnen', over de wensen en motieven van een grote groep betrokkenen, hun vaak zeer felle discussies en het resultaat van hun ijveren: het nieuwe ziekenhuis. *Blokken op de bres* legt het accent op de plannen en op de ruimtelijke organisatie van het ziekenhuis. Een aantal onderwerpen blijft daardoor buiten beeld. Het boek gaat niet over architectuur in engere zin, de esthetiek komt niet aan bod. Het boek gaat ook nauwelijks over bouwen. Het nieuwe ziekenhuis werd gefaseerd gebouwd, met andere woorden de ervaringen die tijdens de bouw werden opgedaan speelden een belangrijke rol bij de uitwerking van de plannen voor een nieuw onderdeel van het complex. Die invloed wordt waar mogelijk belicht, maar het feitelijke bouwen blijft buiten beeld.

Een intensieve spitactie in het directiearchief en in het archief van de dienst Bouwzaken van het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) ligt aan het boek ten grondslag. Interviews met een dertigtal betrokkenen vulden de gevonden informatie aan. Het onderzoek dat in juni 1994 aanving werd uitgevoerd in opdracht van de Raad van Bestuur van het AZG; begin 1997 werd dit onderzoek afgerond.

Het Academisch Ziekenhuis Groningen heeft dan wel een nieuw gebouw, maar het is geen nieuw ziekenhuis. Het bestaat inmiddels al twee eeuwen. Hoofdstuk 1 geeft een impressie van de eerste honderd zestig jaar, een periode van sterke groei. Het hoofdstuk wordt afgesloten in de jaren vijftig van onze eeuw op het moment dat net het zoveelste uitbreidingsplan was gepresenteerd.

Naast de interne discussie over het wat, het waar en het waarom, werd ook – en vaak fel – gedebatteerd met vier invloedrijke gesprekspartners van buiten het ziekenhuis, te weten: de Rijksuniversiteit Groningen, de gemeente Groningen, enkele architectenbureaus en het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. In de hoofdstukken 2 tot en met 5 komen de onderscheiden gesprekspartners zo veel mogelijk afzonderlijk aan het woord.

Gemeente en universiteit, met name de medische faculteit, staan in hoofdstuk 2 en 3 centraal. De medische faculteit en het academisch ziekenhuis zijn in menig opzicht twee handen op één buik. Dat neemt niet weg, dat ten aanzien van het nieuwe onderkomen heel wat harde noten moesten worden gekraakt. De vraag ‘Wanneer ben ik aan de beurt?’ domineerde de discussie. Het contact met de gemeente Groningen had een ander karakter. Het gemeentebestuur trad vooral op als bewaker van de ruimtelijke orde, niet alleen in de directe omgeving van het ziekenhuis, maar ook op het ziekenhuisterrein. Toen de ziekenhuisplannen wat duidelijker werden, nam Groningen onmiddellijk de touwtjes in handen.

In hoofdstuk 4 staat de bijdrage van het architectenbureau Kruisheer+ Hallink centraal, meer in het bijzonder die van de architect J.E. Kruisheer. In 1976 ontwierp hij een ontwikkelingsplan voor het ziekenhuis. Kruisheer kon de planontwikkeling twee decennia lang redelijk op koers houden, omdat hij in het ontwikkelingsplan niet meer dan het hoogstnoodzakelijke had vastgelegd. Dat bleek net voldoende om de jaren tachtig en negentig zonder veel kleerscheuren door te komen.

Het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen komt in hoofdstuk 5 aan bod. Het was de belangrijkste financier van de nieuwbouw, maar naast Groningen had het ministerie nog zeven andere academische ziekenhuizen onder zijn hoede. O&W was meer dan financier alleen. Het ministerie gaf ook graag het goede voorbeeld en het ontwikkelde daarom een bouwpakket voor een standaard academisch ziekenhuis met alles erop en eraan.

In de jaren tachtig en negentig werd het ziekenhuis blok voor blok gebouwd. De discussies waren toen allerm minst verstomd, integendeel. Hoofdstuk 6 beschrijft hoe, al bouwende, een belangrijke verandering in de structuur van het complex werd doorgevoerd. Die wijziging ontlokte architect H. Hallink de woorden: ‘Het is net of je een sok binnenstebuiten trekt.’ In de jaren negentig gaf J. Hamel, voorzitter van de Raad van Bestuur van het AZG, nog een flinke ruk aan het stuur. Zijn intensieve bemoeiing met de afwerking van het complex is het onderwerp van hoofdstuk 7. Ter afsluiting wordt in hoofdstuk 8 de samenvatting gegeven en bevat het laatste deel een verantwoording van het bronnenmateriaal.

1. Paviljoens en nog eens paviljoens

Tweehonderd jaar geleden, in 1797, was in Groningen voor het eerst sprake van een academisch ziekenhuis.

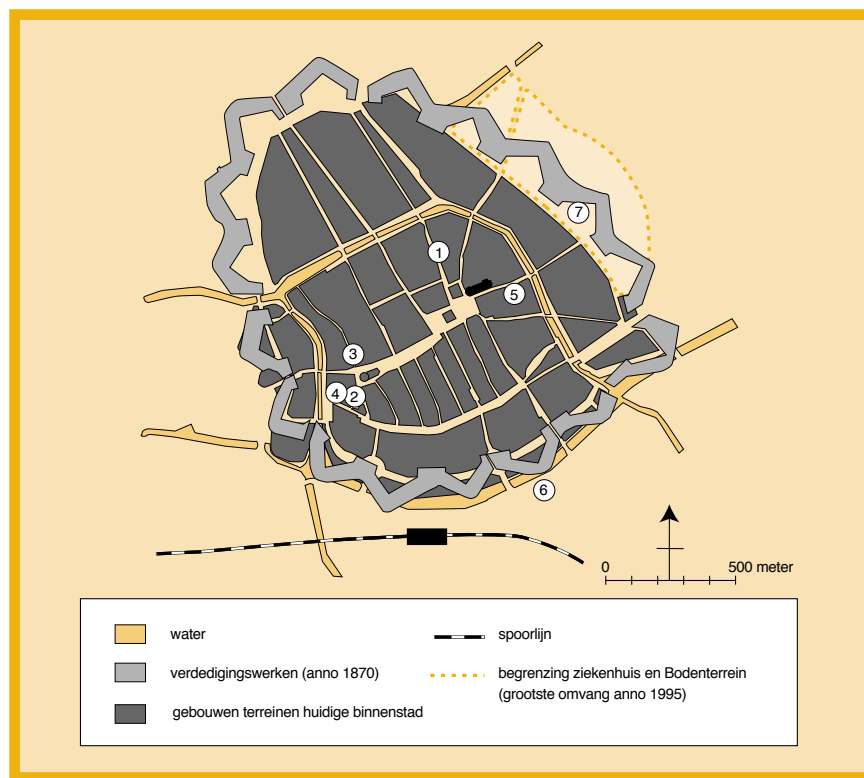
Op initiatief van de Groninger hoogleraar E.J. Thomassen à Thuessink werd in het Groene weeshuis aan de Oude Ebbingestraat een kleine interne kliniek annex polikliniek gevestigd. Het piepkleine ziekenhuisje had acht bedden en droeg de welluidende naam *Nosocomium Academicum*, wat zoveel wil zeggen als *academisch ziekenhuis*.

Zo'n honderd jaar later, in 1903, verrees aan de Groninger Oostersingel een geheel nieuw ziekenhuis met 390 bedden. Het *Nosocomium Academicum* was in aanvang slechts de werkplek van de hoogleraar interne geneeskunde, maar bij de bouw van het nieuwe ziekenhuis aan de Oostersingel moest rekening worden gehouden met de wensen van een snel uitdijend wetenschappelijk corps. De uitbreiding van het ziekenhuis, dat gestaag groeide, verliep nochtans betrekkelijk eenvoudig. Ieder specialisme kreeg de beschikking over een eigen paviljoen en als er een specialisme bijkwam werd er gewoon een paviljoen bijgebouwd. De specialismen kenden mede daardoor een grote mate van zelfstandigheid; de keerzijde van de medaille was echter een betrekkelijk geringe neiging tot samenwerking.

In de jaren vijftig van onze eeuw vroeg een enkeling zich af of het wel zo zinnig was om nog meer paviljoens te bouwen, maar het voornemen om op de oude weg voort te gaan kon ook toen rekenen op veel steun. De bouwplannen moesten evenwel zo vaak worden bijgesteld, dat van de oorspronkelijke opzet uiteindelijk weinig overbleef. Het moest allemaal veel functioneler. De neiging tot centraliseren kreeg de overhand, paviljoenbouw was passé.

Hoofdstuk 1 voert u in sneltreinvaart door de negentiende eeuw en in een iets bedaagder tempo door de eerste helft van de twintigste eeuw. We nemen kennis van de uitbreiding van het ziekenhuis met telkens weer nieuwe paviljoens en staan kort stil bij het structuurplan van de architecten H. Hoekstra en G. Westerhout uit 1955. Hun plan om nog meer paviljoens te bouwen werd ingehaald door de tijd.

Fig. 1. Groningen in de negentiende eeuw. In 1797 kreeg Groningen zijn eerste academisch ziekenhuis: het Nosocomium Academicum (1) aan de Oude Ebbingestraat. Zes jaar later verhuisde het naar het Munnekeholm (2). In 1817 werd aan de Lamme Huingestraat (3) een stadsziekenhuis gesticht. Dat verhuisde drie jaar later naar de Schuitemakerstraat (4), en werd in 1834 op de hoek van de Schoolstraat en Popkenstraat (5) gevestigd. In 1851 fuseerden beide ziekenhuizen tot het Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis (APSAZ). Het jaar daarop opende het verbouwde en uitgebreide APSAZ de deuren aan het Munnekeholm. In 1876 werden plannen gemaakt om een nieuw ziekenhuis te bouwen, ten zuiden van de stad, in het huidige Zuiderpark (6), maar het bleef bij plannen. Dankzij het slechten van de vestingwerken kwam aan het einde van de negentiende eeuw ten oosten van de stad grond beschikbaar voor de bouw van een nieuw ziekenhuis (7). Het nieuwe APSAZ werd in 1903 officieel geopend.



14

15 HIER AFGEBOKEN, DAAR
OPGELAPT

Het woord academisch heeft anno 1999 een heel andere betekenis dan Thomassen à Thuessink, stichter van het Nosocomium Academicum, er twee eeuwen geleden aan gaf. Voor het Academisch Ziekenhuis Groningen zijn de kerntaken onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg, maar in het Nosocomium Academicum stonden de laatste twee op een betrekkelijk laag pitje. Het onderwijs stond centraal en de belangstelling ging vooral uit naar patiënten die interessant genoeg waren voor de opleiding. Maar hoe kom je daaraan? Volgens medicus Jacob van Geuns viel dat helemaal niet mee: ‘Met de tegenwoordige inrigting is het toch moeilijk steeds geschikte patiënten voor de ziekezaalen te vinden, men moet dezelve zoo te hooi en te gras opdoen, veelen hebben geen zin om er zich na toe te laten transporteren en anderen, daar wij liefst niet als acute er willen hebben, zijn niet geschikt. Zoodat er altijd een groot gebrek blijft

...’ Nee, dan hadden ze dat in Utrecht beter aangepakt: ‘in dit opzicht is Utrecht verre vooruit, al waar men uit een vast hospitaal keuze van zieken kan maaken.’ Wat dat betreft zouden de mannen van het Nosocomium pas echt jaloers zijn op de huidige generatie academische ziekenhuizen. Als die ergens geen gebrek aan hebben dan is het juist aan interessante gevallen.¹

Na een moeizame start in het Groene Weeshuis verhuisde het Nosocomium Academicum in 1803 naar het Blauwe huis, ook wel Aduarderhuis of West-Indisch Huis geheten, gelegen aan het Munnekeholm (figuur 1). Enkele jaren na de verhuizing vonden ook chirurgie en obstetrie een plek in dit tweede Nosocomium, dat overigens net als het eerste de beschikking had over acht bedden.

De bouw van ziekenhuizen bleef niet beperkt tot de academische wereld. In 1817 werd aan de Lamme Huingestraat, de huidige A-kerkstraat, een provisioneel stadsziekenhuis geopend, dat zich, in tegenstelling

tot het academische ziekenhuis, vooral toelegde op patiëntenzorg. Ook het provinciebestuur dacht na over ziekenzorg. Het had fondsen gereserveerd voor de bouw van een provinciaal krankzinnigengesticht, maar het liet zich overtuigen om die gelden aan te wenden voor een gecombineerd provinciaal, stads- en academisch ziekenhuis. In de overtuiging dat de initiatieven van gemeente, provincie en Rijk (rijksuniversiteit) elkaar konden aanvullen werd gezocht naar een vorm van samenwerking. Een uitgelezen kans deed zich voor toen het Groninger museum voor natuurlijke historie verhuisde. Daardoor kwam vlak bij het tweede Nosocomium aan het Munnekeholm voldoende ruimte vrij voor de bouw van een ziekenhuis met 124 bedden: het Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis (APSAZ). In 1852 opende het APSAZ zijn deuren.

Het was geen nieuw ziekenhuis. Volgens de historicus Johan Huizinga was het niet meer dan een belangrijke verbouwing: 'Het was nog altijd het oude West-Indisch huis, dat, hier afgebroken, daar opgelapt, hier verhoogd, ginds uitgebreid, onder het bedekkende geelgrijze pleister den schijn van een nieuw gebouwde eenheid aannam, en den schijn gaf, dat thans aan de eischen des tijds was voldaan.' Het ziekenhuis was misschien niet nieuw, maar de samenwerking tussen gemeente, provincie en Rijk, in 1851 vastgelegd in een overeenkomst, was dat wel. Het ziekenhuis zou honderdtwintig jaar lang op basis van dergelijke overeenkomsten worden gerund. Dankzij die samenwerking kreeg ook in Groningen de drie-eenheid onderwijs-onderzoek-patiëntenzorg een stevige basis.²

HÔPITAL LARIBOISIÈRE

Ziekenhuizen zijn er in soorten en maten. De vorm van een ziekenhuis is onder meer afhankelijk van de uiteenlopende invulling van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. Naast genezing van het lichaam heeft de genezing van de geest ook heel lang hoge ogen gegooit bij het ontwerpen van ziekenhuizen. Patiënten werpen vandaag de dag graag

een blik naar buiten, maar bij de bouw van menig middeleeuws ziekenhuis ging het er eerst en vooral om, dat de zieke vanuit zijn bed het altaar kon zien. De kansen op genezing waren klein en communicatie met de schepper had prioriteit. De negentiende eeuw bracht in veel opzichten een doorbraak in de gezondheidszorg. De kansen op genezing werden aanmerkelijk vergroot door wat we zouden kunnen omschrijven als het 'hygiënisch offensief'.³

Vrijwel de gehele negentiende eeuw werd de verspreiding van besmettelijke ziekten verklaard met behulp van de zogenaamde miasmatheorie. De aanhangers van deze theorie beschouwden de uitwaseming van rottende stoffen (miasma) als de belangrijkste bron voor allerhande ziekten. De stank die daarbij vrijkwam was niet alleen onprettig, maar kon ook zeer ernstige consequenties hebben voor de gezondheid. Met name fecaliën, urine, zweet en slechte adem waren verdacht. De volgepropte ziekenhuizen waren dus een ideale broedplaats voor epidemieën en boden de zieke nauwelijks kans op herstel. Voor de aanhangers van de miasmatheorie lag de oplossing voor de hand. De hygiëne moest tot in de perfectie worden opgevoerd en de overbevolking van de ziekenhuizen moest worden teruggedrongen.

In het midden van de vorige eeuw trok Florence Nightingale ten strijde tegen de misstanden in de Engelse ziekenhuizen. Door de onhygiënische toestand konden allerhande epidemieën er vrijelijk huishouden en was de sterfte onder de patiënten daar vele malen hoger dan onder de zieken die thuis werden verpleegd. Een verblijf in het ziekenhuis hielp de patiënt vaak van de wal in de sloot. Florence Nightingale richtte haar pijlen op de organisatie van de ziekenverzorging en hamerde erop dat het noodzakelijk was de hygiëne te verbeteren. In haar *Notes on hospitals* schreef Nightingale: 'Men will have a high rate of mortality in large barracks a low one in separate huts, even with a much less amount of cubic space.' Zij zag de Engelse ziekenhuizen graag gemodelleerd naar het in 1854 geopende Hôpital Lariboisière te Parijs (figuur 2). 'The example which France and Belgium have lately set us of separa-

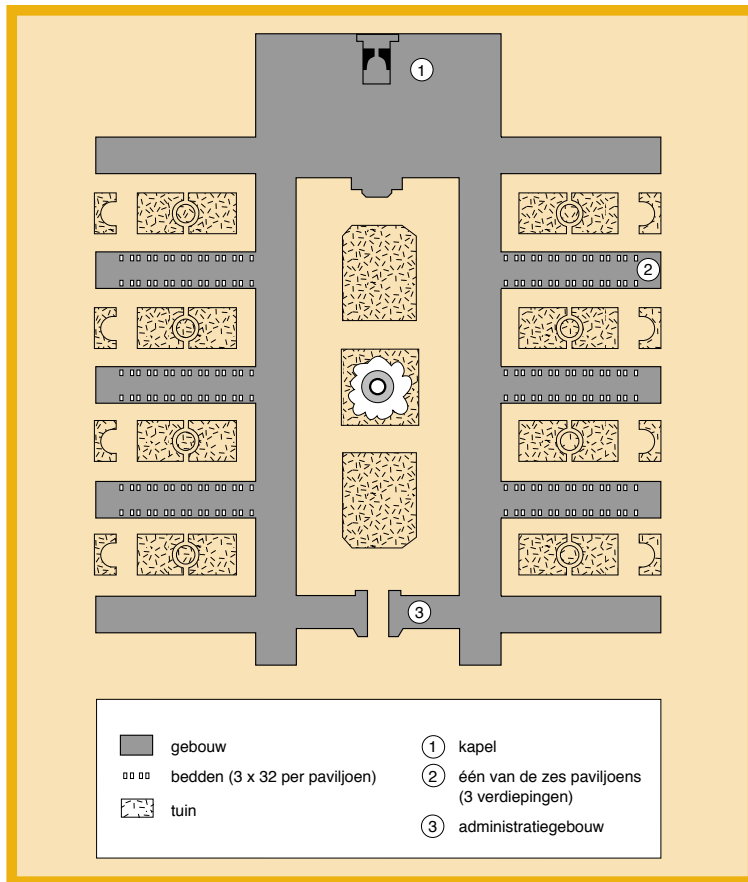


Fig. 2. Plattegrond van Hôpital Lariboisière te Parijs (1839). Hôpital Lariboisière werd ontworpen door M.-P. Gauthier. Het in 1854 geopende ziekenhuis onderscheidde zich van zijn voorgangers doordat de bedden in afzonderlijke paviljoens waren ondergebracht. Om een optimale kwaliteit van de ingeademde lucht te kunnen waarborgen werd veel aandacht besteed aan de ventilatie en aan de groenvoorziening.

EEN LUSTOORD VOOR PATIËNTEN

Menige Nederlandse stad werd eeuwenlang door verdedigingswallen beschermd tegen een vijand die maar zelden op kwam dagen. Veel stadsbesturen waren de dodelijke omhelzing door de metershoge wallen allang zat en in 1874 maakte de Vestingwet voor een aantal met name genoemde steden de weg vrij voor het slechten van de sta-in-de-weg. In Groningen werd het goede nieuws enthousiast ontvangen: 'Zelden bragt de telegraaf ons blijder boodschap, dan die wij heden ontvingen,' schreef de *Groninger Courant*. 'Die vestingwallen om onze stad – hoe hebben ze ons gekneld! Hoe heeft ons dit knellende keurslijf gepijnigd ... De stad had behoefte aan lucht en ruimte. Hare ruime pleinen en straten konden het gemis niet vergoeden van de frissche reine adem der velden, die verschrikt terugdeinsde voor de poorten.' De tweehonderdvijftig jaar oude Groninger wallen werden ontmanteld en de enorme lap grond die daarbij vrijkwam wachtte een nieuwe bestemming. Op de noordelijke wallen werd een wandelpark aangelegd, de zuidelijke werden omgetoverd in lommerrijke boulevards en in het westen verrezen universitaire gebouwen als het natuurkundig laboratorium en het mineralogisch-geologisch instituut. De oostelijke wallen werden geslecht en onder andere benut voor de nieuwbouw van het APSAZ (1898-1903). Net als op de overige wallen werd hier een groene oase geschapen. De tuin van het ziekenhuis was 'dankzij het toezicht van den opzichter der gemeenteplantsoenen, den heer Ph. van Harreveld, geworden tot hetgeen deze zeide er van te maken: een lustoord voor de patiënten'.⁵

ting their hospitals into a number of distinct pavilions, containing generally not more than 100 sick each, should be elsewhere initiated.'

Lariboisière onderscheidde zich van de traditionele ziekenhuizen doordat de zieken daar werden verpleegd in een zestal min of meer zelfstandige paviljoens die uitzicht boden op tuinen. Het groen was van grote betekenis voor de gezondheid, niet in het minst omdat de welriekende en zuivere lucht een tegenwicht bood aan de alom aanwezige lucht van rotting. Door een goede ventilatie kon het besmettingsgevaar tot een minimum worden teruggebracht, meende men. Het bouwen van paviljoens was al eens eerder voor ziekenhuizen toegepast, maar met de bouw van Hôpital Lariboisière werd een trend gezet. Veel ziekenhuisbouwers volgden het Parijse voorbeeld.⁴

E e n b l i j d e b o o d s c h a p

Zelden bragt de telegraaf ons blijder boodschap, dan die wij heden ontvingen. De vestingwet is door de tweede kamer aangenomen - dat mag eene blijde boodschap heeten in vele opzigten, en met het oog op den staatkundigen toestand en in het belang des vaderlands, dat boven de staatkunde der partijen staat. Wij komen welligt op het onderwerp terug om het een en ander aan te toonen.

Maar - als inwoners van Groningen hebben wij een bijzonder belang bij de aanneming der vestingwet en men zal het geen esprit de clocher noemen zoo wij al dadelijk onder den eersten indruk van het op het Binnenhof genomen besluit onze oude goede stad daarmee voor alle dingen van harte geluk wenschen.

Wordt nl. het ontwerp tot regeling van 't vestingstelsel, thans door de tweede kamer goedgekeurd, ook, waaraan niet te twijfelen is, door de andere kamer aangenomen, dan vervalt voor ons Groningers eene ernstige grieven, een dagelijksch verdriet. Dan is eene zware last ons ontnomen. Dan opent zich een nieuwe schoone toekomst.

Die vestingwallen om onze stad - hoe hebben ze ons gekneld! Hoe heeft ons dit knellende keurslijf gepijnigd!

De stad had behoefte aan uitbreiding. Steeds hoger steeg met het aantal harer bewoners de woningsnood,

waarvan wij, trots Berlijn, mede wisten te spreken. De stad had behoefte aan lucht en ruimte. Hare ruime pleinen en straten konden het gemis niet vergoeden van de frissche reine adem der velden, die verschrikt terugdeinsde voor de poorten. Onmiddellijk achter de wallen, in nauwe bedompte huizen, zooals woningsnood ze alleen bewoonbaar maakt, bleef elke smetstof hangen. De handel, de nijverheid, iedereen klaagde. Maar de wallen stonden.

Men liet het niet bij klagen, men protesteerde. Op de welsprekendste wijze werd hondermaal aangetoond, hoe nadeelig, hoe slecht die vesting was. Maar de wallen bleven staan.

Men blies de bazuin, maar wij zijn niet meer in de dagen van Jericho. De wallen stonden als om ons te tarten, onverwikt, niettegenstaande onze klagt, ons protest en onzen toorn.

En zoo de vesting nu nog maar noodig geweest ware in 't belang van het noorden, van het vaderland. Wij zouden ons, met innerlijken weerzin misschien, maar wij zouden ons stellig geschikt hebben. Wij zouden, hoe hard het zijn mogt, uit vaderlandsliefde hebben gezwegen.

Maar wij wisten, dat ze nutteloos was. Wij wisten, dat geen sterveling er aan kon denken zich hier te verdedigen. Zij was eene papieren vesting voor vijandelijke kogels, al stond zij als marmer voor onze oppositie. Zij was eene bespotting,

een onding, een antiek onding in dezen tijd van geweldige kanonnen en uitstekende artilleristen.

Dat alles wisten wij en wij zeiden het luide genoeg. Wij zeiden het zoo luide, dat ook de "heeren" het wel hadden kunnen horen.

Toch bleef die nuttelooze, nijdige, tartende vesting staan. En zij staat tot op den huidigen dag.

Maar zij zal vallen. Hare ure is gekomen.

"De vestingwet is door de tweede kamer aangenomen." Daarmede is het vonnis geveld, dat, hopen en vertrouwen wij, ook in hoogere instantie zal worden herhaald.

Het zal een groote dag zijn, waarop het gezegende werk der bevrijding zal worden begonnen, waarop met de wallen de grachten zullen worden gedempt en Groningen den band zal zien slaken, die het zoolang de ontwikkeling en bijna den adem benam.

Maar ook dezen dag verdient herdacht te worden in de volgende tijden.

Op dezen dag hebben onze eeuwenoude wallen de eerste aankondiging gehoord van het onheil dat hen wachtte en de stad daarmee dat van hare vrijmaking. Wapperen mogen de vlaggen van hare woningen, vreugde mogen heerschen op hare straten en pleinen! - Groningen heeft nimmer zulk eene blijde boodschap vernomen.

Uit: Groninger Courant, 12 maart 1874

Menige stadswal werd na het aannemen van de Vestingwet van 1874 met de grond gelijk gemaakt. De Groningse wallen werden grotendeels geslecht. De bres die in de oostelijke wallen werd gemaakt bood plaats aan het nieuwe Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis.



Fig. 3. Paviljoenbouw tussen 1898 en 1925. Het Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis (APSAZ) verhuisde in 1903 van het Munnekeholm naar het nieuwe ziekenhuiscomplex aan de Oostersingel (5-13). De Groninger universiteit stichtte enkele laboratoria ten noordwesten van het ziekenhuisterrein (1-3) en initieerde de bouw van een nieuwe kliniek voor psychiatrie ten zuiden van het complex (14). Bij het opleveren van de kliniek voor dermatologie in 1924 (4) was het terrein zo goed als vol.

Het nieuwe ziekenhuis was ontworpen door de Haagse architect J.J. van Nieukerken en de opzet ervan had overeenkomsten met het Hôpital Lariboisière (figuur 3). Het ziekenhuis was eveneens opgedeeld in afzonderlijke eenheden en de tuinaanleg vormde een wezenlijk onderdeel van het ontwerp, maar er waren ook belangrijke verschillen met het illustere Parijse voorbeeld. Van Nieukerken had, naar eigen zeggen, voor de bouw van de klinieken hoofdzakelijk het paviljoensysteem toegepast, ‘met dien verstande, dat alle afdelingen geheel van elkander gescheiden zijn, maar dat elke afdeling op zich zelf één geheel uitmaakt ...’ Hij beoogde het vervoer van patiënten door de openlucht – ‘in ons klimaat liefst te vermijden’ – tot een minimum te beperken en zorgde er daarom voor dat iedere afdeling zichzelf kon bedruipen. Het kwam erop neer dat Van Nieukerken voor elk specialisme een volledige kliniek bouwde. Met enige goede wil zou men kunnen beweren dat iedere kliniek over eigen paviljoens beschikte, namelijk de vrouwenafdeling, de mannenafdeling en de kamers voor particuliere patiënten. Maar eigenlijk had de term ‘paviljoen’, onder invloed van de sterke specialisatie van het medisch beroep, een heel andere inhoud gekregen. Voortaan werd de naam paviljoen gebruikt om er afzonderlijke klinieken mee aan te duiden.⁶

De interne kliniek, de chirurgie en de vrouwenkliniek waren gehuisvest in grote gebouwen die beeldbepalend waren voor het ziekenhuis. De kleine klinieken voor psychiatrie en dermatologie en de barak voor infectieziekten kregen een plek aan het Verbindingskanaal en keken uit over de toen nog betrekkelijk maagdelijke Groninger ommelanden. Op het middenterrein waren ketelhuis, wasserij en keuken ondergebracht in een verzamelgebouw dat de naam ‘oeconomiegebouw’ droeg. De toegang tot het terrein werd gevormd door een poort in het administratiegebouw aan de Oostersingel. Het administratiegebouw bood onderdak aan directie en apotheek, maar ook aan de gezinnen van geneesheer-directeur en apotheker.

Ten noordwesten van het ziekenhuisterrein werd ook ijverig gebouwd. Daar verrees het pathologisch-anatomisch laboratorium (1904), het laboratorium voor anatomie en embryologie (1909) en het fysiologisch laboratorium (1911). De laboratoria waren een onderdeel van de Groninger universiteit. Ze behoorden niet tot de ziekenhuisorganisatie, maar ze hadden en hebben wel sterke banden met de klinieken. Rijksbouwkundige J. van Lokhorst tekende voor het ontwerp van het pathologisch-anatomisch laboratorium. Onder rijksbouwkundige J.A.W. Vrijman kwamen beide andere laboratoria tot stand. Na de voltooiing van het ziekenhuis door de particuliere Haagse architect Van Nieukerken zouden ook op het ziekenhuisterrein doorgaans rijksbouwkundigen worden ingeschakeld.

Het ziekenhuis had met de bouw van de kleine psychiatische kliniek eigenlijk een valse start gemaakt. Kort na de voltooiing van het gebouwtje werd Groningen verblijd met een hoogleraar psychiatrie, E.D. Wiersma. De benoeming had het bijkomende effect dat de nieuwe psychiatische kliniek al meteen veel te klein was. Met enig kunst- en vliegwerk kon het gebouw aan de nieuwe eisen worden aangepast, maar het bleef behelpen. Het reserveterrein ten zuiden van het ziekenhuis bood uitkomst. Daar werd in 1916, naar een ontwerp van Vrijman, een nieuwe psychiatische kliniek geopend. Het oude gebouw werd in gebruik genomen door keel-, neus- en oorheilkunde. Daarmee was de koek op. Het terrein was vol en voor nieuwe klinieken moest elders naar bouwlocaties worden gezocht.

De benoeming van de nieuwe hoogleraar psychiatrie had dus nogal wat consequenties. Hetzelfde kan worden gezegd van het uitblijven van de benoeming van de hoogleraar dermatologie. Architect Van Nieukerken had daar namelijk wél op gerekend en daartoe de zogenaamde Afdeling D gebouwd. De hoogleraar pathologie en pathologische anatomie R.A. Reddingius had

zich weliswaar bekwaamd in de dermatologie en kon daar desgewenst onderwijs in geven, maar dat deed hij pas vanaf 1913, en niet op de afdeling D, maar in zijn pathologisch-anatomisch laboratorium. Al die tijd werd de afdeling D voor andere doeleinden gebruikt. De D stond voor Directeur. Het kliniekje werd onder leiding van de geneesheer-directeur onder meer benut voor de verpleging van het eigen personeel. In 1924, bij het aantreden van de buitengewoon hoogleraar voor dermatologie J.W. van der Valk, werd achter het pathologisch-anatomisch laboratorium gewerkt aan de bouw van een houten 'tijdelijke' kliniek voor dermatologie. Het gebouw was ontworpen door G.C. Bremer en kon in 1925 in gebruik worden genomen.

Bremer was in 1924 benoemd tot rijksbouwmeester. Hij dankte zijn aanstelling aan een bijzondere samenloop van omstandigheden. Zijn collega rijksbouwkundige Vrijman was in 1920 benoemd tot rijksbouwmeester voor de onderwijsgebouwen (1920-1923). In 1924 zou de Rijksdienst voor de onderwijsgebouwen met drie andere diensten worden samengevoegd tot dé dienst Rijksgebouwen, en Vrijman stond op de nominatie om dé rijksbouwmeester te worden. Het liep anders. Begin 1923 stelde Justitie een onderzoek in naar vermeende corruptieaffaires bij de bouw van de Technische Hogeschool Delft en het Academisch Ziekenhuis Leiden. Vrijman werd geschorst en belandde in het gevang. Bremer werd daarop benoemd tot rijksbouwmeester van de nieuwe dienst Rijksgebouwen (1924-1945).⁷

Dankzij deze Haagse affaire maakte het APSAZ kennis met H. Hoekstra, eerstaanwezend bouwkundig ingenieur der Marine. Tijdens de gevangenschap van Vrijman was Hoekstra korte tijd waarnemend rijksbouwmeester voor de onderwijsgebouwen. Vanaf 1924 was hij werkzaam als hoofdarchitect bij de dienst Rijksgebouwen onder Bremer. Van 1924 tot ver na zijn pensionering zou Hoekstra zich ontfemen over de nieuwbouw van het ziekenhuis. Kort voor zijn pensionering in 1946 werd hij geëerd met een benoeming tot rijksbouwmeester.



Fig. 4. Paviljoenbouw tussen 1925 en 1955. Vanaf 1924 werd veruit de meeste nieuwbouw ten behoeve van het APSAZ ontworpen door de hoofdarchitect van de dienst Rijksgebouwen Hayo Hoekstra. Dankzij de demping van het Verbindingskanaal in 1926 en de uitbreiding van het terrein had hij de beschikking over zoveel vierkante meter bouwgrond dat hij voorlopig vooruit kon. In het centrum van het terrein ontwierp Hoekstra een groene long, met daaromheen een ringweg die als toegang voor de nieuwe gebouwen diende.

RUIMTE EN GELD

Het eerste probleem waar Hoekstra mee te maken kreeg was het nijpende ruimtegebrek. De ligging van het ziekenhuis aan de rand van de stad leek optimale uitbreidingsmogelijkheden te garanderen. In een optimistische bui had Van Nieukerken zich zelfs laten ontvallen, dat het ziekenhuis dankzij het Verbindingskanaal 'tegen inbouwen beveiligd' was. Maar hij rekende buiten de waard. In hetzelfde jaar dat het ziekenhuis aan de Oostersingel werd geopend (1903) legde directeur van Gemeentewerken J.A. Mulock Houwer de gemeenteraad een uitbreidingsplan voor. Van Nieukerkens droom werd ruw verstoord. Het gebied ten oosten van het ziekenhuis kreeg een industriële bestemming en zou tevens worden gebruikt voor de bouw van arbeiderswoningen. Drie jaar later gaf de gemeenteraad zijn fiat aan het plan en nog eens drie jaar later ging een spectaculaire onteigeningsprocedure van start.⁸

Het ziekenhuisbestuur reageerde adequaat op het dreigende gevaar van de omsingeling, besloot tot demping van het Verbindingskanaal en wist te bewerkstelligen dat een flinke lap grond voor de toekomstige uitbreiding van het ziekenhuis kon worden gereserveerd. Het ziekenhuisterrein groeide als kool. In 1903 was het nog slechts 3,2 ha groot, door toevoeging van het reserveterrein in 1916 stond 4,7 ha grond ter beschikking en na de demping van het Verbindingskanaal in 1926 en de uitbreiding tot aan de Petrus Campersingel groeide het ziekenhuisterrein uit tot 14,5 ha (figuur 4). Kortom, vanaf dat moment was er voorlopig ruimte te over.

Met de financiën was het heel anders gesteld. J.C.E. van Lijnden, tot 1941 hoofd van de dienst Rijksgebouwen, voerde een bijzonder zuinig beleid: 'Mijn eerste taak is niet het bouwen, doch door verschuiving en kleine voorziening aan de behoefte op zoo efficiënt en zuinig mogelijke wijze te voldoen.' Die houding had ook consequenties voor de kwaliteit van de architectuur. Daarover is vrij negatief geoordeeld: 'Terwijl

23

24

Nederland door spectaculaire vernieuwingen in de bouwkunst internationaal de aandacht trok, kwam de rijksarchitectuur terecht in een situatie waarin zeer voorzichtig, artistiek nauwelijks in het oog springend werd geopereerd; ontwikkelingen in avant-gardistische richting gingen grotendeels aan de dienst voorbij. Zo er al werd gebouwd, gebeurde dit meestal in de trant van de late Amsterdamse School of de Delftse School, gecombineerd met elementen uit het werk van Frank Lloyd Wright en het functionalisme. Het peil van de architectuur was daarbij gemiddeld genomen niet bijzonder hoog.⁹

Van rijkswege kon men dan wel zuinig zijn, het ziekenhuis had over geldgebrek doorgaans niet te klagen. Bestuur en directie konden immers terugvallen op de samenwerkingsovereenkomst van gemeente, provincie en Rijk uit 1851. Die was wel verschillende keren gewijzigd, maar zij was nog steeds van toepassing. Volgens die overeenkomst zou het Rijk de helft van de bouwkosten betalen, terwijl gemeente en provincie de andere helft voor hun rekening namen. Als de drie partijen het eens waren kon er dus gebouwd worden.

Het Rijk droeg ook bij in de exploitatiekosten, in 1934 was dat 45 procent. Die regeling had soms verrassende effecten. Het ziekenhuisbestuur bracht de kosten voor de bouw niet steeds in rekening bij de drie partijen, maar liet deze regelmatig op de ziekenhuisexploitatie drukken. Het hoopte op die manier twee vliegen in één klap te slaan. Wellicht was het Rijk sneller geneigd om in te stemmen met de voorgenomen nieuwbouw als het slechts 45 procent in plaats van de helft van de kosten hoefde te betalen. Daarnaast konden de exploitatieoverschotten worden teruggebracht tot een minder opvallend niveau. Hoge overschotten vormden namelijk een rechtstreekse bedreiging voor het niveau van de rijksbijdrage. De Algemene Rekenkamer en de Centrale Accountantsdienst keken over de schouder van de minister mee. Het ziekenhuisbestuur beschikte nog over een andere rijke bron: de radiologie. In een poëtische bui omschreef bestuursvoorzitter Cort van der Linden

24

25

de winstgevendheid van het Radiologisch Instituut als 'de wonderboom ... die in de nacht opschoot en onder welks takken en bladeren wij ons in de morgenstond verlustigden'. De radiologie had 'goud in de mond' en daar werd dankbaar gebruik van gemaakt voor de financiering van de uitbreiding van het ziekenhuis.¹⁰

De problemen ruimte en geld waren goeddeels onder controle. Hoekstra kon aan de slag. In 1927 tekende hij het ontwerp voor de inrichting van het nieuwe ziekenhuisterrein. Hij ging daarbij uit van een centrale groene ruimte. Rond die groene long projecteerde hij een ringweg waaraan de ingangen van de nieuwe gebouwen waren gedacht. Om het bouwverkeer te gerieven werd het ziekenhuisterrein in het oosten door middel van een brug ontsloten, de nieuwe ingang werd voorzien van een portiersloge.

Oogheelkunde (1932) en kindergeneeskunde (1942) waren nieuw op het terrein. Zij waren aanvankelijk elders in de stad gevestigd en maakten nog geen deel uit van de ziekenhuisorganisatie. Zij betrokken nieuwe gebouwen en hun verhuizing verliep daardoor betrekkelijk eenvoudig. Doorgaans was verhuizen gecompliceerder. Vaak kwam elders op het terrein een plek vrij, die na verbouwing, dan wel sloop en nieuwbouw, weer kon worden benut voor andere gebruikers. Als die eenmaal in hun nieuwe ruimte trokken begon het hele circus weer van voren af aan. Door de tyfusbarak te verplaatsen kwam bijvoorbeeld ruimte vrij voor een nieuw keukengebouw (1936) en na de verhuizing van de potten en pannen kon de oude keuken worden verbouwd en ingericht als apotheek (1937). Achter de nieuwe kinderkliniek werd een kliniek voor infectieziekten gebouwd (1942), waardoor de oude barakken voor infectieziekten konden worden gesloopt. Op die plek verzezen vervolgens een nieuw ketelhuis (1943) en nieuwe werkplaatsen (1947), waardoor het oude ketelhuis kon worden omgebouwd tot opslagplaats en de voormalige werkplaatsen na een aanpassing dienst konden doen als tijdelijk onderkomen voor tandheelkunde (1948).

‘ARCHITECT MET STEDEBOUWKUNDIGE VISIE’

Vanaf 1927 had het ziekenhuis de beschikking over ruim voldoende bouwterrein. Het schaakspel van bouwen, verbouwen, verhuizen en inhuizen werd met verve gespeeld, maar in de jaren vijftig, met de bouw van de nieuwe interne kliniek (1952-1959), begon het enorme terrein toch weer behoorlijk vol te raken. Het was dus zaak om behoedzaam te manoeuvreren. De komst van de nieuwe geneesheer-directeur P. Bolt (1952-1967) en zijn verzoek om op het terrein een nieuwe ambtswoning te bouwen, vormden de directe aanleiding voor het dagelijks bestuur om de toekomstige bouwplannen voor het ziekenhuis nadrukkelijk aan de orde te stellen. Dat had een financieel aspect, want stad, provincie en Rijk moesten ieder een deel van de kosten dragen: ‘Het ware wellicht wenselijk de bouw hiervan met alle andere verlangens gelijktijdig bij de drie partijen aanhangig te maken.’ Maar het had ook een ruimtelijke kant: ‘In de eerste plaats is echter noodzakelijk dat het ziekenhuis de beschikking krijgt over een architect, die alle voorkomende bouwwerken voorbereidt.’ Het schaakspel met de ruimte moest deskundig worden gespeeld. Niet iedereen had die kwaliteit in huis. Het lag voor de hand om huisarchitect Hoekstra en zijn medewerker G. Westerhout te benaderen, maar voor deze opdracht leek de voorkeur toch uit te gaan naar een Groningse architect: ‘De Heren Hoekstra en Westerhout wonen daarvoor te ver weg.’¹¹

25

26

Het APSAZ had enige ervaring opgedaan met de Groninger architect L. van der Zee – hij bouwde enkele kleinere objecten op het terrein. Maar het bestuur sprak de vrees uit, dat hij ‘mogelijk niet deskundig genoeg is, althans aesthetisch onvoldoende’. Voorzitter J. Tuin, in het dagelijks leven burgemeester van Groningen, zou eens informeren bij Gemeentewerken. Kort daarop besloot het bestuur om aan architect E. van Linge in het vervolg de grotere bouwvoorzieningen op te dragen. De nieuwe ambtswoning van Bolt was Van Linges eerste opdracht voor het ziekenhuis.¹²

Medio 1954 stond de architectenkeuze opnieuw op de agenda. Geneesheer-directeur Bolt had inmiddels een inventarisatie gemaakt van de verlangens van de hoogleraren, hij had zich althans een idee gevormd over de openingszetten. Zodra de interne kliniek haar nieuwe onderkomen zou betrekken kwam er een flink gebouw vrij en na de bouw van een nieuwe wasserij kon het oude ‘oeconomiegebouw’ worden gesloopt. Het laatste voornemen werd ingegeven door de wens een eenvoudiger verbinding tussen hoofdingang en de centrale ringweg tot stand te brengen.¹³

Voor het uitwerken van de openingszetten zocht het APSAZ ‘een architect met stedenbouwkundige visie’ die het dagelijks bestuur kon adviseren ‘over de algemene lijnen’. Het was niet de bedoeling dat deze algemeen adviseur ook zelf werken zou uitvoeren: ‘Hij zal het DB kunnen adviseren omtrent de architect of architecten aan wie de diverse projecten opgedragen zullen kunnen worden.’ De ontwerper van de plannen voor het nieuwe Diaconessenhuis in Groningen, architect J.P. Kloos uit Haarlem, leek daarvoor een geschikte kandidaat.¹⁴

Kloos liet in een gesprek met Bolt weten dat hij het een zeer aantrekkelijk project vond, maar hij benadrukte de noodzaak om eerst tot een ‘harmonieuze afwikkeling’ met adviseur Hoekstra te komen. Het dagelijks bestuur respecteerde de collegialiteit van Kloos en nodigde Hoekstra uit om eens te komen praten. Misschien wist de inmiddels 73-jarige Hoekstra niet dat het APSAZ uit was op een afscheid, maar waarschijnlijk hield hij zich van den domme. Hij reageerde op de door Bolt gezonden uitnodiging met een briefje waarin hij – quasi naïef – schreef: ‘Dit verzoek brengt mij namelijk in verlegenheid ten aanzien van mijn compagnon, architect Westerhout, die niet zoals vroeger architect in mijn dienst is, doch volwaardig deelgenoot in het Ingenieurs- en Architectenbureau Hoekstra & Westerhout. Westerhout heeft van begin af aan de uitbreidingswerken van je Ziekenhuis meegemaakt, hij is dus zakelijk volkomen op de hoog-

te, over zijn architectonische en stedenbouwkundige kwaliteiten zullen we 't wel eens zijn. Met andere woorden: het zou een voordeel voor Uw bestuur zijn, indien de vergadering door Westerhout zou worden bijgewoond.’¹⁵

Naar het resultaat te oordelen deed Hoekstra hiermee een meesterzet, want kort daarop besloot het dagelijks bestuur om Hoekstra ‘een plan te vragen voor de uitbreiding van het ziekenhuis voor de eerstvolgende 20 à 25 jaar’. Het dagelijks bestuur haastte zich daaraan toe te voegen dat het ‘volkomen vrij’ wilde blijven om de uitvoering en de supervisie op de uitvoering in handen van anderen te leggen. Over de supervisie zou nog lang worden gebakkeleid en ook op andere punten verliepen de onderhandelingen nogal moeizaam. Binnen het APSAZ had men al gauw de buik vol van deze ‘Architectenkwestie’, maar Hoekstra en Westerhout namen de tijd: ‘Met Ir. Hoekstra is nog geen overeenstemming bereikt, omdat deze telkens ontwijkende antwoorden geeft.’ Bolt zou hem categorisch vragen of hij bereid was het uitbreidingsplan te maken, ‘ja dan nee’. Het duo Hoekstra en Westerhout leek daar helemaal niet van onder de indruk. Ze reageerden zelfbewust: ‘U heeft onze brief niet op de juiste waarde geschat. Wij hebben niet de bedoeling en ook niet de lust ons reeds thans voor een lange toekomst aan u te binden.’ Nochtans aanvaardden ze de opdracht en spraken de hoop uit dat alle misverstanden uit de weg waren geruimd.¹⁶

26

27

STRUCTUURPLAN 1955

Op 18 augustus 1955 legden Hoekstra en Westerhout hun opdrachtgevers een structuurplan voor (figuur 5). In hun toelichting onderschreven de architecten Bolts openingzinnen: ‘Uit deze tekening moge nog eens duidelijk blijken de blokkering door de oude gebouwen ... van de mogelijkheden om tot enig overzichtelijk verkeer en tot een redelijke verbinding met de binnen het complex gelegen ringweg te geraken.’ Zij stelden voor de oude gebouwen bij de hoofd-

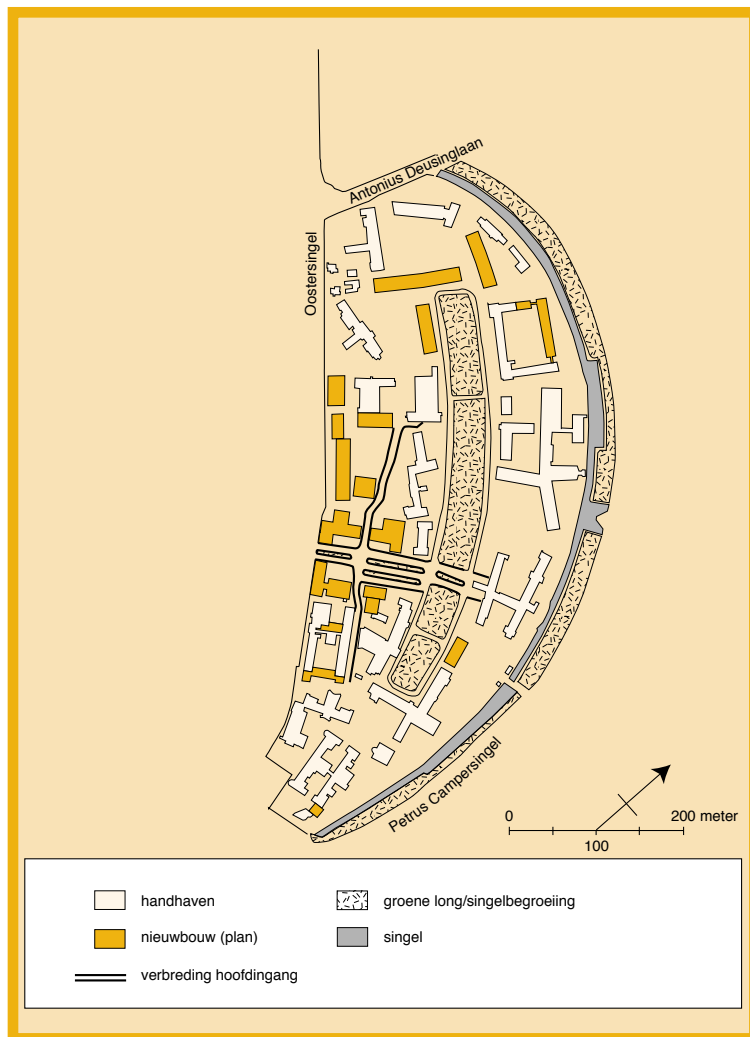


Fig. 5. Structuurplan van de architecten Hoekstra en Westerhout uit 1955. Hoekstra en Westerhout oordeelden het nog te vroeg om af te stappen van de paviljoenstructuur. Het structuurplan dat zij hun opdrachtgevers in 1955 voorlegden bood wel een betere oplossing voor de ontsluiting van de rondweg op het middenterrein. Van het plan kwam overigens betrekkelijk weinig terecht.

ingang te slopen en een 'nieuwe directe dubbele aansluiting op de ingang' te maken, alsmede een 'nieuwe met de ringweg parallel lopende langsverbinding van het ketelhuis naar chirurgie en verder'. Vervolgens kon aan de nieuwe entree 'alsook rechthoekig daarop' een nieuw gebouw van vier tot zeven hoog worden geplaatst. 'Hierbij dienen tevens te worden ondergebracht ruime mogelijkheden voor rijwielberging en overdekte autostalling, als ook schuilgelegenheden voor bijzondere omstandigheden.'¹⁷

Het Structuurplan 1955 borduurde voort op de paviljoenstructuur zoals die door Van Nieukerken was neergelegd en door Hoekstra verder uitgebouwd. Tijdens een bespreking van de drie in het APSAZ samenwerkende partijen werd daar kritisch op gereageerd. De vertegenwoordiger van het ministerie van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen, A.H.M. Wijffels, stelde 'met veel genoegen' vast, dat niet was gestreefd naar een uitbreiding van het aantal bedden. Hij voegde daaraan toe: 'Uiteraard is het niet mogelijk het paviljoensysteem thans geheel te verlaten, doch dat neemt niet weg, dat naar een zekere tussenvorm gestreefd zou kunnen worden, bijvoorbeeld door bij nieuwbouw voor de nieuw te bouwen afdelingen van het paviljoensysteem af te zien of door te streven naar een verbinding tussen de klinieken.' Hij wilde graag van de architect weten hoe die daarover dacht.¹⁸

Hoekstra en Westerhout onderstreepten, dat paviljoenbouw in dit geval een terechte keuze was: 'Concentratie in ziekenhuisbouw is naar onze mening slechts in zekere maat gewenst, zelfs al zou zij mogelijk zijn. Wanneer monstercomplexen ontstaan zoals bijvoorbeeld Rijssel, het Zuiderziekenhuis in Stockholm of zelfs Dijkzigt in Rotterdam, dan moge het een open vraag worden geacht, of in dergelijke geneesfabrieken niet aan individuele factoren van het menselijk lijden wordt verzaakt en de relatie van de lijdende mens tot zijn onmiddellijke nabestaanden abrupt wordt ontkend door onmenselijke maat van het organisme waaraan hij wordt overgeleverd.'

Hoekstra en Westerhout legden een directe relatie tussen specialisatie en het paviljoensysteem. De voorkeur van anderen voor gebouwenconcentratie hing naar hun mening samen met de pogingen om de specialisten weer gezamenlijk rond het ziekbed te krijgen. Zij typeerden die benadering als 'iets té zonnig en in zijn slotfase té eenzijdig. Economisch gesteld mag men aannemen, dat concentratie tot kortere verbindingen in administratief opzicht, in beperking van transport en in beperking van outillage kan leiden. Men overdrijft met hieraan een waarde toe te kennen die boven de werkelijke verdiensten uitgaat. Voor zover ons bekend ontbreekt een werkelijke vergelijking ... Het laatste woord is hier nog allerminst gezegd en het kan uitermate moeilijk worden geacht in dit stadium van ontwikkeling zo radicaal het roer om te gooien, dat voor jaren opnieuw een ontwikkelingsstadium wordt bevroren en waarbij nog staat te bezien of de te behalen voordelen zullen opwegen tegen de resultaten van het ogenblik.'

Hoekstra en Westerhout stelden de succesvolle huisvestingspolitiek van het Groninger ziekenhuis tegenover de 'starheid' van blokbouw en opperden: 'Zou men desondanks menen, dat Groningen het roer radicaal zou moeten omgooien ... dan komt men voor zeer grote moeilijkheden te staan.' Een plan voor centrale blokbouw zou naar ruwe schatting een uitgave vergen van 50 à 60 miljoen gulden, een voorbereidings- en bouwtijd vragen van tien tot vijftien jaar en iedere verdere ontwikkeling op het terrein gedurende die tijd afremmen. Het zou vermoedelijk een geheel nieuw terrein vorderen en wat verbindingswegen en bereikbaarheid voor het bezoek betreft, eigen problemen stellen aan het stedelijk plan.

'Zou uw ziekenhuis op dit ogenblik nog moeten worden gebouwd, dan zou zeker grotere concentratie op een gunstiger terrein de voorkeur verdienen ... Het moge uit het voorgaande wel duidelijk zijn, dat de meer geconcentreerde bouw van nieuwe ziekenhuizen in de lijn van de ontwikkeling ligt, maar dat er voorshands

nog geen aanleiding bestaat het bestaande gebouwencomplex te verlaten ... Er is concentratie mogelijk in het centrum rond de bestaande toegangspoort door op meer efficiënte wijze de apotheek te huisvesten, het administratiegebouw te herzien alsook de toegang en een centraal punt te scheppen, waarin maatschappelijk werk, het gebruik van een aula, de sociale functies, personeels- en wetenschappelijke bindingen tot hun recht zouden kunnen komen. De klinieken zijn situatief nagenoeg alle gefixeerd en het heeft voor de concentratie geen betekenis in de nog te verplaatsen of nieuw op te richten klinieken een binding te forceren, omdat de ongelijksoortigheid daartoe geen aanleiding geeft,' schreven Hoekstra en Westerhout aan Bolt in 1956.¹⁹

29

30

NIET HELEMAAL VOLGENS PLAN

Door de reactie van Hoekstra en Westerhout werd Wijffels overtuigd en de drie partijen verenigden zich met het Structuurplan 1955. De eerste etappe van de bouw kon van start gaan. Daarbij trad de provincie Groningen namens de drie partijen op als opdrachtgever. Hoekstra en Westerhout werden belast met de supervisie over het architectenwerk. Zij vervaardigden zelf onder meer het ontwerp voor de nieuwe wasserij. Op voordracht van Hoekstra en Westerhout werden ook andere architecten bij de uitwerking van het structuurplan betrokken. Voor de kleinere zaken adviseerden zij de architecten J. Kort en J.W. Korma aan te trekken: 'Geen groot werk, wel verdienstelijk verzorgd.' Voor het grotere werk noemden zij architect Van Linge, dezelfde die kort tevoren een ontwerp voor de ambtswoning van de geneesheer-directeur had gemaakt. Ook P. Oom leek hen 'voor het werk geschikt' en 'jong genoeg om zich door studie in de vraagstukken te kunnen verdiepen'.²⁰

De nieuwe kliniek voor dermatologie, ontworpen door architectenbureau Oom & Kuipers, kon in 1965 feestelijk worden geopend. Wellicht inspireerde



Fig. 6. Paviljoenbouw na 1955. De uitbreiding van het ziekenhuis had een heel ander beloop dan Hoekstra en Westerhout in 1955 voor ogen stond. Het terrein werd aan de noordkant uitgebreid om ruimte te bieden aan de kliniek voor psychiatrie (2). Zowel voor psychiatrie als voor dermatologie (3), het medisch verzorgingscentrum (4) en het nieuwe zusterhuis (5) werd hoger gebouwd dan tot dan toe gebruikelijk was. De nieuwe vrouwenkliniek (1) werd zelfs dertien verdiepingen hoog.

die opening het jaarverslag tot enig enthousiasme: 'ondanks alle belemmeringen, toch wel een opgewekt beeld'. Het jaar daarop klonk het al veel minder enthousiast: 'Verdere uitbreiding van gebouwen en personeel zijn momenteel aan remmende invloed onderhevig.' De eerste etappe ging weliswaar vlot van start, maar daarna werd het behelpen. Het structuurplan moest al vrij snel worden gewijzigd. Voor de psychiatrische kliniek stond aanvankelijk een groot-scheepse verbouwing op stapel. Architect Van Linge werd belast met de uitwerking daarvan. Het project werd echter afgeblazen, omdat uiteindelijk toch de voorkeur werd gegeven aan nieuwbouw. Daartoe was een uitbreiding van het terrein noodzakelijk; de nieuwe kliniek voor psychiatrie, naar een ontwerp van architect Van Linge, kon desondanks in 1969 worden geopend (figuur 6).²¹

30

31

Hoekstra en Westerhout hadden verscheidene schetsen gemaakt om te zien of de wensen van gynaecologie en obstetrie in de bestaande vrouwenkliniek konden worden gerealiseerd, maar aan essentiële onderdelen van het programma van eisen kon niet worden voldaan. Om die reden werd geopperd een nieuwe kliniek voor gynaecologie en obstetrie te bouwen op de noordelijke kop van de ringweg. Hoewel de nieuwbouw van de vrouwenkliniek in de eerste etappe van het structuurplan was opgenomen, werd deze pas na veel vijven en zessen in 1974 voltooid. Architectenbureau Oom & Kuipers tekende het ontwerp van de dertien verdiepingen hoge kliniek.

De naoorlogse uitbreiding van het ziekenhuis verliep dus op zijn zachtst gezegd niet helemaal volgens plan. De werkzaamheden in de zogenaamde eerste etappe kunnen nog min of meer worden herleid tot het Structuurplan 1955, maar voor de daaropvolgende etappes is de relatie veel minder duidelijk. De verbetering van

de hoofdingang bleef geheel achterwege. In de jaren zestig bouwde men zonder vastomlijnd plan, terwijl dat nu juist meer dan ooit nodig was. Het ziekenhuis maakte een ongekende groei door. Bij het afscheid van voorzitter Tuin memoreerde penningmeester A.J. Sauer de 'periode Tuin' (1950-1965) met enkele markante cijfers. Het aantal opnamen was met 30 procent gestegen, het polikliniekbezoek met 60 procent en het aantal operaties met 100 procent. Het aantal stafleden was uitgebreid van 100 tot 332 en de uitgaven waren acht keer zo hoog.²²

De groei die het ziekenhuis ontegenzeggelijk doormaakte moest worden opgevangen, maar hoe? Paviljoenbouw maakte erg ruim gebruik van de beschikbare grond en alleen al daardoor verloor deze bouwwijze op den duur een deel van haar aantrekkelijkheid. Wat er voor in de plaats moest komen was nog niet helemaal duidelijk. Bij gebrek aan voldoende uitbreidingsmogelijkheden van het grondgebied leek hoogbouw de meest voor de hand liggende oplossing. De grondhonger kon natuurlijk ook worden gestild door efficiënter met de beschikbare ruimte om te gaan. Er zou al veel gewonnen zijn als de paviljoens wat dichter bij elkaar werden gebouwd en als niet iedere kliniek over eigen operatiekamers en eigen röntgenapparatuur hoefde te beschikken. Een aantal ziekenhuisactiviteiten kon best gemeenschappelijk worden verricht. De concentratie en centralisatie van dergelijke activiteiten kwam evenwel nauwelijks van de grond. De min of meer zelfstandige klinieken zaten daar helemaal niet op te wachten. Een efficiëntere opzet van het ziekenhuiscomplex leek daardoor tot mislukken gedoemd. Eind jaren zestig ging het roer radicaal om. Die koerswijziging voert ons naar het hoofdthema van dit boek, de planning en bouw van het nieuwe Academisch Ziekenhuis Groningen.

31

32

2 . A P S A Z c e n t r a a l i n d e j a r e n z e s t i g

Tot 1971 droeg het ziekenhuis aan de Oostersingel de onuitspreekbaar lange naam: Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis (APSAZ). Daarmee was in een oogopslag duidelijk dat er nogal wat partijen bij de ziekenhuisorganisatie waren betrokken.

De relatie met de provincie Groningen bleef betrekkelijk bescheiden, maar van de academische en de stadse poot kan dat niet worden gezegd. Zowel de universiteit als de gemeente Groningen onderhielden intensieve betrekkingen met het ziekenhuis.

In de jaren zestig deden universiteit en ziekenhuis enkele schuchtere pogingen om hun activiteiten in het medisch bedrijf beter op elkaar af te stemmen. De activiteiten van de medische faculteit werden geconcentreerd op een terrein ten noorden van het ziekenhuis en tussen de nieuwe burens werd intensief overlegd hoe de samenwerking het beste gestalte kon krijgen. Die discussies waren doorgaans erg vaag en vrijblijvend, maar zodra het onderwerp huisvesting ter sprake kwam, wonnen de standpunten aan duidelijkheid. Het bracht de partijen overigens

niet dichter bij elkaar. Een voorstel om enkele gemeenschappelijke activiteiten samen te brengen in zogenaamde ‘centrale gebouwen’ leed schipbreuk.

De relatie met de gemeente Groningen stond in de jaren zestig in het teken van de opkomende mobiliteit. Het ziekenhuis lag aan de rand van de binnenstad en ondervond de toenemende verkeersdruk aan den lijve. Voor een deel was het ziekenhuis daar zelf debet aan. Het personeel en de bezoekers zorgden voor een aanzienlijke toename van verkeer en parkeren in en rond het centrum. Stad en ziekenhuis zouden in menig opzicht gebaat zijn bij een verhuizing naar een ruimere locatie buiten de stad.

De nieuwe directeur-geneesheer J.W. van der Kouwe voelde niets voor verhuizen. Het ziekenhuis was weliswaar toe aan nieuwbouw, maar dat kon ook aan de Oostersingel. Van der Kouwe koos voor een geheel nieuwe opzet van het ziekenhuis en brak definitief met de paviljoenbouw. Wat hem betrof ging de discussie ook niet meer over de bouw van enkele ‘centrale gebouwen’, maar over de realisatie van een geheel nieuw centraal ziekenhuiscomplex.

DRIE KERNEN

Al zolang het Academisch Ziekenhuis bestaat is er sprake van een hechte band met de universiteit, met name de medische faculteit. Daar hebben beide partijen baat bij, maar er zijn ook momenten dat het voordeel voor de een, een nadeel voor de ander blijkt. De band is niet zomaar te verbreken, dus is het zaak om er samen uit te komen. Er is echter een complicerende factor. In de twintigste eeuw is de natuurwetenschappelijke basis van het medisch beroep aanmerkelijk verbreed. De arts-in-wording mag pas de kliniek in nadat hij een uitgebreid preklinisch vakkenpakket heeft doorgeworsteld. Dat omvat theoretische vakken als biochemie, celbiologie, histologie, anatomie en fysiologie. Naast de hoogleraren die de klinische vakken doceren en die een heel directe band hebben met het ziekenhuis, zijn er dus hoogleraren die verantwoordelijk zijn voor het onderwijs in de preklinische vakken. Die hebben doorgaans weinig in het ziekenhuis te zoeken, maar ze hebben wel wat te zeggen over de intensieve LAT-relatie tussen medische faculteit en academisch ziekenhuis.

34

35

De klinische hoogleraren zijn verbonden aan de medische faculteit en ze worden benoemd door de universiteit, maar het overgrote deel van hun tijd zijn ze werkzaam in het ziekenhuis. Ze houden zich daar onder andere bezig met onderwijs en onderzoek, maar een belangrijk deel van hun tijd besteden ze aan patiëntenzorg. Zij vormen het hoogste echelon in de klinieken en de koers van het ziekenhuis wordt in grote mate door hen bepaald. Ook hier ligt de zaak niet zo eenvoudig. Het academisch ziekenhuis is een van de grootste organisaties in het noorden van het land. Voor zo'n mammoetbedrijf is naast medische knowhow veel bestuurlijke kwaliteit vereist en het is niet gezegd dat de hoogleraren steeds beide kwaliteiten in zich verenigen. De klinische hoogleraren beschouwden het ziekenhuis graag als de werkplaats van de medische faculteit. Maar in de loop van de jaren voelde de ziekenhuisdirectie er steeds minder voor om ten gerieve van de hoogleraren

een houding van 'U vraagt, wij draaien' aan te nemen. Het was een sluimerend conflict dat met name de kop opstak als er financiële moeilijkheden dreigden. Daaraan hadden zowel universiteit als ziekenhuis in de naoorlogse periode geen gebrek.

De hoogleraren belast met het preklinisch onderwijs hebben doorgaans een veel minder intieme verhouding met het ziekenhuis. Zij werken in universitaire laboratoria, zijn geen afdelingshoofd in het ziekenhuis en hebben over het algemeen geen bemoeienis met patiënten. Ze spelen daarentegen een belangrijke rol in de medische faculteit. In het overleg dat daar plaatsheeft is het geluid van de preklinici meestal duidelijk te horen. Dat speelde onder andere als het om nieuwbouw ging. Het ziekenhuis bouwde de accommodatie voor de klinici, terwijl de universiteit het onderdak voor de preklinici verzorgde. Zowel bij de bouwplannen van de universiteit als bij die van het ziekenhuis had de medische faculteit veel in te brengen. Dat opende de mogelijkheid om wensen die bij de ene partij niet konden worden gerealiseerd alsnog bij de andere partij op tafel te leggen.²³

Vlak na de oorlog hadden zowel de universiteit als het ziekenhuis weinig noten op hun zang. Ze waren eigenlijk best tevreden met de bestaande capaciteit. In het Structuurplan 1955 van Hoekstra en Westerhout was bijvoorbeeld geen uitbreiding van het aantal bedden voorzien. De universiteit werd evenmin geplaagd door grootse plannen. In 1955 zette de minister van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen J.M.L.Th. Cals een commissie aan het werk die de mogelijkheden voor de ruimtelijke uitbreiding van de Rijksuniversiteit te Groningen moest onderzoeken. Een prognose van het CBS uit 1956 voorzag de commissie van brandstof: binnen vijftien jaar zou het aantal inschrijvingen aan de Groninger universiteit zijn verdubbeld. Dankzij de aandrang van hogerhand, de prognose van het CBS en het goede voorbeeld van andere universiteiten zette ook Groningen een nieuwe koers uit.²⁴

35

36

36

37

Secretaris van de universiteit J. Cluysenaer, tevens secretaris van het dagelijks bestuur van het APSAZ, publiceerde in juli 1958 het zogenaamde 'drie-kernenplan', een nota waarin hij pleitte voor een concentratie van de universiteit in drie complexen (figuur 7). De faculteit Letteren, de universiteitsbibliotheek en het academiegebouw zouden hun plek in de binnenstad behouden, de medische faculteit en tandheelkunde konden zich te zijner tijd vestigen op een lap grond ten noorden van het ziekenhuisterrein: het zogenaamde Bodenterrein. De faculteit Wis- en Natuurkunde moest naar een plek buiten de stad omzien. Het Groninger gemeentebestuur stelde daarvoor ruimte in het uitbreidingsplan Paddepoel ter beschikking. De concentratie van het eerste complex had veel voeten in de aarde en de strijd om de binnenstad zou nog vele jaren met grote inzet worden gevoerd. De concentratie van de medisch-tandheelkundige poot verliep evenmin probleemloos. Het Bodenterrein lag vlak naast het ziekenhuisterrein en leek dus een ideale vestigingsplaats. Een groot deel van het Bodenterrein zou echter pas in 1969 vrijkomen.²⁵

De voornemens tot concentratie hadden uiteraard ook bouwkundige consequenties. Tot 1961 moest de universiteit voor dat soort zaken steeds aankloppen bij de rijksbouwmeester. De minister trakteerde de universiteiten echter op een grotere zelfstandigheid, verleende hen rechtspersoonlijkheid en stelde hen in staat om de verantwoordelijkheid voor bouwaangelegenheden in eigen huis te houden. Daar voelde de Groninger universiteit veel voor. De aanstelling van een civiel ingenieur en de uitbouw van de afdeling Gebouwen en terreinen tot een volwaardige afdeling Bouwvoorzieningen waren in betrekkelijk korte tijd gerealiseerd.²⁶

37

38

De rijksoverheid greep de verzelfstandiging van de universiteit aan om de financiën voor het Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis in het vervolg via de universiteit te sluizen. Dat smaakte blijkbaar naar meer, want het universiteitsbestuur stelde kort daarop pogingen in het werk om ook de bouwactivitei-

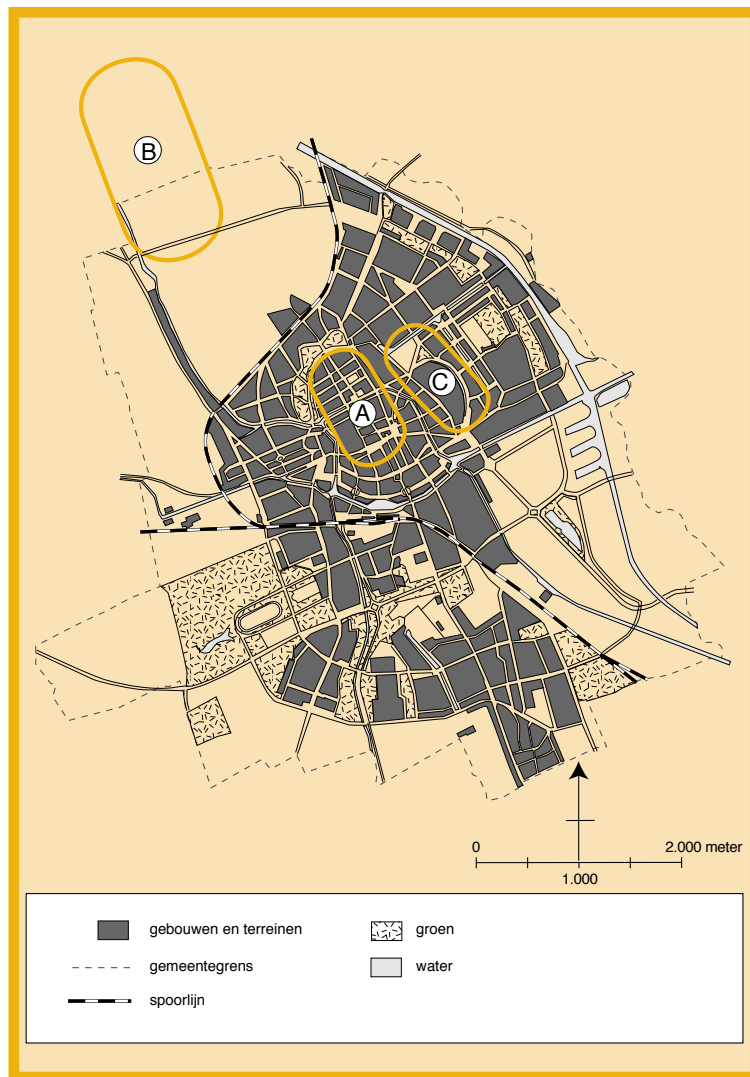


Fig. 7. Het drie-kernenplan (1958). Eind jaren vijftig ontwikkelde de secretaris van de universiteit het zogenaamde drie-kernenplan. Daarmee beoogde hij een concentratie van de universitaire voorzieningen, deels in de stad, deels daarbuiten. Kort daarop werd daarvoor een terrein in Paddepoel aangewezen. A = A-faculteiten, universiteitsbibliotheek, centrale voorzieningen, B = faculteit wiskunde en natuurwetenschappen, C = medische faculteit.

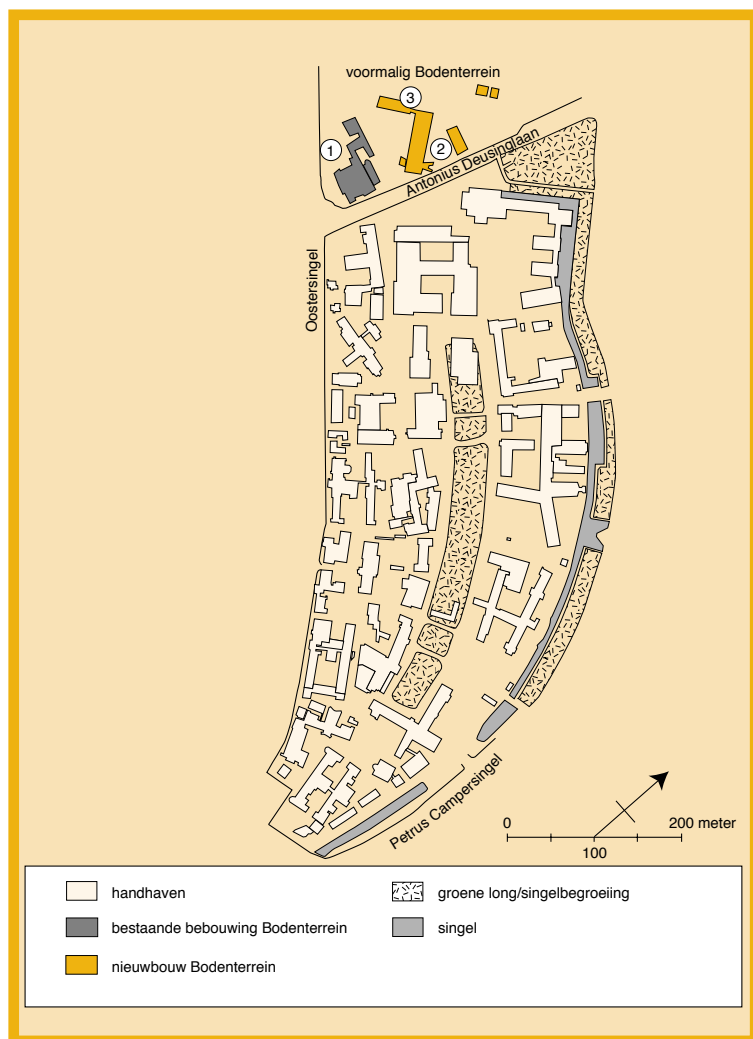


Fig. 8. De plannen van de universiteit met het Bodenterrein. Het gebouw voor fysiologie (1) dateert van 1911. Begin jaren zestig stichtte de universiteit een gebouw voor farmacie (2), sociale geneeskunde en antropogenetica (3). De universiteit claimde het vrijgekomen Bodenterrein voor de bouw van universitaire voorzieningen. In 1971 kondigde minister De Brauw evenwel een bouwstop af en de plannen verdwenen noodgedwongen een tijdje in de bureaula.

ten van het ziekenhuis onder de verantwoordelijkheid van de universiteit te brengen. Gemeente, provincie en Rijk waren in 1957 overeengekomen dat de provincie Groningen als bouwheer van het ziekenhuis zou optreden. Maar in 1961 kwam de universiteit daarop terug: 'De provincie als bouwheer en als partij zijn twee zaken, die wel gescheiden moeten worden gehouden ... Wij kunnen ons niet, zoals reeds opgemerkt, aan de indruk onttrekken, dat er allerlei punten zijn, welke een vlotte gang van zaken in de weg staan. Bovendien hebben wij het gevoel, dat Uw Provincie niet gelukkig is met het bouwheerschap en daarvan wel zou willen worden verlost; nu onze universiteit rechtspersoonlijkheid heeft gekregen en de afdeling bouwvoorzieningen van het bureau van de universiteit hoe langer hoe meer wordt ingeschakeld bij de voorbereiding van de bouw van het ziekenhuis zou deze taak door ons kunnen worden overgenomen.' Het college van Gedeputeerde Staten van Groningen stemde in: 'Wij zijn de mening toegedaan, dat de voorgestelde overdracht aanbeveling verdient en dat deze per 1 januari 1964 zou kunnen worden gerealiseerd.'²⁷

CENTRALE GEBOUWEN

Begin jaren zestig bouwde de universiteit aan de Antonius Deusinglaan de nieuwe onderkomens voor farmacie, sociale geneeskunde en antropogenetica (figuur 8). Het was de bedoeling om de zuidwesthoek van het Bodenterrein te benutten voor tandheelkunde. Het universiteitsbestuur wilde de rest van het terrein bestemmen voor de stichting van een preklinisch centrum. Daarin zou plaats zijn voor fysiologie, farmacologie, anatomie en histologie met alle daarbij horende centrale voorzieningen. Zo nodig zou een centrale dierenstal – later omgedoopt in dierenlaboratorium – worden toegevoegd. De medische faculteit leek niet veel te voelen voor een ver doorgevoerde centralisatie en hield zich op de vlakte. Zij had overigens geen bezwaar tegen vestiging van de preklinische instituten

op het Bodenterrein, 'mits' – en dat was een absolute voorwaarde – 'mits ... een goede verbinding zal kunnen worden gemaakt tussen dit voormalig Bodenterrein en het ziekenhuisterrein'. Koste wat kost moest de eenheid van klinieken en preklinische instituten bewaard blijven. De faculteit greep de gelegenheid aan om te zeggen wat er allemaal op het ziekenhuisterrein thuis hoorde. Naast de 'behandelende instituten' noemde zij de instituten met een centrale functie, zoals het pathologisch-anatomisch laboratorium, het radiologisch instituut, het isotopenlaboratorium en de eventueel in te richten centrale ruimten voor dierexperimenteel werk. Daarbij was de vraag gerezen 'of het in verband met dit alles niet overweging verdient om de administratiegebouwen van het ziekenhuis een meer perifere plaats te geven'.²⁸

De facultaire commissie 'Structuurplan medisch complex' onderschreef de beoogde centralisatie en pleitte voor de stichting van twee centrale gebouwen op het ziekenhuisterrein. Het ene moest dienen voor een centrale bibliotheek alsmede een zeer grote en enkele kleinere collegezalen, een paar vertrekken voor het faculteitsbestuur en een eetzaal voor studenten, assistenten en hoogleraren. Het zou de 'ontmoetingsplaats voor de medische faculteit' worden. De eetzaal zou tijdens congressen nog goede diensten kunnen bewijzen. Het andere centrale gebouw was bedoeld als huisvesting voor het centraal klinisch-chemisch laboratorium, het centraal hormonologisch laboratorium, het isotopenlaboratorium, de elektronenmicroscopie en enkele laboratoria voor klinici om biochemisch en proefdieronderzoek te doen. De commissie opperde, 'dat het samenbrengen van over het algemeen jonge onderzoekers in één gebouw, uitwisseling van gedachten tussen beoefenaren van verschillende delen van de klinische geneeskunde zal bevorderen en daardoor stimulerend zal werken.'²⁹

Geneesheer-directeur Bolt had ook zo zijn gedachten over concentreren en centraliseren, maar hij gaf er een heel andere invulling aan. In 1954 voltooide hij een

inventarisatie van de wensen en verlangens met betrekking tot nieuwbouw. Daarin gaf hij aan, welke onderdelen van het ziekenhuisterrein aan vernieuwing toe waren en welke functies een centrale plek op het terrein verdienden. Dat waren er nogal wat en Bolt zocht de oplossing daarom in een centraal gebouw. Naast de apotheek, het centraal laboratorium en het isotopenlaboratorium moest het ook onderdak bieden aan een aula met enige commissie-zalen, een rijwieltelder en de vooropleiding van verpleegsters. Bolt overwoog om ook de opleiding van verpleegsters, een 'doktooreetzaal', de administratie en een centrale wachtkamer in het centrale gebouw onder te brengen. Deze prille poging tot centralisatie verdween in de loop van 1955 geleidelijk achter de planhorizon, zij het voor korte tijd.³⁰

Bij de voorbereiding van de tweede etappe van het Structuurplan 1955, begin jaren zestig, werd het idee 'centraal gebouw' opgewarmd en gewoon weer opgediend: 'Een belangrijk onderdeel in deze tweede etappe vormt het centrale gebouw. Er wordt naar gestreefd alle centrale laboratoria plus de apotheek daarin onder te brengen.' Maar de tijd had niet stilgestaan: 'Voorts zal daarin ondergebracht moeten worden de centrale medische administratie, waarin opgenomen worden de oude archieven uit de klinieken, een aula en zo mogelijk een centraal magazijn.' De bouw zou in 1965 kunnen beginnen en architect Westerhout werd benaderd om de architectuur voor zijn rekening te nemen.³¹

Bolt kwam enkele jaren later tot de overtuiging dat er nog veel meer functies onder de noemer 'centraal gebouw' konden worden gebracht. In 1962 schreef hij: 'De leidende gedachte bij de voorbereiding van dit object is, dat alle daarvoor in aanmerking komende centrale functies en diensten van het ziekenhuisbedrijf zoveel als mogelijk blijkt, een plaats zullen verkrijgen in dit gebouw.'

Bolt was niet over een nacht ijs gegaan. De 'vóórstudie, welke een veelzijdige en diepgaande bestudering van een groot aantal onderwerpen vereist', was inmiddels zo ver gevorderd, dat een aanvang kon worden

gemaakt met het opstellen van een programma van eisen. Toen was het hek van de dam. De administrateur, de adjunct-directrice en het hoofd van de technische dienst zetten zich met verve aan de invuloefening. De administrateur gaf er de voorkeur aan om de administratie op de begane grond te vestigen en de kelder te benutten voor een centraal archief en een fietsenstalling. De adjunct-directrice claimde ruimte voor de predikanten, de 'boekendames', en de spelleidsters; misschien kon naast de aula bovendien een kleine zaal worden gereserveerd voor de personeelsvereniging. De chef van de technische dienst hield het bescheiden, hij stelde voor het gebouw te voorzien van een garage voor de transportdienst.³²

De waslijst die de directie produceerde kwam nauwelijks overeen met de wensen die leefden binnen de faculteit, noch met de ideeën die vanuit het College van Bestuur van de universiteit waren gelanceerd. Overleg was dringend gewenst. De oplossing die gekozen werd was van een verbluffende eenvoud. De uiteenlopende wensen werden voor lief genomen en de verantwoordelijkheden werden adequaat afgebakend door te erkennen dat het in feite om drie centrale gebouwen ging. Het 'centraal (bedrijfs)gebouw' zou het centrum van het ziekenhuisbedrijf vormen en eventueel ook de zetel van het ziekenhuisbestuur, de directie en de administratie. Het 'medisch wetenschappelijk centrum' (MWC), dat de medische research huisvestte, was tevens het ontmoetingspunt van onderzoekers uit kliniek en prekliniek. Het 'studiecentrum' tenslotte beoogde een leercentrum voor studenten en afgestudeerden te zijn. Daar zou ook de bibliotheek alsmede de vergader- en congresaccommodatie worden gelokaliseerd.³³

Het (bedrijfs)gebouw moest een centrale plek krijgen op het ziekenhuisterrein, beide andere centra hoorden thuis op de scheiding tussen kliniek en prekliniek. De driedeling maakte de discussie een stuk overzichtelijker, maar daarmee is niet gezegd dat men het eens was over de invulling van de gebouwen of over de exacte locatie ervan. 'Wanneer straks meer bekend

is over deze drie centra', zo werd ter vergadering geopperd, dan 'ware te overwegen ten minste twee van de drie centra te combineren tot één gebouw.'

Het lag voor de hand om het MWC en het studiecentrum onder één dak te brengen, maar als het aan Bolt lag werd het MWC samengevoegd met zijn centrale (bedrijfs)gebouw. Dat zou uiteraard nogal wat ruimtelijke consequenties hebben. De discussie over centrale gebouwen werd achterhaald door het voornemen om een centraal ziekenhuiscomplex te bouwen. Niettemin werd in 1980 een centraal gebouw gerealiseerd: het medisch verzorgingscentrum (MVC), met daarin onder andere de apotheek en de centrale sterilisatie. De planvorming van dit centrale gebouw heeft wortels tot diep in de jaren zestig. We blijven de interne discussie op de voet volgen, maar richten de blik eerst op een andere partij in de geschiedenis van het APSAZ: de gemeente Groningen.³⁴

EEN ZIEKENHUIS IN HET CENTRUM

Naast academisch was het ziekenhuis vooral 'stads'. De gemeente Groningen is eigenlijk steeds een hoofdrolspeler in de ziekenhuisgeschiedenis geweest. Groningen was mede-eigenaar en bestuurder. Het gaat te ver om het APSAZ een gemeenteziekenhuis te noemen, maar dat was het in de praktijk in menig opzicht wel. De burgemeester van Groningen was uit hoofde van zijn functie voorzitter van het APSAZ-bestuur, de geneesheer-directeur werd benoemd door de gemeenteraad en het ziekenhuispersoneel werd behandeld als ware het benoemd 'vanwege de gemeente'. Voor de feestdagen richtte het APSAZ zich naar de gebruiken ten stadhuis en waar mogelijk profiteerde het van de hulp van de gemeentelijke diensten. Maar toen het college van B&W in 1961 opperde dat het APSAZ een 'tak van dienst' was, schoot dat het ziekenhuisbestuur in het verkeerde keelgat. Zo ver ging de liefde nou ook weer niet.³⁵

Groningen en het APSAZ hadden nog op een andere manier met elkaar van doen. Als het ging om de inrichting van de stad – de ruimtelijke ordening, het verkeer

en vervoer – dan was het ziekenhuis een factor van betekenis. Het ziekenhuisterrein domineerde de oostelijke rand van de binnenstad en was in ruimtelijk en verkeerstechnisch opzicht moeilijk te negeren. Iedere dag weer was het een komen en gaan van personeel, patiënten en bezoek. Het gemeentebestuur had de lastige taak om de groeiende verkeersstroom in goede banen te leiden en de parkeerproblemen op te lossen. Daar stond tegenover dat het grote aantal ziekenhuisgangers een belangrijke positieve bijdrage leverde aan de versterking van de Groningse centrumfunctie.

De Nederlandse gemeentebesturen hebben steeds een rol gespeeld in de inrichting van hun woonplaats. Maar de overspannen naoorlogse bevolkingsprognoses waren koren op de molen van de machinerie der ruimtelijke ordening. In het midden van de jaren zestig ging de rijksoverheid nog uit van 20 miljoen Nederlanders in het jaar 2000. Voor de stad Groningen en naaste omgeving kwamen de rekenmeesters op 250 à 500.000 zielen. De Wet op de ruimtelijke ordening, die in 1965 in werking trad, voorzag de gemeentebesturen van een nieuw instrument om de groei niet tot wildgroei te laten ontaarden: het bestemmingsplan. In de Tweede nota ruimtelijke ordening (1966) werd het regionaal stimuleringsbeleid nadrukkelijk aan de orde gesteld. Zuid-Limburg, Twente en het noorden van het land moesten delen in de snelle ontwikkeling van onze welvaartsstaat. In het ‘Structuurplan Groningen 1969’ opperde de gemeente Groningen dat het zuiden en oosten van het land slechts tijdelijk stimulering behoeften. ‘Op lange termijn gezien echter zal het volle gewicht van het landelijke planologische ontwikkelingsbeleid aan het noorden des lands moeten worden toegekend, omdat alleen in dit landsdeel de ruimte is, die elders wordt ontbeerd.’ Groningen groeide graag groot.³⁶

Het noorden mocht dan ruimte genoeg hebben, in het centrum van de stad Groningen was het een schaars goed. De universiteit behoorde tot de grootste gebruikers van stadsgrond en gezien het toenemend aantal studenten zat het er dik in dat de universiteit

meer ruimte zou claimen. Ten noordwesten van de stad was grond beschikbaar in Paddepoel. Maar als de universiteit in haar geheel naar de stadsrand verhuisde, dan zou dat een ‘gevoelig functieverlies voor de binnenstad’ betekenen. De gemeente trad de universitaire expansie in en nabij de binnenstad daarom met welwillendheid tegemoet. Het Academisch Ziekenhuis genoot een vergelijkbare status.³⁷

In de jaren vijftig en zestig was de relatie tussen ziekenhuis en gemeente betrekkelijk vredig. De burgemeester van Groningen was intensief betrokken bij de dagelijkse gang van zaken en had een uitstekend inzicht in het reilen en zeilen van het ziekenhuis. Als het ging om vraagstukken van ruimtelijke ordening op of rond het ziekenhuisterrein, dan werd al gauw de directeur van de dienst der Stadsuitbreiding en Volkshuisvesting H.J. Dix geraadpleegd. Op die manier werd voorkomen dat gemeente en ziekenhuis op bestuurlijk vlak en op dat van de ruimtelijke ordening uit elkaar groeiden. Zo betuigde Dix zijn instemming met het plan van Hoekstra en Westerhout uit 1955, maar maakte een uitzondering voor de bebouwing bij de hoofdingang. Hij vond dat die te dicht op de aangrenzende Oostersingel was geprojecteerd. Deze betrekkelijk smalle straat zou in de toekomst een belangrijke functie krijgen in de afwikkeling van het stadsverkeer en Dix wilde de mogelijkheid om de Oostersingel te verbreden dus niet op voorhand uitsluiten. Hij kondigde aan, dat ook de Nieuwe Sint Jansstraat, gelegen tegenover de hoofdingang, dan aanmerkelijk zou worden verbreed.³⁸

OOSTERSINGEL WORDT OOSTTANGENT

De toenemende automobilititeit maakte ingrijpen noodzakelijk. Het ziekenhuis moest op dat vlak rekening houden met de wensen van het stadsbestuur. Het deed er ook van alles aan om te zorgen dat de eigen verlangens hoog op de gemeentelijke prioriteitenlijst prijkten. Voor problemen die op het ziekenhuisterrein niet konden worden opgelost klopte men al gauw aan

bij de gemeente. Het advies van architect Westerhout over de parkeerproblematiek is daarvan een voorbeeld. Westerhout zag slechts beperkte mogelijkheden om de dagelijkse toestroom op het terrein te verwerken. De groene long kon natuurlijk aan de automobilititeit worden opgeofferd, maar Westerhout was daar beslist geen voorstander van: 'Het terrein is dan praktisch in een steenwoestijn veranderd.' De architect gaf aan dat het parkeerprobleem vooral buiten het ziekenhuisterrein moest worden opgelost en dat daarvoor een herziening van het stadsplan nodig was. 'Dit is gemeenteterrein en gemeente-beleid.'

Geneesheer-directeur Bolt liet zich in gelijke bewoordingen uit: 'Voorheen leefde de gedachte, dat met uitbreiding van onze parkeerterreinen de moeilijkheden zouden kunnen worden opgevangen ... Wij zijn er echter van overtuigd, dat dit slechts een tijdelijke oplossing zal zijn en dat uitbreiding van parkeergelegenheid op het terrein geen definitieve uitkomst zal bieden.' Daarvoor achtte Bolt de ruimte te beperkt. 'Wij menen, dat de tijd is gekomen, dat het gecompliceerde verkeers- en parkeervraagstuk op ons terrein in z'n samenhang met het verkeer buiten het terrein grondig moet worden bestudeerd door, of met behulp van verkeersdeskundigen, teneinde een deugdelijke beleidslijn te kunnen bepalen voor de komende periode.'³⁹

Bolt wendde zich tot het Adviesbureau voor verkeersordering Goudappel en Coffeng te Deventer. Die keuze lag voor de hand, maar niet alleen vanwege de goede reputatie van het bureau: 'Een gelukkige omstandigheid is dat ditzelfde bureau een verkeersplan voor de gemeente Groningen opzet, zodat een en ander in nauw verband kan worden bestudeerd en uitgewerkt.' De verkeersdeskundige H.M. Goudappel schoof zijn associé L.J. Coffeng naar voren, omdat die kort daarvoor een verkeersstudie had verricht voor het Rotterdamse Dijkzigt-ziekenhuis en voor de medische faculteit aldaar. Maar Bolt had daar geen boodschap aan. In Rotterdam ging het immers om slechts twee gebouwen, terwijl het op zijn terrein toch om een heel

ander vraagstuk ging: '... maar het belangrijkste aspect vinden wij nog altijd, dat onze hele verkeersregeling moet aansluiten bij het stedelijke project, dat u zelf in bewerking hebt'.⁴⁰

In september 1969 presenteerde Goudappel de grote lijnen voor de verkeersordering van het centrum van Groningen. Hij vond de tijd rijp om het 'Grote-Markt-dogma' overboord te kieperen en pleitte voor een benadering waarbij niet de Grote Markt, maar de hele binnenstad als 'marktplein' werd beschouwd. Alleen op die manier kon een passend antwoord worden gevonden op de schaalvergroting van het verkeer. 'De ruimtebehoefte van dit massale verkeer is zó groot, dat kruisen of samenkomen van de verkeersstromen op één enkel punt of plein niet meer mogelijk is. Hiervoor in de plaats dienen grootschalige elementen te komen in de vorm van verdeel- of ontsluitingswegen, die het verkeer over het centrumgebied verspreiden. Dit is de enige mogelijkheid om de binnenstad haar hoofdfunctie van ontmoetingsplaats voor de mens – zoals de markt die vroeger had – te laten behouden.' De stadskern moest worden omgevormd tot een 'aantrekkelijk eindpunt' en 'afgeschermd van activiteiten die er niet thuishoren'.

Goudappel doelde met name op doorgaand verkeer. Het zes jaar oude 'Ringwegenplan voor de binnenstad Groningen' bood daarvoor geen goede oplossing, meende hij. Ringwegen hadden een verkeersaantrekkelijk effect. Dankzij de aanleg van radiaalwegen zouden de auto's tot diep in de stad kunnen doordringen. Goudappel zag meer heil in de aanleg van vijftig meter brede wegen die als raaklijnen (tangenten) langs het centrumgebied werden geleid, in plaats van dwars erdoorheen (figuur 9). Goudappels Oosttangent liep vlak langs het ziekenhuis, over de Oostersingel en de Bloemsingel. De aanleg ervan zou beide straten een heel ander aanzien geven.⁴¹

Dankzij het inschakelen van Goudappel wist Bolt in 1967 al hoe het gemeentelijk verkeersplan er ongeveer uit zou komen te zien. Goudappel had Bolt geïnformeerd over zijn drastische plannen met de

Oostersingel. ‘Een hoofdtoegang tot het ziekenhuis lijkt hier bezwaarlijk te handhaven,’ concludeerde de verkeersdeskundige. Die kon beter naar de relatief rustige Petrus Campersingel worden verplaatst. Bovendien zouden de verschillende delen van het ziekenhuis van daaruit gemakkelijker te bereiken zijn. Geneesheer-directeur Bolt gaf er de voorkeur aan om de ingang aan de Oostersingel te handhaven en de uitgang te verplaatsen naar de Petrus Campersingel. De toegang moest uiteraard wel worden verbeterd: ‘Zowel het administratiegebouw als enkele gebouwen oostelijk daarvan zal men vervangen waarmee dan voor de huidige kronkelweg naar de “groene long” en de tegenoverliggende uitgang een meer recht en beter tracé gevonden kan worden.’

Geneesheer-directeur Bolt had een goede reden om de ingang aan de Oostersingel te behouden. Hij had het oog namelijk laten vallen op de woonwijk Binnenstad-Oost, een saneringsgebied aan de overzijde van de Oostersingel. In 1955 had het APSAZ dat terrein geclaimd en de gemeente Groningen had daar positief op gereageerd. De geneesheer-directeur zat dus bepaald niet te wachten op een Oosttangent die het nieuwe terrein zou afsnijden van het ziekenhuis. Het is curieus dat Bolt veel minder moeite had met de scheidende werking van de Antonius Deusinglaan, de noordwestelijke begrenzing van het ziekenhuisterrein. Hij vond het zelfs gewenst, dat er een scherpe grens lag tussen het ziekenhuisterrein en de universitaire instituten op het Bodenterrein. ‘Hierdoor wordt een misschien hinderlijke invloed van eerste-, tweede-, en derdejaars studenten, die zelden iets op het ziekenhuisterrein te maken hebben, vermeden.’⁴²

Goudappels verkeersplan had nog op een andere manier invloed op de toekomst van het ziekenhuis. Goudappel zocht de oplossing voor de verkeersproblematiek van de binnenstad ook in de bouw van parkeergarages, onder meer op het saneringsgebied aan de Oostersingel. Eind 1969 kwam daar een terrein aan de Tuinstraat vrij en het gemeentebestuur arrangeerde

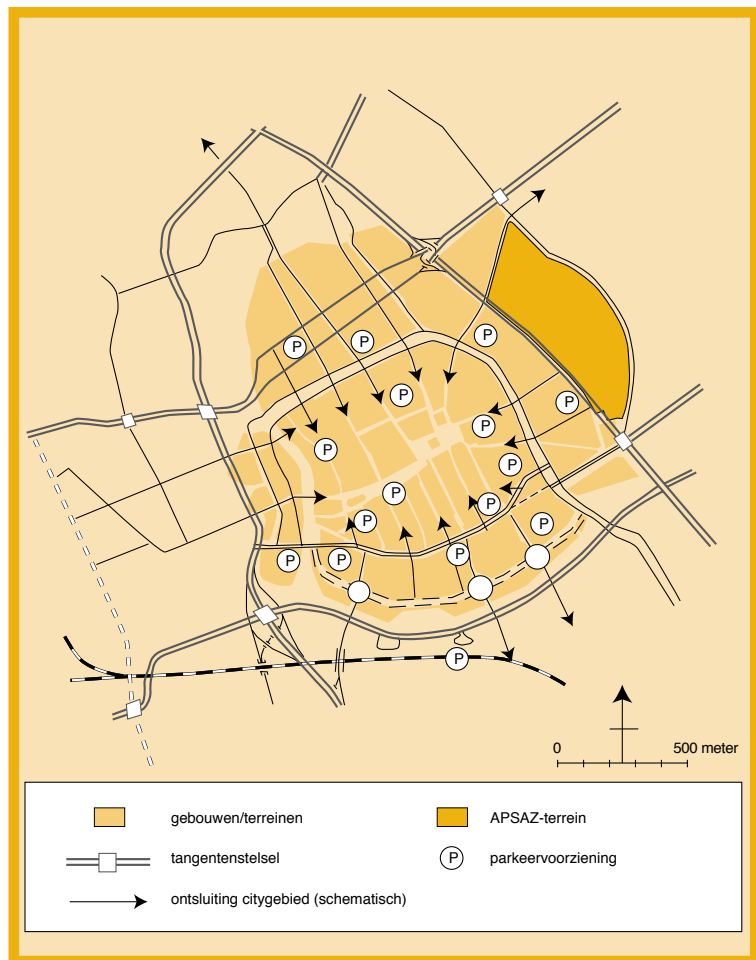


Fig. 9. Verkeersplan Goudappel (1969). De verkeersdeskundige Goudappel tekende eind jaren zestig in opdracht van de gemeente Groningen een verkeersplan. Hij zocht de oplossing voor de problemen van de binnenstad onder meer in de aanleg van tangents, vierbaanswegen die het verkeer vlak langs de binnenstad zouden voeren. Ook de Oostersingel was door Goudappel als tangent aangemerkt. Als de plannen doorgingen dan zou de betrekkelijk rustige weg langs het ziekenhuis een flinke metamorfose ondergaan.

een bespreking met de ziekenhuisdirectie om over de bouw en de exploitatie van een parkeergarage aldaar van gedachten te wisselen. Bij die gelegenheid kwam ook de aanspraak van het ziekenhuis op het saneringsgebied ter tafel. Het APSAZ schroomde niet om het hele terrein tussen Oostersingel en Schuitendiep, van Nieuwe Weg tot Nieuwe Sint Jansstraat, voor het ziekenhuis te claimen. Het was bestemd voor de bestuurs- en dienstensector van het ziekenhuis. Van gemeentezijde werden toen 'reële bezwaren' geuit 'tegen een claim op het hele gebied', maar een smalle strook langs de Oostersingel werd acceptabel bevonden.⁴³

Er zijn overigens geen aanwijzingen dat de gemeente het ziekenhuis een ruimere uitbreidingsmogelijkheid misgunde. Dix liet bijvoorbeeld een fraai alternatief ten zuidoosten van het ziekenhuisterrein uitwerken. In dat voorstel bleef de Oostersingel smal, werd de Petrus Campersingel omgelegd en kreeg het ziekenhuis de beschikking over een terrein dat reikte tot aan het Damsterdiep. Het APSAZ was bijzonder ingenomen met het alternatief van Dix, maar het bleef de voorkeur geven aan het terrein aan de overzijde van de Oostersingel. Die locatie leek een grotere kans van slagen te bieden en de ziekenhuisplannen konden er sneller tot ontwikkeling worden gebracht. Het APSAZ liet weten ook belangstelling te hebben voor het alternatief-Dix, maar het kwam daar later graag nog eens op terug.⁴⁴

EEN 'MASTERPLAN'

In de jaren zestig maakte het ziekenhuis een paar flinke groeistuipten door. Dat had consequenties voor de relatie met gemeente, universiteit en faculteit, maar intern was er ook het nodige aan de hand. Geneesheer-directeur Bolt kon sputteren wat hij wilde, maar het ziekenhuisbestuur was eenstemmig over de diagnose 'kwantitatieve overbelasting van de geneesheer-directeur, in wie nog alle draden van het ziekenhuis samenkomen'. Voor de verpleging leunde Bolt weliswaar zwaar op de adjunct-directrices T. van Wijngaarden (1945-1954) en

B. Bilgen (1954-1967), maar voor beleidsmatig weerwerk gaf hij weinig ruimte. De geneesheer-directeur zat als een spin in het ziekenhuisweb, maar daarmee is niet gezegd dat hij ook alle touwtjes in handen had. De autonomie van de klinieken was bijzonder groot, de positie van de hoogleraren welhaast onaantastbaar. Een man als Bolt kon daar onmogelijk in zijn eentje tegen opboksen.⁴⁵

Het bestuur besloot tot versterking van de directie opdat het ziekenhuis beter kon worden geleid: 'Wij zoeken dus een organisatie-deskundige, een bedrijfs-deskundige en dergelijke mensen komen als regel uit de economische studierichting, daar een economische scholing voor hen onontbeerlijk is.' In 1964 trad economisch adjunct-directeur C.P. d'Haans in dienst van het ziekenhuis. De uitbreiding van de directie met een economisch adjunct-directeur was niet alleen bedoeld om de directie te versterken, de opzet was ook om de continuïteit te waarborgen. In 1967 gingen geneesheer-directeur Bolt en adjunct-directrice Bilgen met pensioen. Directeur-geneesheer J.W. van der Kouwe nam het roer over. Verpleegkundig adjunct-directeur M. Locker de Bruijne ontfermde zich over de taken van zuster Bilgen.⁴⁶

Het *Nieuwsblad van het Noorden*, dat Bolt bij zijn afscheid een interview afnam, legde ook diens visie op de bouwkundige toekomst van het ziekenhuis vast: 'We zitten nu in het stadium dat we de oude, bestaande gebouwen moeten gaan vervangen door nieuwe en dan gaan we een heel eind de hoogte in. De psychiatrische kliniek heeft al acht lagen, binnenkort komt er een project van veertien in uitvoering ... Andere worden misschien nog weer hoger. Op die wijze dacht ik dat we nog wel een tijd voort zouden kunnen gaan.'⁴⁷

Directeur-geneesheer Van der Kouwe zag die toekomst anders. Als Bolt het had over centralisatie, dan doelde hij doorgaans op het samenbrengen van een aantal functies in één gebouw op een centrale locatie: een zogenaamd 'centraal gebouw'. Directeur-geneesheer Van der Kouwe ging een stap verder door veel

nadrukkelijker de relatie tussen alle gebouwen in de beschouwing te betrekken: ‘Voorop dient te staan dat een integraal ziekenhuis wordt gebouwd.’ Van der Kouwe benadrukte, dat eerst en vooral een totaalplan moest worden gemaakt waaruit de samenhang tussen de verschillende onderdelen blijkt: een zogenaamd ‘masterplan’.⁴⁸

Hij sloot daarin aan bij de opvattingen van R.A. Nelson, president van het John Hopkins Hospital in Baltimore, die enkele jaren daarvoor de Leidse Universiteit adviseerde over de bouw van een nieuw ziekenhuis: ‘Although the present university hospital building[s] are very soundly constructed and tastefully designed from an architectural point of view, they are very inadequate for modern university hospital function’, rapporteerde Nelson. ‘This is true because of the extreme separation of the buildings from one to the other and lack of adequate mechanical facilities ... In modern university hospital construction, because of changes in medical science and medical practice, the need for much greater efficiency to conserve personnel and funds, and to provide the most efficient communication between the specialties, plans are now based on what would be called “centralized or concentrated site plan” ... a single building complex ... It is recommended that the University and Hospital agree that the Hospital facilities be replaced on a centralized basis and that a master plan for this replacement be created.’⁴⁹

Van der Kouwe had behoefte aan ‘een bouwkundige met organisatorische kwaliteiten’ die met de directie zou meedenken over het structuurplan voor het toekomstige ziekenhuis. Architect Westerhout, in de jaren vijftig aangesteld als supervisor, was inmiddels vijfenzeventig. Hij voelde er weinig voor om zich in dit nieuwe avontuur te storten. ‘Bovendien’, aldus Van der Kouwe, ‘heeft zijn supervisorschap te weinig betekenis voor de toekomstige ontwikkeling. Het verdient dan ook aanbeveling op korte termijn een andere bouwkundige aan te wijzen, die mondiaal georiënteerd is op het gebied van ziekenhuisbouw.’⁵⁰

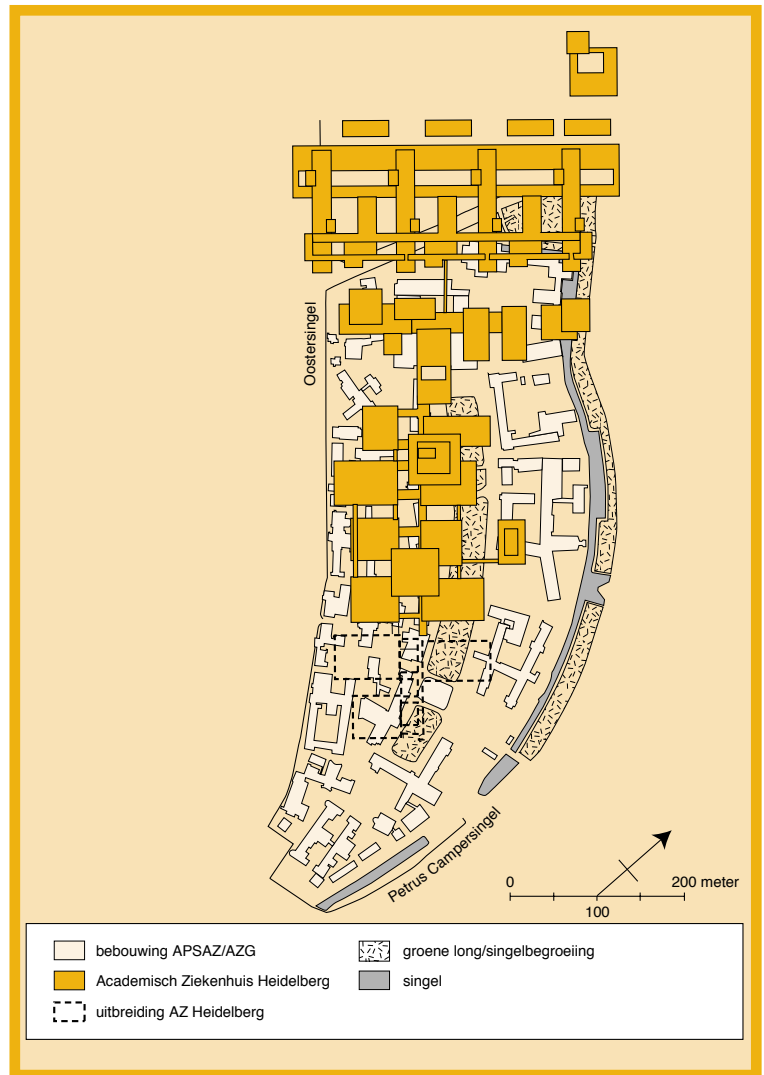


Fig. 10. De nieuwbouw van het Academisch ziekenhuis Heidelberg geprojecteerd over het AZG-terrein. Het Institut für Krankenhausbau (IFK) wilde met dergelijke projecties laten zien, dat het heel goed mogelijk was om een nieuw academisch ziekenhuis te bouwen op het bestaande ziekenhuisterrein aan de Oostersingel.

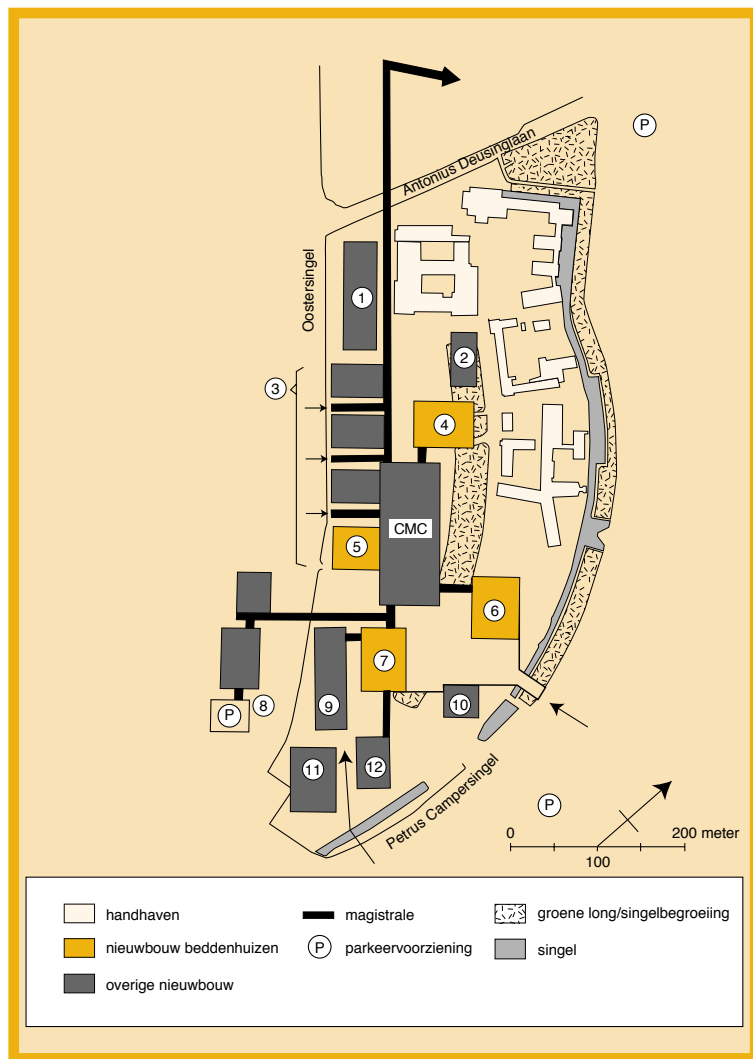


Fig. 11. Masterplan van het Institut für Krankenhausbau voor de nieuwbouw van het ziekenhuis (1970). Het masterplan brak met paviljoenbouw. Het ging uit van een centraal medisch complex (CMC), met daaromheen vier beddenhuizen (4-7). De poliklinieken lagen aan de Oostersingel (3) en onder een van de beddenhuizen (5). De hoofdingang zou aan de Petrus Campersingel komen. Personeel, patiënten en bezoekers konden het ziekenhuis binnenkomen via een platform op de eerste etage. Daar had ook de opname plaats (10). De ambulances bleven op de begane grond. Op het noordelijke terreindeel was een medisch researchcentrum voorzien (1) alsmede een gebouw voor revalidatie (2). Aan de overzijde van de Oostersingel had het IFK een bestuursgebouw, een cafetaria en een parkeergarage gepland (8). Ten zuiden van CMC en beddenhuizen zouden een laboratorium (9), een verzorgingsgebouw (11) en een medisch verzorgingsgebouw (12) komen. Een uitgebreid tunnel- en gangenstelsel moest de communicatie tussen de afzonderlijke onderdelen van het ziekenhuis veiligstellen.

EEN CENTRAAL COMPLEX

Door de razendsnelle ontwikkelingen in medische wetenschap en ziekenzorg is het bouwen van één kliniek al een hele opgave. Wie zich zet aan het bouwen van een volledig up-to-date ziekenhuiscomplex moet wel van erg veel markten thuis zijn. H.A. de Lange, geneesheer-directeur van het Rooms Katholiek Ziekenhuis Groningen (RKZ) tipte Van der Kouwe dat hij contact had met zo iemand: de Duitse adviseur H.-W. Meyer van het Institut für Krankenhausbau (IFK). Het IFK was een gespecialiseerd instituut verbonden aan de Fakultät für Architektur van de Technische Universität Berlin. Meyer was niet alleen zeer goed ingevoerd in de Duitse ziekenhuisbouw, hij wist ook wat er in Nederland speelde, onder meer door zijn advisering bij de plannen voor een nieuw academisch ziekenhuis in Amsterdam. Bij een van zijn bezoeken aan Groningen had hij natuurlijk ook het APSAZ-terrein bezocht. In een reactie op Van der Kouwes uitnodiging om eens te komen praten, schreef hij: 'Die hier anstehenden Schwierigkeiten sind deutlich erkennbar, aber wir sind derartigen Probleme gewohnt. Ein ähnlicher Fall liegt bei uns nahezu fertig auf dem Tisch; es handelt sich um die Umwandlung des ehemaligen Stadtkrankenhauses München rechts der Isar in ein Universitätsklinikum.' Het IFK voldeed zowel in theoretisch als in praktisch opzicht aan de verwachtingen. Na bezoeken over en weer besloot het APSAZ begin 1969 om met het IFK in zee te gaan.⁵¹

Het IFK zette zich aan de plannen voor de ruimtelijke organisatie van het nieuwe ziekenhuis en begin 1970 lag het gevraagde masterplan ter tafel. Meyer tekende de nieuwbouwprojecten te Heidelberg en Hannover in de plattegrond van het Groninger ziekenhuis in en liet daarmee zien, dat het zeer goed mogelijk was om op het beschikbare terrein een volwaardig academisch ziekenhuis te bouwen (figuur 10). Niettemin claimde Meyer een flinke lap grond aan de overzijde van de Oostersingel (Agricolabuurt) voor de bouw van een nieuw bestuursgebouw, een cafetaria en een parkeer-

garage (figuur 11). Meyer gaf ook aan waarom het zo verstandig was het ziekenhuis op dezelfde locatie te bouwen. Als het APSAZ de voorkeur gaf aan nieuwbouw elders, dan zou het naar alle waarschijnlijkheid worden geconfronteerd met hogere investeringen in een veel korter tijdsbestek. Bij verhuizing naar een nieuwe locatie zouden immers ook de spiksplinter-nieuwe psychiatrische kliniek (1969), de uitbreiding van het zusterhuis (1970) en de vrouwenkliniek, waarvan de bouw nog maar net begonnen was, moeten worden vervangen. De relatie met de preklinische instituten zou alleen kunnen worden gehandhaafd als ook voor hen een nieuwe accommodatie werd gebouwd.

Van der Kouwe was zeer gecharmeerd van de optie om het ziekenhuis in het stadscentrum van Groningen te houden en het ter plekke nieuw te bouwen. Een centraal gelegen ziekenhuis, zo meende hij, bood grote voordelen boven een ziekenhuis aan de stadsrand. Zijn ervaringen met het excentrisch gelegen academisch ziekenhuis van de Vrije Universiteit van Amsterdam sterkten hem in die gedachte.⁵²

Meyer nam de suggestie van verkeersdeskundige Goudappel over en adviseerde het APSAZ om de hoofdingang van het ziekenhuis naar de Petrus Campersingel te verplaatsen. De ambulances zouden daar op de begane grond blijven, terwijl een bezoekersplatform toegang bood tot de eerste etage van het complex. De Oostersingel kon worden benut voor de ingangen van de poliklinieken (drie verdiepingen). De kern van het plan werd gevormd door een centraal medisch complex (drie verdiepingen). Het centraal medisch complex (CMC) zou de operatiekamers huisvesten, alsmede anesthesiologie, intensive care, radiologie, de laboratoria, traumatologie en revalidatie. Tot dan toe had menige kliniek deze functies zelf in huis. Door ze te centraliseren kon efficiënter gebruik worden gemaakt van deze voorzieningen. De verzorging van patiënten bleef

afdelingsgewijs georganiseerd in de beddenhuizen.⁵³

Meyer ging ervan uit dat hij voor psychiatrie, gynaecologie en obstetrie geen extra ruimte hoefde te plannen. Die waren immers al gehuisvest. Maar voor de interne, de chirurgie en eventueel de kinderkliniek moest een nieuw beddenhuis (zeven verdiepingen) worden gebouwd. Het vierde beddenhuis, door Meyer gemakshalve 'Kopfkliniek' genoemd, was bestemd voor de overige disciplines (KNO, oogheelkunde, neurologie en neurochirurgie). Het kon volgens Meyer het beste op de plaats van de oude hoofdingang komen. De onderste verdieping van de Kopfkliniek kon dan dienst doen als polikliniek en zou evenals de andere poliklinieken een ingang krijgen aan de Oostersingel.

Het was natuurlijk zaak om de functies in het centraal medisch complex optimaal bereikbaar te houden, anders zou met heen en weer lopen meer verloren gaan dan met centralisatie gewonnen werd. Het centraal medisch complex, de beddenhuizen en de poliklinieken waren daarom onderling verbonden door een stelsel van tunnels en gangen over drie verdiepingen, aangeduid met de on-Groningse naam 'magistrale'. De kelderverdieping was bedoeld voor alle logistieke diensten, de eerste verdieping voor patiënten en bezoekers en de tweede verdieping voor het intern verkeer tussen de afdelingen. De magistrale liep via de vrouwenkliniek door tot op het Bodenterrein om op die manier een goede verbinding met de medische faculteit te verzekeren. In zuidelijke richting moest deze logistieke as aansluiten op de nieuwbouw van het medisch verzorgingscentrum (MVC), waarin onder andere de nieuwe apotheek zou worden gehuisvest. De aanvoer van goederen zou zo veel mogelijk aan dit uiteinde van de magistrale worden geconcentreerd. Om de doelstelling 'per bed één parkeerplaats' te realiseren waren minstens twee, maar liever drie 'Parkhochhäuser' nodig, elk goed voor zo'n 500 parkeerplaatsen in de directe omgeving van het ziekenhuisterrein.⁵⁴

AUTONOMIE OP DE HELLING

De plannen van het Institut für Krankenhausbau waren het product van de optimistische en technocratisch getinte jaren zestig. Alles kon en waarom zou het dan niet mogelijk zijn de organisatie van het ziekenhuis op een geheel andere leest te schoeien? Het ging niet langer om het op afroep bouwen van een nieuw paviljoen. En met de stichting van enkele centrale gebouwen stelde men zich evenmin tevreden. Een grondige centralisatie van het gehele ziekenhuis stond voorop. De artsen bleven weliswaar baas-in-eigen-beddenhuis, maar voor het gebruik van operatiekamers en röntgenapparatuur moesten zij zich met hun patiënten voortaan elders vervoegen. Dat niet iedereen daar even enthousiast over was werd snel duidelijk. Het masterplan vormde een rechtstreekse bedreiging voor de autonomie van de klinieken.

De gemeente Groningen knaagde op haar beurt aan de autonomie van het ziekenhuis. Het APSAZ was al die jaren baas-op-eigen-ziekenhuisterrein, maar in de maatschappelijke stroomversnelling van de jaren zeventig kwam die vanzelfsprekendheid onder vuur te liggen. De bewoners van de saneringswijk Binnenstad-Oost waren er allesbehalve gelukkig mee dat het ziekenhuis een deel van hun woonwijk wilde annexeren. De gemeente Groningen greep die dreiging aan om de autonomie van het ziekenhuis ter discussie te stellen. Het masterplan wees de weg voor de vernieuwing van het ziekenhuis, maar de belangrijkste gesprekspartners trokken hun zwaard. In de jaren zeventig werd duidelijk dat ook een gerenommeerd bureau als het Institut für Krankenhausbau geen ijzer met handen kon breken. Het masterplan kon binnen en buiten het ziekenhuis op erg weinig steun rekenen.

51

52

3. Staf en stad stellen hun grenzen

Het APSAZ begon de jaren zeventig met een nieuwe naam (AZG) en plannen voor een nieuw soort ziekenhuis. Tussen de oude paviljoens zou stap voor stap een geheel nieuw en efficiënt georganiseerd ziekenhuis worden gebouwd.

Het ziekenhuis bleef waar het was, in de binnenstad van Groningen, maar het zou veel groter worden en een heel andere opzet krijgen. Het masterplan van het Institut für Krankenhausbau was bij directie en bestuur in goede aarde gevallen, maar daarmee was de kogel nog lang niet door de kerk. Directeur-geneesheer Van der Kouwe was er niet gerust op. De uitdrukking ‘masterplan’ zou mogelijk aanleiding geven tot misverstanden, opperde hij. ‘Daarin ziet men een meesterlijk plan.’ Het ware beter het woord uit de roulatie te nemen. De klinici vonden het masterplan inderdaad niet zo meesterlijk en de gemeente Groningen produceerde een waslijst met aanvullende eisen. Dankzij stevig kneden door de medische staf werd het centraal complex een compact centraal complex. De gemeentelijke dressuur stond er borg voor dat het AZG genoeg nam met de beschikbare ruimte op het eigen terrein en dat het zich schikte naar de gewenste stedelijke structuur.⁵⁵

HERVERKAVELING KLINIEK EN PREKLINIEK

Van der Kouwe had een heel andere opvatting over leiding geven dan zijn voorganger Bolt. Hij honoreerde

de wens van het bestuur dat de directie in collegiale samenwerking diende te functioneren. De beslissing om het predikaat geneesheer-directeur in te ruilen voor dat van directeur-geneesheer had meer dan alleen symbolische betekenis. Van der Kouwe beschouwde zichzelf op de eerste plaats als directeur. De autonomie van de klinieken werd niet langer als vanzelfsprekend beschouwd en van verschillende zijden werden pogingen in het werk gesteld om bestuur en directie meer invloed op het reilen en zeilen van het ziekenhuis te geven. De rijksoverheid droeg ook een steentje bij. Dankzij de Wet status academische ziekenhuizen kreeg het AZG vanaf 1 juli 1971 rechtspersoonlijkheid. De wet bakende de bevoegdheden van bestuur, directie en hoogleraren scherper af. De klinieken werden omgedoopt tot afdelingen en per afdeling werd een hoogleeraar tot afdelingshoofd benoemd. Van der Kouwe vatte de term afdeling nogal letterlijk op en in organisatie-schema’s plaatste hij bestuur en directie dan ook consequent boven de afdelingshoofden. Die benadering werd hem niet in dank afgenomen.⁵⁶

Dezelfde wet voorzag in de instelling van een overleg van afdelingshoofden, het zogenaamde stafconvent. Vanaf 18 maart 1969 vergaderden de afdelingshoofden

53

54

in een zogenaamd prae-convent over de werkwijze van het in te stellen nieuwe orgaan. Ze bogen zich over de vraag welke onderdelen van het ziekenhuis ‘afdeling’ waren in de zin der wet, en welke onderdelen van de prekliniek wellicht beter ook tot het ziekenhuis konden worden gerekend. Alleen afdelingen namen deel aan de conventsvergaderingen. Door die herverkaveling werd de relatie tussen ziekenhuis en universiteit een stuk duidelijker. Het contact tussen kliniek en prekliniek verloor daarentegen aan intensiteit en de medische faculteit werd op een aantal punten min of meer buitenspel gezet. Als het over ziekenhuisaangelegenheden ging, lag het voor de hand om daarover voortaan in het convent te overleggen. Op 23 augustus 1971 had de eerste vergadering van het convent plaats.

De herverkaveling van klinisch en preklinisch bedrijf stond ook hoog op de agenda bij de plancommissie. In juni 1970 zat deze commissie van directie, medische faculteit en enkele klinische en preklinische hoogleraren drie dagen in hotel 't Heerenhof te Emmen. Zij spraken daar over de opzet van het masterplan en over de relatie tussen kliniek en prekliniek, met name over de invulling van het medisch wetenschappelijk centrum (MWC), het beoogde ontmoetingspunt van onderzoekers uit kliniek en prekliniek. De discussie spitste zich toe op de vraag hoe de klinische en preklinische laboratoria het beste konden worden gecentraliseerd en welke onderdelen daarvoor in aanmerking kwamen. Daar werd nogal verschillend over gedacht.⁵⁷

Zo vond het hoofd van de afdeling interne geneeskunde E. Mandema dat grote klinieken, zoals de zijne, self-supporting behoorden te zijn en over eigen laboratoria moesten kunnen beschikken. Hij voelde er evenwel niets voor om ook alle research aan zijn kliniek te koppelen. Fundamentele research hoorde zijns inziens niet in de kliniek thuis. De neuroloog J. Droogleever Fortuyn deelde die opvatting niet. Hij wilde de research juist wel in de kliniek houden en opperde dat het routineonderzoek het beste kon worden gecentraliseerd. Van de preklinici kwam weer een ander geluid.

Het pathologisch-anatomisch laboratorium stond voor de moeilijke keus of het de kaarten zou zetten op de bouwplannen van de kliniek of op die van de prekliniek. Zowel in het masterplan als in het beoogde preklinisch centrum op het Bodenterrein was helemaal geen rekening gehouden met de bouw van een nieuw laboratorium, zodat het pathologisch-anatomisch laboratorium tussen de wal en het schip dreigde te geraken. De voorkeur ging uit naar aansluiting bij het klinisch bedrijf, maar de voorgestelde splitsing van routineonderzoek en fundamentele research werd door de vertegenwoordiger van pathologische anatomie betiteld als een regelrechte ramp.⁵⁸

De bouwheer van het preklinisch centrum, I. Molenaar, was ook in Emmen. Als het aan hem lag werd het preklinisch centrum midden in het ziekenhuis gebouwd. De verzorgende diensten moesten maar naar het Bodenterrein uitwijken. Zijn voorstel om op die manier het contact tussen kliniek en prekliniek veilig te stellen was wel erg radicaal, en de vergadering ging er niet op in. Molenaars suggestie om het geld voor de bouw van kliniek en prekliniek in één pot te doen was al even radicaal, en kon evenmin op steun rekenen. ‘Emmen’ leverde betrekkelijk weinig oplossingen voor de problematische relatie kliniek-prekliniek. Dat is ook de reden waarom de ruimte voor het medisch wetenschappelijk centrum in het masterplan van een vraagteken werd voorzien. Een subcommissie Medisch Research Centrum moest de problematiek verder uitspitten.⁵⁹

In Hotel 't Heerenhof werd men het wel eens over een ‘tijdelijke’ locatie voor het medisch verzorgingscentrum (MVC). Het MVC, waarin onder meer de nieuwe apotheek moest worden ondergebracht, was in het masterplan getekend aan het zuidelijke uiteinde van de magistrale, de logistieke as van het nieuwe ziekenhuis. Maar op die plaats stond sinds jaar en dag de kliniek voor neurologie. Het voornemen om die kliniek te slopen leidde tot felle protesten. Er werd naarstig gezocht naar een oplossing. Midden op het terrein tussen zusterhuis

en nieuwe vrouwenkliniek was nog wel een plek vrij, maar die lag te ver van de magistrale om een aansluiting te kunnen realiseren. Voor het IFK was die aansluiting essentieel. De plancommissie onderstreepte daarom de tijdelijkheid van de geboden huisvesting.

Tijdelijk kan erg lang duren. Anno 1999 staat het MVC nog steeds op die plek. Bij gebrek aan goede alternatieven kwam het masterplan ongeschonden uit de Emmer conferentie. In februari 1971 werd het, nauwelijks gewijzigd, voorgelegd aan het ziekenhuis. In een aantal hearings werden de reacties van de toekomstige gebruikers geïnventariseerd. Het IFK gaf commentaar op de gemaakte op- en aanmerkingen en beantwoordde de openstaande vragen.⁶⁰

MASTERPLAN ILLUSOIR

Plots kwam er een flinke kink in de kabel. M.L. de Brauw, minister zonder portefeuille belast met wetenschapsbeleid en wetenschappelijk onderwijs, was nog geen maand minister of hij draaide de financiële kraan dicht. Op 2 augustus 1971 kondigde De Brauw een bouwstop af. De studentenhuisvesting en het Academisch Ziekenhuis vielen weliswaar buiten de maatregel, maar de plannen voor het preklinisch centrum konden meteen op sterk water worden gezet.⁶¹

Bij het convent, dat drie weken na de slechte tijding zijn eerste vergadering had, zat de schrik er onmiddellijk flink in. Toen duidelijk was dat de rijksoverheid voorlopig op de rem zou blijven trappen kwam de kritiek op het masterplan pas goed op gang. In verband met 'de benarde toestand van 's lands financiën' zou het plan 'illusoir' zijn. De KNO-arts P.E. Hoeksema vond dat het ziekenhuis de band met het IFK onmiddellijk moest verbreken en zich volledig moest concentreren op verbeteringen van het bestaande ziekenhuis. Sloop van bruikbare gebouwen was onder de huidige omstandigheden absoluut uit den boze. Maar het convent voelde evenmin voor het tijdelijk oplappen van die oude gebouwen en het benadrukte dat alleen

nieuwbouw zinvol was: we hebben geen geld voor interim-oplossingen. Samengevat: 'De vrees bekruipt het convent, dat straks niet voldoende middelen ter beschikking zullen blijken om de wezenlijke noden uit de weg te ruimen.'⁶²

Onder die omstandigheden leek het weinig zinvol om de keuze van het bouwterrein ter discussie te stellen. Niettemin liep het convent ook daartegen te hoop. Van der Kouwe was nadrukkelijk voor nieuwbouw op de bestaande locatie en het masterplan gaf aan hoe dat kon. Toen Van der Kouwe werd gevraagd naar de achtergrond van het besluit antwoordde hij met verbluffende openhartigheid: 'Het is daarom besloten omdat nooit besloten is elders te bouwen.' In Emmen was men vervolgens met een grote boog om het onderwerp heen gelopen. De zaak lag niet meer open en dus hoefde de plancommissie geen verantwoordelijkheid te dragen voor de keuze van de locatie. Toen de kritiek losbarstte, lieten faculteit en convent hun bescheidenheid op dit punt varen en deelden de directie mee dat ze niet achter het besluit stonden. Zij spraken zich overigens evenmin uit voor vestiging elders.⁶³

Donkere wolken pakten zich samen boven het masterplan. De medische staf was allesbehalve tevreden over de gang van zaken. Hoogleraar oogheelkunde N.M.J. Schweitzer zat namens het convent in de plancommissie. Hij had in april 1971 zijn bezorgdheid uitgesproken: het convent zag de plancommissie te veel als een monoliet, als een geheim college dat zonder hen vergaderde over de toekomst van het ziekenhuis. Schweitzer stelde voor om meer klinici in de commissie te benoemen. Een jaar later liet het convent weten dat noch het convent, noch het prae-convent ooit hun goedkeuring hadden gehecht aan het masterplan.⁶⁴

Voor Van der Kouwe kwam die mededeling toch nog vrij onverwacht en bovendien bijzonder ongelegen. In de overtuiging dat het plan de instemming genoot van het ziekenhuis had de directie een afspraak gearrangeerd met wethouder M.J. van den Berg, opdat het gemeentebestuur kon worden geïnformeerd over de

voornemens van het AZG. Die afspraak moest worden afgezegd. Vlak voor de vakantieperiode berichtte de medische faculteit dat ook zij haar oordeel over het masterplan aanhield. In een door voorzitter en secretaris ondertekende brief lichtte het faculteitsbestuur het besluit toe: 'Het feit dat het convent formeel geen instemming met de plannen heeft betuigd, was vanzelfsprekend voor de faculteit een belangrijke handicap bij haar besluitvorming.'⁶⁵

In een vergadering waarin het AZG-bestuur en het conventsbestuur de gerezen problemen bespraken, verklaarde de voorzitter van het convent, de internist H. Doorenbos: 'Veel van het huidige ongenoegen aan de kant van het convent wordt veroorzaakt door de ongrijpbaarheid van de situatie. Daarop richt zich de agressie.' Zelf achtte hij zich niet in staat zijn stem voldoende in te zetten tegen die van rand- en niet-deskundigen. 'Ter illustratie zij gewezen op het masterplan. Twee jaar geleden reeds werd gezegd, dat de situatie vast zou lopen. Nu is die vastgelopen. Het feit, dat het bestuur heeft besloten het plan toch toe te zenden aan de faculteit bewijst dat de sfeer in het convent niet wordt aangevoeld. Het is te betreuren dat het gegeven signaal daarover niet is overgekomen.' Het convent was volgens Doorenbos primair tegen het masterplan omdat onvoldoende mogelijkheid tot inspraak was geboden. Om die reden besloot het convent tot de oprichting van een conventsbouwcommissie (1972), zodat het beter dan voorheen de vinger aan de bouwpolen kon houden. De medewerking aan de plancommissie werd gestaakt.⁶⁶

56

57

EEN COMPACT CENTRAAL COMPLEX

Meyer had in zijn masterplan (1970) prioriteit gegeven aan de bouw van een centraal medisch complex (CMC) en aan een gezamenlijk beddenhuis voor de afdelingen KNO, oogheelkunde, neurologie en neurochirurgie, de zogenaamde Kopfkliniek. Zowel CMC als Kopfkliniek moesten het bij de critici ontgelden. Het nut van de

centralisatie van operatiekamers en röntgenapparatuur werd wel erkend, maar veel afdelingen vonden het prettig om daarnaast ook op de eigen afdeling over die faciliteiten te kunnen beschikken. De anesthesisten en radiologen voelden echter niets voor een dergelijke versnippering van hun werk en drongen aan op maximale centralisatie. Radioloog J.R. Blickman reageerde fel toen bleek dat bestuur en directie hadden ingestemd met de aanschaf van een röntgenunit voor de afdeling KNO. Op die basis zou hij de verantwoordelijkheid voor radiologie op het AZG-terrein niet meer kunnen dragen. Een verdere versnippering vond hij onaanvaardbaar.⁶⁷

De potentiële gebruikers van de Kopfkliniek konden weinig enthousiasme opbrengen voor hun nieuwe onderkomen. Zij bleven liever in hun oude gebouwen, 'mits daarin bepaalde voorzieningen werden getroffen'. Daar waren zij immers baas in eigen huis, maar in de Kopfkliniek en in het CMC moest de ruimte worden gedeeld met anderen. Een van de kandidaten voor de Kopfkliniek, de afdeling KNO, beschikte over een betrekkelijk nieuw gebouw (1967), voor KNO was verhuizen dus nog veel minder interessant. KNO-arts Hoeksema was slecht te spreken over het masterplan, niet in het minst omdat zijn nieuwe kliniek het veld moest ruimen voor de bouw van het centraal medisch complex. Het convent vond dat de onderkomens van oogheelkunde en neurologie nog best een tijdje mee konden. Het drong er daarom bij het bestuur op aan het idee Kopfkliniek te laten varen en snel in Den Haag te gaan praten over de bouw van het centraal medisch complex.⁶⁸

Het AZG-bestuur wilde niet meteen het hele masterplan overboord zetten en stuurde daarom aan op de instemming van het conventsbestuur met de bouw van een deel van het plan (een deel van het CMC, één polikliniek en één beddenhuis). Op die manier zou ook de KNO-kliniek voorlopig kunnen worden gespaard. Het convent stemde in met die gedachte, maar het aarzelde om aan te geven voor welke afdeling het eerste

57

58

beddenhuis bestemd was. Op dit punt leek de opzet van het convent, als college van afdelingshoofden, de vergadering parten te spelen. De bestemming van het beddenhuis bleef een tijdje zeer vaag. Het ging om 'een gebouw dat 400 bedden zou kunnen bevatten, dan wel een kleiner aantal bedden en een administratie-afdeling die in een later stadium geschikt kan worden gemaakt voor beddenafdeling, of een gebouw met een bepaald aantal bedden en één of meer diensten.' De chirurg J. Oldhoff verzuchtte bij die gelegenheid, dat het convent over dit onderwerp waarschijnlijk nooit tot eensgezindheid zou komen. Nochtans besloot de vergadering kort daarop met vrijwel algemene stemmen dat het nieuwe beddenhuis zou worden bestemd voor de afdeling chirurgie. De afdeling chirurgie hoefde, alleen al door haar omvang, minder bevreesd te zijn voor het verlies van zelfstandigheid. De afdeling vroeg echter zoveel – 21 operatiekamers en 430 bedden – dat het convent met recht vreesde dat andere wensen in het gedrang kwamen.⁶⁹

IFK adviseur Meyer had al die tijd niet stilgezeten. Het plan voor Groningen zag er inmiddels heel anders uit. De nieuwe opzet, waarvan hij op 16 april 1973 een eerste versie overlegde, en die hij omschreef als de 'uitwerking van de eerstkomende bouwfase', was in veel opzichten een nieuw plan (figuur 12). Het centraal complex was omgevormd tot een compact centraal complex. De bouwdelen van het CMC en van de poliklinieken waren in elkaar geschoven en de beddenhuizen stonden niet meer naast, maar op het CMC. De magistrale kreeg daardoor een veel eenvoudiger beloop. De toegang tot het complex liep niet meer via een bezoekersplatform, maar over een helling die tot op de eerste verdieping reikte. Het plan ging in op de uitdrukkelijke wens van het convent om bruikbare gebouwen zo veel mogelijk te handhaven. In het oorspronkelijke masterplan waren de klinieken voor neurologie en oogheelkunde ten dode opgeschreven. In de herziene versie konden ze blijven staan. Het was zelfs mogelijk om de chirurgische kliniek te behouden.⁷⁰

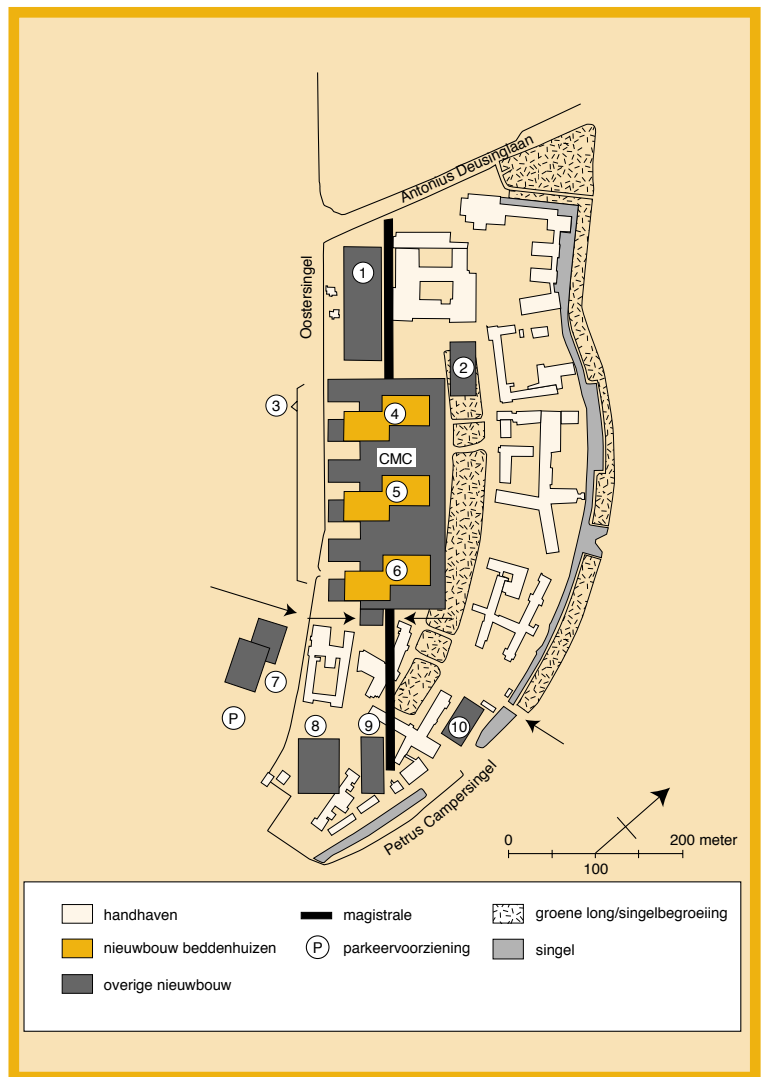


Fig. 12. Het herziene masterplan uit 1973 (Institut für Krankenhausbau, Berlin). Door de beddenhuizen (4-6) niet naast maar op het centraal medisch complex (CMC) te plaatsen werd veel ruimte gewonnen, kon de 'groene long' worden behouden en werden enkele gebouwen voor sloop behoeft. De ingang van de poliklinieken (3) was net als in 1970 aan de Oostersingelzijkte gedacht. Personeel en bezoek konden zowel hier als via de Petrus Campersingel het terrein betreden. In plaats van het grote bezoekersplatform verschaftte een helling, vlak naast het CMC, de bezoekers toegang tot de eerste verdieping van het CMC. Het medisch researchcentrum (1) was aangevuld met een studiecentrum en de ambities aan de overzijde van de Oostersingel (7) waren iets gewijzigd. De revalidatie (2), het verzorgingscentrum (8), het MVC (9) en de opname (10) lagen op vrijwel dezelfde plek.

Binnen de conventsbouwcommissie was men het snel eens. Op 20 september 1973 stemde de commissie in met het herziene masterplan. Daarmee is overigens niet gezegd dat de kritiek was verstomd. Dankzij Meyers pogingen om zo veel mogelijk oude gebouwen voor sloop te behoeden kon ook de oude kinderkliniek worden gehandhaafd. De kinderarts K.K. Bossina was daar helemaal niet gelukkig mee en hij stak zijn teleurstelling niet onder stoelen of banken. In het oorspronkelijke masterplan was een prominente plaats ingeruimd voor de nieuwbouw van de kinderkliniek, maar in de herziene versie ontbrak elk spoor. Er waren meer ontevreden geluiden in het convent. De neurochirurg J. van Manen verwoordde de frustraties, hij stelde voor om 'de hele bouwproblematiek aan een bouwonderneming uit te besteden'. Die zou er weliswaar aan verdienen, maar dan zou er tenminste ook werkelijk iets tot stand worden gebracht. Volgens hem schoot men 'met jarenlang geleuter over allerlei luchtkastelen' niets op.⁷¹

De vooruitzichten waren inderdaad niet rooskleurig. Door de nieuwbouw van CMC en chirurgie zou iedereen een plaatsje opschuiven op de wachtlijst, maar het was nog helemaal niet duidelijk wanneer met de nieuwbouw kon worden begonnen. Eerst en vooral moest immers de apotheek nog verhuizen naar het nieuwe medisch verzorgingscentrum. Het programma van eisen voor het MVC lag al bijna anderhalf jaar bij het ministerie en wie weet hoe lang het nog zou duren eer Den Haag het groene licht gaf. Veel afdelingen konden daar niet op wachten en moesten het hebben van interim-voorzieningen.

Dat gold evenzeer voor de afdeling chirurgie. Die had weliswaar de hoogste prioriteit voor nieuwbouw, maar het water stond de chirurgen tot de lippen. Het afdelingshoofd van chirurgie P.J. Kuijjer luidde de noodklok en richtte zich in dramatische bewoordingen tot het ziekenhuisbestuur: 'Er zij daarbij ernstig voor gewaarschuwd, dat het failliet van de afdeling chirurgie het failliet van het hele ziekenhuis ten gevolge zal hebben.

Een onmiddellijk ingrijpen is geboden.' Chirurgie was zelf al op zoek gegaan naar oplossingen en had het oog laten vallen op de nieuwbouw voor de afdeling gynaecologie en obstetrie: de vrouwenkliniek. Die zou na twintig jaar praten en bouwen eind 1974 eindelijk in gebruik worden genomen. Het gebouw was erg ruim opgezet, maar door een sterke daling van het aantal geboorten zou de klandizie van moeder en kind waarschijnlijk flink tegenvallen. Een deel van de vrouwenkliniek zou voorlopig leeg blijven staan. De afdeling gynaecologie en obstetrie wilde de vierde verdieping graag gebruiken als kraamhotel, maar het bestuur besloot om de knelpunten bij andere afdelingen voorrang te geven. Orthopedie verhuisde begin 1976 van de oude chirurgische kliniek naar de vierde verdieping van de vrouwenkliniek. Voor beademing was al eerder ruimte in het gebouw gereserveerd, voor plastische chirurgie bleek het in 1981 eveneens een uitkomst.⁷²

HERIJKING VAN DE PLANNEN

In de jaren zeventig was de verhouding tussen gemeentebestuur en ziekenhuis veel minder vredig dan in de jaren zestig. In korte tijd was er ook heel wat veranderd. Op 1 juli 1971 kwam er na honderdtwintig jaar APSAZ een abrupt einde aan de samenwerking van provincie, gemeente en universiteit in APSAZ-verband. Het Academisch Ziekenhuis was niet langer 'Stads' of 'Algemeen Provinciaal', maar verkreeg, dankzij de Wet status academische ziekenhuizen, een eigen rechtspersoonlijkheid. Het nieuwe Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) stond voortaan op eigen benen en de relatie met de gemeente verloor een deel van haar vanzelfsprekendheid en intimiteit. De gemeente mocht nog wel een vertegenwoordiger in het nieuwe bestuur aanwijzen, maar dat was eerder een gunst dan een recht.

Ook het gemeentebestuur werd in die periode geconfronteerd met nogal wat veranderingen. De linkse partijen leken uit een diepe winterslaap ontwaakt en vanaf 1970 was 'nieuw links' ruim vertegenwoordigd

in de gemeenteraad. Twee jaar later maakten ze de dienst uit in het college van B&W. De nieuwe politiek van inspraak en kleinschaligheid kende een ongekende dynamiek en de stadsvernieuwing van Groningen werd met veel energie ter hand genomen. De politiek van grootschaligheid moest het daarentegen een tijdje stellen zonder haar trouwe bondgenoot: de groei. De wereld-economie had mede dankzij de energiecrises enkele gevoelige dreunen te verwerken gekregen en hoewel de Nederlandse staatskas kon profiteren van de hogere opbrengsten van het Groninger aardgas, werd door de successieve Nederlandse regeringen steeds steviger bezuinigd. Groningen werd bovendien niet groter. De groeicijfers van de Groninger bevolking maakten in 1971 plots rechtsonkeer. De stedelijke uitbreidingsplannen verloren daardoor een deel van hun bestaansgrond en Goudappels voorstellen werden terzijde gelegd.

De gemeente Groningen had in het nieuwe AZG-bestuur weliswaar minder te zeggen, maar daarmee is niet bewaerd dat haar invloed op het AZG onbetekenend was. Daarvoor had het gemeentebestuur te veel troeven in de hand. In 1972 schoof de gemeente Groningen wethouder A.A.M.F. Staatsen naar voren als lid van het nieuwe AZG-bestuur. Kort na zijn benoeming kaartte Staatsen de bouwplannen van het AZG aan. Hij opperde dat het noodzakelijk was om daarover opnieuw met het gemeentebestuur van gedachten te wisselen. 'Het huidige gemeentebestuur stelt zich op het standpunt, dat veel plannen uit het verleden toe zijn aan her-ijking.' Wethouder Van den Berg wilde daar weleens over praten. Staatsen zette daarvoor de toon door de mededeling te doen, 'dat aan vroegere gesprekken met ambtelijke instanties van de gemeente geen waarde mag worden toegekend'. Vooralsnog kon het AZG-bestuur echter niet op de uitnodiging van Van den Berg ingaan. Er was toen nog te veel onduidelijkheid over de status van het masterplan. De afspraak met Van den Berg werd pas gearrangeerd nadat de conventsbouwcommissie haar fiat had gegeven aan de herziene versie van het masterplan.⁷³

Tijdens het gesprek, dat op 22 oktober 1973 plaats had, liet Van den Berg zich omstandig informeren over het herziene masterplan. Hij bevestigde dat het gemeentebestuur de locatie van het ziekenhuis 'als een gegevenheid' beschouwde, met andere woorden: het AZG hoefde niet om te zien naar een andere plek. Maar verder hield hij zich op de vlakke. De door Staatsen aangekondigde 'her-ijking' liet nog even op zich wachten. In het begin van dat jaar was de projectgroep Binnenstad ingesteld. Deze groep van gemeentelijke en externe deskundigen kreeg de opdracht om binnen een strak tijdschema toe te werken naar het ontwerp voor een structuurplan en een globaal bestemmingsplan voor de binnenstad van Groningen. In verband met de tijdsdruk werd later besloten om meteen een stedenbouwkundig plan te ontwerpen. Van alle gebruikers van de binnenstad bezette het Academisch Ziekenhuis Groningen de grootste aaneengesloten ruimte. Een gesprek tussen AZG en projectgroep lag dus voor de hand. De AZG-delegatie hield aan het eerste contact met de projectgroep een positief gevoel over. De projectgroep had hen eigenlijk alleen maar gewezen op de noodzaak de openheid en de doorgankelijkheid van het terrein te bevorderen en de 'humanisering' van het complex te vergroten.⁷⁴

BARRIÈRE

Kort daarop waren er binnen het AZG een paar belangrijke personeelswijzigingen. In 1974 werd de AZG-directie aangevuld met een technisch directeur: J. Kluck. Op de dag van Klucks aantreden bleek hoe hard de directie aan versterking toe was. Directeur-geneesheer Van der Kouwe ging met onmiddellijke ingang voor geruime tijd met ziekteverlof. De toename van de werkzaamheden was hem duidelijk te veel geworden. Het lag in de bedoeling de portefeuille planning en bouwzaken aan Kluck over te dragen, maar door het plotselinge wegvallen van Van der Kouwe had de overdracht meer weg van het springen op een rijdende trein. Kluck stond er overigens niet helemaal alleen voor. In een van de

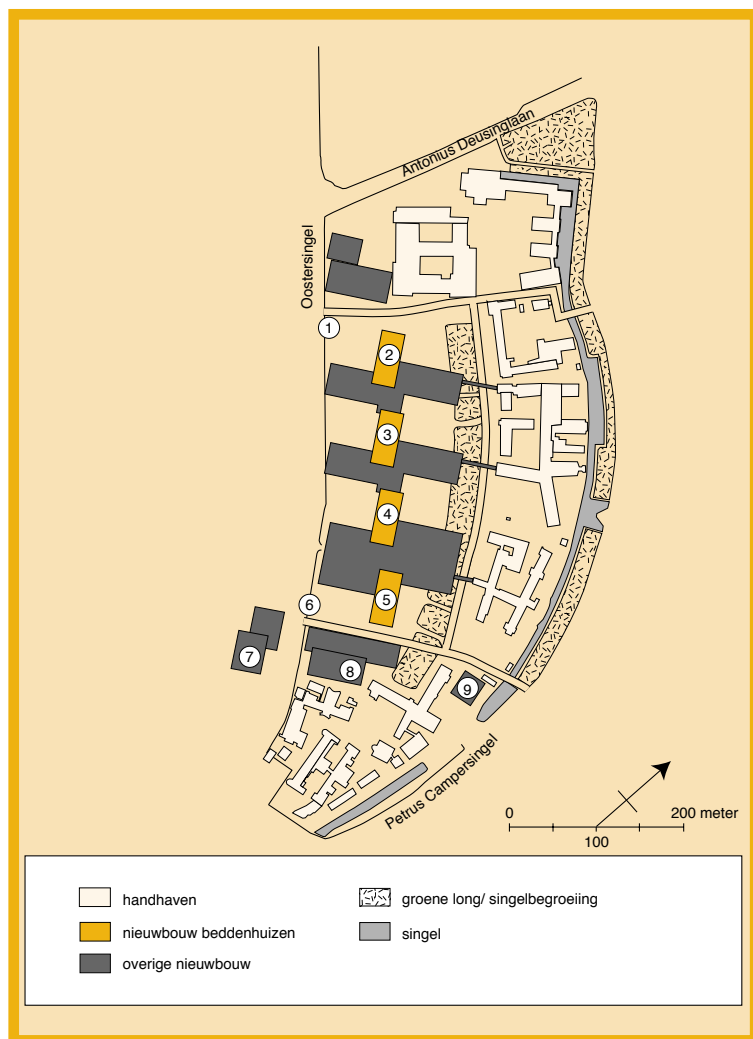


Fig. 13. Kruisheer: 'Een Visie' (1974). De visie die architect Kruisheer in 1974 voorlegde aan de AZG-directie bouwd voort op de ideeën die het Institut für Krankenhausbau had aangereikt. Maar met zijn schets sloeg Kruisheer ook een heel andere weg in. Hij gaf de voorkeur aan kleinschaligheid en toonde zich een pleitbezorger van de integratie van het ziekenhuis in het stedelijk weefsel. Hij stelde voor om twee openbare wegen over het terrein aan te leggen (1 en 6) en vergrootte de toegankelijkheid door alle ingangen op de begane grond te houden. Het centraal medisch complex dat hem voor ogen stond was minder compact en bestond uit slechts twee lagen. De beddenhuizen (2-5) hadden zeven lagen en stonden gedeeltelijk op de begane grond, gedeeltelijk op het CMC. Voor de overzijde van de Oostersingel (7) sloot Kruisheer aan bij de IFK-voorstellen. Maar zijn zeven lagen hoog verzorgingscentrum (8) plaatste hij dicht bij het CMC. Voor de opname (9) hield hij ongeveer dezelfde plaats aan als het IFK.

wagons zat G. Dijkstra, rechterhand van Van der Kouwe en vanaf het prille begin betrokken bij de planning van het nieuwe ziekenhuis. Op het perron van een van de eerstvolgende stations liep architect J.E. Kruisheer zich warm om eveneens op de trein te springen. De adviezen van het Institut für Krankenhausbau werden hogelijk gewaardeerd, maar naast de organisatorisch getinte adviezen die het Berlijnse instituut produceerde, werd steeds sterker de behoefte gevoeld ook de vormtechnische kant in beeld te brengen. Daarvoor was een architect nodig.⁷⁵

Het volgende hoofdstuk gaat uitgebreid in op de 'sollicitatiegesprekken' met de kandidaten, hier noemen we slechts een aspect van de procedure. Architect Kruisheer produceerde bij die gelegenheid de notitie 'Een Visie' (maart 1974). Daarin zette hij zijn ideeën over de nieuwbouw van het AZG op papier (figuur 13). 'Een Visie' is met name interessant omdat Kruisheer vergelijkbare opvattingen ventileerde als de projectgroep Binnenstad en bruikbare oplossingen aanreikte voor de gesignaleerde problematiek. Kruisheers visie had op dat moment evenwel slechts de status van een 'sollicitatiebrief' en werd dus niet in het overleg met de projectgroep ingebracht.

De projectgroep Binnenstad had haar gesprekspartner AZG niet het achterste van de tong laten zien. De kritiek die begin 1975 werd geformuleerd kwam dan ook als een donderslag bij heldere hemel. In januari van dat jaar publiceerde de projectgroep de nota 'Het Tussenbericht-deel II'. De nota was vooral bedoeld om conflicten en problemen te signaleren, het geven van oplossingen was van later zorg. De nota ging in op de problematische kanten van het grote AZG-terrein in de binnenstad: 'Als gevolg van de langgerekte vorm en de ondoordringbaarheid vormt het ziekenhuisterrein een barrière tussen de binnenstad en de Oosterparkwijk.' Of, in stedenbouwkundig jargon: 'Door deze barrièrewerking wordt een geleidelijke, trapsgewijs verloopende functionele overgang van stadscentrum via randgebied naar woongebied onderbroken.'

Deze wat nuchtere vaststelling werd gevolgd door enkele passages waarin de projectgroep flink van leer trok tegen het AZG: 'Het ziekenhuis dient zich agressief aan. De nieuwbouwplannen worden – niet geheel ten onrechte – door de bewoners van het aangrenzende stadsvernieuwingsgebied “binnenstad-oost” reeds jarenlang als een regelrechte bedreiging van hun bestaan gevoeld.' Daar kwam dan ook nog eens de parkeer- en verkeersdruk bij: 'Straten en braakliggende terreinen zijn niet zelden geheel gevuld met de auto's van werknemers en bezoekers.' De projectgroep wees op de slechte verbinding tussen centrum en ziekenhuis. Bezoekers en werknemers profiteerden daardoor te weinig van het centrum en het centrum profiteerde te weinig van het ziekenhuis.⁷⁶

Een van de leden van de projectgroep, H. Pol, beleidsmedewerker van de afdeling stadsontwikkeling en stadsbezittingen der gemeente Groningen, deed er nog een schepje bovenop. In een nota voor de commissie Herbezinning universitaire huisvesting zette Pol de opzet van de stadsvernieuwing uiteen. Hij verwees naar het raadsbesluit van 8 april 1974 waarin de aanpak van de stadsvernieuwing werd vastgelegd. 'Dit houdt in, dat de projectgroep Stadsvernieuwing voor een 17-tal daartoe door de gemeenteraad aangewezen stadsvernieuwingsgebieden stadsvernieuwingsplannen voorbereidt, welke stadsvernieuwingsplannen kunnen worden beschouwd als de nadere uitwerking (ex art. 11 van de Wet op de ruimtelijke ordening) van het globale bestemmingsplan.'

Het ging dus niet om enkele losse plannetjes, maar om een samenhangend vernieuwingsplan met belangrijke consequenties voor de gehele stad. Pol stak de waarschuwend vinger op en schetste een onaangenaam perspectief: 'Indien de plannen van de universiteit [lees het Academisch Ziekenhuis] niet passen in hetzij het globale bestemmingsplan, hetzij de daarop gebaseerde uitwerkingsplannen, zijn de problemen nauwelijks te overzien.' Overleg was dus een absolute vereiste. Voor het overleg met het AZG gaf Pol alvast

een voorzet: 'In principe mogen de uitbreidingsplannen van het Academisch Ziekenhuis de Oostersingel niet overschrijden. Alleen wanneer het gaat om kleinere niet-(ziekenhuis) terrein gebonden functies die zich goed laten inpassen' kon daarvan worden afgeweken. Het ziekenhuis moest niet denken dat het zijn gang kon gaan. 'Heel nadrukkelijk zal ook de stad gebaat moeten zijn bij een eventuele overschrijding van de Oostersingel.'⁷⁷

NIEUWE SINT JANSSTRAAT

Ook op andere fronten werden de gemeentelijke kanonnen tegen de vesting AZG in stelling gebracht. Het Groningse gemeentelijk vervoerbedrijf (GVB) kampte in die dagen met een miljoenentekort. De rijksoverheid had zich bereid verklaard het Groninger gemeentebestuur van die financiële molensteen te verlossen, mits de gemeenteraad het eens werd over een nieuw verkeerscirculatieplan. Het ingenieursbureau Dwars, Heederik, Verhey (DHV) tekende voor het nieuwe voorstel. Het verkeerscirculatieplan stelde onder meer een verbreding en verlenging voor van de Nieuwe Sint Jansstraat. Deze verbindingsweg tussen stad en ziekenhuis zou niet alleen naar, maar voortaan ook over het AZG-terrein lopen en aan de andere kant aansluiten op de Petrus Campersingel. Op die manier werd een betere verbinding voor openbaar vervoer en (brom)-fietsverkeer gerealiseerd. De Oostersingel was bestemd voor eenrichtingsverkeer en kortparkeerders. Het verkeerscirculatieplan ontlokte technisch directeur Kluck de verontwaardigde reactie: 'Als het ware tussen de regels door wordt middels de ideeën van dit verkeerscirculatieplan nu reeds vorm en inhoud gegeven aan een nog in ontwikkeling zijnd bestemmingsplan ...'⁷⁸

Het overleg tussen het AZG en de projectgroep Binnenstad ging op dat moment namelijk ook over de inrichting van de Nieuwe Sint Jansstraat. De projectgroep claimde de verlenging van die straat over het AZG-terrein en was bereid om in ruil daarvoor enkele

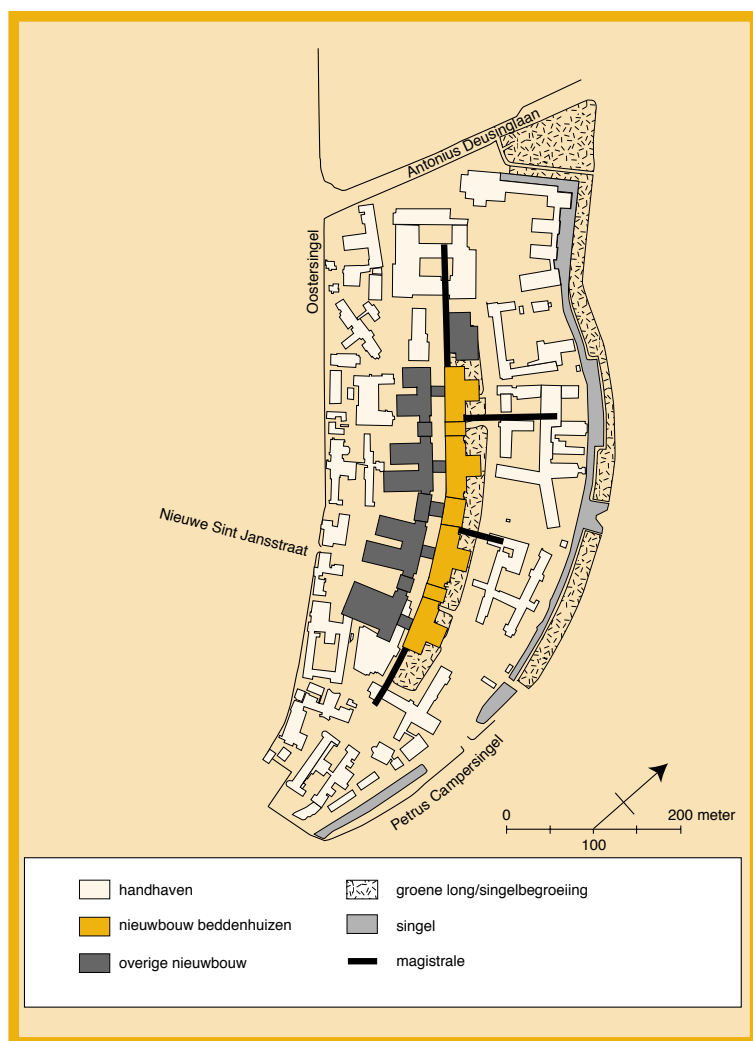


Fig. 14. IFK Masterplan variant 1975. In 1975 werd van de zijde van het Institut für Krankenhausbau de mogelijkheid geopperd de nieuwbouw van het ziekenhuis niet langs de Oostersingel, maar in het centrum van het terrein te plaatsen. De projectgroep Binnenstad was bijzonder gecharmeerd van die oplossing, omdat de massaliteit van het ziekenhuiscomplex daardoor minder in het oog zou springen. Dat ging ten koste van de groene long. Door aanplant aan de Oostersingel zou het verlies zo veel mogelijk worden gecompenseerd.

kleinschalige ziekenhuisdiensten langs die toegangsweg te gedogen. Buurtgroep Binnenstad-Oost juichte de verlenging van de Nieuwe Sint Jansstraat toe, maar protesteerde tegen de verbreding, omdat die een verdere verbrokkeling van de wijk tot gevolg zou hebben. Het college van B&W was gevoelig voor dat protest en zag af van verbreding. Het openbaar vervoer moest dan maar via een andere route worden gedirigeerd. In een smalle Nieuwe Sint Jansstraat kon het AZG evenwel nauwelijks uit de voeten en het was inmiddels wel de laatste plek buiten het ziekenhuisterrein waar het AZG nog iets mocht doen: 'Wij achten een overschrijding van de Oostersingel door het Academisch Ziekenhuis alleen toelaatbaar voor zover het kleinere ziekenhuisfuncties betreft en dan nog slechts langs (het niet-bebouwde gedeelte van) de Nieuwe Sint Jansstraat.' De wens van het AZG om de Oostersingel aan weerszijden te bebouwen had geen relatie meer met de werkelijkheid.⁷⁹

Het IFK deed in 1975 de suggestie om het nieuwe ziekenhuiscomplex niet aan de kant van de Oostersingel maar midden op het terrein te bouwen (figuur 14 en 15). Het oogste daarmee veel lof van de projectgroep Binnenstad. Op die locatie zou het AZG een veel minder grote bedreiging vormen voor het stadsvernieuingsgebied Binnenstad-Oost. Het terugleggen van de rooilijn opende bovendien het fraaie perspectief de Oostersingel in het groen te kunnen zetten. De verschuiving zou weliswaar ten koste gaan van de groene long, maar er kwam op die manier wel ruimte vrij voor 'groene openingen' naar de Oostersingel. Het plan van Goudappel om de Oostersingel om te toveren tot een vierbaansweg was van de baan en de Oostersingel werd dus niet breder. Dankzij het IFK-voorstel zou hij wel een stuk ruimer ogen.⁸⁰

Kluck had er nog steeds geen vrede mee dat de projectgroep Binnenstad in het verlengde van de Nieuwe Sint Jansstraat een openbare weg over het AZG-terrein wilde aanleggen. Kort voor het verschijnen van het stedenbouwkundig plan lanceerde de projectgroep ook nog het voornemen om de 'magistrale', de noord-zuidverlopende

verbindingsas van het AZG, tot openbaar gebied te verklaren. De projectgroep verordonneerde dat de toegang tot het terrein aan deze noord-zuidas moest liggen, met andere woorden aan de Antonius Deusinglaan of aan de Oostersingeldwarsstraat. En het zware bedieningsverkeer mocht alleen nog via de noordelijke ingang het terrein op. Verder ging de projectgroep ervan uit, dat het AZG voor bezoek en personeel op eigen terrein in parkeergelegenheid zou voorzien.⁸¹

Dat ging Kluck allemaal veel te ver, de liefde moest wel van twee kanten komen: ‘Wij kunnen ons niet laten manoeuvreren in een richting, die uitsluitend overeenstemt met uw ideologie voor de binnenstad.’ Op dat moment werd niet langer op de bal maar ook op de man gespeeld. In een omstandige reactie op Klucks bezwaren voegde Pol zijn gesprekspartner venijnig toe: ‘Hier wordt het probleem nogmaals duidelijk: het is het ziekenhuis kennelijk niet mogelijk, uit welke gronden dan ook, zijn eigen ontwikkelingsprogram te formuleren.’⁸²

Wethouder Van den Berg kwam eraan te pas om het gesprek weer een zakelijk karakter te geven. Van den Berg slikte een deel van de eisen in en deed op andere punten water bij de wijn. Het openbaar karakter van de noord-zuidas zou juridisch niet zo hard worden geformuleerd en het AZG mocht de oost-westverbinding over het terrein (het verlengde van de Nieuwe Sint Jansstraat) binnen zekere marges verschuiven. Van den Berg liet het AZG ruimte om de toegang tot het terrein elders te lokaliseren en concludeerde tenslotte, dat er, behoudens het parkeerprobleem, geen geschilpunten meer waren. Van den Berg hield wel vast aan de eis dat het AZG voor bezoek en personeel op eigen terrein in parkeergelegenheid moest voorzien. Maar ook hierbij werd de soep niet zo heet gegeten als hij werd opgediend: ‘Wij kunnen ons evenwel voorstellen dat er zich situaties kunnen voordoen waarin in redelijkheid niet geheel aan dit uitgangspunt kan worden vastgehouden ... Kan dit laatste onomstotelijk worden aangetoond, dan achten wij het – onder (stringente) voorwaarden – verlenen van vrijstelling op zijn plaats.’⁸³

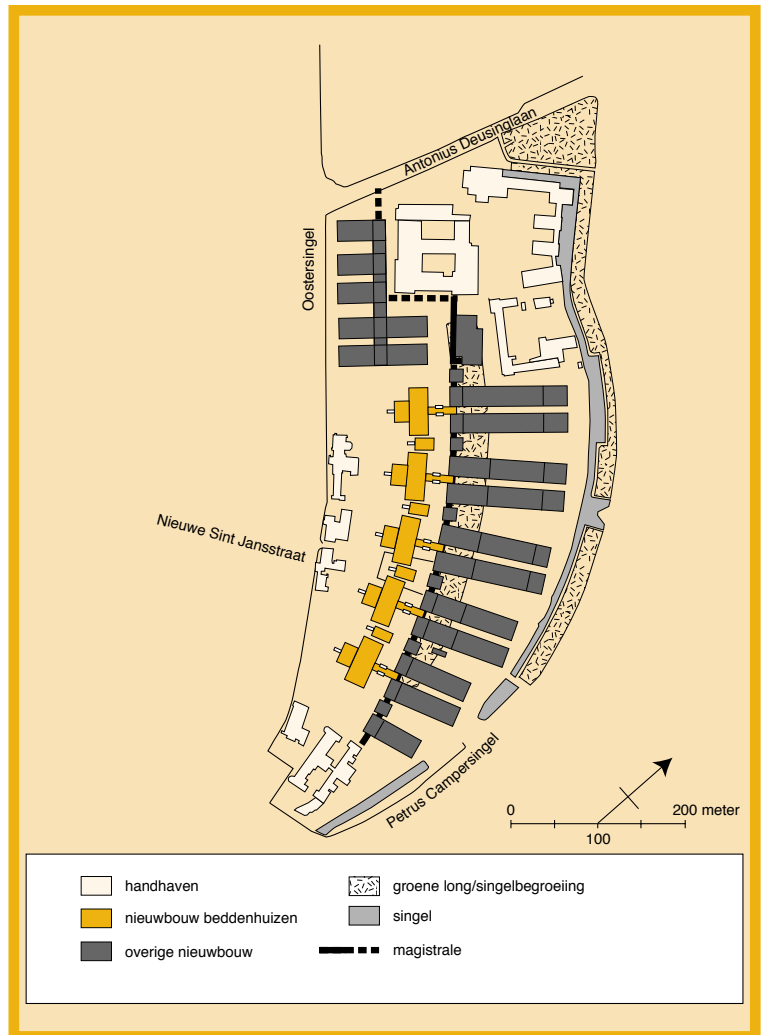


Fig. 15. IFK Masterplan 1976. In 1976 verzorgde het IFK een nadere uitwerking van de suggestie om het complex naar het centrum van het terrein te verschuiven. Deze variant is het spiegelbeeld van het voorstel uit 1975. Het geheel heeft wat weg van een trappiramide. Het CMC heeft aan de Petrus Campersingel één verdieping, in het centrum van het terrein drie. De beddenhuizen aan de Oostersingelzijde hebben vijf verdiepingen.

BESTEMMINGSPLAN VOOR DE BINNENSTAD

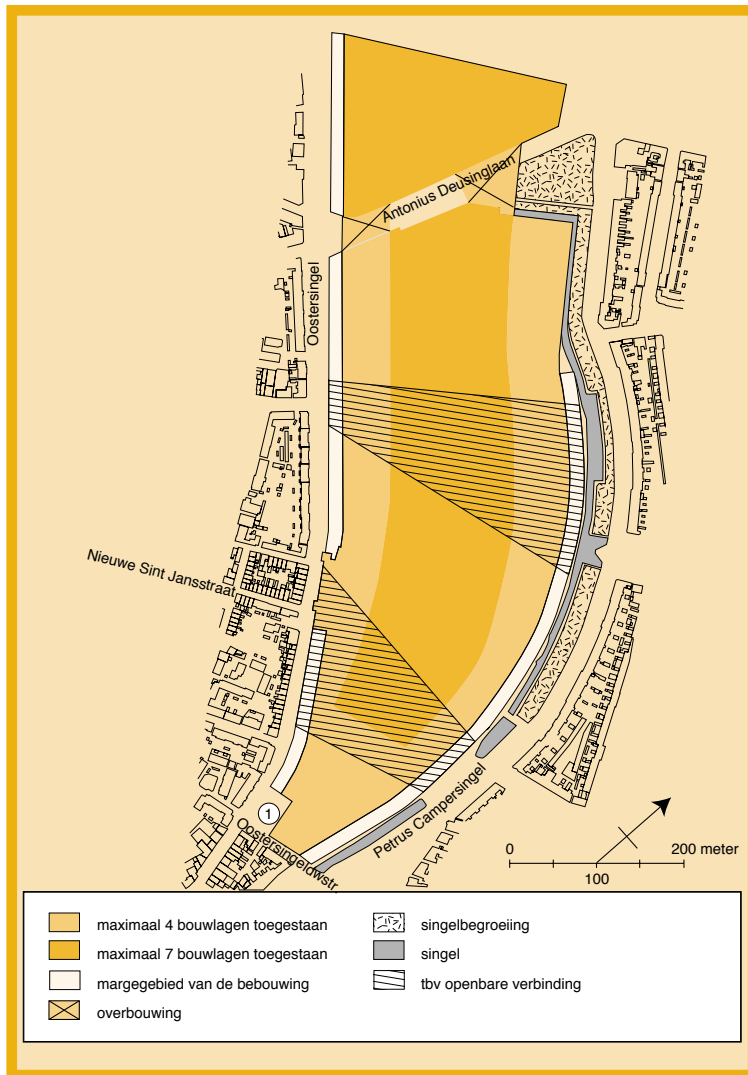


Fig. 16. De bestemming van het AZG-terrein volgens het ontwerp-bestemmingsplan Binnenstad Groningen 1976. Het AZG mocht niet buiten het ziekenhuisterrein bouwen en het werd verplicht om het complex zo veel mogelijk in het midden van het terrein te concentreren. Op twee plaatsen moest het AZG openbare verbindingen over het terrein gedogen. Door een compromis met de buurtgroep Binnenstad-Oost kon de hoek van de Oostersingel en de Oostersingeldwarsstraat (1) aan het ziekenhuisterrein worden toegevoegd. Dat ging wel ten koste van de aanspraken van het AZG op ziekenhuisvestigingen aan de Nieuwe Sint Jansstraat.

Na de vaststelling van het stedenbouwkundig plan zette Groningen zich aan het maken van een bestemmingsplan. De projectgroep Binnenstad werd omgedoopt in werkgroep Binnenstad en er had opnieuw een aantal sessies plaats tussen wethouder Van den Berg, de werkgroep en het AZG. Het AZG was gehouden langs Oostersingel en Petrus Campersingel niet meer dan vier bouwlagen te realiseren, terwijl in het middengedeelte maximaal zes lagen mochten worden gebouwd, in de omgeving van de vrouwenkliniek zeven. Daar was voor het AZG goed mee te werken. De ideeën om veel hoger te bouwen waren eind jaren zestig verlaten, het masterplan hield een vrij bescheiden bouwhoogte aan. Na afloop van de bespreking concludeerde Kluck dan ook: 'Dit gesprek is tegen verwachting gunstig uitgevallen. Als de gemeente zich houdt aan hetgeen in dit gesprek is afgesproken, kan het ontwikkelingsplan van het AZG passend in het bestemmingsplan van de gemeente worden gerealiseerd.' Daarmee is niet gezegd dat Kluck met alle punten gelukkig was. Hij had veel moeite met de geringe verdiepinghoogte. Het AZG kon niet uit de voeten met het maximum van 3 meter 50 dat de werkgroep voorschreef. Dat was een maat 'waarvan voor iedere deskundige duidelijk moet zijn dat een academisch ziekenhuis zich hierin niet laat voegen'.⁸⁴

Op de hoek van de Oostersingel en de Oostersingeldwarsstraat stond een vijftiental pandjes waarin een aantal woningen en wat ziekenhuisactiviteiten waren ondergebracht. De pandjes waren voor een groot deel eigendom van het AZG, maar de werkgroep Binnenstad had aan die hoek een woonbestemming toebedacht. De werkgroep had er geen bezwaar tegen als het ziekenhuis achter de woningen een parkeergarage bouwde, maar een exclusieve ziekenhuisbestemming zat er wat haar betrof niet in. Kluck had daar moeite mee en hij was ook niet van plan om zich erbij neer te leggen. In april 1977 vroeg hij een sloopvergunning aan voor de pandjes en hij legde wethouder Van den Berg een

schets voor van de beoogde parkeergarage. Van den Berg ging volgens Kluck, 'zij het met enige pijn', akkoord met de sloop van de woningen. Bureau Bugel en Van de Dijk werd verzocht om een ontwerp voor de parkeergarage te maken.⁸⁵

In mei 1977 werd het ontwerp-bestemmingsplan 1976 ter visie gelegd (figuur 16). Bij die gelegenheid bleek dat het overleg met de gemeente nog lang niet ten einde was. Artikel 25 lid 1 van het ontwerp-bestemmingsplan liet daar geen misverstand over bestaan: 'Er mag slechts gebouwd worden volgens een door burgemeester en wethouders vastgesteld uitwerkingsplan.' Het AZG diende daarom een bezwaarschrift in bij de gemeenteraad en nam in het schrijven een waslijst van op- en aanmerkingen op: de maximaal toegestane verdiepinghoogte was te gering en de benodigde parkeervoorzieningen konden onmogelijk op eigen terrein worden gerealiseerd. Voor de hoek van de Oostersingeldwarsstraat claimde het AZG de bestemming 'ziekenhuisvoorziening'. In de Nieuwe Sint Jansstraat had de gemeente een dergelijke claim weliswaar erkend, maar in het bestemmingsplan was daarover niets terug te vinden.⁸⁶

Het bestemmingsplan vervulde een belangrijke functie in de gemeentelijke plannen voor de stadsvernieuwing. Door de plannen in te bedden in een bestemmingsplan-procedure kreeg de stadsvernieuwing een stevig juridisch kader. Daarnaast voorzag het gemeentebestuur zich van een stevige politieke basis door de buurtcomités een belangrijke plaats bij de inspraak toe te delen. Het AZG grensde aan de wijk Binnenstad-Oost en kreeg dus vooral te maken met de buurtgroep Binnenstad-Oost. Op het overleg tussen buurtgroep en AZG-directie rustte aanvankelijk geen zegen. Voor de buurtgroep waren de bouwplannen van het ziekenhuis 'onaanvaardbaar'.⁸⁷

BINNENSTAD-OOST

In juni 1977 werd de wijk Binnenstad-Oost aangewezen tot stadsvernieuwingsgebied en staatssecretaris Schaeffer zorgde voor de benodigde centen om ook

werkelijk een start te kunnen maken. Hij stelde als voorwaarde dat er binnen drie maanden een door de gemeenteraad goedgekeurd plan lag. In de zomer van 1977 werd hard gewerkt om aan die eis te voldoen. Op de informatieavond die daarover in de wijk werd gehouden kaartte opbouwwerkster C. van Beveren de bouw van een nieuw buurthuis aan. Uit een enquête was gebleken dat 71 procent van de bewoners daar positief over dacht: 'Het schip met geld dat thans vanuit Den Haag kan worden binnengevaren betekent dat de verwezenlijking van zo'n buurtcentrum tot de reële mogelijkheden gaat behoren.' Gezien de centrale ligging zou de open plek aan de Nieuwe Sint Jansstraat daarvoor het geschiktst zijn. Die plek werd echter ook door het AZG geclaimd.⁸⁸

Het 'Verbeteringsplan' voor 'Vernieuwingsgebied Binnenstad-Oost' was weliswaar op tijd klaar, maar er kwam een juridische kink in de kabel. Het Verbeteringsplan was een uitwerking van het bestemmingsplan voor de binnenstad, maar dat laatste was nog in de ontwerpfase. Het was dus zaak om de ingediende bezwaren zo snel mogelijk af te handelen, zodat de gemeenteraad het bestemmingplan kon vaststellen. Pas daarna kon het Verbeteringsplan aan het oordeel van de raad worden voorgelegd. Op 14 september 1977 had het AZG een bezwaarschrift ingediend. De dag daarop vertrouwde de buurtgroep haar bezwaren aan het papier toe. De buurtgroep stond lijnrecht tegenover het AZG. 'Binnenstad-Oost heeft als langgerekte, smalle wijk, ingeklemd tussen het stadscentrum en het Academisch Ziekenhuis lange tijd bloot gestaan aan het gevaar te worden gemangeld tussen zijn burens, teruggedrongen te worden als woonbuurt en opgedeeld in een samenraapsel van onsamenhangende vlekken.' De Nieuwe Sint Jansstraat was daar een voorbeeld van. Deze zou in de ogen van de buurtgroep veel minder barrière en veel meer buurtstraat moeten worden. Het ontwerp-bestemmingsplan had echter een te hoog percentage van de beschikbare ruimte bestemd voor dienstverlening – de buurtgroep deed de met name op ziekenhuisvoorzieningen. In haar

70
71

bezwaarschrift stelde buurtgroep Binnenstad-Oost ook de bestemming van de Oostersingeldwarsstraat aan de orde. Daar moest de woonfunctie worden versterkt, de hele noordkant van de straat moest een woonbestemming krijgen.⁸⁹

Wethouder Van den Berg arrangeerde een bijeenkomst om de bezwaren van het AZG en de buurtgroep te bespreken en bij voorkeur zo snel mogelijk van tafel te werken. Hij stelde een ruil voor. In de Nieuwe Sint Jansstraat zou het gemeentebestuur de wensen van de buurtgroep honoreren, terwijl de hoek Oostersingel/Oostersingeldwarsstraat ingevolge de wens van het AZG zou worden bestemd voor ziekenhuisvoorzieningen. Op vrijwel alle punten van het AZG-bezwaarschrift was Van den Berg bereid het ziekenhuis tegemoet te komen. De noodzaak om ook voor het ziekenhuisterrein een uitwerkingsplan te maken bleef evenwel gehandhaafd.⁹⁰

De buurtgroep vond de ruil een slecht idee en bemiddelaar J.W.Th. van Doormaal moest er nogal wat energie in steken om de partijen tot elkaar te brengen. In afwachting van het resultaat van de bemiddelingspoging zag de gemeenteraad zich gedwongen de beslissing over het bestemmingsplan te verdagen. Op 19 januari 1978 kon Van Doormaal aan Van den Berg een definitief akkoord tussen het AZG en de buurtgroep Binnenstad-Oost voorleggen. Het AZG was de buurtgroep enigszins tegemoetgekomen door toe te zeggen dat een pand aan de Kruitgracht door het AZG zou worden ontruimd en dat de groenvoorziening op het zuidelijk terreindeel zorgvuldig zou worden behandeld.⁹¹

Op 6 februari 1978 kon het Bestemmingsplan Binnenstad Groningen worden vastgesteld en kreeg het Verbeteringsplan eindelijk de broodnodige juridische basis. Het AZG wilde echter koste wat kost af van de noodzaak om een uitwerkingsplan te maken. Op 16 maart zond het een bezwaarschrift aan Gedeputeerde Staten van de provincie Groningen. Meer dan een jaar later beschikte GS negatief op dat bezwaarschrift. Als het aan directeur Kluck had gelegen was het AZG in beroep gegaan bij de

Kroon. Een bestuursdelegatie van het AZG sprak evenwel met wethouder Y.H. Gietema en die bleek bereid een gebaar van goede wil te maken. Op 6 juni schreef Gietema: 'Voor zover de ontwikkelingen daartoe aanleiding geven, zijn wij in principe bereid mee te werken aan eventuele herzieningen van het uitwerkingsplan voor het Academisch Ziekenhuisterrein ...' Kluck typeerde de brief als 'correct', maar ook als 'geheel onvoldoende'. Hij achtte een beroep bij de Kroon nog steeds onontkoombaar. De voorzitter van het bestuur belde met Gietema en kreeg de toezegging dat eenzelfde brief zonder de woorden 'in principe' zou worden toegezonden. Het AZG zag af van een beroep bij de Kroon.⁹²

STAPJE VOOR STAPJE

Zowel de medische staf als de gemeente Groningen hadden de teugels stevig aangehaald en de directie moest zich schrap zetten om haar plannen overeind te houden. Op wezenlijke punten moesten de voornemens worden bijgesteld, maar de wens om op het eigen terrein te bouwen stond eigenlijk geen moment echt ter discussie. Commentaar was er te over, maar alternatieven ontbraken of kregen onvoldoende steun.

Het besluit om op het terrein in de Groninger binnenstad te blijven had nogal wat consequenties. De bouw zou veel meer tijd in beslag nemen omdat slechts stapje voor stapje kon worden gebouwd, verhuisd, gesloopt en weer verder gebouwd. Alles bij elkaar zou er toch wel zo'n vijftienvintig jaar mee heen gaan en de kans was groot dat de plannen tegen die tijd volledig achterhaald waren. Het was dus niet verstandig om de plannen meteen volledig uit te werken. Niettemin had de directie zich de opgaaf gesteld om een integraal ziekenhuis te bouwen. Het kon zich dus evenmin veroorloven om vaag te blijven.

Het zou beslist niet eenvoudig zijn om de noodzakelijke samenhang op voorhand vast te leggen zonder de razendsnelle ontwikkelingen op maatschappelijk en medisch gebied uit het oog te verliezen.

4. Integratie, inspraak en kleinschaligheid

De jaren zeventig waren het decor voor een flinke botsing tussen stadsvernieuwers en ziekenhuisbouwers. Terwijl de gemeente Groningen de nieuwe tijd enthousiast omhelsde stond het AZG eigenlijk nog met één been in de jaren zestig. Onder leiding van het Institut für Krankenhausbau was vele jaren gedokterd aan de plannen voor het ziekenhuis en dat had resultaat. Over paviljoenbouw ging het allang niet meer, maar voor niet-ingewijden bleef onduidelijk hoe het ziekenhuis van de toekomst er dan wel uit zou gaan zien.

De plannen van het IFK waren daarvoor veel te schematisch en abstract. Om uit die droomwereld van schema's en abstracties te geraken trok het AZG een architect aan. Er moest per slot van rekening ooit een keer worden gebouwd. Architect J.E. Kruisheer stond met beide benen in de jaren zeventig. Woorden als integratie, inspraak en kleinschaligheid lagen hem voor in de mond. Het AZG benoemde Kruisheer tot hoofdarchitect. De plannen werden concreter. De relatie met de gemeente kwam in een rustiger vaarwater.

SUPERVISOR OF HOOFDARCHITECT

Het Institut für Krankenhausbau had zich met name verdiept in de organisatorische kant van het Groningse ziekenhuis van de toekomst en het was daarmee zo ver gevorderd dat een architect kon worden ingeschakeld. De Dienst Huisvesting en Bouwzaken van de universiteit, die hand- en spandiensten verrichtte voor het ziekenhuis, zag het liefst, dat het AZG voor dat doel een architect-supervisor aantrok en per onderdeel een andere architect met het ontwerpwerk zou belasten. Directeur-geneesheer Van der Kouwe wilde zijn architect een veel sterkere positie geven. Wat

hem betrof werd het een hoofdarchitect, zodat de samenhang tussen de verschillende onderdelen van het complex kon worden gewaarborgd. Het was Van der Kouwes uitdrukkelijke bedoeling om ook na het aantrekken van de hoofdarchitect contact met het IFK te blijven houden.⁹³

In 1972 boog het hoofd van de Dienst Huisvesting en Bouwzaken A.J. Both zich over de vraag welke bureaus voor de klus in aanmerking kwamen. Hij ging daarvoor te rade bij de Bond voor Nederlandse Architecten (BNA)

te Amsterdam en het Bouwcentrum te Rotterdam. Both had oriënterende gesprekken met enkele architecten en produceerde begin 1973 een lijstje met drie kandidaten: het Arnhemse bureau Wiegerinck, Van Balen, Meurkens, Dorigo Architecten BV, de Rotterdamse architecten Kruisheer + Hallink NV en Margry en Jacobs NV. Kort daarop diende zich een vierde kandidaat aan. Vier Groningse architectenbureaus waren tot dan toe steeds bij de nieuwbouw van de universiteit en het ziekenhuis betrokken en zij lieten zich de kaas niet zo gemakkelijk van het brood eten. Ze staken de koppen bij elkaar en richtten zich in een brief tot directeur-geneesheer Van der Kouwe: 'De direkties van de vier bureaus willen hierbij verklaren dat zij de uitgesproken bereidheid hebben om te komen tot een samenwerking, indien zij door u als opdrachtgever in de gelegenheid zouden worden gesteld hun activiteiten in de bedoelde sectoren te ontplooiën.' Naar aanleiding van hun schrijven werd besloten de Groningers op te nemen in de selectieprocedure en hen uit te nodigen voor een gesprek.⁹⁴

Begin 1974 werden gesprekken gevoerd met de kandidaten. De regie voor de procedure was in handen van J.C. Regtien, hoofd van de dienst Organisatie en Efficiency. De selectiecommissie bestond uit Van der Kouwe, Regtien, Dijkstra en Both. De gesprekken werden genotuleerd, de bureaus leverden een schriftelijke bijdrage, ze werden vereerd met een bezoek en in de loop van de procedure legde Regtien de commissieleden enkele keren een evaluatieformulier voor. Op die formulieren kon per bureau op negentien verschillende punten een score van 0 tot 10 worden vastgelegd. Uit het geproduceerde materiaal blijkt dat het bureau Margry en Jacobs er niet in slaagde om de commissie te overtuigen, het viel al vrij snel af.⁹⁵

De samenwerkende Groningse architecten leek een vergelijkbaar lot beschoren. De commissie stond namelijk erg sceptisch tegenover de duurzaamheid van hun samenwerking. Zij wonnen evenwel het ver-

trouwen door het afgeven van een intentieverklaring waarin de oprichting van een gezamenlijke dochteronderneming werd aangekondigd. Op 17 september 1974 werd de geboorte van Team 4 ontwerp bureau gezondheidszorg bv bekendgemaakt. Gezien de grote werkloosheid voelde G.H. Otten, hoofd Bouwzaken van de universiteit, zich geroepen een lans te breken voor Team 4: 'Het behoort toch mede tot de verantwoordelijkheid van opdrachtgevers om terdege rekening te houden met deze langdurige periode van werkloosheid die vooral bureaus in het Noorden zo hard treft ...' In zijn brief, gericht aan Van der Kouwe en Both, drong hij aan op 'een diepgaand onderzoek' naar de mogelijkheden van Team 4. De brief leek mosterd na de maaltijd, want de commissie had ruim drie maanden eerder al besloten niet meer verder te gaan met de Groningers. De optie om Team 4 in te schakelen zou echter nog vele malen onder de aandacht worden gebracht.⁹⁶

Het bureau Wiegerinck, Van Balen, Meurkens, Dorigo en Bureau Kruisheer + Hallink hadden van het begin af aan een betere score. Beide bureaus ontlieden elkaar niet veel. Het Arnhemse bureau wekte vertrouwen waar het ging om de continuïteit, Bureau Kruisheer + Hallink leek de meest geschikte gesprekspartner voor het AZG en de overheid. In de schriftelijke bijdrage van de Arnhemmers stond het werk van het bureau centraal. Het bood een overzicht van de typen ziekenhuizen die ze hadden gebouwd en een korte beschrijving van een nieuw bouwsysteem. 'Er is een nieuwe gedachte ontstaan, die inhaakt op het oude paviljoensysteem; één of twee straten met daaraan de gebouwen', aldus architect Wiegerinck, 'met een redelijke afstand tussen de gebouwen biedt dit enorme uitbreidings- en vervangingsmogelijkheden.' En: 'Vanuit deze gedachte vinden we aanknopingspunten van de ziekenhuisbouw naar de stedenbouw.' Het model, dat zij in samenwerking met de Amsterdamse collega's Duintjer en Itha hadden ontwikkeld, was in 1969 gepresenteerd op de Medica-beurs (figuur 17).⁹⁷

SUPERARCHITECT

Bureau Kruisheer+ Hallink koos een andere benadering. Het produceerde een aantal schetsen onder de titel 'Een visie' en plaatste daarin niet het eigen bureau, maar de ontwikkelingsmogelijkheden van het AZG centraal. Het bureau toonde daarmee aan dat het zich had verdiept in de plaatselijke situatie en dat het de materie beheerste. De gesprekken werden gevoerd met J.E. Kruisheer, een architect met een duidelijke filosofie over de plaats van het ziekenhuis in de samenleving. Kruisheer vergeleek de bouwlocatie van het AZG met die van het Academisch Ziekenhuis Utrecht, een terrein buiten de stad, zonder enige relatie met de omgeving. Dat was in Groningen gelukkig anders. Kruisheer hechtte groot belang aan de integratie van het ziekenhuis in zijn omgeving: 'Het ziekenhuis is eigenlijk een onderdeel van de samenleving. We moeten trachten vorm te geven aan de relaties.' Daarbij zag hij de omvang van het academisch ziekenhuis als een belangrijke handicap: 'Een groot academisch ziekenhuis heeft het bezwaar van de afstand tot de mensen', betoogde Kruisheer. Maar de integratie kon op verschillende manieren worden bevorderd. 'Hier is maar één ingang waardoor alles naar binnen moet. We zouden het zo kunnen maken dat bezoekers en patiënten decentraal binnenkomen en zorgen voor een veel intensere verwevenheid met de omgeving.' Daarnaast zou een deel van de vervreemding kunnen worden tegengegaan door het openbaar vervoer in de gelegenheid te stellen de mensen in het centrum van het ziekenhuis te brengen. In Maastricht had zijn bureau voor een vergelijkbare opgave gestaan. Daar zou het nieuwe ziekenhuis buiten de stad worden gebouwd. Kruisheer lichtte toe, dat hij getracht had om 'vergroeiing' met de nieuwe stadswijken te bevorderen, door 'openbaar vervoer, wandelgangen, winkeltjes, géén auto's'.⁹⁸

Tijdens het gesprek kwam ook het werk van het Institut für Krankenhausbau ter sprake. Van der Kouwe onderstreepte het belang van de IFK-bijdrage en

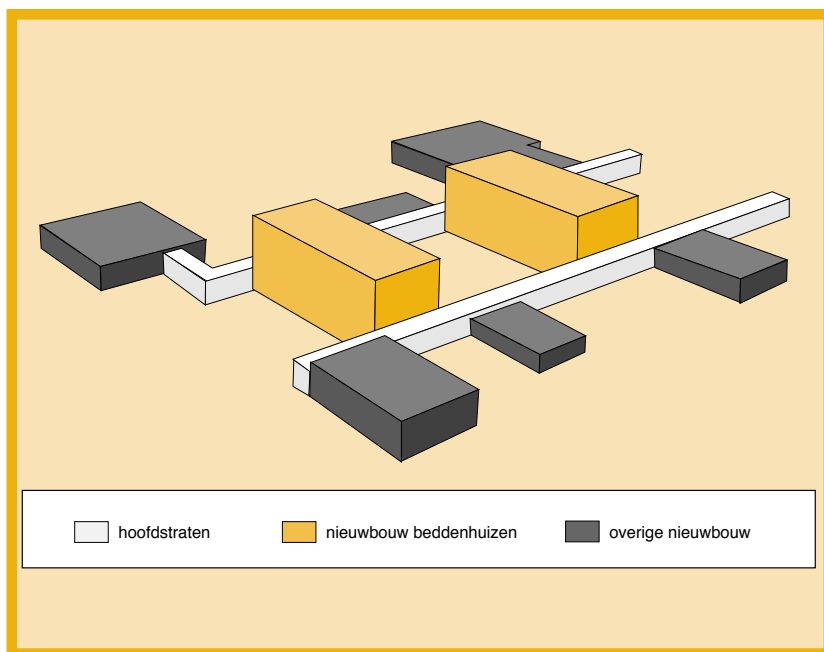


Fig. 17. Structuur van een ziekenhuis met twee hoofdstraten (1969). Het bureau Wiegierinck, Van Balen, Meurkens, Dorigo Architecten BV uit Arnhem ontwikkelde met collega's Duintjer en Istha een nieuw ziekenhuismodel met hoofdstraten. De beddenhuizen bevonden zich tussen de hoofdstraten.

merkte op, dat de knowhow voor het bouwen van een academisch ziekenhuis in Nederland niet voorhanden was. Kruisheer was daar minder pessimistisch over. 'Wat het IFK doet is geen architecten-werk, maar een studie die verricht moet worden. Als een ander het niet doet, doen we het zelf.' Kruisheer was beslist niet complimenteus over de IFK-bijdrage. Hij typeerde de herziene versie van het masterplan (1973) als 'dor en hard'. Het oorspronkelijke ontwerp uit 1970 vond hij levendiger, de losse beddenhuizen hadden echter een minder duidelijke relatie met de poliklinieken en er waren naar zijn idee te weinig aanknopingspunten voor het creëren van kleinere samenwerkingsverbanden. Zijn voorkeur ging uit naar een andere opzet: 'De blokken kunnen in uitwerking kleinschalig zijn, zodat geen groot fabriekscomplex gaat ontstaan, maar in vorm als de huizen er omheen.' Hij typeerde deze bouwwijze als 'aan elkaar geregen paviljoens'.

Kruisheer: 'Er loopt een as doorheen, waar omheen de verschillende dingen gegroepeerd zijn'. Uitgaande van het masterplan moest er in de uitvoering 'iets speels' van worden gemaakt.⁹⁹

Kort na de gesprekken met de architecten werd directeur-geneesheer Van der Kouwe ziek. Hij bleef gedurende vier maanden uit de roulatie. Technisch directeur Kluck nam de opgevallen plaats in de commissie in. Kluck had een uitgesproken standpunt waar het ging om de vraag of het ziekenhuis een supervisor nodig had, dan wel een hoofdarchitect: 'We hebben een super-architect nodig, anders wordt het een blok aan ons been.' Bij een groeiend, dynamisch bedrijf als het AZG kon het niveau van het bureau niet hoog genoeg zijn. Klucks voorkeur ging uit naar het Arnhemse bureau Wiegerinck, Van Balen, Meurkens, Dorigo BV. Maar de commissie sprak zich uit voor Kruisheer + Hallink. In zijn voordracht aan het bestuur nam Kluck die aanbeveling over. Als toelichting bij het afwijzen van de Arnhemmers schreef hij onder meer, dat het bureau de indruk had gegeven het technisch goed te kunnen. De commissie vreesde echter, dat de marketingachtige wijze van presenteren niet goed zou aanslaan bij de AZG-bevolking. De commissie was er evenmin van overtuigd dat het bureau bereid was samen te werken met het IFK. Op verzoek van Kluck had een delegatie van het bestuur op 24 maart 1975 een afrondende bespreking met de AZG-directie. Bij die gelegenheid werd besloten om Kruisheer + Hallink als hoofdarchitect voor de nieuwbouw aan te wijzen. Op 17 september 1975 tekenden AZG-voorzitter G.R. Meijer en architect Kruisheer daartoe een contract.¹⁰⁰

Kruisheer had uitgesproken ideeën over inspraak. Een deel daarvan had hij opgepikt en uitgewerkt bij de bouwvoorbereiding voor een nieuwe sociale academie in Den Haag. Met academiecteur J. Winkler Prins zette hij zijn opvattingen over inspraak op papier. Mensen worden maar al te vaak geconfronteerd met projecten waaraan niets meer te veranderen is, omdat

alle beslissingen al genomen zijn. Winkler Prins en Kruisheer wilden die fout vermijden en zochten naar een vorm waarbij inspraak niet langer een vrijblijvende opiniepeiling was, maar een proces van koppeling en terugkoppeling. Stap 1 was een inventarisatie van de activiteiten, de wensen, de mogelijkheden en onmogelijkheden. In Den Haag mondde die fase uit in een samenvattend verslag in het schoolblad van de sociale academie en een openbare discussie. In Groningen werd het resultaat van de inventarisatie verwerkt in een fraai geïllustreerd boekwerk 'AZG wat doet u er mee?'. Beide werkstukken gaven een gedocumenteerd overzicht van de stand van zaken.¹⁰¹

Doorgaans bestaat de neiging om met behulp van het verzamelde materiaal te zoeken naar compromissen, maar Kruisheer en Winkler Prins vonden dat de informatie nu juist moest worden benut om de extreme standpunten scherper tegenover elkaar te stellen. Zo ook in Den Haag: 'Uit het materiaal waren een tweetal extremen naar voren getreden. Men zou kunnen zeggen enerzijds een hang naar een totale innerlijke openheid, anderzijds een verlangen naar een zekere knusse gezelligheid, waarin men zijn eigen gang kon gaan, zonder zich bespied of gehinderd te weten door anderen.' Kruisheer vertaalde beide standpunten in twee ruimtelijke modellen en doopte die 'plein' en 'dorp'. Een derde model getiteld 'straat' deed dienst als compromis tussen deze uitersten. Met behulp van tekeningen, maquettes, artikelen en uiteenzettingen werden de drie modellen gepresenteerd. Daarbij ging het er vooral om 'de mensen zo goed mogelijk met de uiterste consequentie van hun gedachtegangen te confronteren.' Het was dus niet de bedoeling dat de sociale-academiebevolking na afloop op een van de modellen zou stemmen. Het ging Kruisheer en Winkler Prins vooral om de discussie en om de nieuwe informatie die daaruit naar voren kwam. Door zich te beperken tot uitgangspunten en hoofdlijnen werd getracht om het ontwerp toegankelijk te houden, zowel voor de gebruikers als voor de ontwerpers.¹⁰²

OPEN ZIEKENHUIS

Voor Groningen werd een vergelijkbare strategie gekozen. In 'AZG wat doet u er mee?' werd niet alleen een inventarisatie van de stand van zaken gegeven. Het boek bevatte ook een uiteenzetting van Kruisheer over drie modellen voor de ontwikkeling van het AZG: het organisatiemodel, het trendmodel en het integratiemodel. Het is achteraf moeilijk om vast te stellen welke invloed de inspraak had op de constructie van de modellen. Het is evenmin eenvoudig om te achterhalen of de inspraak die erop volgde enig effect had op het eindresultaat. In zekere zin hebben alledrie de modellen wezenlijk bijgedragen aan de vormgeving van de plannen voor het nieuwe AZG. Zowel het organisatiemodel als het integratiemodel hebben bovendien een geschiedenis die verder reikt dan het AZG.

Het organisatiemodel was geënt op een studieproject van Kruisheer + Hallink voor het nieuwe Academisch Ziekenhuis Maastricht (figuur 18). Het bestond uit drie langgerekte bouwlocaties met het centraal medisch complex in het midden en aan weerszijden de verpleegeenheden en onderwijsvoorzieningen. De begane grond van de verpleegeenheden was bestemd voor de poliklinieken. De opzet was rechttoe, rechtaan en de bouw was gedacht in vrij grote aaneengesloten eenheden. In dat opzicht had het organisatiemodel enige verwantschap met het herziene masterplan 1973 van het Institut für Krankenhausbau (zie figuur 2, pag. 58).¹⁰³

Terwijl Kruisheer met het organisatiemodel een duidelijk einddoel voor ogen had, richtte hij zich met het trendmodel veel meer op de bestaande situatie en op de mogelijkheden om daarop voort te borduren (figuur 19). Bij de bouw volgens het paviljoensysteem werd eigenlijk ook een soort trendmodel gehanteerd: naar behoefte konden nieuwe elementen aan de lappendeken worden toegevoegd. In het trendmodel werd echter op voorhand vastgelegd op welke plekken mocht worden gebouwd. Het

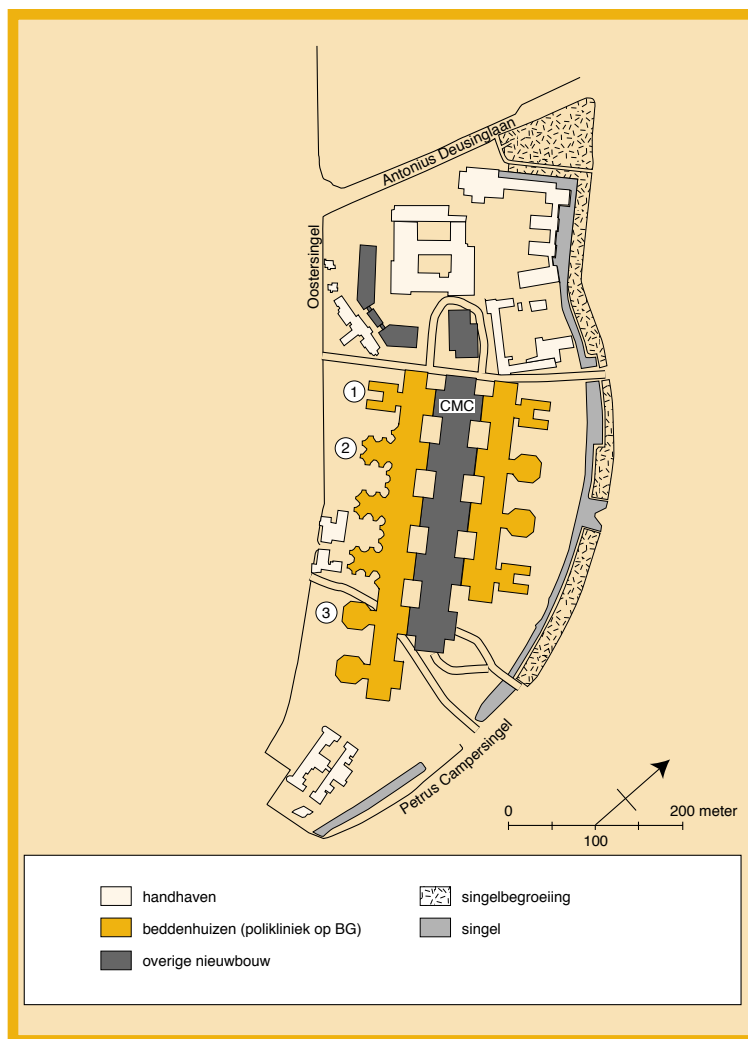


Fig. 18. Het 'organisatiemodel' van J.E. Kruisheer (1975). De belangrijkste factor bij de opzet van het organisatiemodel is de uiteindelijke organisatie van het ziekenhuis: één centraal onderzoek- en behandlingsblok, aan oost- en westzijde geflankeerd door beddenhuizen met daarin op de begane grond de poliklinieken. Kruisheer tekende drie verschillende beddenhuizen: het model 'Kajennepeper' uit 1975 (1), een model dat Kruisheer + Hallink voor de Mediceurs 1971 had ontworpen (2) en een variant met afgeschuinde hoeken (3).

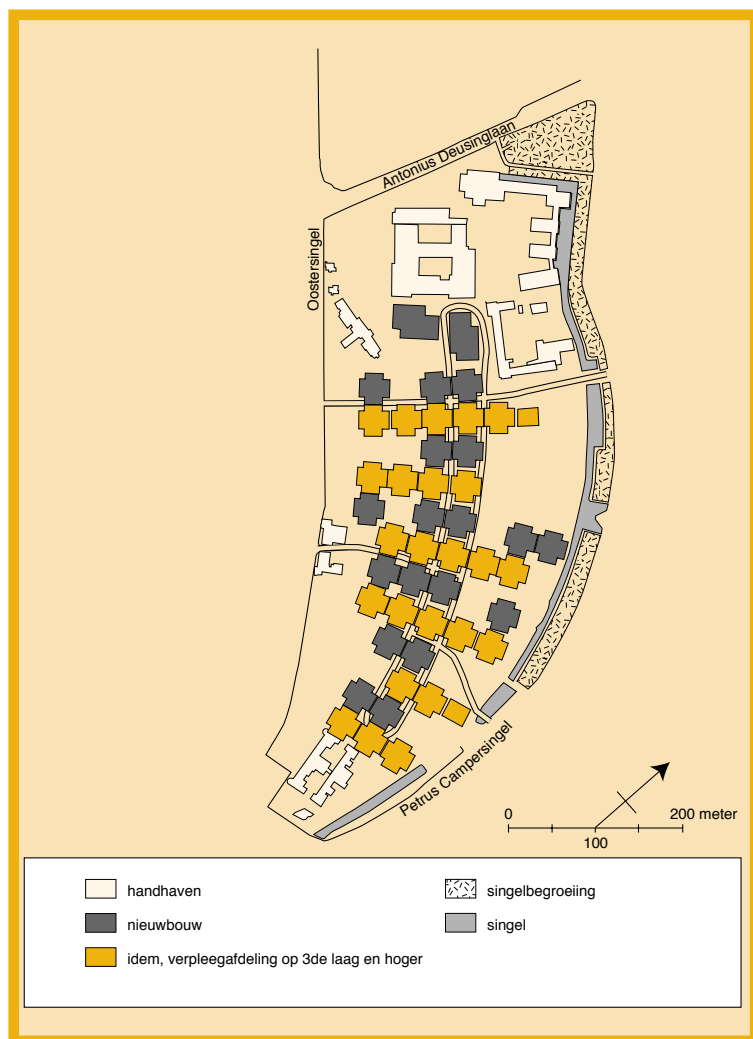


Fig. 19. Het 'trendmodel' van J.E. Kruisheer (1975). In het organisatiemodel staat het einddoel centraal, maar bij het trendmodel zijn vooral de uitgangssituatie en de methode van belang. Met behulp van betrekkelijk kleine eenheden met een wisselend aantal verdiepingen wordt een groter samenhangend geheel gevormd. De poliklinieken bevinden zich op de begane grond, op de onderste lagen liggen de onderzoeks- en behandelafdelingen en op de hogere verdiepingen de verpleeg-eenheden. Door het terrein in zones te verdelen en de eenheden in te passen in een ruimtelijk raster is er enige waarborg 'dat het geheel te eniger tijd tot een zinnig klinisch centrum kan uitgroeien, zonder dat de omtrekken en de inhoud daarvan bij voorbaat behoeven te worden vastgelegd.'

trendmodel was dus minder liberaal dan het paviljoensysteem, maar het bood een veel grotere vrijheid van handelen dan het organisatiemodel. Dat had natuurlijk ook een schaduwzijde: 'Met name zullen in mindere mate samenhangende beddenhuizen en behandelafdelingen ontstaan. In hoeverre dat gewenst is of geaccepteerd kan worden, dan wel kan worden bijgestuurd, zal een nadere bezinning op dit model moeten leren.'¹⁰⁴

Het derde model werd door Kruisheer integratiemodel genoemd (figuur 20). Het was gebaseerd op het ontwerp 'Kajennepeper', dat bij de Nationale Ziekenhuisprijsvraag uit 1975 een gedeelde eerste plaats behaalde. 'Kajennepeper' was het motto waaronder de bijdrage van Kruisheer, zijn collega T. Arends en de studenten bouwkunde M.S.M. Grasveld en A.P.J.M. Verheyen werd ingezonden. Grasveld: 'Als je wilt opvallen met een prijsvraag moet je natuurlijk een goed plan hebben, maar je moet ook een hele gekke naam hebben, gewoon iets raars. Dan val je op. Dus we hebben gewoon het woordenboek gepakt en net zo lang gesnuffeld in het woordenboek tot we een naam vonden die leuk was.' Naar aanleiding van de prijsvraag signaleerde de jury een 'duidelijke kentering' in de visie op het ontwerpen van gebouwen voor de gezondheidszorg. Naast leefbaarheid, levendige vormgeving, menselijke schaal en beperkte bouwhoogte was de meest opvallende trend het streven naar maatschappelijke en stedenbouwkundige integratie van het ziekenhuis. Bij Kajennepeper was dat streven het meest uitgesproken aan de orde gesteld. Het juryrapport was lovend: 'In Kajennepeper is gestalte gegeven aan een vorm van maatschappelijke integratie van het ziekenhuis op een wijze en met een durf, die getuigt van een persoonlijke – en door de jury duidelijk gewaardeerde – visie. De ontwerper heeft deze visie verwezenlijkt door aan het ziekenhuiscomplex een aantal functies toe te voegen met stedelijk, sociaal en verwant-medisch karakter. Als zodanig zijn te noemen: consultatiebureau, groepspraktijk, wijkapotheek,

80

81

wijkbibliotheek (tevens patiëntenbibliotheek), crèche en restaurant (beide zowel ten dienste van patiënten en medewerkers als van wijkbewoners), theatertje, expositieruimte, enige sportaccomodatatie en tenslotte, óók op het ziekenhuisterrein: winkels, een hotel en een weekmarkt.¹⁰⁵

81

82

Kajennepeper reserveerde de begane grond voor de polikliniek, de opname van patiënten en voor genoemde min of meer publiekgerichte functies. Onderzoek en behandeling werden verbannen naar de hoger gelegen verdiepingen. Maatschappelijk gezien was Kajennepeper letterlijk en figuurlijk een open ziekenhuis. Het voetgangersverkeer tussen de omliggende wijken hoefde niet langer om het ziekenhuisterrein heen, maar kon via de wandelstraten van het complex de overkant bereiken. Voor een optimale integratie was het nodig de drempel tussen ziek en gezond zo laag mogelijk te houden. Om die reden was in Kajennepeper geen centrale ingang voorzien. Het onderscheid tussen ziekenhuis en woonomgeving moest niet nog eens worden onderstreept, meenden Kruisheer en de zijnen: 'Juist in de differentiatie van de toegangen biedt zich de gelegenheid tot een zinvolle verweving van het ziekenhuis met omgevende voorzieningen ...'

82

83

De architect trachtte daarom veeleer het karakter, de sfeer en de toegankelijkheid van een winkelstraat te benaderen.¹⁰⁶

Naast verschillen waren er ook belangrijke overeenkomsten tussen de drie modellen. Het ging in alledrie de modellen om de aanleg van een fors ziekenhuis, met een betrekkelijk bescheiden bouwhoogte (maximaal zes lagen). De noodzaak om de bouw op het eigen terrein gefaseerd uit te voeren stond niet meer ter discussie; de centralisatie van een groot aantal functies in een centraal medisch complex evenmin. Kruisheer had in alle modellen twee min of meer openbare straten voorzien, en in ieder model trachtte hij de toe- en door-gankelijkheid van het terrein te verbeteren. Zijn ideeën over integratie waren dus niet voorbehouden aan het integratiemodel.¹⁰⁷



Fig. 20. Het 'integratiemodel' van J.E. Kruisheer (1975). In dit model draait alles om de integratie van het ziekenhuis in een stedelijke omgeving. Net als bij het organisatiemodel liggen de verpleegeenheden hier rond de centrale blokken voor onderzoek en behandeling. De begane grond van de onderzoeks- en behandelafdelingen is gereserveerd voor de poliklinieken. Het organisatiemodel kan eigenlijk nog het beste buiten het stadscentrum tot ontwikkeling worden gebracht, terwijl het integratiemodel bij uitstek geschikt is voor een binnenstedelijke locatie. 'Straten van een stedelijk karakter scheiden de bouwblokken, waardoor de ingangen van de verpleegeenheden aan de ene kant en de polikliniek-ingangen aan de overzijde zich met grote mate van zelfstandigheid zullen manifesteren.'

AZG WAT DOET U ER MEE?

Alvorens de inspraak over de drie modellen te beginnen legde Kruisheer deze voor aan de projectgroep binnenstad van de gemeente Groningen. De projectgroep stond welwillend tegenover zowel de inhoud van het organisatiemodel als die van het trendmodel, maar het integratiemodel werd vreemd genoeg veel minder positief ontvangen. Het leek de projectgroep zelfs uitgesloten dat het model ooit gerealiseerd werd. Wat was het geval?

In het integratiemodel had Kruisheer het ziekenhuisterrein een veel grotere doorgankelijkheid gegeven. Hij beoogde daarmee de integratie van stad en ziekenhuis te bevorderen. Daar had de projectgroep uiteraard geen moeite mee. Sterker nog, zij greep de suggestie van Kruisheer met beide handen aan en beschouwde deze als een toezegging van het AZG. Op dat punt bood het integratiemodel voldoende aanknopingspunten. Maar Kruisheer ging een stap verder. Hij ging er namelijk ook van uit dat een deel van de AZG-activiteiten buiten het ziekenhuisterrein zou plaatsvinden. Dat gaf meer ruimte op het AZG-terrein en het bevorderde de integratie van het ziekenhuis in de stad. In het integratiemodel had hij daarom 20.000 vierkante meter bebouwing en een deel van de parkeervoorzieningen buiten het ziekenhuisterrein gepland. Het zal duidelijk zijn, met die invulling van het woord integratie hoefde Kruisheer niet bij de projectgroep aan te komen.¹⁰⁸

Begin 1976 circuleerde 'AZG wat doet u er mee?' in het ziekenhuis. 'Men wordt verzocht er op aan te dringen dat zoveel mogelijk persoonlijke reacties worden gegeven', luidde de instructie aan de afdelingshoofden. 'Het is niet de bedoeling dat er per kliniek of per eenheid een gemeenschappelijk antwoord aan Kruisheer wordt gezonden.' Uit de reacties blijkt dat niet iedereen begreep wat de bedoeling was. In het convent vroeg men zich bijvoorbeeld af of 'AZG wat doet u er mee?' het oude masterplan was, maar dan in een andere vorm. Het faculteitsbestuur verkeerde

na lezing van het boekwerk in de overtuiging, dat het trendmodel een puur patiëntenzorgmodel was en dat het in tegenstelling tot de andere geen rekening hield met onderzoek en onderwijs.¹⁰⁹

Net als bij de plannen voor de Haagse sociale academie had Kruisheer alleen uitgangspunten en hoofdlijnen aangegeven, maar dat werd nauwelijks gewaardeerd. De plannen werden vrij algemeen als te 'vaag en vrijblijvend' ervaren. Dat lag in de lijn der verwachtingen. Kruisheer wilde geen opiniepeiling maar een open discussie. Hij vermeed met opzet om daarbij de rol van stuurman op zich te nemen, het proces van koppeling en terugkoppeling moest immers optimaal tot zijn recht kunnen komen. Daar had met name de medische staf geen trek in. De internist Doorenbos wees zijn collega's op het gevaar dat door 'AZG wat doet u er mee?' een 'oeverloze discussie' op gang zou komen. De voorzitter van de conventsbouwcommissie, de radioloog J.R. Blickman, vond het boekje wel aardig en ook de voordracht van Kruisheer kon hij waarderen, maar hij vond het bedenkelijk om in februari nog vrijblijvend te brainstormen, terwijl er in juli een definitief plan op tafel moest liggen. De internist L.B. van der Slikke onderschreef dat ook hij geen behoefte meer had aan 'gefilosofer'. Voor velen was 'AZG wat doet u er mee?' een herhaling van 'reeds jaren geleden gevoerde discussies, welke men nu beëindigd wenst te zien.' De chirurg Homan van der Heide sprak de hoop uit dat er snel 'echte plannen' op tafel zouden komen.¹¹⁰

Directie en AZG-bestuur waren evenmin gelukkig met 'AZG wat doet u er mee?' De publicatie van het boekwerk viel samen met het verschijnen van het stedenbouwkundig plan van de projectgroep Binnenstad. Daarin zette de gemeente een heel andere koers uit dan het AZG lief was. In die situatie kon het bestuur weinig waardering opbrengen voor het boekwerk, 'waarin reeds met veel van de plannen van de gemeente rekening is gehouden'. Het AZG-bestuurslid J.M.Ph. Bongaerts vroeg zich af of Kruisheer niet te eigenmachtig was opgetreden. 'Daarenboven moet

worden aangenomen, dat het boekje al lang in handen van het ziekenhuis niet erg gunstig gezinde personen is geraakt, met alle consequenties van dien.’ Kruisheer had het dan wel over inspraak, maar: ‘Op die manier wordt een reële discussie over een plan voor het AZG, dat toch ook met name vanuit de medische invalshoek zal moeten worden beoordeeld, bij voorbaat onmogelijk gemaakt.’ Bestuursvoorzitter G.R. Meijer bracht de gemoederen voorlopig tot bedaren door voor te stellen om het boek zowel naar vorm als naar inhoud voor verantwoordelijkheid van Kruisheer te laten. Vooralsnog mochten er geen conclusies uit worden getrokken ten aanzien van de opstelling van het bestuur.¹¹¹

Inmiddels draaide de inspraak op volle toeren. Kruisheer en zijn collega’s voerden gesprekken met alle geledingen van het ziekenhuis, de gemeente, de universiteit, de medische faculteit, de buurt, de studenten. Kortom, iedereen kon zijn zegje doen. Het leek inderdaad heel erg op de oeverloze discussie waar internist Doorenbos voor waarschuwde. De conventsbouwcommissie vond dat het allemaal veel te lang duurde en eind mei 1976 legde voorzitter Blickman het convent een verklaring voor: ‘De conventsbouwcommissie, verontrust door de geringe vorderingen in de opstelling van een duidelijk bouwbeleid voor het AZG in de komende jaren, dringt aan op spoedige indiening van een uitgewerkt plan, dat de gebruikers houvast geeft op de ruimtelijke voorzieningen, op een tijdschema en op financiële consequenties. Zij meent dat deze weg de enig zinvolle is voor een discussie met de departementen.’

Het convent wilde daar wel mee instemmen, maar ter vergadering bleken de vooruitzichten veel minder somber. Kruisheer legde juist de laatste hand aan zijn ontwerp en hij had een verzoek tot het convent gericht om de tekeningen de week daarop te bespreken. De verklaring werd daarom voorlopig aangehouden. Door de bespreking met Kruisheer werd een groot deel van de bezorgdheid weggenomen. Een maand later lag er een concept-ontwikkelingsplan en medio augustus

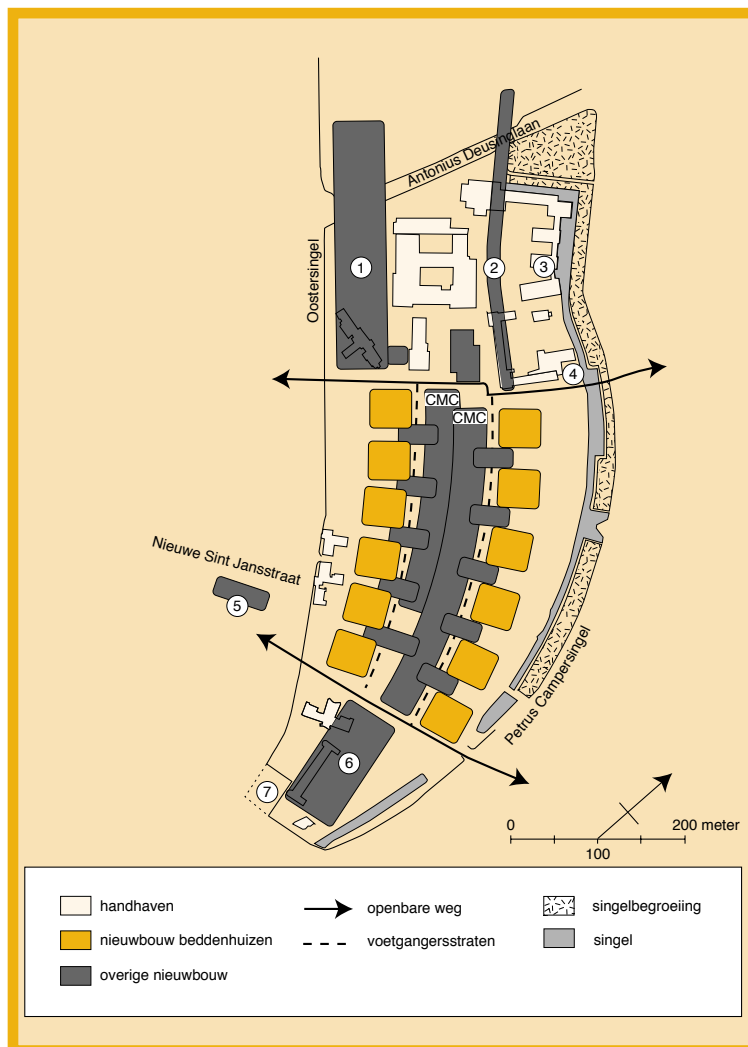


Fig. 21. Proefverkaveling van het Ontwikkelingsplan van J.E. Kruisheer (1976).

De twee lange stroken over het middenterrein vormen de zone voor het centraal medisch complex (CMC). Links en rechts van het CMC bevindt zich de zone voor de patiëntenzorg met twaalf beddenhuizen die elk op de begane grond een polikliniek hebben. Beide zones vormen de kern van het ziekenhuis. Ze zijn van elkaar gescheiden door straten, doch met elkaar verbonden door overbouwingen. De rechterzone voor patiëntenzorg kent een voortzetting in noordelijke richting met psychiatrie (3) en het zusterhuis (4). Aan de noordkant is tevens ruimte gereserveerd voor twee zones die het ziekenhuis met het preklinisch centrum op het Bodenterrein verbinden, te weten een medisch wetenschappelijk centrum (1) en ruimte voor opleiding en onderwijs (2). Het ontwikkelingsplan reserveert de zuidpunt van het terrein voor niet-medische diensten, zoals keuken, wasserij, energiecentrale en technische dienst (6). De uitbreidingsplannen buiten het ziekenhuisterrein zijn teruggebracht tot een betrekkelijk bescheiden claim op ruimte aan de Nieuwe Sint Jansstraat (5). In 1978 zag het AZG daarvan af en claimde een uitbreiding in zuidelijke richting (7).

verwierf dat de unanieme instemming van het convent. Vier dagen later stelde het bestuur vast dat alle betrokken instanties achter het concept stonden en dat een definitieve versie kon worden uitgewerkt. Op 4 november 1976 kon het definitieve ontwikkelingsplan aan de buitenwacht worden getoond.¹¹²

ZONERING, VERKEERS- EN PLEKKENPLAN

In het ontwikkelingsplan had Kruisheer het AZG-terrein opgedeeld in zones (figuur 21). Midden over het terrein liep de zone van het centraal medisch complex (CMC). Daarin zouden alle centrale onderzoeks- en behandelafdelingen worden ondergebracht. De begane grond van het CMC was vooral bestemd voor ‘publiek-aantrekkende’ onderdelen zoals röntgen en revalidatie, maar ook receptie en opname. De eerste verdieping was voor de afdelingen die intensieve interne contacten onderhielden. Op de hoger gelegen verdiepingen huisden de afdelingen waarvoor dat minder gold. De kelder was gereserveerd voor parkeren, de zolder voor het opstellen van de technische installaties. De zones voor de patiëntenzorg, met daarin de afzonderlijke beddenhuizen, lagen aan weerszijden van het CMC. Ook hier was de begane grond gereserveerd voor publiekaantrekkende onderdelen, te weten de poliklinieken. De hoger gelegen verdiepingen waren bestemd voor de verpleegafdelingen.¹¹³

Tussen de zones voor CMC en patiëntenzorg tekende Kruisheer twee brede semi-openbare voetgangersstraten, van waaruit de verschillende onderdelen van het ziekenhuis duidelijk herkenbaar en, ‘als in winkelstraten’, toegankelijk moesten zijn. Onder de voetgangersstraten, op het kelderniveau, was een tracé voor het goederenvervoer. In een ziekenhuis is regelmatig contact nodig tussen de onderzoeks- en behandelafdelingen enerzijds en de verpleegafdelingen anderzijds. Daarin werd voorzien door overbouwingen over de voetgangersstraten. De overbouwingen verbonden het CMC met de beddenhuizen, maar ze dienden nog een

ander doel. Activiteiten die zowel met het CMC als met de verpleegafdelingen van doen hadden konden in de overbouwingen worden gehuisvest. Kruisheer dacht daarbij aan de intensive care, gedecentraliseerde onderwijsruimten, ruimten voor het orgaanfunctieonderzoek en de endoscopie.¹¹⁴

Ten noorden van de zones voor CMC en patiëntenzorg had Kruisheer ruimte gereserveerd voor het medisch wetenschappelijk centrum en voor de opleiding van verpleegkundigen en paramedici. Kruisheer zag deze locatie als een overgangszone tussen het universitair preklinisch centrum op het Bodenterrein en het eigenlijke ziekenhuis op het AZG-terrein. Ten zuiden van de zones voor CMC en patiëntenzorg had Kruisheer alle verzorgende, technische en ‘zwaar-transport-aantrekkende’ onderdelen van het AZG geconcentreerd. Een tunnel van de zuidpunt naar de noordkant door de kelder van het CMC moest ervoor zorgen dat alle afdelingen over een goede interne transportroute beschikten.

Daarnaast was er een centrale verbindingssas over de eerste verdieping. Die was bedoeld voor patiënten- en personenverkeer en fungeerde tevens als hoofdverdeelstelsel van energie, warmte, vloeistof, gassen en communicatie. Beide transportroutes, in de IFK-plannen nog getooid met de naam ‘magistrale’, dienden hetzelfde doel: het wrijvingsloos en zo veel mogelijk onopgemerkt afwikkelen van het intern transport. De verbindingssas op de eerste verdieping en die in de kelder waren de infrastructurele ruggengraat van het ziekenhuis.¹¹⁵ Kruisheers verkeersconcept werd gecompleteerd door twee openbare wegen die het ziekenhuisterrein doorsneden en ontsloten, een ten noorden van het CMC en een ten zuiden ervan. Kruisheer kwam daarmee tegemoet aan de eis van de gemeente Groningen om de barrièrewerking van het terrein te verminderen. De wegen sloten overigens naadloos aan bij zijn opvattingen over integratie van het ziekenhuis in de stad.¹¹⁶

De zonering van het terrein en het verkeersconcept vormden de onderlegger voor de invulling van een plekkenplan. In het plekkenplan gaf Kruisheer een sche-

matische aanduiding waar gebouwd kon worden en welke relatie de plekken ten opzichte van elkaar hadden. Die bouwlocaties werden per verdieping voorzien van een nummer. Bij elkaar ging het om zo'n tweehonderd plekken. Dat was beslist geen overbodige luxe, want de bouw van het nieuwe ziekenhuis beloofde een uitermate complexe operatie te worden. Het nieuwe AZG moest worden gebouwd, terwijl in de oude gebouwen gewoon werd doorgewerkt. Een deel van de paviljoens zou voorlopig blijven staan, maar het overgrote deel zou te zijner tijd moeten worden gesloopt. Die sloop kon natuurlijk alleen doorgaan als de afdeling die erin zat naar de nieuwbouw kon verhuizen en de nieuwbouw kon pas aanvangen als er een plek vrij was. Het was dus zaak om op voorhand te bedenken waar en wanneer voor welke afdeling werd gebouwd en wanneer het terrein daarvoor beschikbaar kwam. Dankzij de zonering, het verkeersconcept en het plekkenplan beschikte Kruisheer over een overzichtelijke ruimtelijke indeling, essentieel voor het opstellen van een fasering van de bouw.¹¹⁷

Planning was nodig, maar de bouw zou alles bij elkaar zo lang duren dat het ook weer niet verstandig was om alles meteen muurvast te leggen. De medische wetenschap was sterk in ontwikkeling en het was niet te voorspellen welke nieuwe activiteiten een plaats op het terrein zouden claimen. Dankzij het plekkenplan konden nieuwe activiteiten in de structuur van het ontwikkelingsplan worden ingepast. Zo was de radiologie dankzij de ontwikkeling van nieuwe diagnostische instrumenten in een stroomversnelling geraakt. Groningen maakte bovendien kans om te worden aangewezen als noordelijk radiotherapeutisch centrum. Dat had bouwkundige consequenties. Het ontwikkelingsplan moest zo flexibel zijn dat het voor nieuwe activiteiten een oplossing bood, maar het moest daarnaast de voortgang van de bouw waarborgen. Initiatieven die het toekomstige bouwproces zouden verstoren moesten bijtijds worden onderkend. Het dichtslippen van het terrein met allerhande tijdelijke voorzieningen moest hoe dan ook worden tegengegaan.¹¹⁸

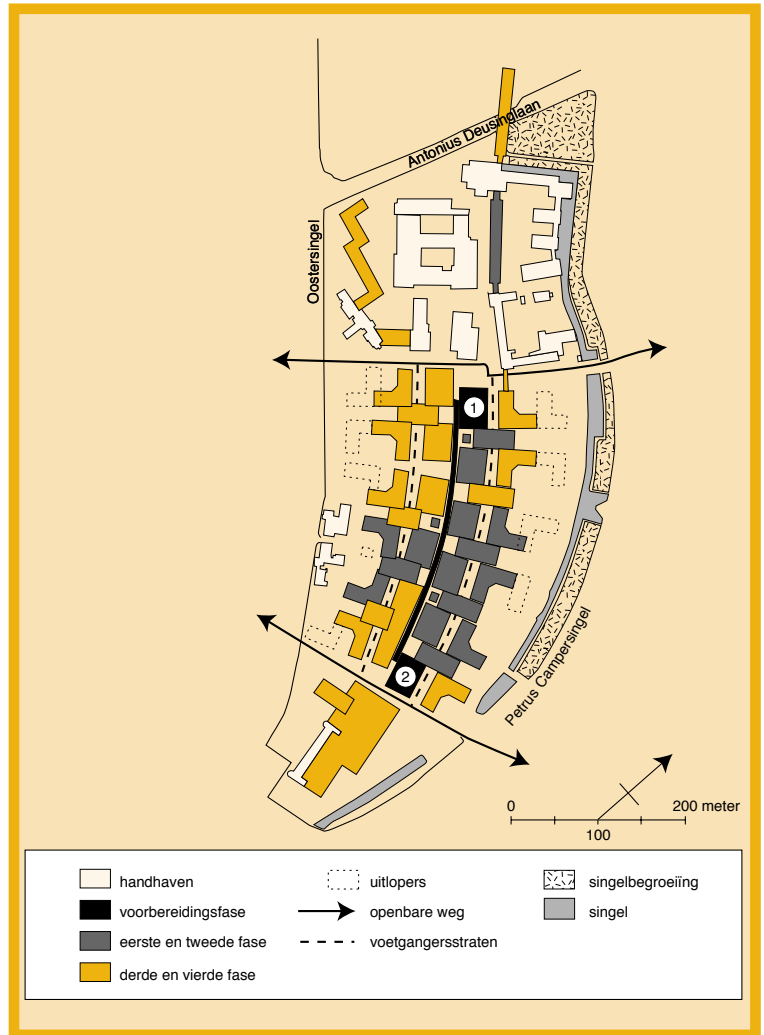


Fig. 22. Ontwikkelingsplan J.E. Kruisheer (1976): fasering van de bouw. Het ontwikkelingsplan gaf aan hoe het oude AZG in veertien jaar kon worden omgevormd tot een nieuw ziekenhuis. In de voorbereidingsfase zou de groene long worden benut voor de aanleg van een verbindingssas tussen noord en zuid. Aan het noordelijke uiteinde van de verbindingssas zou radiotherapie (1) verruizen en aan het zuidelijke de operatiekamers voor neurochirurgie (2). Door de aanleg van de verbindingssas zou de communicatie tussen de afdelingen van het begin af aan goed geregeld zijn. Het ziekenhuis mocht immers geen noemenswaardige hinder ondervinden van de bouw. De gecompliceerde legpuzzel van bouwblokken kon dan in een viertal fasen worden gerealiseerd.

De fasering van de bouw was mede afhankelijk van de gestelde prioriteiten. Al enkele jaren prijkte de afdeling chirurgie bovenaan de prioriteitenlijst van het convent, terwijl voor de afdeling neurochirurgie interimvoorzieningen waren gepland. De afdeling neurochirurgie huisde in een barak en verkeerde in zulke erbarmelijke omstandigheden dat er snel iets moest gebeuren. Kruisheer had daarom voorgesteld de afdeling neurochirurgie op te nemen in de eerste fase van de bouw van het CMC. Maar de neurochirurg J.W.F. Beks voelde er weinig voor om te blijven wachten tot de nieuwbouw eindelijk eens van start zou gaan: ‘Niemand zal of kan enige zekerheid geven over de realisering van de plannen van het bureau Kruisheer en Hallink, aangezien goedkeuring door betrokken instanties ernstig dient te worden betwijfeld.’¹¹⁹

Integratie van neurochirurgie in het CMC was om die reden voor Beks ‘onaanvaardbaar’. Hij hield vast aan de voorgenomen interimoplossing, dan wel de bouw van een drietal prefab-operatiekamers. Daar was echter zoveel geld mee gemoeid (20 miljoen) dat technisch directeur Kluck weigerde om te spreken van een interimvoorziening. In zijn ogen was het een definitieve voorziening en definitieve voorzieningen moesten in het ontwikkelingsplan worden opgenomen. Kruisheer realiseerde een diplomatieke oplossing door neurochirurgie op te nemen in de voorbereidingsfase van het ontwikkelingsplan en door aan de afdeling neurochirurgie een plek in het eerste bouwblok toe te wijzen. Ter geruststelling van Beks noemde hij dat een interimoplossing. Later zou op die plek namelijk een tweede personeelsrestaurant worden ingericht. Kruisheer vermeed op die manier een aanvaring met concurrent chirurgie. Die afdeling prijkte immers nog steeds bovenaan de prioriteitenlijst van het convent.¹²⁰

Tijdens de voorbereidingsfase van het ontwikkelingsplan zou op drie locaties worden gebouwd (figuur 22). In de groene long zou de verbindingsas worden aange-

legd, te weten een tunnel en een in het oog springende eerste verdieping op pootjes. Kruisheer achtte de aanleg van de verbindingsas in dit stadium essentieel om het in- en extern transport van elkaar te scheiden en tijdens de gefaseerde bouw gaande te kunnen houden. Aan het zuidelijke uiteinde van die as zou de ‘interimvoorziening’ voor neurochirurgie worden gebouwd, met daaronder een ambulancehal. Aan het noordelijke uiteinde kwam een voorziening voor radiotherapie.¹²¹

In de zogenaamde eerste fase van het ontwikkelingsplan zou de chirurgie als eerste aan bod komen, terwijl ten aanzien van de overige noden eerst nog een aantal knopen moest worden doorgemaakt. Kruisheer had daartoe een draaiboek met twaalf keuzemogelijkheden samengesteld. ‘Indien men de vernieuwingen in de tenminste daarvoor benodigde tijd van veertien jaren wil uitvoeren, zal er gedurende tien jaren gemiddeld elk kwartaal een nieuw bouwdeel in uitvoering moeten worden genomen. Daaraan voorafgaande dienen steeds de vereiste voornemens, goedkeuringen, bouwplannen en aanbestedingen te zijn voorbereid en de benodigde geldmiddelen te zijn gereserveerd.’ Een strakke regie moest ertoe bijdragen dat het proces soepel zou verlopen. De onzekerheden over de financiering vormden een extra complicatie. Het was niet eens duidelijk of en wanneer de rijksoverheid met geld voor de voorbereidingsfase over de brug zou komen, laat staan dat zij zich voor veertien jaar zou vastleggen. Het AZG hield er daarom rekening mee dat elke fase van het ontwikkelingsplan best weleens de laatste zou kunnen zijn. ‘Uitgangspunt blijft het aanvragen in “hapklare brokjes”, die stuk voor stuk kunnen worden voorbereid en uitgevoerd.’ Om zelfstandig te kunnen functioneren moesten alle eenheden worden voorzien van een eigen voordeur.¹²²

GEEN TWEE KAPITEINS OP EEN SCHIP

Het Institut für Krankenhausbau had begin 1976 een nieuwe variant op het masterplan uitgewerkt (figuur 15, pag. 67). Kruisheer liet blijken dat hij daar beslist niet

van gediend was. Hij was per slot van rekening de architect. In 1977 publiceerde Kruisheer een artikel in het tijdschrift *Plan* waarin hij de relatie ziekenhuis en omgeving onder de loep nam. Hij besteedde onder meer aandacht aan het thema functionele geleiding en gaf een terugblik op zijn relatie met het Institut für Krankenhausbau. Kruisheer typeerde de samenwerking met de Berlijners door een stukje uit J. van Ussels *Intimiteit* te citeren: 'Een mooi voorbeeld is dat van een volledig hospitaal, vier etages hoog, dat in gedeelten vanuit de Verenigde Staten op de rug van lastdieren naar noordwest-China gebracht werd. Vanaf het begin was het niet populair bij de plaatselijke bevolking. Het werd weinig gebruikt. Toen de Chinese communisten kwamen werd het steen voor steen afgebroken en herbouwd volgens hun eigen opvattingen. In de plaats van zalen of kamers kwamen er kleine hutten, los van elkaar gegroepeerd rond een klinisch en administratief centrum. De hutten waren zo ontworpen dat de familie van de zieken er samen met hen konden verblijven.' De Chinezen hadden in de gaten 'dat het de functionele onderdelen van een ziekenhuis zijn die in hun zichtbare samenhang de identiteit van het ziekenhuis bepalen', aldus Kruisheer. Daarvan hing het af of een ziekenhuis verwerpelijk dan wel aanvaardbaar was. De Chinezen trokken de consequentie uit hun ervaringen en zetten de zaak naar hun hand.¹²³

Volgens Kruisheer speelde zich iets vergelijkbaars af, althans op papier, toen het masterplan van het Institut für Krankenhausbau werd vervangen door het ontwikkelingsplan. In het ontwikkelingsplan was de functionele geleiding veel verder doorgevoerd dan in het masterplan. 'Men kan in het verzelfstandigen van de geleidingen vrij ver gaan. Hierbij hoeft niet alleen te worden gedacht aan polikliniek, beddenhuis, onderzoek- en behandelingsgebouw en verzorgingscentrum, maar, vooral bij grotere complexen, ook aan de werkeenheden daarvan, zoals de verpleegeenheden, spreekuurafdelingen, röntgen- en operatieafdelingen, laboratoria, keuken en magazijn.' Volgens Kruisheer

lag hier de sleutel voor de bouw van een goed vormgegeven ziekenhuis. 'Door als uitgangspunt van de geleiding zulke werkeenheden te kiezen, blijft het niet bij een technocratisch of architectonisch spel, maar bieden we de werkers in het ziekenhuis (en dat zijn er evenveel als de gasten) hun identificeerbare werkplek, zo goed als we de patiënten hun vindbare verblijfplaats bieden.' Het masterplan van het IFK bood daarvoor onvoldoende aanknopingspunten: 'Het is duidelijk dat deze vraag bij het ongelede blokbouwziekenhuis nauwelijks gesteld, laat staan beantwoord kan worden. Hier presenteert zich het ziekenhuis als één geheel op zijn best enigszins afstandelijk tot de bewoonde wereld met een hoofdingang voor bezoekers en patiënten en een achterdeur voor de verzorging, het personeel en de uitvaart van overledenen.'¹²⁴

Het IFK was overigens niet de enige potentiële concurrent. Dat bleek onder meer bij de goedkeuring van het ontwikkelingsplan in augustus 1976. Toen werd namelijk voorgesteld om Kruisheer aansluitend een aantal vervolprojecten uit te laten werken. AZG-bestuurslid De Wit herinnerde de vergadering aan de afspraak om de Groningse architecten bij de werkzaamheden in te schakelen, maar bestuurslid Bongaerts wilde daar liever mee wachten tot het om de realisatie van bouwprojecten ging. De vergadering besloot om Kruisheer de opdracht te verlenen, 'onder aantekening, dat bij deze opdrachtverlening het aspect van het scheppen van werkgelegenheid in het noorden in de uitvoeringsfase dient te worden betrokken.' Het inschakelen van Groningse architecten kwam opnieuw ter sprake naar aanleiding van een brief van Team 4. Daarin ventileerden de Groningers hun bezorgdheid over de gang van zaken. Bestuurslid Bongaerts had er geen moeite mee als het administratieve en verzorgende gedeelte aan anderen zou worden opgedragen, maar hij vond dat Kruisheer het hele medische complex voor zijn rekening moest nemen. 'Het gaat daarbij om de kwaliteit van het werk, waarvoor zijns inziens niet à tort et à travers de werkgelegenheid in het noorden in de plaats moest

worden gesteld.’ Bestuurslid De Wit betreurde dat standpunt, maar hij zag vooralsnog geen kans om het bestuur tot andere gedachten te brengen.¹²⁵

Dankzij Kruisheer was het AZG in een betrekkelijk korte tijd flink opgeschoten. De neuzen stonden voorlopig in dezelfde richting. Bestuur, directie, staf en niet te vergeten de gemeente Groningen hadden vertrouwen in de nieuwe koers. Het Institut für Krankenhausbau kon op een veel minder succesvolle operatie terugzien,

maar het is buiten kijf dat het IFK belangrijke informatie aandroeg voor de organisatie van het nieuwe ziekenhuis. Onder regie van het IFK werd voor het eerst nagedacht over een totaalconcept voor de bouw en mede dankzij de plannen van het Duitse instituut was het mogelijk om gefundeerd ruzie te maken met de gemeente Groningen. Het IFK was nog niet uitgekeken op het AZG, maar voor twee kapiteins was geen plaats. De komst van Kruisheer luidde het afscheid van het IFK in.

5. Drie halen, twee betalen

Daarnaast stuurde het ministerie aan op een kwantumkorting. Het bouwen van drie academische ziekenhuizen is een dure aangelegenheid, maar wie drie identieke academische ziekenhuizen bouwt kan enorme besparingen realiseren, dacht Den Haag.

Nieuwe inzichten in de functionele organisatie van de ziekenhuizen openden het perspectief om ook de exploitatiekosten terug te dringen. In de praktijk van de ziekenhuisbouw bleek de formule ‘drie halen, twee betalen’ echter moeilijk te realiseren en de nieuwe inzichten in de functionele organisatie bleken al snel achterhaalde inzichten. We gaan terug in de tijd en pakken de draad op in de jaren vijftig.

Het ontwikkelingsplan van Kruisheer gaf slechts een globale richting aan. Om te kunnen gaan bouwen had het AZG uitgewerkte plannen nodig en bovenal financiering. Academische ziekenhuizen, en dus ook het AZG, waren voor hun financiering aangewezen op het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Dat had al erg veel te stellen met de academische ziekenhuizen van Amsterdam, Leiden en Utrecht en de belangstelling voor de plannen van Groningen was dan ook niet erg groot. In de overtuiging dat grote ziekenhuizen duurder zijn dan kleine legde O&W een meer dan gemiddelde belangstelling aan de dag voor de bedden-capaciteit van de nieuwe academische ziekenhuizen.

CONCURRENTIE OP GEPASTE AFSTAND

Na de Tweede Wereldoorlog was de situatie in de Nederlandse ziekenhuizen allesbehalve rooskleurig. Het Ziekenfondsenbesluit van 1941 had de gezondheidszorg binnen het bereik van velen gebracht, maar de ziekenhuizen beschikten over onvoldoende capaciteit om aan de toegenomen vraag te voldoen. Uit de

cijfers werd dat overigens niet onmiddellijk duidelijk. Wie het aantal ziekenhuisbedden telt wordt gemakkelijk op het verkeerde been gezet. Tijdens de Duitse bezetting ging een capaciteit van ongeveer 1200 bedden verloren, desalniettemin hadden de Nederlandse ziekenhuizen vijf jaar na de oorlog 8500 bedden meer dan voor de oorlog (tabel 1).

AANTAL BEDDEN IN ZIEKENHUIZEN OP 1 JANUARI 1950	
RK ziekenhuizen	18.989
protestants-christelijke ziekenhuizen	5.669
algemene ziekenhuizen	7.210
gemeentelijke ziekenhuizen	6.449
academische ziekenhuizen	2.445
totaal 1-1-1950	40.762
totaal 1-1-1940	32.250
verschil	8.512

Tabel 1. Vergelijking van het aantal bedden in de Nederlandse ziekenhuizen aan het begin van de jaren 1940 en 1950.

De commissie-Slettenaar, die in opdracht van minister van Sociale Zaken A.M. Joekes in 1952 een landelijk ziekenhuisplan produceerde, waarschuwde voor de misvatting dat de toename te danken zou zijn aan nieuwbouw in en vlak na de oorlog. Door nieuwbouw steeg de capaciteit met slechts 3000 bedden. Dankzij het bijplaatsen van barakken, met name de zogenaamde Zweedse paviljoens, kon de capaciteit met nog eens 2000 bedden worden opgevoerd. ‘De rest is gevonden door allerlei ruimten in gebruik te nemen die voor andere doeleinden waren bestemd als dagverblijven, dichtgemaakte balcon, verpleegstersvertrekken, zolders, bestuurskamers en badkamers. Tenslotte zijn op alle afdelingen bedden bijgeschoven, speciaal op de kinderafdelingen.’¹²⁶

Dergelijke noodoplossingen boden onvoldoende soelaas voor de toegenomen naoorlogse vraag. Er waren bovendien grote regionale verschillen. Terwijl Noord-Holland in 1950 nog 4,7 bedden per 1000 inwoners telde, moest Drenthe het stellen met de helft. Dergelijke grote verschillen moesten op termijn worden weggewerkt. De commissie-Slettenaar adviseerde de minister om te streven naar een gemiddelde van 4,8 bedden per 1000 inwoners. Voor de stedelijke gebieden hield de commissie het op 5,5 en voor het platteland kon worden volstaan met 4 ziekenhuisbedden op 1000 inwoners.¹²⁷

De stad Groningen, met 4,5 bed per 1000 inwoners (1950), zat dus nog niet aan haar taks. De omgeving van Groningen (2,4) zat er zelfs behoorlijk onder en de regio Winschoten (1,8) moest het met nog minder bedden stellen. Stad en ommelanden konden dus wel wat extra ziekenhuisbedden gebruiken, maar het Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis (APSAZ) voelde zich niet geroepen zijn capaciteit op te voeren. Het APSAZ had minder last van de naoorlogse drukte. ‘Het komt hier niet voor dat patiënten op gangen of andere niet voor verpleging aangewezen ruimte, worden gelegerd’, aldus geneesheer-directeur Bolt. Het ministerie van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen was evenmin geneigd tot capaciteitsvergroting. In 1955 stelde het ministerie zelfs ‘met veel genoeg’ vast, dat in het Structuurplan 1955 van Hoekstra en Westerhout geen vergroting van het aantal bedden werd nagestreefd.¹²⁸

EEN UIT DE HAND GELOPEN SITUATIE

Voor Bolt was dat vanzelfsprekend. Het APSAZ was immers geen gewoon ziekenhuis, maar een universitaire instelling, die naast onderwijs vooral tot taak had nieuwe behandelingen te initiëren. De ‘massale aanvraag tot opname’ moest volgens Bolt door de andere ziekenhuizen worden verwerkt. Toen Stadskanaal en

Delfzijl aanstalten maakten om nieuwe ziekenhuizen te stichten schoot het bestuur wakker. Het volgde de plannen met argusogen. ‘De ziekenhuisplannen in Oost Groningen houden een zeker gevaar in voor de positie van ons ziekenhuis,’ concludeerde het APSAZ-bestuur. Het hield de concurrentie liever op gepaste afstand, als het even kon buiten de provincie: ‘Indien er een ziekenhuis bij moet komen, zou dit in ieder geval voor ons het beste kunnen buiten een straal van ± 45 km.’ Voorzitter Tuin zou het eens aankaarten bij de verantwoordelijke minister.¹²⁹

In de jaren vijftig zat het ziekenhuisbeleid van de overheid in de portefeuille van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De academische ziekenhuizen, dus ook het APSAZ, hadden een heel andere band met de overheid. Zij hadden vooral te maken met het ministerie van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen. De samenwerking tussen beide ministeries liet veel te wensen over en het beleid was daardoor dikwijls nogal tweeslachtig. Planning en bouw van de academische ziekenhuizen voltrokken zich doorgaans buiten het

ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid om en kenden een geheel eigen geschiedenis.

Eind 1965 zond minister van Onderwijs en Wetenschappen (O&W) I.A. Diepenhorst een verzoek aan de academische ziekenhuizen om een prognose te geven van hun investeringen op de langere termijn. Uit de ingewonnen informatie leidde de minister af, dat in Leiden, Amsterdam en Utrecht de nood het hoogst was en dat daar volledige nieuwbouw geboden was. Voor Groningen lag dat anders. Het Groningse ziekenhuis was weliswaar net als dat van Leiden volgens het paviljoensysteem gebouwd, maar het APSAZ-terrein bood volgens Diepenhorst nog voldoende mogelijkheid tot uitbreiding en vernieuwing: ‘Modernisering heeft hier tot dusver dan ook regelmatig kunnen plaatsvinden dan elders, zodat de achterstand in verhouding niet zo groot is.’ De minister reserveerde nochtans f 180 miljoen om de Groningse investeringen in de periode 1967-1976 te kunnen financieren (tabel 2).¹³⁰

De conclusies van Diepenhorst werden besproken in de ministerraad en de afstemming met Sociale Zaken

(x miljoen gulden)	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	vlg.jr.	totaal
Leiden	5	7	10	20	25	25	25	25	25	25	8	200
Utrecht terrein binnenstad	13	11	10	10	10	6						60
Utrecht nieuwbouw elders (Uithof)				5	10	15	20	20	20	20	140	250
Groningen	18	18	18	16	10	10	10	10	10	10	50	180
Amsterdam (GU) terrein binnenstad	8	8	8	5	4	4	4	3	3	3		50
Amsterdam (GU) nieuwbouw elders	2	2	2	25	25	25	25	25	25	25	69	250
Amsterdam VU	2	2	2	5	8	10	10	6				45
Nijmegen	10	11	13	18	20	16	16	12	8	6	10	140
Rotterdam	2	1	1	15	20	15	10	5	2	2	2	75
8ste medische faculteit						10	15	15	15	15	65	135
	60	60	64	119	132	136	135	121	108	106	344	1.385

Tabel 2. Prognose van de investeringen in de bouw van Academische ziekenhuizen 1967-1976 (in miljoenen gulden). Het ministerie van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen hield rekening met een teruglopende investeringsbehoefte van het APSAZ. Alles bij elkaar was het toch nog 180 miljoen.

en Volksgezondheid kreeg gestalte door de instelling van een interdepartementaal overleg. Dat overleg had een week later al plaats en het illustreert treffend hoe de verhouding tussen de betrokken ministeries lag. De vertegenwoordiger van Financiën, P.A. de Groot, trok met name van leer tegen het idee dat een academisch ziekenhuis duizend bedden moest hebben. Het Academisch Ziekenhuis Leiden had er vijfhonderd en een verdubbeling zou volgens De Groot vrijwel zeker tot een verstoring van de concurrentieverhoudingen leiden. Volgens hem was de kernvraag of een academisch ziekenhuis een onderwijsinstelling was, dan wel een volksgezondheidsinstelling.

De vertegenwoordiger van Sociale Zaken en Volksgezondheid, L.L. Marselis, maakte dankbaar gebruik van de voorzet van De Groot. Hij vroeg zich af of het nog wel verantwoord was om zoveel geld te stoppen in de bouw en inrichting van academische ziekenhuizen en stelde voor om de planning van academische ziekenhuizen op te nemen in het algemeen ziekenhuisbeleid van zijn ministerie. De vertegenwoordiger van O&W, medisch adviseur J. Wester, koos een eenvoudige, maar effectieve verdediging. Hij verweet het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid dat het te weinig ziekenhuisbeleid had en hij vond het onredelijk als de academische ziekenhuizen zich moesten aanpassen aan 'een uit de hand gelopen situatie'.¹³¹

Na drie besprekingen over de plannen van Diepenhorst werd het resultaat gerapporteerd aan de ministerraad. Kort daarop struikelde het kabinet-Cals. De plannen van Diepenhorst kwamen onder de hoede van de nieuwe minister van O&W, G.H. Veringa. Medio 1967 ventileerde diens collega van Financiën H.J. Witteveen zijn ongerustheid over de bijzonder hoge kosten voor de bouw van academische ziekenhuizen. Een bedrag van f 250.000 per ziekenhuisbed vond hij onaanvaardbaar. Witteveen ging ervan uit dat een academisch ziekenhuis met duizend bedden niet meer dan f 150 miljoen hoefde te kosten. Hij was daarom

zeer te spreken over het voornemen de ziekenhuizen van Amsterdam, Leiden en Utrecht gemeenschappelijk te ontwikkelen en volgens een 'centraal plan' te bouwen. 'Wellicht gaan mijn gedachten in dit opzicht echter nog verder dan de uwe', voegde hij daaraan toe. Hij vond het namelijk gewenst om ook 'constructief en architectonisch tot een eenheid te groeien ... De drie ziekenhuizen zouden dan achtereenvolgens, en dan ook in een snel en efficiënt tempo, kunnen worden gebouwd. Ik geloof dat het overbodig is uiteen te zetten welke enorme besparingen kunnen voortvloeien uit een repetitie van gebouwencomplexen, met hun inrichting.'¹³²

VOLKSVERMOGEN OP HET SPEL

Afspraken tussen Veringa en Witteveen legden de basis voor een poging tot standaardisatie. O&W wilde academische ziekenhuizen bouwen waarin zo efficiënt mogelijk met de geboden middelen werd omgesprongen. Het ministerie ging er ook van uit dat het goedkoper was om in Amsterdam, Leiden en Utrecht hetzelfde programma te gebruiken. Het besloot daarom tot de vervaardiging van een standaardprogramma van eisen voor de nieuwbouw van een academisch ziekenhuis met duizend bedden. Het Institut für Krankenhausbau adviseerde bij het opzetten van de programma's. Medisch adviseur Wester stak zoveel tijd in het voorbereiden van de programmering dat deze ook wel Wester-programmering werd genoemd. Dat was een omvangrijke klus die bovendien onder moeilijke omstandigheden moest worden geklaard. De eerste resultaten zouden pas tien jaar later wereldkundig worden gemaakt.¹³³

Het maken van de standaardprogrammering was geen zuiver theoretische aangelegenheid. Wester was tevens hoofdpersoon in de voorbereiding van de nieuwbouw van het academisch ziekenhuis voor de Universiteit van Amsterdam, het huidige Academisch Medisch Centrum (AMC) (figuur 23). Maar zijn werk had ook directe consequenties voor de academische ziekenhui-

zen in Leiden en Utrecht. In 1969 benoemde de minister van O&W naast medisch adviseur Wester een coördinator nieuwbouw academische ziekenhuizen (CNAZ), Th.P. Tromp. Die kreeg de nieuwbouw van alledrie de ziekenhuizen onder zijn hoede. Het was de bedoeling, dat ook de andere academische ziekenhuizen te zijner tijd met Wester-programmering en CNAZ zouden worden geconfronteerd. Groningen concludeerde dan ook: ‘Het is wel duidelijk dat de drie academische ziekenhuizen volgens een stringent model worden gebouwd. Met de nieuwbouwplannen voor ons ziekenhuis zullen wij op tegenstanden moeten rekenen als we al te veel buiten het schema omgaan.’ Wat het schema precies inhield bleef lang onduidelijk. De activiteiten van Wester en de zijnen onttrokken zich voor een groot deel aan de waarneming en het was dus beslist niet eenvoudig om te achterhalen welke kant het ministerie nu eigenlijk precies uit wilde.¹³⁴

Eind 1972 werd de geheimzinnigheid kort maar hevig doorbroken en de bouw van academische ziekenhuizen stond heel even in het middelpunt van de belangstelling. Coördinator Tromp had er namelijk de brui aan gegeven en gezien zijn staat van dienst kon dat niet onopgemerkt blijven. Minister C. van Veen (O&W) werd in de Tweede Kamer ter verantwoording geroepen en Tromp mocht een dag later in *Achter het Nieuws* komen uitleggen wat er allemaal was gebeurd. De kern van het conflict was, dat Tromp de standaardprogrammering veel soepeler wilde hanteren dan Van Veen. Kort voor het incident had de minister het Amsterdamse ziekenhuisbestuur gemachtigd om de nieuwbouwplannen verder uit te werken. De minister voelde er echter niets voor om Tromps advies te volgen en naast de Amsterdamse benadering een Leids-Utrechtse invalshoek te gedogen. Hij wilde wel enige souplesse betrachten, maar hield vooralsnog staande dat niet alleen moest worden uitgegaan van een ‘volledige coördinatie van bouw- en installatie-technische elementen’, maar ook van één gecoördineerd structuurplan, te weten het Amsterdamse.¹³⁵

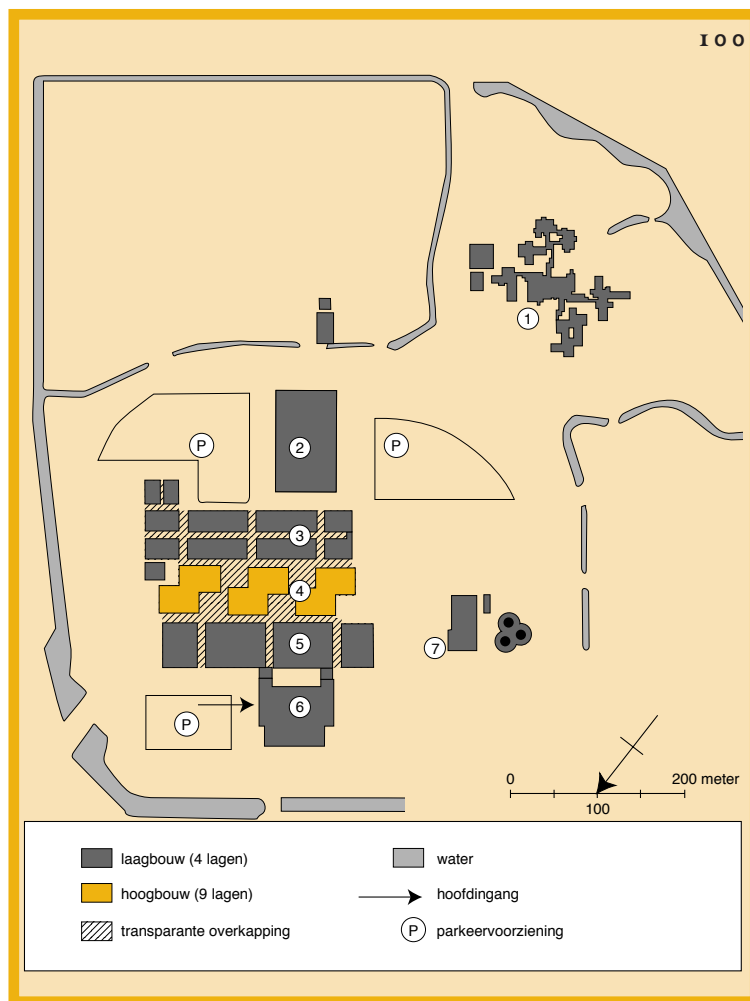


Fig. 23. Academisch Medisch Centrum Amsterdam (AMC) anno 1997. Het AMC stond model voor de andere academische ziekenhuizen in Nederland. Het psychiatrische ziekenhuis (1) werd als eerste gebouwd (1973-1979). Het gebouw van de Instituten voor Wetenschappelijk onderzoek (2), dat zich achter het complex bevindt, werd als laatste gerealiseerd (1984). Het centrale ziekenhuiscomplex omvat de prekliniek (3), de laboratoria en stafruimten met daarbovenop de verpleegafdelingen (4), de onderzoeks- en behandelafdelingen (5) en de centrale polikliniek (6). Op enige afstand van het complex ligt het energiecentrum (7).

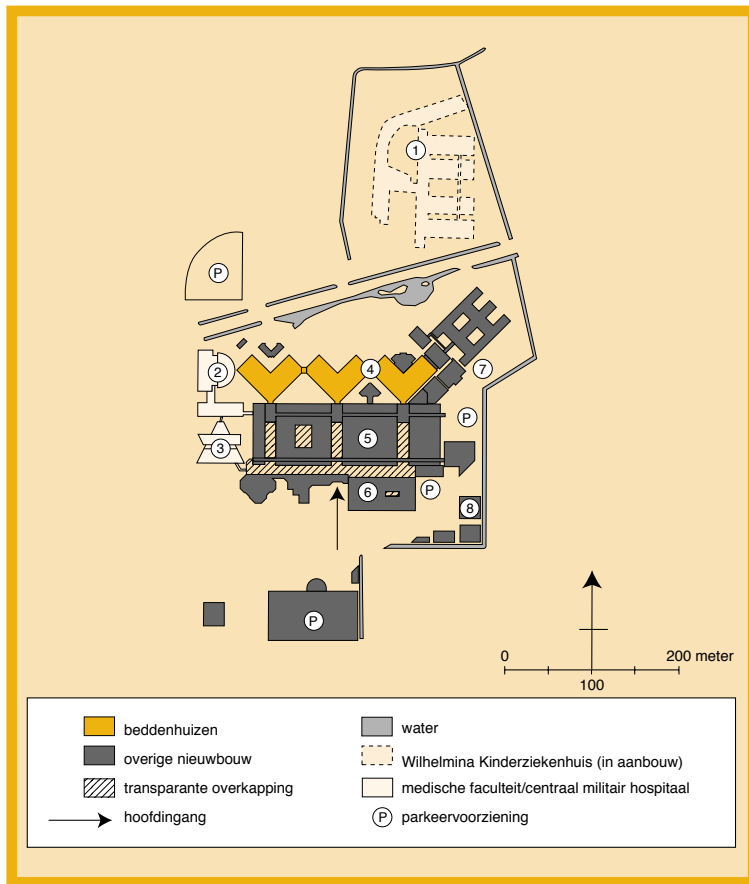


Fig. 24. Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU) anno 1997. In de directe omgeving van het AZU-complex zijn enkele verwante organisaties actief. Ten noorden van het AZU werd het thans in gebruik genomen Wilhelmina Kinderziekenhuis (1) gebouwd. Ten westen van het AZU staat het Centraal militair hospitaal (2) en zuidelijk daarvan ligt het gebouw van de medische faculteit (3). Het AZU-complex bestaat uit vijf lagen. De verpleegafdelingen van het AZU zijn v-vormig (4). Ze bevinden zich niet op (zoals in Amsterdam) maar achter het ziekenhuis. Het AZU (inclusief psychiatrie) heeft 863 bedden. De onderzoeks- en behandelafdelingen (5) liggen in het centrum van het complex, de centrale polikliniek (6) is pal naast de hoofdingang. Voor de afdeling psychiatrie (7) is een afzonderlijk gebouw aan het complex gekoppeld. Het energiecentrum (8) bevindt zich net als in Amsterdam op enige afstand van het complex.

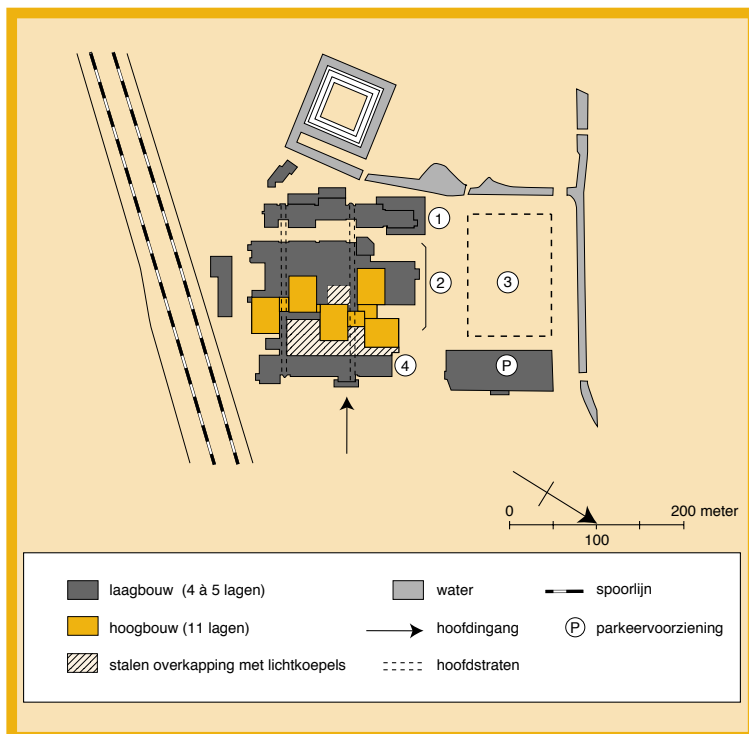


Fig. 25. Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL) anno 1997. Het AZL heeft veel minder grond tot zijn beschikking dan Amsterdam en Utrecht. Om op de beperkte ruimte toch een academisch ziekenhuis met 850 bedden te kunnen stichten moest hoger worden gebouwd. De laagbouw en de onderste verdiepingen van de hoogbouw bevatten de laboratoria (1), de onderzoeks- en behandelafdelingen (2) en de poliklinieken (4). De vijfde verdieping is in hoofdzaak technische ruimte. De hogere verdiepingen huisvesten de verpleegafdelingen. Naast het hoofdgebouw is ruimte gereserveerd voor de nieuwbouw van de medische faculteit (3).

Tromp reageerde via *Achter het Nieuws*: ‘Dat concept van Amsterdam nu kan niet op die terreinen van Leiden en Utrecht. De ingangen liggen aan de verkeerde kant. De polikliniek met 350.000 behandelingen per jaar komt aan de achterkant te liggen. De mensen moeten 700 meter lopen eer zij bij de ingang kunnen komen.’ Het gebouw was zo groot – ‘praktisch tot aan de wegen toe’ – dat je er later moeilijk nog iets kon aanbouwen. De aansluiting op de niet-klinische instituten en het onderwijs lag niet goed. ‘Kortom, wat je ook aanpakt, het is allemaal verkeerd wanneer we het Amsterdamse plan zonder meer op die terreinen zetten.’ Het kamerlid B. de Gaay Fortman was ook in de studio. Hij onderschreef Tromps standpunt, maar maakte zich vooral druk over het onnodig uitgeven van vele miljoenen: ‘Het volksvermogen staat direct op het spel voor meer dan 1 miljard gulden en in de toekomst voor honderden miljoenen gulden ... Het gaat om Nederlands belastinggeld, dat onnodig wordt uitgegeven.’ Leiden en Utrecht hadden aangegeven dat ze maar achthonderd bedden nodig hadden in plaats van de duizend van Diepenhorst. Dat scheelde natuurlijk nogal wat in de bouwkosten. Om die reden ondersteunde hij Tromps voorstellen voor Leiden en Utrecht: ‘Ongelooflijk, maar de besturen daar vragen of ze alstublieft goedkoper mogen bouwen.’¹³⁶

De storm waaide over en op 23 augustus 1973 heide de kersverse staatssecretaris voor Onderwijs G. Klein de eerste paal voor het psychiatrisch centrum van het AMC. Het had daarna nog heel wat voeten in de aarde eer met het hoofdgebouw kon worden aangevangen. De bouw van de drie academische ziekenhuizen stond op losse schroeven. In 1974 circuleerde het gerucht, dat de nieuwbouw van Utrecht (figuur 24) niet zou doorgaan en dat het voor Leiden onzeker was of er ooit gebouwd zou worden (figuur 25). Amsterdam moest erop rekenen dat de plannen daar slechts gedeeltelijk konden worden gerealiseerd.

Op 12 mei 1975 werd eindelijk, na anderhalf jaar oponthoud, de eerste paal voor het hoofdgebouw

geheid. Enkele maanden later kopte de NRC: ‘Bedden-dans zonder einde’ en gaf een toelichting bij de, naar verluidt, in alle stilte uitgevoerde heilactie. Op aandringen van de minister van Financiën W.F. Duisenberg was in de ministerraad het besluit gevallen, dat voorlopig alleen in Amsterdam een nieuw academisch ziekenhuis zou worden gebouwd, en wel zo goedkoop mogelijk.¹³⁷

In 1976 bleef de rijksoverheid overwegen en heroverwegen. A.P. Weeda, directeur opleidingsziekenhuizen bij het ministerie van O&W, kon er weinig waardering voor opbrengen: ‘In het kader van die heroverweging worden ook wel zotte – wellicht is het beleefder om te spreken van divergente – voorstellen met een lachwekkende ernst, als het niet zo ernstig was, onderzocht. Serius is overwogen of het ziekenhuis Slotervaart in Amsterdam niet geacademiseerd kon worden; voorgesteld is ook om een van beide Amsterdamse academische ziekenhuizen maar over te plaatsen naar Twente. Voor Leiden loopt nog steeds een onderzoek naar de mogelijkheden van renovatie, terwijl, wanneer we niet oppassen men voor Utrecht nog met een soortgelijk voorstel zal komen.’¹³⁸

Hoewel Leiden en Utrecht tot de ministeriële prioriteiten van het eerste uur hoorden zou de onzekerheid nog jaren duren. Minister Diepenhorst ging er destijds van uit dat Leiden in 1967 en Utrecht in 1970 konden gaan bouwen. In Leiden werd de eerste paal echter pas in 1980 geslagen. Utrecht moest nog een jaar langer wachten.¹³⁹

GEWENSTE CAPACITEIT: 1733 BEDDEN

Amsterdam, Leiden en Utrecht zagen hun plannen weliswaar keer op keer in rook opgaan, maar ze werden dan toch maar serieus genomen. Het Academisch Ziekenhuis Groningen hoorde niet tot de topdrie van O&W. Groningen moest het aanvankelijk stellen zonder enig vooruitzicht op ministeriële instemming. Het AZG liet zich daardoor overigens niet uit het veld slaan.

102
103

Groningen koos evenmin voor ‘gepast bescheiden’, maar koesterde ongekend hoge ambities. Begin 1976 produceerden afgevaardigden van staf en directie een capaciteitsrapport waarin de Groningse aspiraties werden samengevat. Binnen tien jaren moest het beddenbestand van het AZG uitgroeien tot een totaal van 1733 stuks. Desnoods kon het AZG doorgroeien tot een ziekenhuis met een maximumcapaciteit van 1896 bedden. Het rapport werd naar het ministerie gestuurd en sorteerde daar het beoogde effect. Met een schok realiseerde de ambtelijke top zich dat de Groningers niet braaf bleven zitten wachten tot ze aan de beurt waren. Goede raad was duur.¹⁴⁰

103
104

Op 15 oktober 1976 toog een zware AZG-delegatie, op verzoek van O&W, naar Den Haag om tegenover de top van het ministerie uiteen te zetten wat nu eigenlijk de bedoeling was. Directeur-generaal wetenschappelijk onderwijs G.J. Leibbrandt zette de toon door bij die gelegenheid een inleiding te houden over het sombere perspectief van de overheidsfinanciën. Voor het AZG was dat geen nieuw verhaal. Het ministerie zat blijkbaar behoorlijk met Groningen in de maag. En dat was wel nieuw! De aandacht van het ministerie was tot dan toe vrijwel volledig op de topdrie geconcentreerd, maar een koerswijziging lag in het verschiet. De AZG-delegatie toonde daarom haar goede wil, zonder overigens iets terug te nemen van de ambitieuze plannen. Uit het capaciteitsrapport mocht niet worden afgeleid, dat het AZG ook werkelijk op zo kort mogelijke termijn tot een dergelijke omvang wilde groeien, aldus bestuursvoorzitter G.R. Meijer. Het was wel zo, dat alleen al voor de wettelijk opgelegde opleidingstaak meer dan 1500 bedden nodig waren. En die moesten natuurlijk ook ergens vandaan komen. ‘In het bestaande patroon komt dit takenpakket op het AZG af, aangezien geen enkel ziekenhuis in de regio opleidingsbevoegdheid bezit.’ De hoge prognoses voor het AZG waren dus niet zo vreemd. Het ministerie moest het capaciteitsrapport echter beslist niet zien als de grondslag voor verdere planning, maar enkel en alleen als het uitgangspunt

voor een verdere gedachtevorming. Op die basis bleek het ministerie bereid om verder te praten. Leibbrandt stelde voor om een gestructureerd overleg te openen, ‘in welk kader kan worden gesproken over de positie en de verdere ontwikkeling van het AZG’. Het AZG-bestuur juichte de instelling van het overleg toe, maar thuisgekomen vroeg het zich wel af wat er dan eigenlijk besproken moest worden.¹⁴¹

Toch was dat niet zo moeilijk te raden. Kort tevoren hadden de heren G. Klein en J.P.M. Hendriks, respectievelijk staatssecretaris Onderwijs en Wetenschappen en staatssecretaris Volksgezondheid, de Tweede-Kamercommissies een intentieverklaring voorgelegd (mei 1976). De staatssecretarissen stelden pogingen in het werk om de muur tussen academische en niet-academische ziekenhuizen gedeeltelijk te slechten en dat werd hen, met name door de academische ziekenhuizen, niet in dank afgenomen. Die wilden hun uitzonderingspositie behouden en beschouwden de intentieverklaring ‘als een nieuw voorbeeld van ongewenste grensvervaging tussen academische en niet-academische ziekenhuizen’. In zijn Structuurnota gezondheidszorg (augustus 1974) had staatssecretaris Hendriks een beleid uitgezet waarin de capaciteit van de ziekenhuiszorg eerder af- dan toe zou nemen en waarin de bedden-capaciteit werd gefixeerd op maximaal 4 bedden per 1000 inwoners. Het volksgezondheidsregime oefende alleen al daarom weinig aantrekkingskracht uit op de academische ziekenhuizen. Tegen die achtergrond moet het gestructureerd overleg tussen O&W en AZG worden gezien. Het ministerie van O&W wilde van het AZG weten hoe de 1733 bedden te rijmen waren met het beleid van collega Hendriks.¹⁴²

OPERATIE GRONINGEN

De eerste bijeenkomst van ministerie en AZG werd door Weeda ingeleid met een lange historische verhandeling over de problemen waar de academische ziekenhuizen en zijn ministerie mee te kampen hadden. Hij sloot af

met de erkenning ‘dat hoezeer onze bewindslieden ook voor de academische ziekenhuizen staan, de positie van de academische ziekenhuizen een bedreigde is.’ Weeda kon ook geen ijzer met handen breken. ‘We moeten steeds kunnen bewijzen of en zo ja hoe een bepaalde beslissing in het eigen beleid, maar ook in het totale onderwijsbeleid is in te passen.’

Weeda was daarom erg te spreken over de samenwerking met het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit (AZVU) te Amsterdam. Ministerie en ziekenhuis hadden ‘in gezamenlijk overleg’ een beleidsnota over de afbouw van het AZVU opgesteld. Het gevolg was, ‘dat toen de staatssecretaris de VU-besturen uitnodigde om die nota te bespreken er nauwelijks iets te bespreken viel, zo roerend waren we het eens.’¹⁴³

Weeda wilde iets vergelijkbaars met Groningen bereiken en stelde voor om naast het capaciteitsrapport ook het ontwikkelingsplan van Kruisheer in de discussie te betrekken. Het werd al snel duidelijk dat daar meer achter stak dan pure belangstelling. Den Haag had hoge verwachtingen van de standaardprogrammering van Wester en meende dat een toetsing van Kruisheers ontwikkelingsplan aan de standaardprogrammering ertoe zou bijdragen dat de overspannen verwachtingen van Groningen wat werden getemperd. Het ministerie gaf bij die gelegenheid een opmerkelijke interpretatie van de daarin beoogde centralisatie: ‘De keuze van de gecentraliseerde bouw wordt mede voorgestaan in verband met de onderlinge uitwisselbaarheid der bedden en de te verwachten lagere exploitatiekosten.’ Met andere woorden: als jullie één groot beddenhuis bouwen, dan kunnen dezelfde bedden door verschillende disciplines worden belegd en dan zijn er dus minder bedden nodig. Volgens de chirurg J.N. Homan van der Heide, die als voorzitter van het stafconvent de vergadering bijwoonde, ging die vlieger niet op. ‘Men kan niet op hetzelfde bed vandaag een patiënt van interne en morgen een chirurgische patiënt verplegen.’ Daarvoor was de specialisatie van medisch en verpleegkundig personeel te ver doorgevoerd. De uitwisselbaar-

heid van bedden in academisch ziekenhuizen was juist een groot probleem. Het streven om op dat punt tot volledige integratie te komen werd door Homan van der Heide gekenschetst als ‘een illusie’.¹⁴⁴

De standaardprogrammering was weliswaar zo goed als klaar, maar de eerste delen van Westers magnum opus moesten nog worden gepubliceerd. Dat weerhield Weeda er niet van om te vragen of het AZG in het ontwikkelingsplan al wel rekening had gehouden met de standaardprogrammering. Dat was natuurlijk niet het geval. Het AZG kende de programma’s van Wester niet en het was er ook niet door het ministerie op geattendeerd dat de standaardprogrammering zo belangrijk was. Om te zorgen dat het AZG toch op korte termijn een reactie kon geven mocht Kruisheer de eerste negen delen op het ministerie komen inzien. Kort daarop kregen de academische ziekenhuizen de eerste achtentwintig delen toegezonden. Twee maanden later werd een lading van drieëndertig delen afgeleverd en de dertien delen die nog in de pijplijn zaten zouden zo spoedig mogelijk volgen. Terwijl Kruisheer zich zette aan een vergelijking van de eigen en de standaardprogrammering werd vanuit Den Haag nog eens onderstreept, dat de grootse plannen van Groningen bijzonder veel irritatie hadden gewekt en dat het AZG er verstandig aan deed om niet af te wijken van de toegezonden programma’s. Dat zou slechts tot grote vertraging kunnen leiden.¹⁴⁵

De tunnels en parkeerkelders uit het ontwikkelingsplan vormden eveneens een punt van irritatie. Het AZG moest daar niet koste wat kost aan vast blijven houden. Dat werd allemaal veel te duur. Het Adviesbureau voor Bouwtechniek (ABT) uit Arnhem kwam op ‘technisch-economische gronden’ tot een vergelijkbare conclusie. De voordelen van ondergronds parkeren wogen weliswaar op tegen de kosten, maar het ABT durfde die stelling niet te verdedigen als ook de kosten van de tunnelverbindingen in de beschouwingen werden betrokken. De directie zag het tunnelplan en de onderkeldering niettemin als een essentieel onderdeel. Bestuurslid J.M.Ph. Bongaerts deelde die opvatting. Hij vond het

echter niet verstandig om het ministerie voor het hoofd te stoten door deze punten nadrukkelijk aan de orde te stellen. Het kabinet-Den Uyl was inmiddels demissionair en na de benoeming van een nieuwe minister stond de zaak er misschien weer heel anders voor.¹⁴⁶

Het ministerie benadrukte, dat ook Groningen het met maximaal 1000 bedden voor onderzoek en onderwijs moest stellen. De standaardprogrammering diende als leidraad. Gezien de 'bovenregionale functie' van het AZG viel een capaciteit van 1200 bedden weliswaar te verdedigen, maar die extra bedden moesten dan maar ergens anders vandaan komen. O&W dacht daarbij op de eerste plaats aan het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Het streven was er daarom op gericht de Groningse plannen bij Volksgezondheid geaccepteerd te krijgen en daarvoor goede argumenten aan te dragen. Weeda vroeg het AZG om alvast plannen voor de eerstkomende tien jaren te maken, 'ter realisering van afgeronde fasen, binnen de financiële mogelijkheden van O&W.' Het AZG mocht daarbij uitgaan van een bedden capaciteit tot circa 1200 bedden. Weeda zag het overleg met Volksgezondheid blijkbaar met vertrouwen tegemoet. Hij verzuchtte nochtans dat hij de 'operatie Groningen' een moeilijke opdracht vond.¹⁴⁷

De nieuwe minister van O&W, A. Pais, die eind 1977 aantrad, kwam met een heel ander cijfer op de propen. Hij hield het erop dat een academisch ziekenhuis met 800 bedden voldoende capaciteit had om aan de behoefte voor onderwijs en onderzoek te voldoen. Voor de rest was zijn collega van Volksgezondheid verantwoordelijk. Daar werden ze in Groningen natuurlijk niet gelukkig van. Het AZG was inmiddels tien jaar bezig met de voorbereidingen voor de bouw van een nieuw ziekenhuis, maar er was nog steeds geen eerste paal geslagen. Technisch directeur Kluck verzuchtte, dat bij hem langzamerhand het beeld boven kwam 'van een breiwerk dat jarenlang onderhanden is en nooit kan worden afgewerkt, omdat de patroonbeschrijving als een losbladige editie is uitgegeven en periodiek wordt gewijzigd of aangevuld.'¹⁴⁸

STRUCTUURPLAN 1980

Begin 1979 kreeg de discussie over het ontwikkelingsplan een ander karakter. De besprekingen werden voortgezet in een zogenaamd 'Technisch Overleg'. Het AZG kreeg daarbij vooral te maken met O&W-vertegenwoordiger G.A.J. Esmeijer, die tevens de academische ziekenhuizen van Utrecht en Maastricht onder zijn hoede had. Dat overleg ging aanvankelijk wat stroef. Esmeijer: 'Het wantrouwen droop d'r van af hè ... die Groningers, dat was heel gek die waren wantrouwig, maar als ze daar overheen waren ... dan kon je alle afspraken met ze maken en hoefde je niets vast te leggen. Maar die Limburgers daar kon je afspraken mee maken wat je wou. Dus dan legde je het vast, maar je had wel de indruk dat zo gauw je weg was dan gooiden ze het in de asbak ...'t is echt anders.' Esmeijer bleef gedurende bijna tien jaren de belangrijkste contactpersoon van het ministerie. 'Ik zei al, ik ging naar Groningen toe. Houd die jongens maar bezig want ze zijn stront eigenwijs, plan Kajennepeper, ze willen toch niets, ze zijn eigenwijs, ze vertrouwen ons niet, ze geloven ons niet, alleen maar problemen. Van bouwen komt het voorlopig toch niet. Maar ik zeg het al, ik ben met die mensen gaan praten en toen bleek dat, ja op een gegeven moment vertrouwen ze je wel en toen schoten we heel hard op, moet ik zeggen ...'¹⁴⁹

Medio 1979, na afloop van het derde technisch overleg, liet het ministerie plots weten, dat het ontwikkelingsplan AZG in hoofdlijnen was geaccepteerd en dat het niet hoefde te worden bijgesteld. Er was nog meer goed nieuws. Minister L. Ginjaar van Volksgezondheid en Milieuhygiëne was bereid gevonden om 70 procent van de investeringskosten voor neurochirurgie bij te dragen. Zoveel is duidelijk: toen Ginjaar zo royaal over de brug kwam moest O&W het ontwikkelingsplan wel goedkeuren. 'Er dient al het mogelijke te worden gedaan tot een snelle start van de bouw ... het definitieve ontwerp dient in september uiterlijk te worden

afgewikkeld.’ Voor chirurgie waren de vooruitzichten nu ook veel gunstiger. ‘Ook voor dit project heeft de minister behoefte aan snelle voortgang.’¹⁵⁰

Dat betekende overigens niet dat O&W nu op alle onderdelen met het ontwikkelingsplan instemde. Integendeel: ‘Tegen de ligging van beddenhuizen en poliklinieken aan weerszijden van het behandelcentrum bestaan bij O&W grote bezwaren.’ Het ministerie wilde dergelijke functionele eenheden zo veel mogelijk samenvoegen. ‘Een voorstel van O&W is dan ook het gehele beddenhuis aan één zijde van het behandelblok te bouwen en de gehele polikliniek aan de andere zijde.’ Er was meer kritiek. Kruisheer had heel erg zijn best gedaan om een ‘open ziekenhuis’ te ontwerpen, maar ook de openheid van het ontwikkelingsplan was O&W een doorn in het oog. Ieder gebouw had een eigen ingang en dat was onoverzichtelijk, oncontroleerbaar en mogelijk zelfs onveilig. ‘O&W wenst een meer beheersbaar systeem met zo mogelijk één centrale hal waar informatie en sturing plaats vinden.’ Het complex moest bovendien een veel compactere opzet krijgen, waardoor de interne verbindingen konden worden verkort.¹⁵¹

Het voornemen om door de kelder en op de eerste verdieping een ruime verbindingsas (magistrale) aan te leggen was inmiddels op sterk water gezet. Den Haag had de royale toepassing van tunnels en kelders weliswaar sterk bekritiseerd – dat was allemaal veel te duur – maar het schrappen van de verbindingsas had een andere achtergrond. Een studie had aangetoond dat de parkeerkelders beter van buitenaf konden worden ontsloten dan van binnenuit. Het liet zich aanzien dat het ministerie helemaal geen geld overhad voor kelders, maar Groningen gaf zich niet zomaar gewonnen. Voor het leidingencircuit was aanvankelijk ruimte gereserveerd in de verbindingsas op de eerste verdieping, maar door het schrappen van de as moest naar een andere plek worden omgezien. Kruisheer wilde de leidingen tegen het plafond van de parkeerkelder monteren, maar gezien de Haagse allergie voor kelders

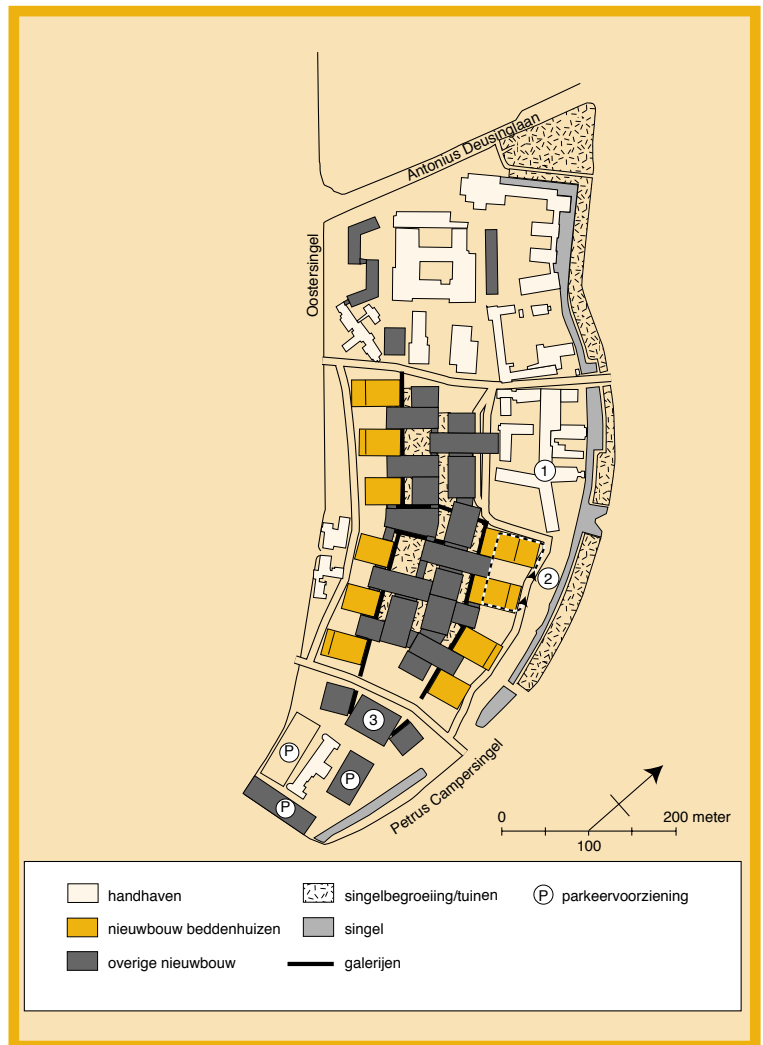


Fig. 26. Structuurplan AZG 1980 (J.E. Kruisheer). Tussen het Ontwikkelingsplan 1976 en het Structuurplan 1980 waren enkele belangrijke verschillen. Aanvankelijk ging Kruisheer er nog van uit dat de Interne kliniek (1) kon worden gesloopt. Behoud van het gebouw had tot gevolg dat het structuurplan twee beddenhuizen minder telde. De verbindingsas die in het Ontwikkelingsplan nog zo'n prominente plaats had, was in het Structuurplan niet meer opgenomen. De parkeerkelders onder de beddenhuizen zouden namelijk niet binnenlangs, via de verbindingsas, maar buitenom vanaf een rondweg (2) worden ontsloten. In het Ontwikkelingsplan waren brede binnenstraten voorzien, maar ook daar was vrijwel niets meer van terug te vinden. In de straten waren wachtruimten onder de overbouwingen gepland. Overdekte galerijen langs de beddenhuizen moesten de bezoekers enige bescherming tegen de weergoden bieden. De rest van de straten zou worden omgetoverd tot tuin. De zuidpunt van het terrein bood plaats aan de combinatie restaurant-verzorgingsgebouw-energiecentrum (3) en aan een parkeergarage, een parkeerterrein en een eenvoudig parkeerdek.

moest dat in iets andere bewoordingen worden gevat. Hij stelde voor om leidingruimten aan te leggen onder de vloer van de begane grond, in een zogenaamde service-floor. Door die service-floor iets dieper te maken zou aan een groot deel van de parkeerbehoefte kunnen worden voldaan.¹⁵²

Bestuurslid Bongaerts zocht de oplossing voor het parkeerprobleem in een andere richting. Hij wist dat de gemeente Venlo een parkeergarage had gerealiseerd ten laste van de BB-rekening (Bescherming Bevolking) en hij meende dat het AZG vaker moest omzien naar dergelijke mogelijkheden tot financiering van de nieuwbouw. De poging om een parkeerkelder annex ondergronds noodziekenhuis te realiseren hield de gemoederen een hele tijd bezig, maar het gewenste resultaat bleef uit. Het parkeren was een probleem en het zou dat ook geruime tijd blijven.¹⁵³

Groningen trok zich overigens wel degelijk wat aan van de kritiek uit Den Haag. In het Structuurplan 1980, dat Kruisheer onder handen had, werden de straten versmald en verstrakt om de afstanden te bekorten. Een toekomstige overkapping van het gehele voetgangersgebied werd mogelijk gemaakt door de gevels van de bouwdelen ter weerszijden van de voetgangersstraten zo veel mogelijk evenwijdig te plaatsen (figuur 26)

In het ontwikkelingsplan had het complex nog de vorm van een banaan, maar in het Structuurplan 1980 was de ronding een knik geworden. In de knik was de bezoekershal gesitueerd. Kruisheer ging ervan uit dat de aanleg van een overkapping, vanwege de gefaseerde uitvoering van de bouw, de eerste jaren nog niet aan de orde was. Voorlopig hield hij het op een 'gesloten galerijsysteem' dat tegelijk met de beddenhuizen annex poliklinieken zou worden aangelegd. 'Voor patiënten, die per auto worden aangevoerd, zullen de polikliniektoegangen ook van buiten bereikbaar zijn ... Geparkeerd kan worden bij de ingangen (kort) en onder de poliklinieken (lang).' Het openbare karakter van de straten zou pas veel later door overkapping van de hele straat kunnen worden gerealiseerd.¹⁵⁴

VIERHONDERD BEDDEN VOOR CHIRURGIE

Het ging goed met de voorbereidingen voor de bouw van neurochirurgie. Aan chirurgie werd eveneens hard gewerkt. Het programma van eisen van de eerste fase chirurgie en anesthesie kwam in april 1979 gereed. De kosten voor dit onderdeel van het CMC beliepen ruim 100 miljoen gulden. Het totale project zou veel meer kosten. Het was de bedoeling dat er later nog eenzelfde CMC-deel, vier beddenhuizen en enkele overbouwingen werden gerealiseerd. Binnen het AZG fronste menig een de wenkbrauwen over de omvang van het programma. Het bestuur had reserves, maar stemde er toch mee in, zij het dat de mogelijkheid tot bijstelling nadrukkelijk werd opengelaten. Bestuurslid M. de Wit liet aantekenen dat hij desondanks bezwaar bleef houden: Den Haag kreeg zo te veel en te gemakkelijk argumenten in handen gespeeld om de nieuwbouw van chirurgie nog verder te vertragen. In het convent uitte vooral oogarts N.M.J. Schweitzer ongezouten kritiek op het programma. Hij had de indruk dat het een 'zeer ambitieus en duur plan' was en hij vreesde, dat Den Haag het niet zou goedkeuren, tenzij 'met een geweldige dreun op de financiën'.¹⁵⁵

Wellicht voelde het ministerie bij het zien van het programma voor de eerste fase al nattigheid. Hoe het ook zij, Den Haag vroeg om het programma voor de hele chirurgie en of het AZG er maar voor wilde zorgen dat het ministerie daar binnen anderhalve maand over kon beschikken. Kluck zei dat hij daar wel kans toe zag, mits hij de vrije hand kreeg. Het bestuur stemde daarmee in, met dien verstande dat bestuurslid Bongaerts een vinger aan de pols zou houden. Het Bureau samenstellen bouwprogramma's (BSB) uit Delft werd ingeschakeld om de programmering op tijd rond te krijgen. Bestuurslid Bongaerts realiseerde zich inmiddels tot zijn schrik dat de afdeling chirurgie bij het opstellen van haar programma uitging van een capaciteit van 400 bedden, voor chirurgie alleen. Het indienen van een zo omvangrijk programma zou best weleens tot ernstige problemen met het ministerie kunnen leiden. Het AZG-

107
108

108
109

bestuur fronste opnieuw de wenkbrauwen, maar zag af van actie.¹⁵⁶

Op 2 oktober 1979 overhandigde Kluck het programma aan de vertegenwoordigers van het ministerie. Hij had er een briefje bijgevoegd waarin hij schreef: 'Het ontwerp is "voorlopig definitief", omdat het nog niet door het bestuur AZG is bekrachtigd, de medische faculteit hieromtrent niet is geraadpleegd en de regionale partners niet zijn geïnformeerd. Definitieve besluiten kunnen pas hierna worden genomen.' Het AZG hoefde niet lang op antwoord te wachten. Een week na de overhandiging van het programma lag er al een brief van Weeda: 'Omdat bestudering van de snelprogrammering de vraag oproept hoe het aantal van ruim 400 chirurgische bedden ... valt in te passen in de huidige omvang van uw ziekenhuis, lijkt het mij weinig zinvol om op basis van dit beddenaantal verdere deelprogrammeringen Chirurgie voor te bereiden. Evenzeer acht ik interdepartementaal overleg ongewenst, voor dat de bovengestelde vraag is beantwoord.'¹⁵⁷

Voor de bestuursleden De Wit en Bongaerts was dat de druppel die de emmer deed overlopen. Zij konden geen enkele waardering opbrengen voor de wijze waarop de directie de vierhonderd-beddenkwestie had aangepakt. Als dat het enige probleem was dan hadden beiden er waarschijnlijk niet zulke drastische consequenties aan verbonden, maar naar hun idee deed de directie veel te veel op eigen houtje en hield zij onvoldoende rekening met het standpunt van het bestuur. Kort tevoren hadden De Wit en Bongaerts nog ingestemd met een verlenging van hun termijn als bestuurslid, maar gezien de reactie van het ministerie trokken ze die toezegging nu in. Voorzitter Meijer en het bestuurslid A. Wattèl hadden al laten weten geen nieuwe termijn te ambiëren. Twee maanden na De Wit en Bongaerts bedankte ook mevrouw D.Y.W. de Graaff-Nauta. Het bestuurslid F.J. Keuning keek het nog even aan. Het door de gemeente benoemde bestuurslid C.W. Janssen was eigenlijk de enige die geen aanstalten maakte om mee te doen aan het grote opstappen.¹⁵⁸

De vierhonderd-beddenkwestie was dan wel de druppel die de emmer deed overlopen, maar wat zat er eigenlijk allemaal in de emmer? Eigenlijk te veel om in een boek over de planning en de bouw van het ziekenhuis te bespreken, maar we kunnen er niet omheen. De top van het AZG had in 1979 met nogal wat problemen te kampen. Het bestuur had problemen met de directie, de directie had onderling nogal wat meningsverschillen en de medische staf richtte met de regelmaat van de klok verwijten in de richting van bestuur en directie. De afdelingen hadden problemen, zowel in de sfeer van de samenwerking als in de sfeer van de capaciteit. De medische afdelingen, met chirurgie voorop, stelden weliswaar hoge eisen aan de kwaliteit en de omvang van de voorzieningen, maar, mede door het chronisch gebrek aan verpleegkundigen zagen flink wat afdelingen geen kans de capaciteit ook volledig te benutten. Wachtlijsten, sluitingen in de vakantieperiodes en de inzet van studenten moesten ervoor zorgen dat de problematiek hanteerbaar bleef. Toen dat niet voldoende soelaas bood, werd de capaciteit steeds vaker teruggedraaid. Veel bedden werden tijdelijk 'gesloten'. Het bracht menige afdeling tot grote irritatie en de wachtlijsten werden er uiteraard niet korter door. Op 23 april 1979 nam het bestuur een maatregel die onder dergelijke omstandigheden nauwelijks te verkopen was. Het besloot tot een algemene vacaturestop met onmiddellijke ingang. Die drastische maatregel had het oogmerk de exploitatie van het ziekenhuis uit de rode cijfers te houden en was mede ingegeven door de felle reactie van minister Pais op de overschrijding van de begroting van 1978.¹⁵⁹

De vacaturestop deed de relatie met de werkvloer beslist geen goed. Zo wees afdelingshoofd Mandema in augustus van dat jaar op de explosieve situatie bij interne geneeskunde: 'Vanuit de Interne Kliniek bestaat een vertrouwenscrisis ten opzichte van de kwaliteit van de directionele leiding.' En twee weken later liet ook de medische staf van de afdeling Kindergeneeskunde weten 'geen vertrouwen te hebben in de maatregelen,

die van de kant van de directie van het AZG genomen zijn om de zorg voor de patiënten op een verantwoord peil te houden.’ De buitenwacht liet ook van zich horen. Leukemie-patiënt Peter Stutvoet kon niet terecht in het AZG. De actie die hij ontketende leverde in korte tijd een half miljoen handtekeningen op en trok de aandacht van de landelijke pers. Zowel het AZG als de minister deden hun uiterste best om te voorkomen dat de verontwaardiging over zoveel onrecht op hun bordje terecht kwam. Waar mogelijk moest de negatieve publiciteit worden omgebogen in een positieve. Peter Stutvoet overleed enkele maanden later.¹⁶⁰

Het leeglopen van het AZG-bestuur geschiedde op een erg ongelukkig moment. Van de zijde van het ministerie was enkele jaren daarvoor aangekondigd dat de minister bij de benoeming van een nieuwe voorzitter zelf een kandidaat zou zoeken. In verband met het terugtreden van G.R. Meijer schoof minister Pais de burgemeester van Vledder, C.L.H.B. Verstegen, naar voren. Om nieuwe kandidaten te werven voor het bestuurslidmaatschap werden advertenties geplaatst in de landelijke dagbladen. Medio 1980 werd een vrijwel geheel nieuw bestuur geïnstalleerd.¹⁶¹

WISSELING VAN DE WACHT

Op 27 november 1980 was het zover. Minister Pais verrichtte de eerste officiële handeling voor de nieuwbouw van het Academisch Ziekenhuis Groningen. Hij trilde een damwandplank de grond in en symboliseerde daarmee de start van de nieuwbouw. Die handeling was ook in een ander opzicht een symbolische daad. Pais markeerde, wellicht zonder erbij stil te staan, het einde van de periode-Van der Kouwe. Twee dagen voor de feestelijkheden had voorzitter Verstegen directeur-geneesheer Van der Kouwe de wacht aangezegd. Het ambitieniveau van voorzitter Verstegen lag hoog en kort na zijn benoeming had hij de directie duidelijk gemaakt dat het bestuur geen genoegen nam met een bescheiden rol. Van der Kouwe voelde daar weinig voor: ‘De directie gaat er wel gaarne van uit dat het bestuur hier-

bij ook werkelijke “bestuurlijke” activiteiten nastreeft en daarbij de afstand zal bewaren, die voor een bestuurlijke beoordeling van de problematiek noodzakelijk is.’ Maar het bestuur dacht daar anders over. Binnen een halfjaar was Van der Kouwe directeur-geneesheer af. Economisch directeur R.E.J.G. Driessen was enkele weken eerder uit eigen beweging opgestapt. In 1980 was het AZG dus getuige van een bijzonder omvangrijke en abrupte wisseling van de wacht: het grootste deel van het bestuur en de helft van de directie keerden dat jaar het AZG de rug toe.¹⁶²

Het nieuwe AZG-bestuur had weinig binding met de periode voor 1980 en had er in het algemeen weinig goede woorden voor over. De donkere dagen voor 1980 vielen volgens hen in het niet tegen de heldere tonen van de periode na 1980. De hoogleraren K.K. Bossina, J.N. Homan van der Heide en J.H. Scholten werden bereid gevonden om na het wegvallen van directeur-geneesheer Van der Kouwe als medisch adviseur van het bestuur op te treden. De benoeming van een interim-directeur kon daarmee achterwege blijven. Ondertussen werden pogingen in het werk gesteld om een algemeen directeur aan te trekken. Het bestuur werd daarbij ontegenzeggelijk gehinderd door het eigen enthousiasme. Het zag zichzelf als het ‘beleidbepalende orgaan met eindverantwoordelijkheid’ en die visie oefende weinig aantrekkingskracht uit op potentiële kandidaten. Homan van der Heide schamperde, dat een normaal mens nauwelijks aan het wensen- en eisenpakket kon voldoen, maar dat hij bovendien ‘geen enkele verantwoordelijkheid’ zou mogen dragen. Hij vermoedde, dat men op die manier niemand voor de functie zou vinden, en hij kreeg gelijk. Al die tijd bleef de directie min of meer vleugellam. Eén ding was duidelijk: er moest snel een oplossing worden gevonden. Eind 1982 stond het bestuur voor de keuze om alsnog een interim-directeur te benoemen, dan wel over te gaan tot de benoeming van het bestuurslid J. Hamel tot algemeen directeur. Het bestuur koos voor de laatste optie en deed kort na de aanstelling van Hamel op 1 februari 1983 een stap terug. Voorzitter Verstegen zou nog enkele jaren actief deelnemen aan het overleg over bouwzaken.¹⁶³

6. Salto mortale

Met al die bouwers in de buurt was het nieuwe ziekenhuis niet langer het exclusieve domein van de plannenmakers rond hoofdarchitect Kruisheer. De bouw zou minstens veertien jaar in beslag nemen en het lag voor de hand dat het Structuurplan 1980 vroeg of laat moest worden bijgesteld. Dat het al zo snel tot een ingrijpende wijziging kwam was niet voorzien. Parkeren bleek de achilleshiel van Kruisheers ontwerp. Halverwege de jaren tachtig werd zijn structuurplan op de kop gezet en binnenstebuiten gekeerd. Het is bijzonder dat die salto mortale kon worden uitgevoerd terwijl de bouw in volle gang was en dat er ondanks die halsbrekende toeren toch nog een helder structuurplan uit voortkwam. Hoofdarchitect Kruisheer was fel tegen de voorgestelde wijzigingen. Desondanks bracht het AZG zijn acrobatische verrichtingen tot een goed einde. Een sterke bouwgemachtigde, een ervaren bouwcoördinator en een flinke dienst Bouwzaken klaarden de klus. Bouwzaken werd pas vrij laat in stelling gebracht, maar toen de formatie eenmaal op sterkte was, vormde de dienst een factor van betekenis. We pakken de draad op in 1971.

Bij de bouw van het nieuwe AZG ging het niet meer om een gebouw hier of een gebouw daar, maar om grote stukken van het nieuwe ziekenhuis van de toekomst. Projectarchitecten, adviseurs en aannemers werden ingeschakeld om de enorme bouwopgave te realiseren. Stukje bij beetje werd de legpuzzel in elkaar geschoven.

SPAKEN IN HET WIEL

Vanaf het moment dat het APSAZ werd omgedoopt in AZG beschikte het academisch ziekenhuis niet alleen over een nieuwe naam, het kreeg er ook een aantal verantwoordelijkheden bij. Tot 1971 was de universiteit verantwoordelijk voor de nieuwbouw op het ziekenhuis-terrein, na die datum was het AZG bouwheer. In de praktijk kwam het erop neer dat het ziekenhuis voortaan zelf de financiën beheerde en verantwoordelijk was voor de planning. Het feitelijke bouwen bleef een universitaire aangelegenheid: 'Het Bouwbureau als uitvoerend orgaan blijft uitsluitend een orgaan van de universiteit, waarmee het ziekenhuis op contractuele basis een relatie zal onderhouden.' K. de Jong, hoofd van de

113

114

Financieel-administratieve Dienst van het ziekenhuis, was daar niet gelukkig mee. Hij zag financieel beheer en uitvoering liever in één hand: ‘Het gaat enerzijds om het beheer der gelden en anderzijds om de beheersing van het bouwgeweer.’¹⁶⁴

Het universitaire ‘bouwgeweer’ liet het na enkele jaren afweten. De werkzaamheden op het ziekenhuis-terrein waren behoorlijk toegenomen. Terwijl het AZG onder leiding van Kruisheer dacht en discussieerde over het ziekenhuis van de toekomst had het universitaire bouw bureau de handen vol aan het herstel en de uitbreiding van het bestaande ziekenhuiscomplex. Het moest bijvoorbeeld voorzien in ruimte voor de sterk gegroeide poliklinische activiteit van het ziekenhuis. Maar het moest ook zorgen voor de begeleiding van enkele projecten die grote vertraging hadden opgelopen, met name de vrouwenkliniek (1974) en het medisch verzorgingscentrum (1980). De plannen voor de vrouwenkliniek waren al in de jaren vijftig aangekaart, die voor het medisch verzorgingscentrum in de jaren zestig. De projectleiders werkten onder hoogspanning, maar de formatie van het bouw bureau mocht niet worden uitgebreid. Eind 1974 leidde dat tot problemen bij de oplevering van de vrouwenkliniek. Volgens het hoofd van het universitaire bouw bureau Otten lag dat niet alleen aan de universiteit. Binnen het AZG liet de coördinatie te wensen over: ‘Hoewel wij gezamenlijk voor het AZG werken en ieder zijn uiterste best doet bestaat er bij de mensen van het Bouwbureau het gevoel – zeker niet altijd terecht – dat van AZG-zijde nogal eens “spaken in het wiel” worden gestoken die het AZG zelf niet ten goede komen en de werksfeer bepaald ook niet bevorderen.’¹⁶⁵

Gezien de krappe formatie had het Bouwbureau er alle begrip voor dat het AZG voorkomende werkzaamheden wilde opdragen aan een externe projectleider; als die projectleider maar onder verantwoordelijkheid van het Bouwbureau werkte. Technisch directeur Kluck voelde daar weinig voor, volgens hem lag een directe relatie tussen AZG en projectleider veel meer voor de hand.

Otten reageerde geprikkeld: ‘Als het AZG inderdaad een dergelijke beslissing zou nemen, dan kan ik, mede met het oog op mijn medewerkers, het College van Bestuur niet anders adviseren dan over te gaan tot beëindiging van alle activiteiten van het Bouwbureau tbv het AZG op een redelijk korte termijn.’ De emoties waren al gauw zo hoog opgelopen dat het College van Bestuur van de universiteit de binnenbrand niet meer kon blussen. Het college opperde dat het staken van de werkzaamheden ‘op een nette manier en geleidelijk’ moest geschieden – de breuk was definitief. Op 31 december 1975 werd de relatie met het Bouwbureau van de RUG beëindigd. Het AZG bouwde voortaan zelf.¹⁶⁶

G.J. Westenbrink was kort tevoren aangetrokken om te zorgen voor de broodnodige AZG-coördinatie bij de uitbreiding van de interne kliniek. Westenbrink kon bogen op vele jaren ervaring in de utiliteitsbouw; gezien de breuk met het bouw bureau van de RUG kwam die ervaring goed van pas. Eind 1977 werden zijn werkzaamheden ondergebracht in een nieuw gevormde dienst Bouwzaken, onder leiding van het eerste hoofd Bouwzaken M.G. Segers. Na enige discussie over het al dan niet handhaven van een zelfstandig bouwsecretariaat, werd ook directie-assistent G. Dijkstra toegevoegd aan de formatie van Bouwzaken. In het eerste halfjaar van 1978 zagen de bouwactiviteiten er nog veelbelovend uit. Het medisch verzorgingscentrum bereikte in maart van dat jaar het hoogste punt en in mei kon de nieuwe vleugel van de interne kliniek officieel in gebruik worden gesteld. Maar daarmee waren de feestelijkheden voorlopig ten einde.¹⁶⁷

Minister van Onderwijs en Wetenschappen Pais had zich tegenover een AZG-delegatie zo negatief uitgelaten over de financiële vooruitzichten, dat het bestuur onmiddellijk aan de noodrem had getrokken: ‘Gezien de door de minister gestelde – negatieve – perspectieven zal ernstig overwogen moeten worden om in het belang van patiënten en medewerkers de capaciteit van het ziekenhuis terug te draaien.’ Onder die omstandigheden moest ook de bouw pas op de plaats maken.

Eind mei bond technisch directeur Kluck de dienst Bouwzaken op het hart om voor het lopende jaar ‘absoluut geen nieuwe betalingsverplichtingen’ meer aan te gaan. Bij de jonge dienst konden ze weinig waardering opbrengen voor die maatregel: ‘Het is een frustrerende ervaring, dat een dienst, waaraan zozeer de behoefte wordt gevoeld, bij zijn totstandkoming ineens zo niet overbodig blijkt, dan toch tenminste zijn functie niet op zinnige wijze kan vervullen.’¹⁶⁸

HET CENTRAAL MEDISCH COMPLEX

Een jaar later was het ineens weer rennen geblazen. De ministers Pais en Ginjaar waren het eindelijk eens geworden over de bijdrage van Volksgezondheid aan de bouw van neurochirurgie (CMC I), maar er moest nog heel wat werk worden verzet om dit eerste bouwblok in de steigers te krijgen. J.J.I. Buisman uit Rotterdam, de vaste constructeur van Kruisheer + Hallink, adviseerde het AZG om voor de gebouwen van het centraal medisch complex een betrekkelijk grote overspanning van 15,6 meter aan te houden. Kolommen en andere sta-in-de-wegs kunnen erg bepalend zijn voor de indeling van de plattegronden. Door een grotere overspanning te kiezen krijgt de architect meer ontwerprijheid en kan hij de beschikbare ruimte efficiënter indelen. Dat was vooral gunstig voor het centraal medisch complex, omdat daar sterk uiteenlopende activiteiten moesten worden ondergebracht. Dankzij de grotere overspanning zouden bovendien veel meer auto’s in de kelders kunnen staan.

Op de tweede en vierde verdieping moesten evenwel hulpconstructies worden aangebracht, om het gebouw voldoende stijfheid te geven, het mocht immers niet gaan zwabberen. Die verdiepingen waren ongeschikt voor personenverkeer, maar ze konden goed worden gebruikt om de benodigde installaties te herbergen. De dienst Bouwzaken hechtte groot belang aan gelijke indelingsmogelijkheden voor alle verdiepingen van het CMC en nam het voorstel van Buisman daarom niet

over. Met 7,8 meter kon de architect ook heel goed uit de voeten, meende men bij Bouwzaken. Het CMC kreeg uiteindelijk toch nog een vrij grote overspanning: 10,2 meter. Voor de beddenhuizen hield men het op 7,8 meter.¹⁶⁹

Kruisheer was verantwoordelijk voor het ontwikkelingsplan uit 1976 en het structuurplan uit 1980. Zijn partner H. Hallink ontfermde zich onder meer over het architectonisch ontwerp van het CMC. Kruisheer en Hallink hadden sterk uiteenlopende opvattingen over bouwen en Hallink was er de man niet naar om zijn mening over Kruisheer onder stoelen of banken te steken: ‘Hij kon enorm goed praten, hij kon uitstekend schrijven, analytisch vermogen dat was prima. Alleen bouwen dat was iets, dat moest dan ook nog gebeuren. En toen dacht-ie’, aldus Hallink, ‘nou ja goed, deze vent die uit de aannemerij komt en de taal des aannemers spreekt en kan rekenen en cijferen en handelen en begroten en zaken doen en vechten, die een beetje strijdbaar was, dus nou ja die dacht, dat dat goed samenwerkte. Nou, dat pakte weleens wat anders uit ... Kruisheer die was de man van het structuurplan en ik was degene die daar de gevels ontwierp en de plattegronden tekende, de bestekken maakte, de calculaties en bouwde. Dus eigenlijk zeg maar het overall-beleid daar had ik weinig zicht op. Ik hoorde natuurlijk van Kruisheer weleens het een en ander. Je had er natuurlijk wel rekening mee te houden, maar ik had daar geen say in.’¹⁷⁰

Hallinks ervaring met de bouw van het Diaconessenhuis in Leiden en van een ziekenhuis in Haarlem met 700 bedden kwam hem in Groningen goed van pas. Bij de bouw van het Haarlemse Sint Elisabeth’s of Groote Gasthuis ging alles stap voor stap: ‘met die rare vergunningtoestand waar je eerst eens palen in de grond moest slaan en dan kreeg je eens toestemming om een skelet te maken en dan, al bouwende, moesten op een bouw bureau die plattegronden ontworpen worden.’ Die werkwijze had tot gevolg, dat de aannemer al druk bezig was terwijl er nog allerlei onderdelen moesten worden aanbesteed. In Haarlem liep dat halverwege

de bouw spaak. Hallink ging niet akkoord met de prijs van de aannemer. ‘Toen zeiden ze: “Meneer Hallink, wat wilt u? Onze bouwkranen staan hier.” Ik zei: “Nou dan pak jij je bouwkraan op en dan koop ik zelf een bouwkraan. Ik geef die vent van jou vijftig gulden in de week meer en dan hijst die in mijn bouwkraan, en linoleum en sloten en deuren kan ik zelf ook kopen ... Ik bouw het zelf wel.” Dus toen ben ik aannemer geworden. Dat zeg ik nou maar even omdat het me toen ook niet zoveel moeite kostte om daar in Groningen het ene gebouw tussen het andere gebouw te frutselen.’ In Groningen werd de prijs met de aannemer vastgesteld op basis van prijzenboeken, ‘terwijl we geen ene plattegrond of wat ook hadden. We wisten niet hoeveel wanden erin kwamen en hoeveel deuren en weet ik ’t wat. Maar gewoon op normgetallen, die ik natuurlijk had en Westenbrink, die daar enorm goed in thuis was.’ Het duo Hallink-Westenbrink werkte nauw samen en gaf het ontwikkelingsplan handen en voeten.¹⁷¹

De gevel van het CMC werd door Hallink voorzien van isolatie en aluminium gevelplaten. Dat mocht geen speciaal fabrikaat zijn, want ‘dan zaten ze tot het end aan die fabriek vast’ en die kon de prijs dan op gaan drijven. ‘Het moest materiaal zijn wat tot in lengte van jaren beschikbaar en verwerkbaar zou zijn.’ Metalen roosters langs de gevel fungeerden als zonwering, als balkon voor de glazenwasser en aanvankelijk ook als bouwsteiger. Hallink: ‘Van daaraf kon je die gevelplaten d’raan hangen ... Het moest flexibel zijn. Met andere woorden, je moest heel simpel een gevel d’ruit kunnen halen als je er een gebouw tegenaan zette en dan moest het afgekomen materiaal weer aan het nieuwe gebouw gehangen kunnen worden.’¹⁷²

In het CMC was de plattegrond van de verschillende ruimten moeilijk te standaardiseren. Het gebruik liep sterk uiteen en de indeling kon eigenlijk pas worden vastgesteld als duidelijk was welke gebruiker op welke plek zou worden ondergebracht. Dankzij de gekozen bouwwijze kon daarover nog op het allerlaatste moment worden beslist.

O&W WIL EEN VINGER IN DE PAP

Toen Kruisheer zijn ontwikkelingsplan tekende waren er al heel wat partijen ingeschakeld bij het overleg over de toekomst van het ziekenhuis. Naarmate de start van de bouw naderbij kwam nam dat aantal sterk toe. Naast de hoofdarchitect Kruisheer werden de project-architecten Hallink en Kleinjan (uit Team 4) aan het werk gezet, de constructeurs Buisman, Peree en Wasse-naar, de installatieadviseur Van Heugten en de mensen van de Grontmij voor de infrastructuur. Vanuit het ministerie van O&W sprak een aantal vertegenwoordigers mee over de Groningse nieuwbouwplannen. G. Afink van Berenschot Osborne was door het ministerie belast met de controle op de bouwkosten, en ook de Rijksgebouwendienst was van de partij. Het is dan een stuk lastiger om het eens te worden en het lijkt op voorhand uitgesloten dat iedereen aan het einde van het verhaal tevreden is. Het allerergste is natuurlijk een Babylonische spraakverwarring waarbij niemand aan zijn trekken komt. Het is dus verstandig om taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van tevoren duidelijk af te bakenen. De vaststelling van procedures is een essentieel onderdeel van de bouwvoorbereiding; zo ook bij de nieuwbouw van het AZG. De woordvoerder van het ministerie van O&W, Esmeijer, wilde een aantal zaken vastleggen in een convenant tussen O&W en AZG. Bij de nieuwbouw van het Academisch Ziekenhuis Utrecht had hij daar goede ervaring mee opgedaan. De Groningers waren evenzeer overtuigd van de noodzaak om de bouw te organiseren en de procedures te stroomlijnen, maar zij wilden ook voorkomen dat ze voor ieder wissewasje de instemming van Den Haag nodig hadden.¹⁷³

Het Utrechtse convenant, door Esmeijer ter lezing aanbevolen, werd met nogal wat argwaan tegemoet getreden. A.J.J.A. Hegeman, van de dienst Organisatie en Efficiency (O&E), stelde in 1981 een Gronings organisatie-model op. Maar O&W bleef vasthouden aan de Utrechtse werkwijze en het AZG kon maar moeilijk

afscheid nemen van de Groningse uitgangspunten. O&W wilde een bouworganisatie die onafhankelijk van het AZG kon opereren en die onder leiding stond van een bouwgemachtigde met grote bevoegdheden. Dat was veel overzichtelijker voor het ministerie. Voor de Utrechtse nieuwbouw was het misschien ook het beste. Daar lag het bouwterrein immers ver van het oude ziekenhuis verwijderd, buiten de stad.¹⁷⁴

Voor Groningen, dat op het eigen terrein aan de gang moest, was een dergelijke organisatie veel minder vanzelfsprekend, meende Hegeman. Groningen gaf de voorkeur aan een veel plattere organisatie en zag directie en bestuur als hoofdverantwoordelijke voor de bouw. Omdat Groningen gefaseerd bouwde, konden per afdeling steeds weer nieuwe vertegenwoordigers bij het proces worden betrokken. Het ministerie voelde daar echter niets voor, het wilde veel kortere overleglijnen en meer coördinatie. Hegeman concludeerde: 'De indruk bestaat dat de vertegenwoordiger van O&W een overheersende vinger in de pap wenst bij de realisering van de nieuwbouw AZG.'¹⁷⁵

O&W wilde inderdaad zaken doen met een beperkt aantal mensen die over verregaande bevoegdheden beschikten. Dat kon alleen door ze los te weken uit de bestaande organisatie en als de taken en bevoegdheden in een convenant werden vastgelegd. Het AZG wilde zo'n convenant niet, het wilde evenmin een bouwgemachtigde, maar de Groningers wilden ook geen ruzie met het ministerie. Daarom werd eind 1982 besloten, althans voor het zicht, tegemoet te komen aan de wensen van O&W.¹⁷⁶

Na het bereiken van overeenstemming met O&W op dit punt kon de formatie van de dienst Bouwzaken verder worden opgetuigd. Het bestuur meende, dat daar toe eerst en vooral een bouwcoördinator moest worden aangesteld. De omvang van het project was zo groot, dat de coördinatie van architecten, adviseurs en aannemers een hele opgave beloofde te worden. Het bestuur meende, dat hoofd Bouwzaken Segers te weinig ervaring met dergelijke grote bouwprojecten had om die

klus te kunnen klaren. Zijn benoeming in mei 1983 tot hoofd Technische Dienst maakte de weg vrij voor het aanstellen van een nieuw hoofd Bouwzaken, c.q. een bouwcoördinator. Er zou nog enige tijd mee heengaan, maar in december 1983 kon J.C.J. Schuurman Hess op die plek worden benoemd.¹⁷⁷

Schuurman Hess had onder andere ervaring opgedaan bij de bouw van het Haagse Congrescentrum en het Rotterdamse Sint Franciscus Gasthuis. Bouwcoördinator Schuurman Hess zou een bouwgemachtigde boven zich krijgen, met andere woorden iemand met verstrekkende bevoegdheden en honderd procent verantwoordelijkheid voor de goede afloop van het project. Het AZG wilde de nieuwe economisch directeur B.F. Dessing tot bouwgemachtigde benoemen. Dessing kon bogen op vele jaren ervaring bij enkele grote waterstaatswerken van de overheid, waaronder de Oosterscheldewerken. Gezien zijn staat van dienst kon O&W deze AZG-troef moeilijk van tafel vegen. Hamel: '... daar konden ze dus niet omheen, want die had beton in zijn hersens ...'¹⁷⁸

Er was niettemin een belangrijk probleem. De bouw zat al bijna tien jaar in de portefeuille van technisch directeur Kluck. Zonder goede argumenten was een gedwongen vertrek intern heel slecht te verkopen. De negatieve reactie van de AZG-gemeenschap op het onverwachte ontslag van directeur-geneesheer Van der Kouwe lag het bestuur nog vers in het geheugen. Voorzitter Verstegen zocht naar argumenten om aan te tonen dat de bouw bij de technisch directeur niet in goede handen was en dat Kluck beter kon opstappen. Enkele incidenten werden aangevat om die opvatting kracht bij te zetten. Algemeen directeur Hamel koos voor een mildere benadering. Hamel koesterde geen grote sympathie voor Kluck, maar hij zat evenmin te wachten op interne conflicten of extra werk. Na enig trekken en duwen kwam Kluck met directie en bestuur overeen dat hij technisch directeur zou blijven, maar dat de portefeuille Bouwzaken vanaf 13 januari 1984 bij collega Dessing zou worden ondergebracht. Op

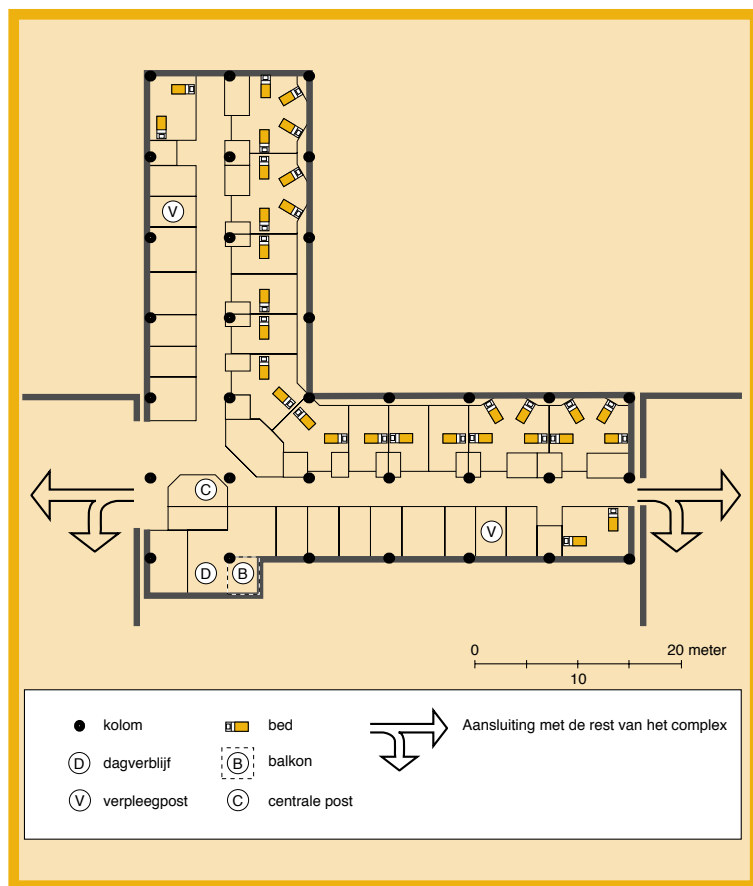


Fig. 27. Haakvormige standaardverpleegeenheid volgens Kruisheer + Hallink (1978). In 1975 wonnen Kruisheer, Arends, Grasveld en Verheyen de nationale ziekenhuisprijsvraag met het plan Kajennepeper, een ziekenhuisontwerp met haakvormige verpleegeenheden. Dankzij de haakvorm kon de verpleegeenheid worden verdeeld in twee verpleeggroepen van ieder 15 patiënten. Natuurlijke verlichting en ventilatie alsmede uitzicht stonden hoog op de verlanglijst. De kamers van de patiënten keken uit over de tuin, terwijl de dagverblijven en een deel van de overige vertrekken zich op de binnenstraten oriënteerden.

die datum zou koningin Beatrix het eerste deel van de nieuwbouw officieel openen.¹⁷⁹

Dessing viel op die dertiende januari met zijn neus in de boter. De O&W-vertegenwoordigers Truyman en Esmeijer waren bij het bezoek van Hare Majesteit niet met voldoende egards behandeld, meenden zij. Wellicht was het een vergissing, misschien grepen directie en bestuur de gelegenheid aan om beide ambtenaren hun plaats te wijzen. Hoe het ook zij, Den Haag liet niet zo gemakkelijk over zich heen lopen en het AZG zou dat weten ook.

Enkele weken na de opening had een delegatie van bestuur en directie een informeel gesprek met Truyman en Esmeijer over de verantwoordelijkheid voor de nieuwbouw. Daar deelden de O&W-vertegenwoordigers de lakens uit. Zij schetsten twee mogelijkheden: werken volgens het convenant nieuwbouw met het accent van de verantwoordelijkheid bij O&W of werken volgens de inmiddels archaïsche bouwregels 1970, weliswaar met het accent van de verantwoordelijkheid bij het AZG, maar ook met uitgebreide administratieve procedures voor het verkrijgen van toestemming om te bouwen. Het AZG onderkende de ernst van het probleem. Een poging om via minister W.J. Deetman alsnog aan het langste eind te trekken had geen resultaat.¹⁸⁰

Inmiddels zette Esmeijer de wensen van O&W uiteen in de zogenaamde 'randvoorwaardenbrief'. Het door Deetman op 11 mei 1984 ondertekende schrijven perkte de AZG-wensen in tot maximaal duizend bedden en een netto vloeroppervlak, inclusief de te handhaven gebouwen, van maximaal honderdduizend vierkante meter. O&W stelde de parkeerbehoefte op het terrein op ongeveer zestienhonderd auto's en verklaarde nadrukkelijk, dat alleen met bovengronds parkeren kon worden ingestemd. Het ministerie had ook al nagedacht over een bestemming voor de oude gebouwen. 'Met het oog op de gewenste optimale integratie van medische faculteit en academisch ziekenhuis dient u ten aanzien van het structuurplan varianten uit te werken voor het beschik-

baar stellen van eventuele vrijkomende bestaande huisvesting ten behoeve van de medische faculteit.’ Maar eerst en vooral moest de programmering up-to-date worden gebracht en op basis daarvan kon vervolgens een nieuw structuurplan worden uitgewerkt. Opnieuw werd Bureau Samenstellen Bouwprogramma’s (BSB) uit Delft ingeschakeld en in september lag het geactualiseerde ‘Basisprogramma Academisch Ziekenhuis Groningen’ ter tafel. Op 20 december 1984 liet O&W weten, dat het ministerie met de grote lijnen kon instemmen. In dezelfde vergadering ondertekenden Truyman en Versteegen het convenant AZG-O&W.¹⁸¹

DE STANDAARDVERPLEEGEENHEID

De Groningse beddenhuizen boden betere aanknopingspunten voor standaardisatie dan het CMC. Dat betekende in de praktijk dat meer zaken van tevoren konden en moesten worden vastgelegd. We pakken de geschiedenis op in 1978. In dat jaar produceerde een speciaal daartoe ingestelde AZG-werkgroep een programma van eisen voor de standaardverpleegeenheid van het nieuwe ziekenhuis. De werkgroep mikte aanvankelijk op 26 bedden per verpleegeenheid en twee verpleegeenheden per verdieping, maar zou O&W daar ook mee instemmen? Voor het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam ging men uit van 32 bedden per verpleegeenheid. Inmiddels had de ervaring geleerd dat het verstandig was om rekening te houden met het grote Amsterdamse voorbeeld. Voor de zekerheid bepaalde Groningen zijn standaardverpleegeenheid daarom op 30 bedden. Door te kiezen voor grotere verpleegeenheden kon het AZG met minder beddenhuizen uit de voeten.¹⁸²

De vorm van het beddenhuis was evenzeer het resultaat van een compromis. Kruisheer had de haakvormige beddenhuizen van het ontwerp ‘Kajennepeper’ in zijn Ontwikkelingsplan 1976 opgenomen. De werkgroep werkte deze vorm verder uit en vulde de plattegrond in (figuur 27). Maar in 1980 werden Kruisheers ontwerp

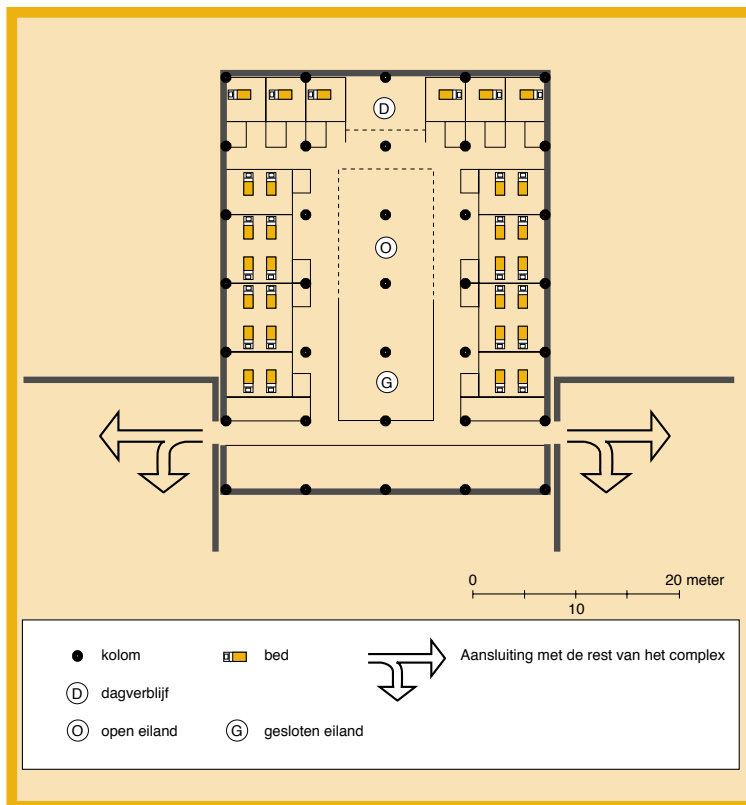


Fig. 28. Vierkante standaardverpleegeenheid volgens Kruisheer, Hallink, Arends (1981). Uit kostenoverwegingen stapte het AZG af van de haakvorm en liet een vierkant beddenhuis ontwerpen. Door de beddenkamers aan de buitenkant van het vierkant te leggen behielden de patiënten hun uitzicht op de tuin. Licht en lucht waren ook in deze opstelling binnen bereik. Het was veel lastiger om in de overige vertrekken te profiteren van daglicht en natuurlijke ventilatie. In Falkirk had The Scottish Home and Health Department een prototype van een dergelijke verpleegeenheid gebouwd en uitgetest. In zijn schets voor de Groningse beddenhuizen verwerkte Kruisheer enkele Schotse oplossingen: ‘Deze werkruimte was daarom, zoals in Falkirk, gedacht als een slechts door balies of werkbladen van de gangruimten gescheiden oppervlakte, waarin zusterposten, dienkeuken, schone en vuile werkruimte hooguit door glaswanden van elkaar zouden worden gescheiden, zodat verplegenden tijdens hun werkzaamheden het oog zouden hebben op de deuren van de patiëntenkamers rondom.’ De werkruimte in het centrum van het beddenhuis werd door Kruisheer verdeeld in een open en een gesloten eiland.

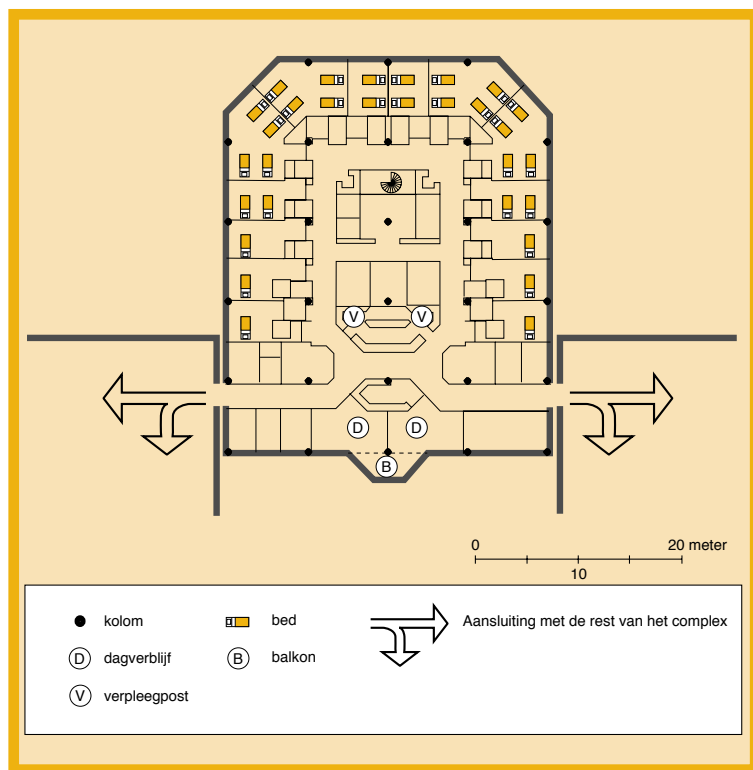


Fig. 29. Afgeschuinde standaardverpleegeenheid volgens Team 4. Hoofdarchitect Kruisheer had weliswaar verscheidene ontwerpen voor de standaardverpleegeenheid gemaakt, maar in 1981 werd de architect J. Kleinjan van Team 4 aangesteld als projectarchitect voor het eerste beddenhuis. Kleinjan ging uit van een ruimer stramien van de kolommen en hij kon daardoor bij de indeling van het beddenhuis beter uit de voeten. Hij voorzag het gebouw van afgeschuinde hoeken en in die hoeken plaatste hij de vier vierpersoonskamers. Aanvankelijk wilde Kleinjan de verpleegposten zo dicht mogelijk bij de patiënten houden, dus achterin het beddenhuis (vergelijk figuur 30). In een later stadium gaf hij toch de voorkeur aan een plek bij de toegang tot het beddenhuis. Kleinjan tekende een dagverblijf dat uitzicht bood op de binnenstraten van het ziekenhuis en hij voorzag het van een flink balkon. Dankzij de overkapping van de binnenstraten zou het balkon ook buiten de zomerperiode van nut zijn. Verscheidene varianten passeerden de revue vooraleer het eerste beddenhuis werd gebouwd (1983-1985). Ook daarna bracht Kleinjan nog kleine wijzigingen aan. De plattegrond op deze tekening geeft de indeling weer van het beddenhuis A, dat tussen 1992 en 1994 werd gebouwd.

en de inbreng van de werkgroep terzijde geschoven. De haakvormige plattegrond werd ingeruild voor een rechthoekige (figuur 28). Bij een rechthoekig gebouw is de verhouding tussen vloeroppervlak en geveloppervlak gunstiger en het is dus goedkoper te bouwen. Ook in energetisch opzicht scoort het vierkant beter dan de haak: de stookkosten zijn lager, de loopafstanden korter.

De koerswijziging was vooral ingezet om tegemoet te komen aan de wensen van O&W. Op aandringen van het ministerie reduceerde de dienst Bouwzaken het aantal vierkante meters: 'Zou met deze vierkante meters gewerkt kunnen worden, dan kan de invulling van een beddenhuis snel klaar zijn', opperde T.A. Feddema, kersvers projectleider van de dienst Bouwzaken. G.R. Veenema, hoofd van de verpleegdienst, was daar niet zo van overtuigd. Hij vond de haakvormige verpleegeenheid al aan de krappe kant en vreesde dat als alles nog kleiner werd opgezet de privacy van de patiënten in het gedrang kwam. Technisch directeur Kluck begreep die kritiek wel, maar hij wist ook, dat het ministerie daar niet gevoelig voor was.¹⁸³

Begin 1981 waren de wensen zover uitgekristalliseerd dat het AZG een projectarchitect voor het eerste beddenhuis kon aantrekken. Team 4 had in het verleden al zo vaak aan de bel getrokken, dat dit architectenbureau nauwelijks meer kon worden gepasseerd. November 1981 lagen de eerste schetsontwerpen ter tafel.

Architect J. Kleinjan van Team 4 voorzag het vierkante beddenhuis van afgeschuinde hoeken en plaatste vier vierpersoonskamers in deze hoeken (figuur 29 en 30). Voor het centrale gedeelte van de beddenhuizen koos hij een andere opzet dan Kruisheer en hij projecteerde de dagverblijven niet aan de buitenzijde van het ziekenhuis, maar aan de binnenkant, met uitzicht op de binnenstraten.¹⁸⁴

Het verkrijgen van een gemeentelijke bouwvergunning voor het eerste beddenhuis had nogal wat voeten in de aarde. Een bewoner van de Petrus Campersingel diende

een bezwaarschrift in omdat het beddenhuis zijn vrije uitzicht op de Martinitoren zou belemmeren. Het bezwaarschrift werd door het gemeentebestuur terzijde gelegd. De op- en aanmerkingen van de welstandscommissie maakten meer indruk op het college. Omdat 'Welstand' de gevels van de beddenhuizen te eentonig vond, bracht de architect wat reliëf aan in de gevelbeplating en liet de ramen verspringen. Dat had het bijkomende voordeel dat de patiënten zo meer zicht kregen op de buitenwereld. B&W gaf daarop een bouwvergunning af, maar was nog allerminst tevreden: 'Het is naar ons oordeel een vrij gesloten, weinig gedifferentieerd en weinig uitnodigend gebouw.' Die kritiek lijkt mosterd na de maaltijd, maar het AZG wilde een stuk of tien van dergelijke beddenhuizen bouwen en de op- en aanmerkingen van B&W sneden dus wel degelijk hout.¹⁸⁵

B&W was niet gecharmeerd van het ontwerp, evenmin van de beoogde standaardisatie: 'Het mag dan ook niet de bedoeling zijn dit bouwplan als standaard verpleegeenheid te gebruiken, zodat alle verpleegeenheden deze verschijningsvorm krijgen.' In het stedenbouwkundig deelplan stond het duidelijk genoeg. Daarin was juist sprake van 'een verscheidenheid, ontstaan door het op gedifferentieerde wijze vorm geven aan de elementen binnen de structuur afhankelijk van functie, architect en tijdstip'. De gevellijn aan de Oostersingel moest dus beslist anders worden dan die aan de Petrus Campersingel. 'Men wenst duidelijke wandvorming van de bebouwing gecombineerd met een singelstructuur in de groenvoorziening.'¹⁸⁶

Het AZG en de gemeente spraken af, dat de onderste laag van de beddenhuizen aan de Oostersingel een flink eind naar achteren zou worden geplaatst en dat de gevel van de eerste laag zou worden gemetseld. De hoofdingang aan de Oostersingel werd geaccentueerd door de zes beddenhuizen te voorzien van verschillende kleuren, oplopend van licht naar iets donkerder en weer terug. De trappenhuizen tussen de beddenhuizen zouden een donkere kleur krijgen om de wandvorming te versterken.¹⁸⁷

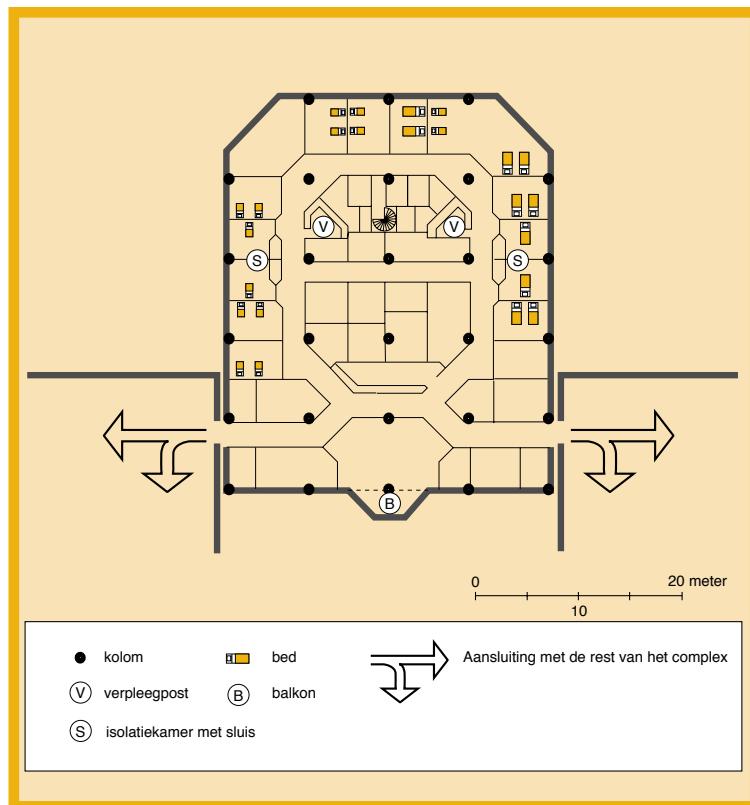


Fig. 30. Verpleegafdeling van de afdeling kindergeneeskunde, ontwerp Team 4. De verdiepingen in het beddenhuis van de afdeling kindergeneeskunde hebben vrijwel dezelfde plattegrond, maar per verdieping is die plattegrond op uiteenlopende wijze ingevuld. Op de tekening is de eerste verdieping weergegeven. In het AZG worden de kinderen zo veel mogelijk verpleegd met hun leeftijdsgenoten. De jongste kinderen hebben hun kamer op de hoogste verdieping, de oudste op de laagste. Kinderen zijn kleiner, hun bedden zijn kleiner en hun kamers zijn kleiner. Maar ze hebben wel meer ruimte nodig om te spelen. De standaardindeling voldeed niet en architect Kleinjan werd gevraagd een ontwerp te maken dat toegesneden was op kinderen. In zijn ontwerp is het plafond in de gang lager gemaakt, zodat de kleine kamers ruimer lijken. Dankzij het toepassen van veel glas kunnen de patiëntjes die het bed moeten houden toch zien wat er op de gang gebeurt.

Het eerste beddenhuis aan de Petrus Campersingel was bestemd voor neurochirurgie, chirurgie (tijdelijk) en oogheelkunde. Daarmee werd een belofte ingelost die al bij de vervaardiging van het Ontwikkelingsplan 1976 was gedaan. De bouwers kregen ook nieuwe wensen voorgelegd. De meest in het oog springende was de poging om een hartchirurgisch centrum te stichten.

HARTEN TROEF

Het AZG studeerde begin jaren tachtig op de mogelijkheid om de capaciteit van de openhartchirurgie uit te breiden. Op dat terrein was het AZG zeker niet de enige gegadigde en alle zeilen moesten worden bijgezet. Wat dat betreft waren de plannen om in de buurt van Winschoten een hartchirurgisch centrum te stichten koren op de molen van het AZG. Medio 1982 verscheen de nota 'Plan betreffende uitbreiding diagnostische en therapeutische faciliteiten thoraxchirurgie, audiologie, en kindercardiologie in het Academisch Ziekenhuis Groningen'. In de haast hadden de opstellers van het rapport een foutje in de titel over het hoofd gezien: cardiologie was verbasterd tot audiologie. Het AZG wilde

de capaciteit van de openhartchirurgie opvoeren van 527 openhartoperaties in 1981 tot 1200 in 1992 (figuur 31). Uit alles blijkt dat Groningen daarmee grote haast had. Het AZG-bestuur had het plan al onderschreven nog voor het goed en wel gereed was. En toen de nota op vrijdag 7 mei 1982 het licht zag werd deze onmiddellijk aan het ministerie voorgelegd. De maandag daarop bespraken bestuur en directie hun voornemens al met staatssecretaris Deetman van O&W. Deetman zou drie weken later tot minister worden benoemd.¹⁸⁸

Het voornemen om de openhartchirurgie op te voeren had personele en materiële gevolgen. Daarnaast waren er belangrijke bouwkundige consequenties. De voorbereiding van de noodzakelijke bouwkundige voorzieningen werd met voorrang ter hand genomen. Het ging niet alleen om operatiekamers, er waren ook laboratoria nodig, röntgenkamers en een aantal verpleegafdelingen. De fasering van het structuurplan moest flink worden gewijzigd, maar de plannen konden alle worden ingepast. Een groot deel van de voorzieningen zou in het tweede deel van het centraal medisch complex (CMC II) komen. Op 5 januari 1983 kwam minister Deetman langs om het startsein voor de bouw van CMC II te geven. Om de verpleegafdelingen en de polikliniek van thoraxchirurgie en cardiologie te huisvesten zou een beddenhuis aan de Oostersingel worden gebouwd. Daarvan werd de eerste verdieping gereserveerd voor een coronary care unit.

De directie wilde de bouw van het beddenhuis zo snel mogelijk aanvatten en dat had onder andere consequenties voor de plannen met de nieuwe energiecentrale. Medio 1983 stonden de lichten voor de centrale nog op groen, er was al een architect benaderd. In mei van dat jaar ontving Team 4 uit handen van algemeen directeur Hamel de opdracht tot het ontwerpen van een elektriciteitscentrale op de zuidpunt van het ziekenhuisterrein: 'Het gebouw dient enerzijds een zodanig verfijnd karakter te gaan bezitten dat het de kenmerken omvat van de bron van de fysische energiestromen, essentieel benodigd voor het optimaal doen

123

125

125

126

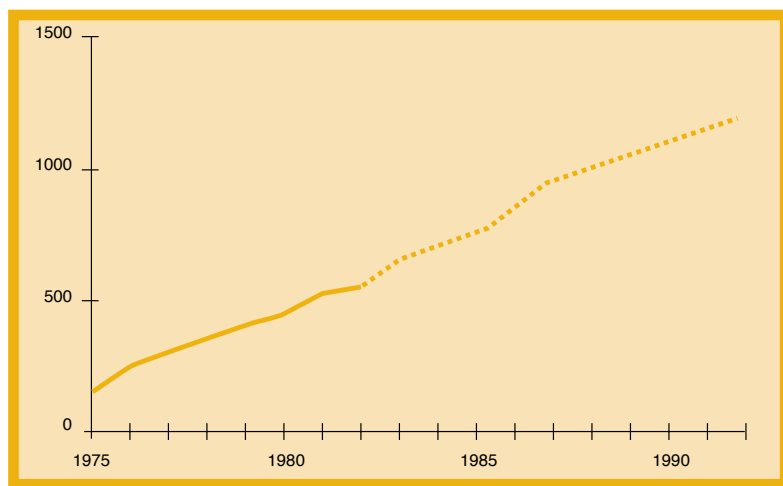


Fig. 31. Openhartoperaties in het AZG 1975-1981 en prognose openhartoperaties AZG 1982-1992.

functioneren van het Academisch Ziekenhuis, terwijl het anderzijds een geïntegreerde aanblik dient uit te maken van het totale stedenbouwkundige ontwerp van de AZG-bouwdelen.’ Eind 1983 sprongen de lichten plotseling op geel. De directie maakte aanstalten om de bouw van de energiecentrale op de lange baan te schuiven. Door uitstel van die dure voorziening zou het beddenhuis voor openhartchirurgie des te eerder kunnen worden gerealiseerd.¹⁸⁹

Technisch directeur Kluck was daar faliekant op tegen: ‘Ik heb toen inderdaad een hele hoop geblokkeerd en ik zal ook zeggen waarom. Ik was namelijk als de dood voor het helemaal wegvallen van de elektriciteitsvoorziening. Want ik had het een paar keer meegemaakt ...’ Een van die stroomstoringen trof bij voorbeeld de beademing: ‘... in één keer boem pats, alle lichten uit en de beademingsapparatuur stil. Dat betekent dat verpleegkundigen van achttien jaar en leerling-verpleegkundigen van zeventien jaar als de scheet naar alle patiënten toe moesten en met de hand moesten gaan beademen. Daar ben ik me kapot van geschrokken ... Dat heeft ontzettend lang midden in de nacht geduurd voor we de oplossing vonden ... Dus ik was fanaat op het gebied van noodstroomvoorziening ... Vandaag of morgen vallen er doden, dat moet ik niet.’ De dienst Bouwzaken rekende voor dat uitstel desondanks mogelijk was en Kluck haalde bakzeil, althans: ‘... alles overziend kan ik na een eerste bestudering voorshands geen doorslaggevende bezwaren aanvoeren tegen het later bouwen van de nieuwe Energiecentrale, mits wij ons bewust zijn van de extra risico’s, de extra problemen, de extra kosten etc. en de geringe ... winst: enkele bouwdelen één jaar eerder gereed.’ Op 12 september 1984 besloot de directie om de bouw van de energiecentrale uit te stellen. Het licht stond op rood en het zou nog een tijdje rood blijven.¹⁹⁰

Het uitstel gaf aan het AZG voldoende financiële ruimte om het beddenhuis voor openhartchirurgie te realiseren. Toen eind 1984 het bericht afkwam dat het ministerie van WVC het AZG toestemming gaf om 56

extra bedden te bestemmen voor openhartchirurgie kon er ook gebouwd worden. Op 13 maart 1985 gaf staatssecretaris J.P. van der Reijden (WVC) het startsein voor de bouw van het nieuwe beddenhuis.¹⁹¹

ACHILLESHIEL: HET PARKEREN

Parkeren was in menig opzicht de achilleshiel van de Groningse ziekenhuisbouw. Het terrein bood weinig parkeergelegenheid, omdat de schaarse ruimte broodnodig was als bouwterrein. Het gemeentebestuur had de omgeving van het ziekenhuis inmiddels tot verboden gebied verklaard voor AZG-parkeerders. Kruisheer zocht de oplossing van het parkeerprobleem in de aanleg van parkeergarages onder de beddenhuizen en onder het centraal medisch complex. Op de zuidpunt van het terrein was ook parkeermogelijkheid voorzien, aanvankelijk had men daar zelfs een vrij grote parkeergarage op het oog (350 plaatsen). Kruisheer waarschuwde voor het visuele effect dat zo’n kolos zou hebben op de bestaande bebouwing. De gevel van de neurologische kliniek was fraai genoeg om als blikvanger te dienen, maar een parkeergarage op die plek zou het uitzicht op de gevel ‘onherstelbaar bederven.’ Door elders op het terrein parkeergelegenheid te creëren zou het AZG kunnen volstaan met een veel kleiner parkeerdek van ongeveer 120 plaatsen langs de Oostersingeldwarsstraat.¹⁹²

Als het over parkeren ging was de gemeente Groningen een belangrijke gesprekspartner. Het gemeentebestuur had niet alleen belang bij de oplossing van het parkeerprobleem, het had ook sterke wapens in handen om zijn invloed te doen gelden. Voor de bouw van het parkeerdek moesten enkele huisjes op de hoek van de Oostersingel en de Oostersingeldwarsstraat worden gesloopt. Met gevoel voor understatement waarschuwde wethouder Gietema het AZG, dat de tijdrovende onteigeningsprocedures vooral niet moesten worden onderschat. Hij legde uit dat het gemeentebestuur geen bezwaar had tegen de voorgenomen sloop,

127
128

maar dan moest er wel een flinke parkeervoorziening voor in de plaats komen. De gemeente Groningen was erop gebrand dat het AZG de parkeerproblemen op eigen terrein oploste. De parkeergarage met 350 parkeerplaatsen scoorde alleen al daarom hoger dan het parkeerdekje met 120 parkeerplaatsen.¹⁹³

Bij het zoeken naar een oplossing was het standpunt van O&W eveneens van doorslaggevende betekenis. In het overleg tussen O&W en het AZG was herhaaldelijk benadrukt dat O&W tegen ondergrondse parkeergarages was, en dat het ministerie al helemaal niet voor de kosten wilde opdraaien. De AZG-delegatie zag daarin overigens geen aanleiding de parkeergarages te schrappen. Keer op keer werden nieuwe alternatieven aangedragen om het ministerie te overtuigen van de zinnigheid van ondergronds parkeren. Met veel creatief rekenwerk toonden de Groningers aan, dat ondergronds parkeren niet per se duurder hoefde te zijn. Het AZG boekte daarmee succes: het eerste beddenhuis mocht worden voorzien van een parkeergarage.

128
129

Er werd ook veel energie gestoken in het vinden van alternatieve financiering. Eind 1982 verblijdde staatssecretaris van Economische Zaken P.H. van Zeil het AZG met een subsidie van 4 miljoen uit de pot van het Integraal structuurplan noorden des lands (ISP). Die subsidie was bestemd voor de bouw van een parkeergarage onder CMC II. Steun uit de ISP-pot had het belangrijke voordeel dat Economische Zaken er voorwaarden aan verbond in de sfeer van follow-up en continuïteit. De bewindslieden van O&W en Volksgezondheid moesten zich bereid verklaren 'om de continuïteit in de bouwstroom te garanderen en in gezamenlijk overleg hun financiële participatie in deze bouwstroom te bepalen.'¹⁹⁴

Kort na de komst van bouw gemachtigde Dessing en bouwcoördinator Schuurman Hess kwam er een kentering in het denken over parkeren. Voor Dessing en Schuurman Hess was het standpunt van O&W een belangrijk ijkpunt, het ministerie was immers de grootste financier van de nieuwbouw. Maar ze waren

ook niet gecharmeerd van Kruisheers oplossing voor het parkeerprobleem. Schuurman Hess vond het ronduit een slecht idee om parkeergelegenheid onder de beddenhuizen te creëren. Volgens hem was er een wanverhouding tussen de parkeerplaatsen beneden en de patiënten boven. Als iemand zijn auto niet kwijt kon moest hij om het ziekenhuis heen rijden, onder een ander beddenhuis zijn auto parkeren en dan maar zien dat hij aan de overkant kwam. Schuurman Hess vond dat het logistiek heel slecht in elkaar zat. Maar wat dan wel? Het was al snel duidelijk dat het bij de ontwikkeling van een nieuw concept niet alleen over parkeren zou gaan. Als het ziekenhuis koos voor decentraal parkeren onder de beddenhuizen, dan zat het ook vast aan een decentrale ontsluiting van het complex. Dessing en Schuurman Hess wilden de parkeergelegenheid concentreren, met name op de zuidpunt van het terrein. Die keuze had tot gevolg dat het ziekenhuis via een hoofdingang moest worden ontsloten.¹⁹⁵

Schuurman Hess: 'Toen ik hier kwam zat er ook een zogenaamde conventsbouwcommissie en daar zaten de grote professoren in, en ik kwam met de gedachte van een totaalziekenhuis en daar zat er niet één die daar ook maar een minuut aan dacht. Die zaten allemaal te wachten "wanneer komt mijn afdeling aan de beurt" en waren helemaal niet geïnteresseerd om het ziekenhuis als een totaliteit te zien. Dus op een gegeven moment zei ik tegen Dessing: "We moeten met die club ophouden, daar word ik geen streep wijzer van, kost alleen maar tijd, en dat gaat niet goed." En ik zou dat later niet meer gedurfd hebben, laat ik daar ook duidelijk over zijn. Het waren toch hotemetoten van de eerste orde ... "Nou," zei Dessing, "dan heffen we die op." Ja hoor, is ook gebeurd en toen is er ontstaan het zogenaamde Bouw Management Team. Daarin zat dus een vertegenwoordiger van de medische hoek en de beste vent die ik daarvoor gehad heb, in het begin, dat was een radioloog: Kingma ... Die begon die gedachte van die hoofdentree toe te juichen en die ging dat ook verkopen aan zijn achterban.'¹⁹⁶

De ontsluiting van het ziekenhuis via een hoofdingang was eigenlijk alleen maar denkbaar als deze goede verbindingen had met alle afdelingen; er kwam nog heel wat bij kijken om die te realiseren. In zijn Ontwikkelingsplan 1976 had Kruisheer het ziekenhuis-complex doorsneden met openbare straten – in zijn filosofie de voortzetting van het openbaar domein op het ziekenhuisterrein. De poliklinieken en de onderzoeks- en behandelafdelingen lagen aan weerszijden van de binnenstraten en het lag dus voor de hand dat de patiënten af en toe en het personeel regelmatig een straat moesten oversteken, daarbij weer en wind trotserend. In het Structuurplan 1980 waren de binnenstraten daarom voorzien van hallen en galerijen, met daartussenin patio's met tuinen. Daarmee werd weliswaar een droge oversteek verzekerd, maar van de oorspronkelijke bedoeling bleef op die manier weinig over. Kruisheer: 'Een deel van het openbare karakter werd hiermee aan de binnenstraten ontnomen.'

In 1982 deed Kruisheer de suggestie de gehele binnenstraat van een overkapping te voorzien. De aanleg van hallen en galerijen kon dan achterwege blijven en de binnenstraten konden worden omgetoverd tot een soort passages met een openbaar karakter. Dat voorstel werd door Hallink uitgewerkt. Door het aanbrenge van een overkapping kon worden bespaard op de isolatie van de gevels in de passage. Een deel van de investering in de overkapping kon worden terugverdiend. Begin 1984 stemde de directie in met het voorstel. Dankzij de overkapping zou het ziekenhuis de beschikking krijgen over een goede verbinding tussen de afdelingen op de begane grond. De overkapte binnenstraten vormden tevens een haast ideale route naar een eventuele hoofdingang.¹⁹⁷

In de tweede helft van 1984 zette het AZG een belangrijke koerswijziging in. De beddenhuizen voor chirurgie en openhartchirurgie zouden nog van een parkeerkelder worden voorzien (2 x 40 plaatsen), maar de overige beddenhuizen zouden zonder parkeerkelder worden gebouwd (6 x 40 plaatsen). Ter compensatie zou

op de zuidpunt een uit de kluiten gewassen parkeerdek verrijzen (400 à 500 plaatsen). Daarmee was het AZG voorlopig uit de brand. Op de wat langere termijn was extra bovengrondse parkeergelegenheid op de zuidpunt nodig. Tegen die tijd zou ook de neurologische kliniek, die aanvankelijk vanwege zijn fraaie gevel werd gespaard, ten prooi vallen aan de parkeerhonger.

Voor wethouder Gietema was het nu allemaal een beetje te veel van het goede: 'De gemeente maakt zich zorgen over de situatie dat er zo'n 1000 parkeerplaatsen op de zuidkant worden gerealiseerd. Wat blijft er voor andere zaken over?' Het ministerie van O&W daarentegen vond dat het AZG op de goede weg was, maar men was nog niet helemaal tevreden. In oktober 1984 stemde O&W in met de bouw van een beddenhuis voor openhartchirurgie, let wel: zonder parkeergarage. En het ministerie gaf te kennen dat het verstrekken van een vergunning met parkeergarage minstens een halfjaar langer zou duren. Het AZG had haast met het realiseren van de voorzieningen voor openhartchirurgie en liet de optie parkeergarage toen maar vallen.¹⁹⁸

GATENKAAS

Door de binnenstraten te overkappen kregen deze meer comfort en een grotere toegankelijkheid. Gezien het voornemen om de parkeergelegenheid op de zuidpunt te concentreren kwam dat bijzonder goed van pas. Het overgrote deel van het bezoek kon nu immers via de overdekte passages naar de ingangen van de poliklinieken en de beddenhuizen worden geloodst, dus voortaan binnendoor in plaats van buitenom. De centralisatie van de bezoekersstroom ging ten koste van de door Kruisheer gepropageerde openheid van het ziekenhuis. Kruisheer wilde juist een decentrale ontsluiting om de integratie van ziekenhuis en omgeving te bevorderen.

Iemand als Hallink onderschreef die filosofie niet: 'Ik heb altijd gezegd, je moet er geen negen ingangen maken, want ze jatten je dekens weg en alles dat loopt

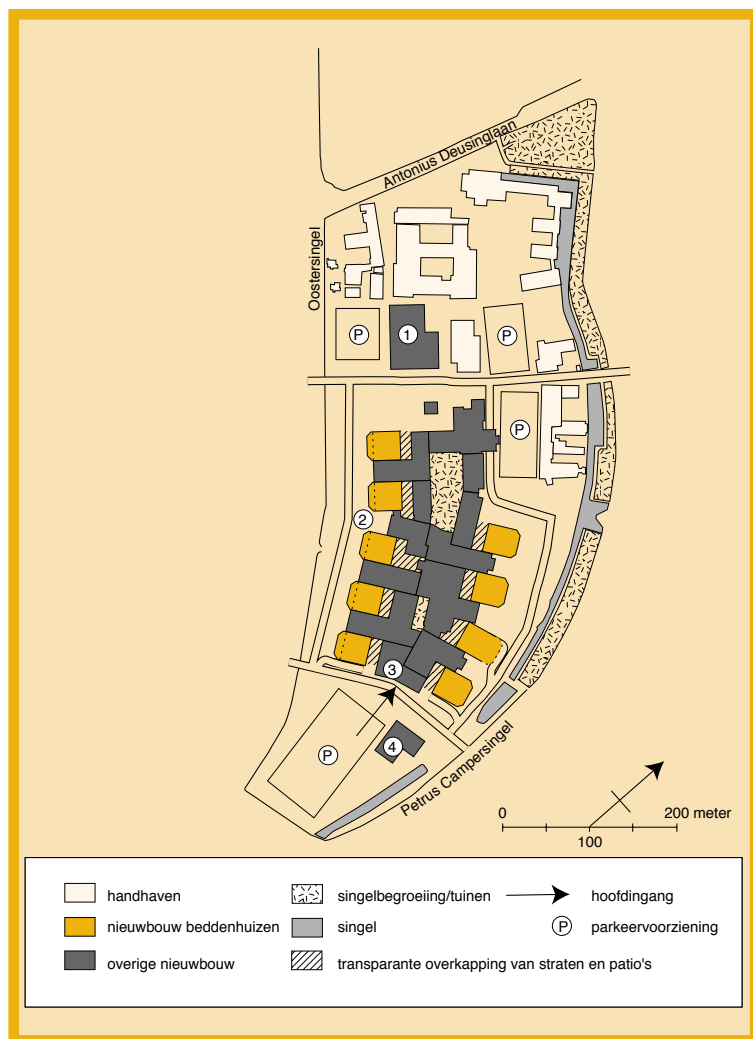


Fig. 32. Structuurplan Academisch Ziekenhuis Groningen (1987). Midden jaren tachtig werd het structuurplan ingrijpend veranderd. De hoofdingang van het ziekenhuis verhuisde van de stadskant (2) naar de zuidzijde (3). Het terrein voor de nieuwe hoofdingang zou worden vrijgemaakt om ruimte te bieden aan een parkeervoorziening. Het was nog onduidelijk wat er precies met de energiecentrale moest gebeuren (4), maar men was ervan overtuigd dat die beter ten noorden van het complex kon worden gebouwd. Daar was inmiddels ruimte gereserveerd voor het nieuwe verzorgingsgebouw (1) en enkele parkeervoorzieningen voor het personeel.

Het nieuwe structuurplan legde vast dat het nieuwe ziekenhuis negen beddenhuizen zou tellen.

dag en nacht die deuren binnen, dat is niet overzichtelijk.’ Schuurman Hess was evenmin enthousiast over Kruisheers ideeën op dit punt: ‘Het was een ziekenhuis met twaalf ingangen en om het heel simpel te vertalen: een ingang in een ziekenhuis is zeven man. Dat is een dag-en-nachtfunctie.’ Door al die ingangen werd het bovendien een onduidelijk gebouw. Esmeijer op zijn beurt had van het begin af aan weinig fiducia in Kruisheers concept en duidde het consequent aan met de term gatenkaas.¹⁹⁹

De hoofdingang van het ziekenhuis was aanvankelijk, als vanouds, aan de Oostersingelzijde gedacht, ongeveer in het midden van het complex. Gezien de centralisatie van de parkeergelegenheid op de zuidpunt lag het voor de hand om ook de hoofdingang daarheen te verplaatsen. Het lastige was alleen dat er al wat op die plek lag, te weten een spiksplinternieuwe ambulancehal en de ingang van de kelder onder het CMC. Het liet zich aanzien dat sloop op weinig sympathie van O&W kon rekenen. Begin 1985 gingen Schuurman Hess, Dijkstra, Hegeman en J.H.A. Leenders, het nieuwe hoofd planontwikkeling van de dienst Bouwzaken, in retraite op de camping Ruigenrode in Lochem, om daar in alle rust op dergelijke vraagstukken te studeren. Schuurman Hess kende de camping van de keren dat hij er als pianist triomfen vierde en het leek hem een uitgelezen plek om de problemen rond de ontsluiting aan de orde te stellen. In Lochem werd ook gefilosofeerd over de vraag hoeveel beddenhuizen het AZG moest bouwen. De berekeningen kwamen uit op acht en een half beddenhuis. Met enig passen en meten konden dat er ook acht zijn. Met negen zat het AZG wat ruimer in het jasje. De ruimtebehoefte van de poliklinieken op de begane grond was van doorslaggevende betekenis.²⁰⁰

Medio 1985 werd opnieuw buiten Groningen overlegd over de nieuwbouwplannen. Op initiatief van de radioloog L.M. Kingma had Schuurman Hess deze keer een groter gezelschap bij elkaar geroepen. In Zeegse werd drie dagen overlegd. Daar werd onder meer voorgesteld om de cen-

trale ingang aan de zuidelijke gevel te maken, 'zodanig dat de oost- en west-binnenstraat worden gekoppeld.' De Zeegsegangers concludeerden, dat het goederenverkeer het beste ten noorden van het ziekenhuis kon worden afgehandeld en dat het verzorgingscentrum en de energiecentrale ook beter elders konden worden gebouwd. Voor de energiecentrale kwam men er toen niet uit, maar de zuidpunt van het terrein begon al aardig leeg te raken en kon worden bestemd voor parkeren.²⁰¹

De resultaten van Lochem en Zeegse vonden hun neerslag in de nota 'AZG 2000', een werkstuk dat op verzoek van O&W onmiddellijk werd omgedoopt in het neutralere 'AZG nieuwbouw'. O&W-vertegenwoordiger Esmeijer beschouwde 'AZG nieuwbouw' als een tussenstap. Naar zijn mening voldeed de nota niet aan alle randvoorwaarden die het ministerie had gesteld. Het AZG had aangegeven dat het te zijner tijd ook de afdelingen interne geneeskunde, dermatologie, gynaecologie en obstetrie in de nieuwbouw wilde huisvesten. Esmeijer vond dat het ziekenhuis in dat geval geen 100.000 vierkante meter nodig had (oud + nieuw) maar dat het kon volstaan met 95.000 vierkante meter (nieuw). In de nieuwbouw werd immers efficiënter omgesprongen met de ruimte. Om te voldoen aan de nieuwe ministeriële eisen werd de nota 'AZG nieuwbouw' omgewerkt. Het resultaat werd neergelegd in het 'Structuurplan Academisch Ziekenhuis Groningen' dat in 1987 verscheen (figuur 32).²⁰²

Al dat geschuif had natuurlijk ook consequenties voor de financiële kant van de zaak. Met name aan de financiële controle werden hoge eisen gesteld. Ieder bouwdeel kreeg een eigen budget toegewezen. De samenvatting van al die budgetten, het budgetboek, werd vervaardigd en keer op keer bijgesteld in een samenspraak van bouwkostenadviseurs M. Berg (Kruisheer Hallink Arends) en G. Afink (Berenschot Osborne), de installatieadviseurs G.W. Wannet en A. Braam voor Van Heugten en het hoofd projecten van de dienst Bouwzaken Westenbrink, die tevens als voorzitter optrad. Terwijl de plannen een salto mortale doormaak-

ten hielden zij het financiële vangnet vrij van gaten. Ondertussen bouwde aannemerscombinatie Tiemstra Trebbe onverstoord voort. De combinatie Tiemstra Trebbe was in het leven geroepen om mee te kunnen dingen bij de aanbestedingen voor de nieuwbouw van het AZG. De aannemerscombinatie was daarin zeer succesvol en verwierf vrijwel alle opdrachten. Bij de aanbesteding van CMC III wist Ballast Nedam Groningen de opdracht in de wacht te slepen.

HET GROTE AFSCHEID

In Lochem en Zeegse werd een ware salto mortale ingezet. Kruisheers Structuurplan 1980 bleef weliswaar gedeeltelijk overeind, maar het werd zo fors gewijzigd, dat Hallink zich daarover liet ontvallen: 'Het is net of je een sok binnenstebuiten trekt.' Kruisheer had er zich met man en macht tegen verzet, maar hij moest zich tenslotte gewonnen geven. Hoofd Bouwzaken Schuurman Hess wist zich niet alleen verzekerd van de steun van bouwgemachtigde Dessing. Hij had ook de instemming van Esmeijer, die als vertegenwoordiger van het ministerie van O&W een belangrijke stem in het kapittel had. Schuurman Hess zette door: 'Ik wou één adviseur hebben, ik wou één betonconstructeur hebben, één architectengroep hebben. Dan kreeg ik er greep op.' Hij kreeg zijn zin.

In het bouwdeel CMC III, waarvan de bouw in 1983 begon, zou naast radiotherapie de vakgroep medische microbiologie van de RUG worden ondergebracht. Kruisheer Hallink Arends was belast met het ontwerp voor de afdeling radiotherapie, Team 4 verwierf de opdracht voor medische microbiologie. De architectenbureaus werkten daar dus al min of meer samen. Door toedoen van Schuurman Hess kreeg de samenwerking in 1985 een formeel tintje: de oprichting van de maatschap 'Architecten Adviseurs Associatie AZG', oftewel AAA AZG. Die samenwerking was onder meer nodig om de inrichtingsfilosofie van beide architectenbureaus beter op elkaar af te stemmen.²⁰³

De constructeurs werden eveneens tot samenwerking gemaand. De noodzaak daarvan kwam scherp aan het licht bij de bouw van het eerste beddenhuis. De hoogte van de verdiepingen van beddenhuis en CMC bleken niet met elkaar te corresponderen. Het verschil was weliswaar betrekkelijk gering, maar de drempel was hoog genoeg om constructeur Buisman erover te laten struikelen. Buisman kreeg geen nieuwe opdrachten en de constructeur van CMC III, B. Peree uit Gorssel, nam zijn plaats in. Op instigatie van Schuurman Hess sloot Peree in 1987 een maatschapovereenkomst met O. Wassenaar, de Groningse constructeur van de beddenhuizen. Net als bij de architecten zouden de opdrachten voortaan aan de maatschap worden verstrekt.²⁰⁴

Aanvankelijk fungeerde Hallink als aanspreekpunt voor de architectenmaatschap. Die keuze lag voor de hand omdat Hallink de hoofdlijnen van de architectuur had uitgezet. Toch was Schuurman Hess daar niet tevreden mee. Hij wilde als bouwcoördinator meer invloed doen gelden, zowel op het structuurplan als op de architectuur. Hij was bijvoorbeeld niet te spreken over de inrichting van CMC III: ‘in esthetische zin het slechtste deel wat er gemaakt is’. Maar zowel Kruisheer als Hallink trokken een scherpe grens tussen hun verantwoordelijkheid en die van bouwcoördinator Schuurman Hess. Een relatie met architect Kleinjan van Team 4 leek meer perspectief te bieden. Schuurman Hess: ‘Dus op een gegeven moment zei ik tegen Boudewijn Dessing, ik zei: “Boudewijn, we moeten zien dat we Kleinjan tot uitvoerend architect maken en dan krijgen we d'r veel beter greep op.” Want die Kruisheer zat maar daar te filosoferen in zo'n kantoortje en ik

kreeg hem maar niet in z'n kraag. En dat hebben we dus op een gegeven moment in een vergadering in de kamer van Dessing aan Kruisheer voorgesteld en die zei: “Dan stap ik op.” En toen zei Dessing: “Dat is dan jammer meneer Kruisheer, maar we zullen het wel even schriftelijk vastleggen.” Dat is gebeurd. En toen is Kruisheer gegaan.’ Hallink zou iets later vertrekken, hij moest zijn werk aan CMC II immers nog afmaken. In AAA AZG nam Kleinjan voortaan de honneurs waar. Toen de afspraken eenmaal waren vastgelegd werd AAA AZG beloond met de opdracht voor CMC IV.²⁰⁵

Het vertrek van Kruisheer werd gekoppeld aan de presentatie van het nieuwe structuurplan op 12 juni 1987. Kruisheer sloot dertien jaar werken aan het AZG af met een enkel woord tot de genodigden. Naast spijt, dat belangrijke delen van zijn visie niet in het plan waren opgenomen, sprak hij van voldoening en vertrouwen: ‘Dit gaat zover, dat ik mag stellen, dat er niets onherroepelijks zal misgaan, zolang u dit plan volgt. De structuur ervan is zo ijzersterk, dat u zelfs van de dwalingen uws weegs nog zonder grote ingrepen terug zult kunnen keren.’²⁰⁶

Enkele weken na architect Kruisheer namen drie andere prominenten uit de AZG-bouwgiedenis afscheid van het ziekenhuis. Bouwgemachtigde Dessing staakte zijn werkzaamheden in Groningen om directeur van het Sint Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein te worden. Van der Kouwe, die in 1980 zijn positie als directeur-geneesheer kwijtraakte, was formeel nog steeds in dienst van het AZG. In 1987 gaf hij te kennen met vervroegd pensioen te willen gaan. Technisch directeur Kluck koos eveneens voor die weg.

7. Bank en buurthuis

In 1987 lag er dus een nieuw structuurplan op tafel (figuur 32). Daarin waren de contouren van het elf jaar oudere ontwikkelingsplan (figuur 21) nog duidelijk te herkennen: een centraal medisch complex (CMC) met aan weerszijden een aantal beddenhuizen en op de begane grond daarvan de poliklinieken; twee voetgangersstraten om het CMC en de poliklinieken te ontsluiten en daaronder, op kelderniveau, een paar brede gangen met een enorme logistieke potentie.

kelijker samengevoegd, de meeste toegangen waren afgesloten, de binnenstraten waren overkapt en de zuidzijde van het complex zou worden voorzien van een grote entreepartij. Het in- en uitgaand verkeer zou eveneens aan de zuidzijde worden geconcentreerd. De grootschaligheid van

Er waren ook enkele belangrijke verschillen. Het ontwikkelingsplan stond een sterke integratie voor van het ziekenhuis in de stedelijke omgeving, maar ook van stedelijke activiteiten in het ziekenhuis. Er was veel aan gedaan om het ziekenhuis zo open mogelijk te maken. De openheid van het complex moest er toe bijdragen dat het ziekenhuis als minder massaal werd ervaren. Op die manier ging de eigenheid van de afdelingen, die zo kenmerkend was voor het oude paviljoenziekenhuis, niet helemaal teloor. In het Structuurplan 1987 werden de eenheden veel nadruk-

het ziekenhuis was niet verzacht of verhuld, maar juist versterkt en geaccentueerd.

Het Structuurplan 1987 was in veel opzichten een salto mortale, maar vooralsnog een papieren salto mortale. De plannen moesten immers ook nog worden uitgevoerd. De nieuwe bouwgemachtigde, Hamel, was er de man niet naar om het bij één salto mortale te laten. Hij wilde een ziekenhuis met 'de betrouwbaarheid van een bank en de gezelligheid van een buurthuis'. Er moest dus nog heel wat gebeuren.

135
136

EEN NIEUWE BOUWGEMACHTIGDE

Het AZG stond voor de opgave om het nieuwe structuurplan binnen een strak tijdschema te realiseren. Eerst en vooral moest een oplossing worden gevonden voor het wegvallen van bouwgemachtigde Dessing. Algemeen directeur Hamel zou de functie van Dessing overnemen. Om overbelasting van de algemeen directeur te voorkomen lag voor Schuurman Hess de titel 'gedelegeerd bouwgemachtigde' klaar. Daarmee kwam de functie van bouwcoördinator en hoofd bouwzaken vrij. Hamel was allesbehalve gerust op de goede afloop: 'Ik wist niks van bouwen ... Wat doen we nou ... Hoe komen we heel snel aan een heel goede bouwcoördinator?'²⁰⁷

Goede raad was duur. Begin 1987 wendde het AZG zich tot het universiteitsbestuur met het verzoek om gebruik te mogen maken van de deskundigheid van het Bureau Bouwzaken van de Groninger Universiteit. De tien jaar oude breuk tussen het AZG en het universitaire bouw bureau werd overigens niet geheeld. Het was de bedoeling dat het nieuwe hoofd van de Dienst Huisvesting en Bouwzaken W. Kooi voor de helft zou worden gedetacheerd bij het AZG. Op die manier leek het ziekenhuis op een betrekkelijk eenvoudige manier van een lastig probleem te worden verlost, maar het overleg met Kooi liep vast. In de constellatie met Hamel als bouwgemachtigde en Schuurman Hess als gedelegeerd bouwgemachtigde bleef voor de bouwcoördinator erg weinig beleidsruimte over; volgens Kooi te weinig. Hij bedankte.²⁰⁸

Hamel trad op 1 augustus 1987 aan als bouwgemachtigde. Vooruitlopend op het vinden van een nieuwe bouwcoördinator werd Schuurman Hess per 1 september aangesteld als gedelegeerd bouwgemachtigde. Erg blij was deze daar niet mee, want hij had een vrij zelfstandige functie als bouwcoördinator en moest maar afwachten welke bevoegdheden en verantwoordelijkheden hij in zijn nieuwe functie kreeg toebedeeld.

Hij accepteerde omdat hij niet het risico wilde lopen iemand anders boven zich gesteld te krijgen. Omdat de benoeming van een nieuwe functionaris zo lang uitbleef, fungeerde Schuurman Hess in de praktijk tevens als bouwcoördinator en hoofd bouwzaken. En toen een jaar later iemand werd gevonden, G. van der Schaaf, bouwkundige bij de gemeente Smalingerland, werd deze dan ook benoemd tot plaatsvervangend bouwcoördinator.²⁰⁹

Al snel bleek de nieuwe situatie niet goed te werken. Bouwgemachtigde Dessing had steeds veel vertrouwen gesteld in Schuurman Hess en hij delegerde ook vrij veel aan zijn hoofd bouwzaken. De nieuwe bouwgemachtigde Hamel was bestuurlijk gezien uit heel ander hout gesneden. In tegenstelling tot zijn voorganger Dessing, was Hamel er de man niet naar om zich tot hoofdlijnen te beperken. Aanvankelijk was Schuurman Hess zijn voornaamste vraagbaak maar naarmate hij zich meer informatie en kennis had eigengemaakt, groeide zijn ambitie om zelf het roer stevig in handen te nemen en zich tot in de details met het bouwproces te bemoeien. Daarmee ontstond de precare situatie van twee kapiteins op een schip, die vrijwel altijd tot schipbreuk gedoemd is. Schuurman Hess volgde de koers van het gestaag vorderende bouwproces, terwijl Hamel nog weleens de steven wilde wenden in de richting van een in zijn ogen aantrekkelijker haven. Dat riep wederzijds irritatie op en gegeven de hiërarchische verhouding, werd allengs duidelijk wie uit de boot moest vallen. Een duidelijk signaal in dit verband was de opheffing door Hamel, in 1989, van het door Schuurman Hess voorgezeten Bouw Management Team (BMT), een overlegorgaan van de diensten Bouwzaken, Financiële en Materiële zaken, Organisatie en Efficiëncy, aangevuld met een vertegenwoordiger van het convent. Het BMT was bedoeld als klankbord, maar mat zich in de visie van Hamel te veel bevoegdheden aan. Het werd vervangen door een Bouwadviescommissie.²¹⁰

O&W WAS DIK TEVREDEN

Voor goedkeuring en financiering van het structuurplan moest het AZG aankloppen bij het ministerie van O&W. Het AZG was immers een academisch ziekenhuis. In de loop van de jaren waren de activiteiten op het gebied van de patiëntenzorg echter zo sterk toegenomen dat het moeilijk was om die stelling nog lang vol te houden. De rijksoverheid studeerde al een tijdje op de mogelijkheid om de verantwoordelijkheid voor de financiering van de bouw van de academische ziekenhuizen over te hevelen van het ministerie van Onderwijs naar dat voor Volksgezondheid. Die optie lag voor de hand, maar de voorstellen in die richting vonden een slecht onthaal bij de academische ziekenhuizen.²¹¹

De overheveling van O&W naar WVC kon nare consequenties hebben voor het AZG. Het structuurplan was opgesteld in samenspraak met O&W en Esmeijer, de contactpersoon van O&W, was dik tevreden: 'Het is een goed in elkaar zittend verhaal.' Het ministerie van WVC was tot dan toe veel minder intensief betrokken bij de AZG-plannen en het hanteerde bovendien andere procedures. Het was dus maar de vraag of ook WVC dik tevreden zou zijn. Hamel wilde voorkomen dat het AZG een speelbal werd van beide ministeries. Hij stuurde aan op een snelle goedkeuring door O&W, zodat het ministerie van WVC er te zijner tijd niet meer onderuit kon. Op 22 oktober 1987 verklaarde een O&W-delegatie onder leiding van E.H. Broekhuizen nadrukkelijk, dat zij de minister positief zou adviseren over het voorgestelde en uitgewerkte structuurplan. Vooruitlopend op een uitspraak van de minister kon op basis van het structuurplan verder worden gebouwd. De financiering zou op korte termijn met de minister worden besproken.²¹²

Het structuurplan stond ambtelijk weliswaar niet meer ter discussie, maar het AZG had evengoed nog steeds geen officiële goedkeuring van O&W. Tot dan toe bogen mensen van de afdeling Coördinatie Nieuwbouw Academische Ziekenhuizen (CNAZ) zich over dergelijke plannen en componeerden de ministeriële

goedkeuringsbrief. Maar de CNAZ was inmiddels zo goed als opgeheven. Met het besluit om de goedkeuringsprocedure te verhuizen van O&W naar WVC werd tevens het doodvonnis over de afdeling CNAZ geveld.

Esmeijer, de CNAZ-man voor Groningen, stond op het punt om O&W te verlaten en bouwheer van het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) in Utrecht te worden. Esmeijer: '... toen ik naar het WKZ ging toen was ik merkwaardig genoeg ... de laatste ambtenaar die nog in staat was om een dergelijke brief te schrijven. Dat konden ze niet eens meer. Want de hele boel was opgeheven. De directeur die we hadden die was weg, mijn collega die is pas naar Leiden gegaan en daar projectdirecteur geworden en ik ging naar het WKZ. Toen zaten er nog wel mensen die ook wel wat van bouwen wisten, maar die kennelijk toch niet het klappen van de zweep van die academische ziekenhuizen [kenden] en een beetje dat politieke wat erachter zat.' Het aanbod van Esmeijer om samen met adviesbureau Berenschot Osborne het concept voor de goedkeuringsbrief te schrijven werd daarom met beide handen aangegrepen. Schuurman Hess: 'Dat was niet alleen de goedkeuring voor het AZG, dat was ook de goedkeuring voor de medische faculteit, in enen.'²¹³

EEN SNELLER STAPPENPLAN

De voorbereiding van de goedkeuringsbrief duurde bijna twee jaar. Het was ook helemaal niet zo'n eenvoudige opgave. De financiering van academische ziekenhuizen zou per 1 januari 1988 een andere grondslag krijgen en in samenhang daarmee kwamen ook de verantwoordelijkheden anders te liggen. De fasering van de bouw vormde eveneens een belangrijk struikelblok. Naast het structuurplan had de dienst Bouwzaken een stappenplan opgesteld met daarin het jaar 2002 als einddatum. Het boekwerk gaf aan hoe het schaakspel van slopen en bouwen moest worden gespeeld en wat ieder halfjaar precies moest gebeuren om de omvangrijke klus voor het jaar 2002 te klaren. Het stappenplan gaf tevens aan hoe een versnelde fasering kon worden doorgevoerd. Op de plaats van de oude chirurgische

137
138

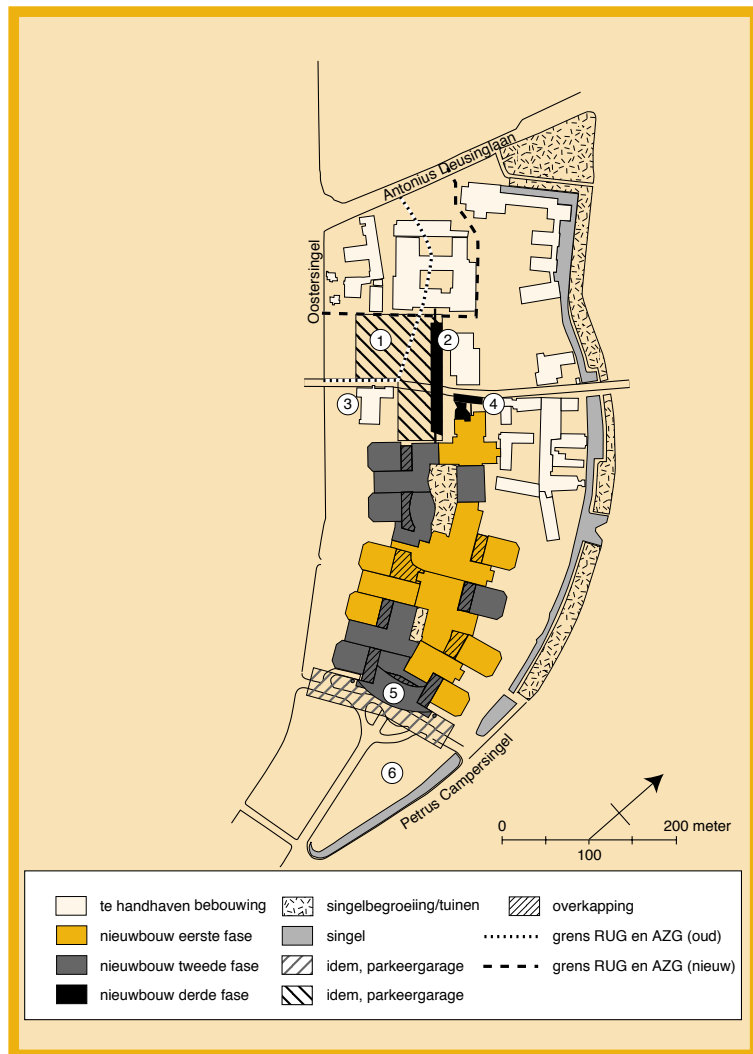


Fig. 33. Eerste, tweede en derde fase van de nieuwbouw van het Academisch Ziekenhuis Groningen. De bouw van het ziekenhuis was een gecompliceerde legpuzzel. Gedurende de eerste fase van de nieuwbouw (1980-1991) was de samenhang tussen de afzonderlijke bouwdelen nog moeilijk te doorgronden. Medio jaren negentig werd voor menig buitenstaander pas duidelijk wat nu eigenlijk de bedoeling was. De tweede fase van de nieuwbouw (1991-1996) was toen afgerond en alle medische afdelingen hadden een nieuw onderkomen. Het complex beschikte bovendien over een centrale hal (5) met daaronder een parkeergarage. De zuidpunt van het terrein (6) was verkocht aan de gemeente Groningen en het oude ketelhuis (3) ten noorden van het ziekenhuis was voorzien van een nieuwe energiecentrale. In 1996 ging de derde fase van start, met de bouw van een vierde bunker voor radiotherapie en een mortuarium annex obductieruimte (4). De derde fase omvat voorts een flinke ondergrondse parkeergarage voor het personeel (1) en daar bovenop een langwerpig voorzieningengebouw (2), dat onder meer dienst doet als brug tussen de nieuwbouw van het ziekenhuis en het beoogde onderkomen van de medische faculteit in de vrouwenkliniek.

kliniek kon een nieuw bouwblok, dan wel een parkeerplaats worden gerealiseerd. Als de eerste optie werd gekozen zou de bouw nog net voor de eeuwwisseling klaar zijn, maar dan moest wel elders voor parkeergelegenheid worden gezorgd.²¹⁴

Bouwgemachtigde Hamel vond 1 januari 2002 veel te ver weg en met 31 december 1999 kon hij evenmin uit de voeten. Het was nog maar de vraag of de bouw al die tijd onder de verantwoordelijkheid van O&W kon worden voortgezet. Bovendien, als het ziekenhuis nog twaalf jaar moest wachten dan zou dat vrijwel zeker ten koste gaan van het enthousiasme. Mogelijk zou de samenhang van het complex verloren gaan. Hamel: 'Het tempo en de verspreiding van de bouwlocaties leiden in feite tot paviljoenbouw.' Om een dergelijk spookbeeld te vermijden moest er flink de pas in worden gezet: 'Versnelling betekent het bouwen van één ziekenhuis.' Hamel keurde het stappenplan af en gaf opdracht om een snellere versie te ontwerpen. Het parkeerprobleem moest voorlopig worden beteugeld door parkeergelegenheid te creëren op het Bodenterrein. Het ziekenhuis moest al in 1995 klaar zijn. Waar nodig kon het AZG later altijd nog gas terugnemen: het stappenplan was een harmonica, die desgewenst kon worden uitgerekt.²¹⁵

Esmeijer vond die versnelling niet realiseerbaar en de door hem opgestelde goedkeuringsbrief ging dan ook uit van het oude stappenplan. Op 6 maart 1989 kreeg het AZG de langverwachte ministeriële goedkeuring van het structuurplan. Maar Hamel bleef het proberen. Door hoogstpersoonlijk intensief te lobbyen kon hij de top van het ministerie overtuigen van zijn gelijk. De O&W-ambtenaren D. Mooij en H.L. Kerkhof hadden inmiddels de CNAZ-erfenis van Truymen en Esmeijer overgenomen. Twee weken na de ministeriële instemming liet Kerkhof al weten dat zowel O&W als WVC positief stonden tegenover de voorgenomen versnelling. Kerkhof zou al het mogelijke doen om de bijbehorende financiering zo snel mogelijk rond te krijgen. In dat opzicht kwam de goedkeuringsbrief dus als mosterd na de maaltijd.²¹⁶

In overleg met Mooij werd vervolgens getracht waterdichte afspraken te maken over de vierkante meters en het budget voor deze tweede fase van de nieuwbouw: 'O&W wil de volgende fase van de nieuwbouw ingaan met zoveel mogelijk zekerheden, met andere woorden het maximaal beperken van risico's.' Bouwkostenadviseur Afink van Berenschot Osborne hield ook nu een oogje in het zeil. De besprekingen met Mooij verliepen voorspoedig. Het AZG prees zich gelukkig dat de bouw nog onder het O&W-regime zou vallen en dat de afspraken van het convenant AZG-O&W onverkort konden worden gehandhaafd. Het verzoek om alles in één keer onderhands aan te mogen besteden werd eveneens ingewilligd. Met die aanbesteding was overigens haast geboden, want als gevolg van de reorganisatie woede op het ministerie zou de afdeling van Mooij en Kerkhof op 1 januari 1992 worden opgeheven.²¹⁷

Op 19 december 1991 konden de voorbereidende werkzaamheden worden afgerond. Na het tekenen van de contracten met de aannemer en de installateurs kon de tweede fase van start gaan (figuur 33). Deze omvatte niet alleen de voltooiing van het CMC en de realisatie van nog eens vier beddenhuizen, maar zij voorzag ook in het maken van een centrale hal en een parkeergarage. De totstandkoming daarvan kent evenwel een geheel eigen geschiedenis.²¹⁸

EEN PAAR FLINKE PUNTEN OP DE I

Met de presentatie van het Structuurplan 1987 waren de werkzaamheden van architect Kruisheer beëindigd. Zijn collega Hallink staakte zijn bezigheden op het AZG-terrein bij de voltooiing van CMC II in 1989. Via de architectenassociatie AAA AZG bleef Bureau Kruisheer Hallink Arends nog wel betrokken bij de bouw van het ziekenhuis, maar het moest genoegen nemen met een bescheidener positie. Op initiatief van Schuurman Hess was Team 4 tot woordvoerder van de architectenassociatie gebombardeerd.

Dessing had, toen hij nog bouwgemachtigde was, graag gezien dat naast Team 4 'een groter architectenbureau van enige naam' werd aangetrokken, maar hij moest stappen in die richting overlaten aan zijn opvolger. Die zette een heel andere koers in. Niettemin pakte dat opnieuw erg nadelig uit voor Bureau Kruisheer Hallink Arends. Medio 1989 kreeg AAA AZG een brief van bouwgemachtigde Hamel waarin deze aankondigde alle lopende opdrachten aan de associatie te willen staken. Hamel legde een tijdbom onder AAA AZG door eraan toe te voegen, dat hij een relatie met een van de partners in de associatie – te weten Team 4 – niet op voorhand uitsloot. Voor de Rotterdammers was dat een hard gelag. Team 4 zou de opdracht voor de tweede fase van de nieuwbouw krijgen en kon zich dan hoofdarchitect noemen. Het werd echter vrij snel duidelijk dat Team 4 daarmee niet de hoofdprijs in de wacht had gesleept.²¹⁹

Bouwgemachtigde Hamel trok namelijk nog een andere architect aan. Hij mikte niet zozeer op groot en algemeen bekend, maar benaderde een architect die vooral hij goed kende en waardeerde: W. Patijn. Het Rotterdamse architectenbureau Wytze Patijn had geen ervaring met ziekenhuisbouw, het had zijn sporen verdiend in de woningbouw. Hamel had de problemen rond de bouw een aantal malen met Patijn besproken en dat klikte. Toen hij bouwgemachtigde werd dacht hij: 'Waarom doe ik het niet met Wytze? We kennen elkaar, we kunnen goed met elkaar omgaan. Hij begrijpt wat ik bedoel.' Patijn werd aangetrokken om een paar flinke punten op de i te zetten. Het nieuwe ziekenhuis was een amorf geheel van gebouwen dat hoognodig een gezicht en meer uitstraling moest krijgen. Daarnaast moest het parkeerprobleem worden opgelost en de toegang tot het ziekenhuis worden verbeterd. Hamel zag daar, in samenwerking met Patijn, wel kans toe. We volgen de chronologie van de gebeurtenissen.²²⁰

In het structuurplan uit 1987 waren het parkeerterrein op de zuidpunt en de nieuwe entreehal nog slechts schematisch aangegeven (figuur 32, pag. 132).

Ze lagen aan weerszijden van een weg die over het terrein was geprojecteerd. Die doorsteek was het resultaat van het gemeentelijke ijveren om de barrièrewerking van het AZG-terrein te verminderen. De doorsteek verbeterde de communicatie met de wijken ten oosten en ten westen van het ziekenhuis, maar hij vormde ook een nieuwe barrière, nu tussen de parkeergelegenheid op de zuidpunt van het terrein en de hoofdentree van het complex. Voor de vele duizenden bezoekers zou het een hele opgave worden om veilig de ingang van het ziekenhuis te bereiken.

De tekenaar Das Does, die gevraagd was om een artist's impression te tekenen van het nieuwe complex, kon voor wat betreft hal en zuidpunt op weinig indrukken terugvallen. Na een tour d'horizon door hoofdverlichting E.I. van Leeuwen produceerde hij niettemin een fraaie prent van het AZG van de toekomst. Met een zesbaansweg voor de hoofdingang werd de optimale bereikbaarheid van het ziekenhuis nadrukkelijk onderstreept. Een batterij roltrappen moest ervoor zorgen dat de bezoeker ondanks die zesbaansweg veilig in het ziekenhuis kon geraken. De tekening was op verschillende plaatsen opengewerkt om belangstellenden een kijkje in het ziekenhuis te gunnen. Om diezelfde reden was de nieuwe entreehal getekend als een enorme glazen kijkdoos, waarin een grote ronde balie, enkele winkels en een fontein een sfeer van gezelligheid en gastvrijheid moesten uitdragen. Gezellig of niet, van een serieus ontwerp was geen sprake. Daarvoor moesten eerst en vooral ten aanzien van het parkeerprobleem nogal wat knopen worden doorgehakt.²²¹

HAL EN PARKEERGARAGE

Parkeren vraagt erg veel ruimte. In het structuurplan uit 1987 was gerekend met parkeren op de zuidpunt in twee lagen, een 'n beetje onder en een 'n beetje boven de grond. Hoe meer parkeerlagen men bouwt, hoe meer grond overblijft voor andere zaken. De keuze gaat dan tussen bovengronds – dat is vaak erg lelijk – of

ondergronds – dat is vaak erg duur. Hamel redeneerde: Als ik een ondergrondse parkeergarage bouw, dan kan ik de vrijkomende ruimte misschien benutten voor zaken die geld opbrengen. Op die manier kan ik wellicht een ondergrondse parkeergarage bekostigen.

Tegen die achtergrond werd de opdracht aan Patijn geformuleerd. Medio 1988 werd hem gevraagd om een ontwikkelingsstudie te doen naar de hoofdentree van het ziekenhuis, naar de bouw van een ondergrondse parkeergarage en naar de financiering van deze relatief dure voorziening door de zuidpunt van het ziekenhuis-terrein uit te baten. Patijn gaf waar voor zijn geld. Bij de presentatie in juni 1989 lag veel meer op tafel dan aanvankelijk was gevraagd. In samenwerking met de jonge architect M. Kolmas tekende Patijn het ontwerp voor een entreehal, een ondergrondse parkeergarage en een stedenbouwkundig plan voor de zuidpunt.²²²

Patijn vindt dat zijn ontwerpen begrijpelijk, inzichtelijk en vanzelfsprekend moeten zijn: 'Een architect is niet enkel en alleen een vormgever, een mooimaker ... Waar het om gaat, is dat een mooi gebouw ook een goed functionerend gebouw moet zijn.' Volgens Patijn moet het functionele aspect 'een inspirerend deel van de ontwerpogave' zijn. Wat dat betreft had hij veel te stellen met Kolmas die juist veel nadrukkelijker de vorm centraal stelde. De samenwerking bleek niettemin zeer vruchtbaar. Patijn: Het is 'een synthese, zou je kunnen zeggen, tussen Michals [Kolmas] benadering van veel vormgeving, veel heel specifieke vormgeving, en mijn benadering van eenvoud, gematigdheid en gewoon die functionaliteit goed vast te houden ... deze hal zou zonder Michal echt anders geworden zijn ... maar ik was wel degene die toch uiteindelijk de beslissingen nam.'

Het was beslist geen eenvoudige opgave. De afstand tussen twee rijen beddenhuizen was tachtig meter, dus het zou hoe dan ook een flinke hal worden. Kolmas: 'Je kunt daar een glazen wand tussen plaatsen die even hoog is als de beddenhuizen, maar dan lijkt het zowel van buiten als van binnen op een fabriek. Bovendien

heb je dan geen mooie afsluiting van de twee binnenstraten. We hebben daarom een flauwe boog ontworpen tussen de twee beddenhuizen met daarboven een verlaagde luifel. Door de verlaagde luifel krijgt de hal ook niet zo'n massaal karakter, terwijl het toch een heel overzichtelijke hal blijft.²²³

Bovendien moest nog een ander probleem worden opgelost. Op de plek waar de hal was gedacht stond al wat anders, te weten een ambulancehal met daaronder een toegang tot de kelders van het centraal medisch complex. Het was destijds niet te voorzien dat de zuidzijde van het complex nog eens tot hoofdingang zou promoveren. De vraag was nu hoe moest worden omgesprongen met de sta-in-de-weg. O&W zou vast en zeker niet enthousiast reageren op het voornemen tot sloop. En dan nog moest er een alternatief worden gevonden voor de aanvoer van patiënten, met name naar de spoedafdeling die pal achter de ambulancehal lag. Na uitgebreide discussies met de betrokkenen werden ook hier een paar lastige knopen doorgesneden. De ambulancehal werd vervangen door een ambulancekelder. De ingang voor de ambulances werd verplaatst naar een helling achter de nieuwe centrale hal langs.²²⁴

De plannen voor ondergronds parkeren sloten nauw aan bij het ontwerp voor de centrale hal. Het was natuurlijk heel goed mogelijk om parkeergelegenheid te creëren onder de nieuwbouw op de zuidpunt, maar in dit geval werd bewust gekozen voor een locatie ondergronds, vlak voor de hal. Strategisch gezien bood dat grote voordelen. Het AZG zou bij wijze van spreken meteen kunnen gaan bouwen en het hoefde niet te wachten tot de overige plannen voor de zuidpunt rond waren. De plek had volgens Patijn ook '... een logistiek voordeel van niet geringe betekenis, dat je namelijk een parkeergarage kon maken die vrijwel direct tegen het ziekenhuis aanlag. Je kon 'm prima ontsluiten, je kon hem in de hal uit laten komen ... ik ben daar nog steeds trots op, omdat het zo'n onlogische stap is.'

De stap was vooral zo onlogisch, omdat een ondergrondse parkeergarage zonder gebouw erop door de

opwaartse druk kan gaan drijven. De garage moest dus met een groot aantal ankers op haar plaats worden gehouden. Het ging om een parkeergarage voor zevenhonderd auto's in drie lagen, 175 meter lang en ruim dertig meter breed, zo'n kolos kun je dus maar beter onder de grond houden. Constructeur Wassenaar rekende uit dat daar 524 ankers voor nodig waren.²²⁵

DE ZUIDPUNT

Het derde deel van de ontwikkelingsstudie betrof het stedenbouwkundig plan en de ontsluiting van het ziekenhuis via de zuidpunt. Die planvorming kent een lange voorgeschiedenis. De stedenbouwkundige randvoorwaarden voor het AZG-terrein als geheel waren vastgelegd in het bestemmingsplan Binnenstad Groningen 1976 en nader gepreciseerd in het Stedenbouwkundig deelplan AZG-Gemeente Groningen uit 1982. De gemeente koos daarin eigenlijk een vrij defensief uitgangspunt – de stad moest tegen het ziekenhuis worden beschermd. Door de rooilijn van het ziekenhuis achter een vrij brede groenstrook te leggen en een geringe bouwhoogte toe te staan werden de AZG-ambities behoorlijk ingeperkt. Het verkeer van en naar het ziekenhuis mocht de omringende wijken niet hinderen. Parkeren in de directe omgeving van het complex was uit den boze, het AZG moest zorgen voor voldoende parkeerplaatsen op het eigen terrein. Daarnaast had de gemeente twee openbare wegen over het AZG-terrein getekend om daarmee de passage tussen de aangrenzende wijken te verbeteren. Met name over de zuidelijke passage konden de gemeente en het AZG maar moeilijk tot overeenstemming komen. Op het moment dat men het eindelijk eens leek kwamen er twee flinke kinken in de kabel: het AZG-structuurplan uit 1985 en het gemeentelijke structuurplan uit 1986. Daarin gooiden het AZG en de gemeente Groningen hun beleid om. De onderhandelingen konden eigenlijk weer opnieuw beginnen.²²⁶

143

144

144

145

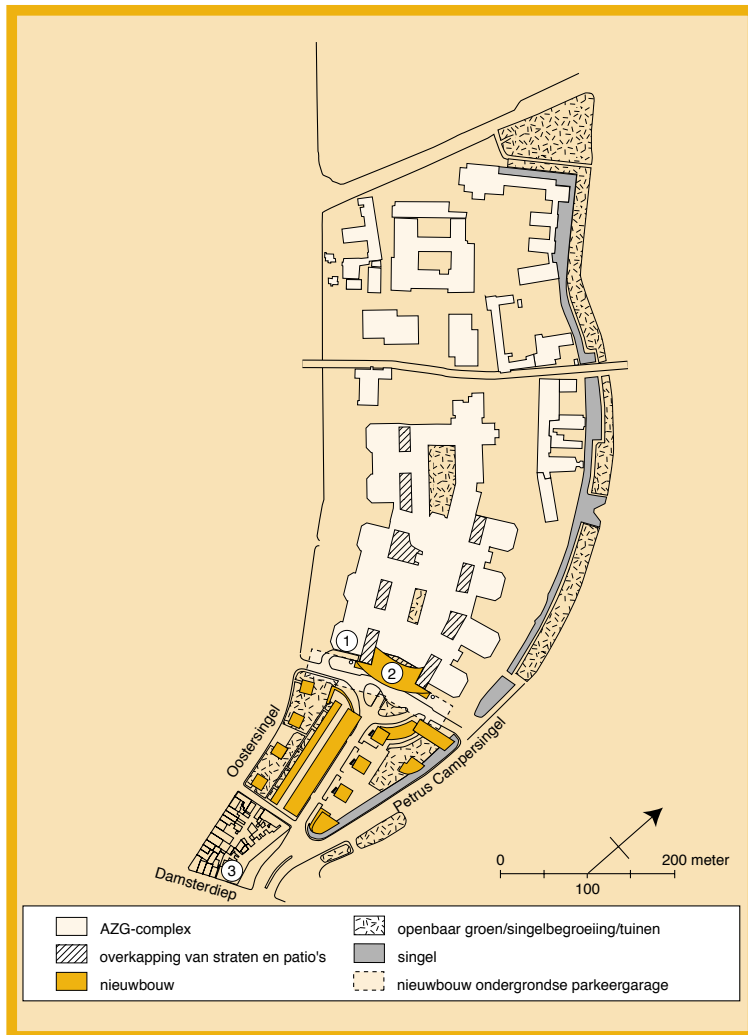


Fig. 34. Plan van Patijn voor de invulling van de zuidpunt van het ziekenhuisterrein (1989). Patijn ontwierp een centrale hal (2) aan de zuidzijde van het ziekenhuiscomplex met daarachter een toegang voor de ambulances (1) en daarvoor een parkeergarage voor 700 auto's. Een weg over de zuidpunt van het terrein ontsloot de garage en voorzag het ziekenhuis van een directe verbinding met het kruispunt aan het Damsterdiep. Beide zijden van de ontsluitingsweg waren bestemd voor de vestiging van kantoren en bedrijven. Langs de Oostersingel tekende Patijn vier losse woonblokjes. Het zuidelijkste puntje van de zuidpunt werd gereserveerd voor een hotel. Het idee om de huizen tussen de Oostersingeldwarstraat en het Damsterdiep (3) te slopen en dat gebied bij de planontwikkeling te betrekken bleek niet haalbaar en werd vrij snel terzijde geschoven.

Zoals we zagen stapte het AZG af van de decentrale ontsluiting van het complex en koos voor een hoofdingang aan de zuidzijde. Ook de parkeergelegenheid zou daar worden gecreëerd. In het ontwerp-structuurplan Groningen 1986 zette het gemeentebestuur eveneens een nieuwe koers uit: 'De afname van de economische groei en het verminderen van de eigen financiële middelen leidden ertoe dat de gemeentelijke overheid zich steeds meer ging inzetten voor het initiëren en begeleiden van particuliere investeringen.' Het defensieve beleid van de jaren zeventig werd ingeruild voor een intensieve lijmpoging. Waar bedrijven door schaalvergroting of schaalverkleining gedwongen werden de binnenstad te verlaten hielp de gemeente voortaan ijverig met zoeken naar alternatieve vestigingsplaatsen. Daarbij werd zo veel mogelijk aansluiting gezocht bij 'de potenties waarover Groningen al beschikt', zoals de universiteit, het AZG, de PTT en 'de vele reeds bestaande computerconfiguraties van uiteenlopende bedrijven en instellingen in de stad'. In de praktijk concentreerde het stadsbestuur zijn aandacht op de binnenstad en op de Verbindingskanaalzone ten zuiden daarvan.²²⁷

De zone ten oosten van de binnenstad, met daarin het AZG-terrein, werd ook tot de intensiveringsgebieden gerekend. Het gemeentelijke structuurplan dichtte het AZG belangrijke potenties toe op het vlak van de biomedische technologische ontwikkeling. In dat verband vroeg B&W van Groningen het AZG om mee te denken over een science-parkontwikkeling op binnenstadslocaties en opperde wethouder Gietema de mogelijkheid om kleinschalige werkgelegenheid te vestigen in de omgeving van de zuidpunt. Voor de invulling van de zuidpunt zelf wilde B&W al vast 'vrijblijvend' een projectontwikkelaar inschakelen, 'zodat een gedachten ontwikkeling voor dit gebied kan plaatsvinden.' Het AZG reageerde gereserveerd op het gemeentelijke enthousiasme, maar zei geen nee: 'De door u uitgesproken wens en behoefte om hierbij aansluitend, vanuit een verdere stedenbouwkundige "aankleding" van

deze parkeerfaciliteit de vestiging van nieuwe bedrijvigheid te ontwikkelen willen wij gaarne nader met u onderzoeken.²²⁸

Blijkbaar vond B&W dat het allemaal veel te lang duurde. Medio 1988 liet het college weten, dat het een nieuw stedenbouwkundig deelplan wilde maken voor het AZG-terrein en omgeving. 'Om dit plan geheel aan de eisen van de tijd te laten voldoen is meer inzicht nodig in met name de ruimtelijke, functionele en verkeerskundige ontwikkeling van de zuidzijde van het AZG-terrein', schreef het college. 'Immers op dit deel van het terrein raken de gemeentelijke en de ziekenhuisbelangen elkaar het dichtst.' Het mes sneed niettemin aan twee kanten. Als het parkeerprobleem op de zuidpunt was opgelost kon de gemeente ook het Bodenterrein onder handen nemen. Het AZG had tot de jaarwisseling de tijd gevraagd, om voor de zuidpunt 'tot een verbeelding van die ontwikkeling te kunnen komen'. Die verbeelding werd toevertrouwd aan Patijn.²²⁹

Patijn werd medio 1988 ingeschakeld. Medio 1989 presenteerde hij plannen waarin hij aantoonde dat de zuidpunt goede mogelijkheden bood voor de bouw van woningen en kantoren (figuur 34). Hij gaf tevens aan hoe een optimale ontsluiting van de parkeergarage en van de hoofdingang van het ziekenhuis kon worden gerealiseerd. De doorsteek tussen Oostersingel en Petrus Campersingel voldeed in zijn ogen niet aan de gestelde eisen en moest worden aangevuld met een plein en een route over de zuidpunt. Voor Patijn was de as over de zuidpunt de ruggengraat van het plan. Die weg moest het ziekenhuis een zo direct mogelijke verbinding met het kruispunt aan het Damsterdiep geven. Patijn deed op persoonlijke titel het voorstel om de toegang naar de stad ter plaatse van het Damsterdiep sterk te markeren met woon- en kantoorgebouwen, maar daarvoor moest zoveel worden gekocht en gesloopt, dat voorstellen in die richting als politiek illusoir terzijde werden geschoven.²³⁰

Het was de opzet van het AZG, dat de gemeente Groningen de zuidpunt kocht en deze zou voorzien van infrastructuur. De resterende bouwgrond kon dan worden doorverkocht aan een projectontwikkelaar. Eerst en vooral moest de gemeente worden overtuigd van de haalbaarheid van die transactie. Die wilde immers niet met een onverkoopbaar stuk grond blijven zitten. Aannemer Tiemstra Trebbe, inmiddels zo'n beetje de huisaannemer van het AZG, deed een bod op de zuidpunt en gaf op die manier blijk van de belangstelling vanuit de markt. De onderhandelingsmachinerie kwam op gang. Ontwikkelingsmaatschappij MABON, in een vroeg stadium door de gemeente Groningen benaderd, deed een beter bod. Vervolgens moesten de gemeente en het AZG het eens zien te worden over het bedrag dat de gemeente Groningen moest betalen voor de zuidpunt; het ministerie van O&W moest er tenslotte nog in toestemmen dat het AZG dat bedrag mocht behouden.²³¹

Dat soort transacties werd doorgaans voorbereid door de dienst Bouwzaken, maar bij de onderhandelingen over de verkoop van de zuidpunt stond Bouwzaken zo goed als buitenspel. Het politieke steekspel met de gemeente was in handen van Hamel en Patijn. De uiterst moeizame onderhandelingen werden vanaf 1989 gevoerd door H.P.K.M. Looman, secretaris van het AZG-bestuur: 'Hamel had een heel simpele rekensom: Ondergronds parkeren min maaiveldparkeren is koop-som, dat was ongeveer wat ik eindeloos in de onderhandelingen met het grondbedrijf heb herhaald.' De parkeergarage zou ruim 21 miljoen kosten en het AZG had slechts 8 miljoen ter beschikking voor maaiveldparkeren. Het resultaat van de onderhandelingen moest dus op ongeveer 13 miljoen uitkomen. Het AZG had het tij mee, het was een komen en gaan bij de gemeente en in die wat chaotische situatie zag het AZG kans om voor de zuidpunt een aantrekkelijke prijs te bedingen. Het financiële gat kon niet helemaal worden gedicht, maar de 8 miljoen die de gemeente wilde betalen was een flinke stap in de goede richting. Doordat het bedrag

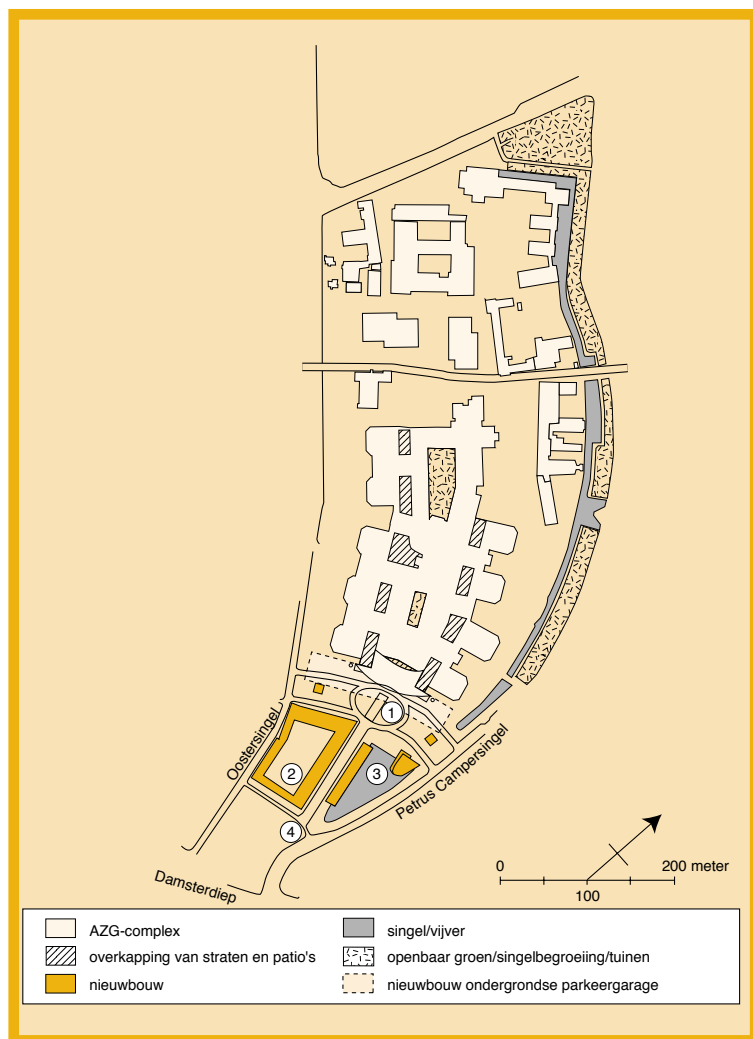


Fig. 35. Plan van de Gemeente Groningen voor de invulling van de zuidpunt van het ziekenhuisterrein (1991). De gemeentelijk stedenbouwkundige M. Reitsma had kritiek op de verkeersafwikkeling in het plan van Patijn. Het kruispunt aan het Damsterdiep was al erg druk en het zou regelmatig verstopt raken als daar ook nog een directe verbinding tussen parkeergarage en Damsterdiep aan werd toegevoegd. Reitsma handhaafde de weg over de zuidpunt, maar schrapte de verbinding met het Damsterdiep (4). In plaats daarvan tekende zij een verkeerscircuit (1) voor de hoofdingang van het ziekenhuis. Voor de invulling van het terrein gaf zij de voorkeur aan een gesloten bouwblok (2) in het westen en een grote vijver (3) in het oosten, langs de Petrus Campersingel. Het hotel kreeg een plek aan het verkeerscircuit.

tijdig beschikbaar kwam kon het worden aangewend als voorschot voor de aannemer van de parkeergarage, Tiemstra Trebbe. Dat leverde een korting van bijna 1,5 miljoen op. Voor de ontbrekende 3,5 miljoen werd nog naarstig naar dekking gezocht, maar desnoods kon een parkeerheffing uitkomst bieden.²³²

EEN FRAAIE OPRIJLAAN

Het AZG realiseerde een vrij hoge prijs voor de zuidpunt. De keerzijde van de medaille was dat zowel ontwikkelaar MABON als de gemeente Groningen hun stempel op de planvorming drukten. Het AZG moest alle zeilen bijzetten om ongewenste ontwikkelingen bij de hoofdingang tegen te gaan. Bij de presentatie van de plannen van Patijn had wethouder Gietema zich nog lovend uitgelaten over de voorzet van het AZG: 'Hoewel de gemeenteraad zich er nog niet over heeft uitgesproken, lijkt het erop dat er nu een plan ligt dat aansluit bij onze visie. En dat geeft vertrouwen voor de toekomst.'²³³

Begin 1991 – op een moment dat alles in kannen en kruiken leek – zorgde de gemeente voor onverwachte complicaties. M. Reitsma, ontwerper van de dienst Stadsontwikkeling, had de plannen kritisch bekeken en oordeelde dat het AZG-voorstel met name verkeerskundig slecht in elkaar stak. De ontsluitingweg over de zuidpunt van het AZG-terrein sloot te direct aan op het kruispunt bij het Damsterdiep en zou daar nog voor grote problemen kunnen zorgen, meende zij. Reitsma had zich verzekerd van ambtelijke steun en wist ook wethouder Gietema te overtuigen van haar gelijk. Daarop presenteerde zij een geheel nieuw ontwerp voor de invulling van de zuidpunt (figuur 35). Een grote vijver domineerde het oostelijke deel van het terrein, een gesloten bouwblok het westelijke. De weg langs de hoofdingang was verdubbeld, terwijl de verbinding met het Damsterdiep een veel minder prominent karakter kreeg. In het AZG-voorstel werd de weg naar het zie-

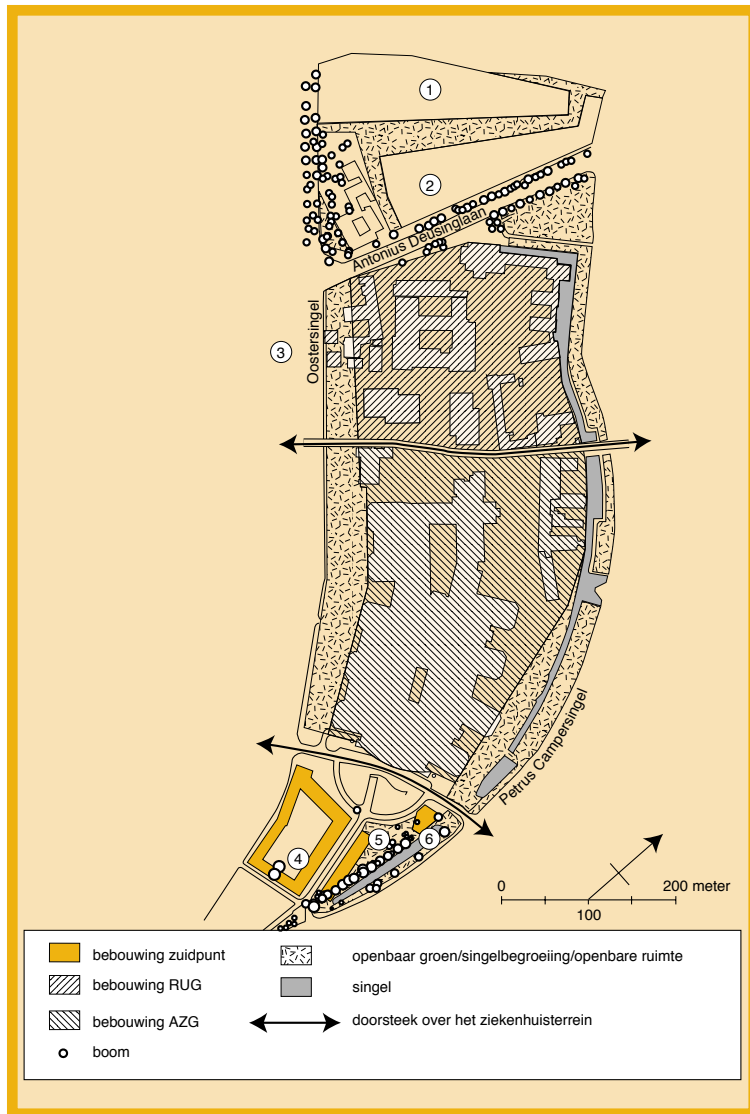


Fig. 36. Ontwerp bestemmingsplan Oostersingel Oostzijde (AZG) 1994 en concept-stedenbouwkundig plan CiBoGa (1996). Het ontwerp-bestemmingsplan is een nadere uitwerking van het bestemmingsplan dat in 1978 werd vastgesteld. De bebouwingsgrenzen en de verbindingen over het terrein konden nauwkeuriger worden bepaald. De groenstrook langs de Oostersingel werd nadrukkelijk opgenomen. Twee dienstwoningen (3) in die groenstrook zouden vanwege hun architectonische kwaliteit worden ontzien. De splitsing in de bestemming voor medische faculteit en ziekenhuis werd in 1978 nog niet voorzien, de invulling van de zuidpunt evenmin.

De infrastructuur van de zuidpunt sluit nauw aan bij de plannen die Patijn in 1989 presenteerde. Voor de bebouwing van het gebied werd hoofdzakelijk het gemeentelijke ontwerp gevolgd: een gesloten bouwblok (4) aan de stadskant, een strook (5) langs de oostelijke zijde van de toegangsweg en een ranke toren (6) bij de Petrus Campersingel. Dankzij een actie van de omwonenden werd in het ontwerp-bestemmingsplan nadrukkelijk rekening gehouden met de bomen op het terrein en de houtwal langs de Petrus Campersingel. Om twee kastanjes op het terrein te kunnen behouden werd besloten om het gesloten bouwblok aan één zijde open te houden.

Eind 1996 werd het concept stedenbouwkundig plan CiBoGa gepresenteerd (Circus-, Boden- en Gasfabriekterrein). Daarin werd het noordelijke deel van het Bodenterrein bestemd voor wonen en werken aan huis (1) en het zuidelijke gedeelte voor zakelijke dienstverlening (2). Het AZG heeft een strook langs de Antonius Deusinglaan gereserveerd om de toekomstige uitbreiding van het AZG veilig te stellen.

kenhuis nog gemarkeerd door een hotel op het uiterste puntje van het terrein, maar Reitsma verplaatste het gebouw naar een locatie tegenover het ziekenhuis. Het AZG wilde dolgraag een hotel op de zuidpunt, zodat congresgangers een prettige accommodatie in de buurt van het ziekenhuis kon worden geboden. Voor poliklinische patiënten zou het hotel eveneens uitkomst kunnen bieden. Maar MABON zag er geen brood in. Het feest ging voorlopig niet door en het hotel werd een woontoren.²³⁴

Bouwgemachtigde Hamel was er veel aan gelegen om de invulling van de zuidpunt in overeenstemming te brengen met de wensen van het AZG. Zowel ambtelijk als bestuurlijk en politiek werd daarin veel energie gestoken. Toen het AZG-voorstel in de presentatie ten stadhuize onvoldoende uit de verf kwam, besloot Hamel alle gemeenteraadsfracties op het ziekenhuis uit te nodigen en te informeren over de plannen. Bij die gelegenheid deed raadslid K.W. Swaak de suggestie om de ontsluitingsweg over de zuidpunt alleen

te benutten voor inkomend verkeer. Het uitgaande verkeer kon worden afgehandeld via de doorsteek over het AZG-terrein. Die gedachte viel zowel bij het AZG als bij de gemeenteraad in goede aarde. Als de drukte rond het Damsterdiep en de stoplichten bij de afslag naar het ziekenhuis geen roet in het eten gooien, dan heeft het ziekenhuis straks de beschikking over een zeer fraaie oprijlaan. Voor wat betreft de ontsluiting van het ziekenhuis leek het AZG heel succesvol. Daar staat tegenover dat het AZG weinig zeggenschap had over de bebouwing links en rechts van de oprijlaan. Het mocht meepraten over de vorm van het plein voor de hoofdingang, maar daar was het eigenlijk wel mee gezegd. Voor het overige werd het ontwerp van Reitsma als baken voor de inrichting van de zuidpunt gekozen (figuur 36).²³⁵

In 1993 kwam er voor de zuidpunt vrij onverwacht een nieuwe kink in de kabel. Enkele omwonenden protesteerden tegen het kappen van de bomen op de zuidpunt, met name de houtwal langs de Petrus Campersingel genoot bescherming. Patijn en Reitsma hadden de houtwal in hun plannen niet ontzien en het AZG had er al een kapvergunning voor aangevraagd. Omdat de grond inmiddels was verkocht werden de bewoners verwezen naar de nieuwe eigenaar, de gemeente Groningen. 'Die zuidpunt is niet meer van ons, dus wij willen daar niet in vermorzeld worden,' aldus Looman. 'Dus toen zijn wij in dat proces heel snel teruggetreden en dat probleem ligt nu bij de gemeente ...' De actie van de bewoners had succes en de gemeente moest bakzeil halen. Om de houtwal te sparen moest de gemeente haar vijfverplannen opgeven. Door het gesloten bouwblok aan één zijde open te houden konden eveneens twee grote vrijstaande kastanjes worden gehandhaafd.²³⁶

Het AZG participeerde in de stichting Medipolis en werd daardoor anno 1996 alsnog met de bomenkwestie geconfronteerd. De stichting Medipolis wilde zich op de zuidpunt vestigen en daar een bedrijfsverzamelgebouw voor medische ondernemingen exploiteren.

Op de geplande locatie stonden echter enkele fraaie bomen. Looman kon er niet over uit: 'Dat gebouw moet ingekort worden want dan moet er weer een boom blijven staan ... Het bestemmingsplan staat 5000 vierkante meter toe, maar de bomen dwingen je dan tot 4000 à 3900 vierkante meter te gaan, anders moeten er nog twee of drie bomen extra sneuvelen en dat mag niet van de actiegroep. Je zit in het centrum van de stad. Daar kun je toch niet het primaat bij de natuur leggen?'²³⁷

Voor architect Patijn waren hal, parkeergarage en zuidpunt natuurlijk hele mooie binnenkomers. Hij werd ook vrijwel onmiddellijk gevraagd voor andere werkzaamheden aan de AZG-nieuwbouw; hij schakelde daarbij opnieuw twee jonge architecten in, naast Kolmas nu ook A.M.M. Roelofs. Patijn werd ook gevraagd om de supervisie over de gehele nieuwbouw op zich te nemen. Het accent van zijn werkzaamheden zou liggen op de publieke ruimten, met andere woorden op de meest in het oog springende gedeelten van het complex. Hij mocht ook, al dan niet gevraagd, adviseren over andere zaken. Hoofdarchitect J. Kleinjan van Team 4 was daar niet echt gelukkig mee, maar daar stond tegenover dat hij de opdracht voor de tweede fase binnen had en dat vergoedde veel. De supervisie van Patijn kwam in de plaats van die van Schuurman Hess, dus het was nog maar de vraag of er voor hem zoveel zou veranderen.

Tussen Schuurman Hess en Hamel was het begin 1990 definitief misgelopen en Schuurman Hess had het veld moeten ruimen. Plaatsvervangend bouwcoördinator Van der Schaaf promoveerde tot hoofd van de dienst Bouwzaken. Voortaan werden de bouwactiviteiten nader afgestemd in een werkoverleg tussen Van der Schaaf, Patijn en Kleinjan. Waar Schuurman Hess in het verleden de eenheid van het complex had beklemtoond gaf Patijn juist veel meer ruimte voor variatie en levendigheid. Door bijvoorbeeld voor iedere polikliniek een andere binnenhuisarchitect aan het werk te zetten weden de standaardpoliklinieken omgetoverd tot ruimten met een geheel eigen karakter. Voor de binnenstraten en de hal werd een vergelijkbare benadering gekozen.²³⁸

De versnelling van de nieuwbouw, die in de brochure ‘Klaar in 1995’ met veel tamtam was aangekondigd, had een positief effect voor het medisch bedrijf, voor de ontvangsthal en voor de ondergrondse parkeergarage. Die waren daardoor al in 1996 klaar. Voor andere onderdelen van het complex betekende de versnelling eerder een vertraging. Zo stond de oplevering van een nieuwe energiecentrale aanvankelijk gepland voor 1987. De bouw werd enkele malen uitgesteld om het medisch bedrijf sneller onderdak te kunnen verschaffen. Eind jaren tachtig was de opleveringsdatum al verschoven naar 1997.²³⁹

Door de groei van het elektriciteitsverbruik werden evenwel hogere eisen gesteld aan de capaciteit van de noodstroomvoorziening en het was zaak om daar niet te lang mee te wachten. Toen de rijksoverheid subsidies ter beschikking stelde voor een gecombineerde opwekking van elektriciteit en warmte, de zogenaamde warmtekrachtkoppeling, overwoog het AZG heel even om de centrale toch maar een paar jaar eerder te bouwen. De werkgroep energievoorziening AZG adviseerde de directie evenwel om vast te houden aan het oorspronkelijke voornemen en in 1997 een nieuwe energiecentrale te bouwen. De subsidie kon niettemin worden veiliggesteld als de installatie voor warmtekrachtkoppeling voorlopig in het oude ketelhuis werd ondergebracht. Installatieadviseur Van Heugten gaf aan dat dat kon als de aggregaten in de kelder werden geplaatst, de ketels in een verdiepte kelderbak op het plein voor het ketelhuis en de overige voorzieningen op de plaats van de oude ketels.²⁴⁰

Architect Patijn werd om advies gevraagd. De vraag: ‘Hoe zou dat eruit moeten zien?’ ging vergezeld van de suggesties van Van Heugten, eigenlijk een nieuwe centrale op de oude fundamenten. Patijn vond dat zonde: ‘Waarom ga je dat slopen en daarna weer opbouwen, waarom kan dat niet in het bestaande gebouw? ... Ik was gefascineerd door dat gebouw zelf, prachtig soort ingetogen architectuur ... met een klassieke benade-

ring, dakoverstekken die heel groot zijn, toch een heel technisch gebouw ... heel zorgvuldig gemaakt, prachtig metselwerk.’ Het AZG vroeg Patijn om zijn suggesties voor de renovatie van het ketelhuis verder uit te werken. Medio 1990 kwamen de eerste tekeningen gereed. ‘Of er nou een aggregaat zus of zo in moet, daar heb je helemaal geen verstand van’, aldus Patijn, ‘dus ik ben daar heel erg sterk puur een esthetische rol gaan spelen.’ Hij wilde met name een vrij smal en hoog gedeelte van het oude ketelhuis behouden. Het organisatietalent van adviseur Van Heugten werd daardoor behoorlijk op de proef gesteld, want veel ruimte om de installaties in het gebouw onder te brengen bleef er niet over. Boven in het ketelhuis zaten oude kolenbunkers en die boden uitkomst. Ze waren zo stevig geconstrueerd dat het mogelijk bleek om de nieuwe ketels daar te plaatsen, na sloop van de oude ketels konden de aggregaten op de begane grond worden geïnstalleerd.²⁴¹

De centrale kon volgens de planning worden opgeleverd, maar met betrekking tot de elektriciteitsopwekking vertoonde de installatie een aantal zeer hardnekkige kinderziekten. Er zouden nog heel wat zweetdruppels vloeien en er viel nog menige vloek. Medio 1994 trad een zeer ernstige stroomstoring op. Deze had niet direct wat met de centrale van doen, maar voor bouwgemachtigde Hamel vormde het incident de directe aanleiding om hulp van een externe deskundige in te roepen. H.F.A. Sidler, voormalig directeur van Holec Projects, werd uitgenodigd om zijn licht over de kwestie te laten schijnen.

Sidler richtte zijn aandacht niet alleen op de stroomstoring en de hardnekkige kinderziekten van de energiecentrale, maar hij nam ook het elektriciteitsnet onder de loep. In een KEMA-rapport uit 1985 was de opzet van het AZG-net nog omschreven als ‘een evenwichtig ontwerp’, maar Sidler zag dat anders. Hij rapporteerde ronduit geschrokken te zijn van de wijze waarop het AZG-net was opgezet: ‘Het elektriciteitsnet van het AZG is zodanig van structuur, dat enkelvoudige storingen kunnen leiden tot uitval van de spanning gedurende meerdere uren.’

152
153

151
152

En: 'Het AZG-net is meer "ontstaan", dan volgens een logisch concept opgebouwd.' Sidler stelde vast dat het weinig zin had om hoge eisen te stellen aan de installatie van de centrale als de opzet van het net niet deugde. Het AZG had er dus een probleem bij en zag zich gedwongen de eisen op dat punt aan te scherpen.²⁴²

De nukken van de AZG-centrale leken eind 1996 voor een groot deel achter de rug. De door de centrale geproduceerde elektriciteit wordt al enige tijd aan het Groningse elektriciteitsnet geleverd, maar dat is welbeschouwd eigenlijk niet de bedoeling. De centrale is gebouwd om eerst en vooral het AZG te bedienen. Eventuele overschotten aan elektriciteit kunnen aan het openbare net worden geleverd, eventuele tekorten kunnen van het openbare net worden betrokken. Er komt nogal wat bij kijken om die uitwisseling soepel en veilig te laten verlopen. Met name bij storingen worden hoge eisen gesteld aan de installaties. Toen Groningen op 18 oktober 1996 een uur zonder licht kwam te zitten moest het AZG terugvallen op de dieselgenerator van de noodstroomvoorziening. De nieuwe AZG-energiecentrale bood vooralsnog geen uitkomst, omdat deze nog niet op het ziekenhuisnet was aangesloten.

INTEGRATIE ZIEKENHUIS EN FACULTEIT

Alle medische afdelingen, met uitzondering van psychiatrie, hebben inmiddels de beschikking over een nieuw onderkomen. Het ziekenhuis is natuurlijk pas echt klaar als ook de derde fase is afgerond. Die heeft vooral betrekking op de noordkant van het terrein en omvat een voorzieningengebouw, een mortuarium annex obductieruimte, een vierde stralingsbunker en voldoende parkeerruimte voor het personeel. De relatie met Patijn beviel zo goed dat bouwgemachtigde Hamel besloot om hem als hoofdarchitect voor de derde fase te contracteren. De bouw van mortuarium en obductieruimte is eind 1996 aangevangen. Naast het mortuarium wordt de vierde stralingsbunker gebouwd; architect J.R. Spek uit Rotterdam is verantwoordelijk

voor het ontwerp. Voor Spek was het niet de eerste kennismaking met het AZG. In de jaren tachtig was hij werkzaam bij Kruisheer + Hallink en hij kende het nieuwe ziekenhuis op zijn duimpje.²⁴³

De opdracht voor de noordkant was veel vager dan die voor de zuidpunt, de architecten moesten met veel meer variabelen rekening houden. Zij kregen daarom ook meer ruimte om de ontwerpen voor te bereiden. Er was nog een ander belangrijk verschil tussen zuid en noord. Bij de plannen voor de zuidpunt had het AZG vooral te maken met de gemeente Groningen, maar aan de noordkant was het de universiteit die zich roerde. Het AZG kon maar moeilijk tot overeenstemming komen met buurman universiteit en dat leidde tot een flinke vertraging in de realisatie van het voorzieningengebouw en de parkeergarage. Om een goed beeld te krijgen van de gang van zaken moeten we dertig jaar terug in de tijd.

De medische faculteit en het AZG hadden verschillende doelstellingen en taken, maar er was ook sprake van een belangrijke overlap in hun werkzaamheden. In de jaren zestig werd een deel van die overlap voorzien van het label medisch wetenschappelijk centrum (MWC). Het AZG was verantwoordelijk voor de bouw van een nieuwe kliniek op het AZG-terrein, de faculteit voor de bouw van een nieuwe prekliniek op het Bodenterrein. En gezamenlijk zouden ze het MWC voor hun rekening nemen. Het liep allemaal anders.

Augustus 1971 liep de medische faculteit tegen een bouwstop van minister De Brauw aan. Ruim tien jaar later, toen het AZG het eerste stukje van het nieuwe ziekenhuis opende, viste de faculteit nog steeds achter het net. In 1983 gooide het bestuur van de faculteit de handdoek in de ring: '... het is zeer onwaarschijnlijk dat de financiële middelen voor de benodigde investeringen ooit nog ter beschikking zullen komen.' De faculteit zocht daarop steun bij buurman AZG en maakte aanstalten om wat dichter tegen het ziekenhuis aan te kruipen: 'De opvattingen omtrent samenwerking en verwevenheid van klinische en preklinische research in

Groningen evolueren in de richting van een nog sterkere integratie dan thans het geval is.' Het faculteitsbestuur gaf aan dat het een groter deel van de medische faculteit in het nieuwe ziekenhuis of in de directe omgeving van het nieuwe ziekenhuis wilde vestigen.²⁴⁴

Aanvankelijk was niet voor alle ziekenhuisafdelingen nieuwbouw voorzien. De vrouwenkliniek en de gebouwen van de afdelingen interne geneeskunde, psychiatrie en dermatologie waren immers nog heel bruikbaar. Begin jaren tachtig besloot het AZG om alle afdelingen, met uitzondering van psychiatrie, uit de oudbouw naar het nieuwe complex over te brengen. In de oudbouw was dus ruimte te over om de buurman uit de nood te helpen. Toen de opleiding voor tandartsen in 1986 werd geofferd om te ontkomen aan verdere bezuinigingen door de rijksoverheid kreeg de faculteit bovendien de beschikking over een groot gebouw pal ten noorden van de vrouwenkliniek.²⁴⁵

Het AZG reageerde positief op de gewenste ruimtelijke integratie en ook het ministerie van O&W zag wel wat in de plannen. Achter die positieve reacties ging evenwel een wereld van verschil schuil. Het ministerie aasde op bezuinigingen en beoordeelde de integratie vooral daarom als positief. Als faculteit en ziekenhuis een intiemere relatie kregen, zouden zij hun ruimtebehoeften beter op elkaar kunnen afstemmen. De faculteit en het AZG realiseerden belangrijke besparingen door te 'ontdubbelen': de huisvestingsplannen werden in elkaar geschoven en ruim zeventuizend vierkante meter vloeroppervlak kon worden geschrapt, vijfduizend uit het AZG-programma en tweeduizend uit het programma van de medische faculteit. Het ministerie kon tevreden zijn.²⁴⁶

KLAAR IN 2000

Voor de korte termijn leverde de integratie een paar niet te versmaden bezuinigingen op, maar voor de lange termijn stond het ministerie heel wat anders voor ogen en dat stond zelfs haaks op de integratieplannen. Het ministerie wilde de verantwoordelijkheid over de academische ziekenhuizen immers overhevelen van O&W naar WVC.

Universiteiten, medische faculteiten en academische ziekenhuizen, verenigd in de UFA, waren daar faliekant op tegen. De motieven laten zich raden. Voor de universiteiten en medische faculteiten zou de overheveling vrijwel zeker gepaard gaan met een vermindering van de zeggenschap over 'hun' ziekenhuizen. De academische ziekenhuizen voelden er weinig voor om hun uitzonderingspositie als O&W-ziekenhuis te verliezen; de relatie met O&W had hun geen windeieren gelegd. De UFA wees de overheveling eensgezind af en zette met veel overtuiging koers in de tegenovergestelde richting. De instellingen legden plotseling een grote belangstelling aan de dag voor de bestuurlijke integratie van academische ziekenhuizen en medische faculteiten. Ze produceerden model na model om de gewenste integratie vorm te geven. Een stevig anker in de facultaire haven moest voorkomen dat de academische ziekenhuizen afdreven naar WVC.²⁴⁷

Zo werd in Groningen gewerkt aan een bestuurlijke integratie van medische faculteit en academisch ziekenhuis onder de noemer Universitair Medisch Centrum (UMC). Dat initiatief werd hoofdzakelijk gedragen door het AZG. Universiteit en faculteit bleven sceptisch over de mogelijkheid om tot overeenstemming te komen ten aanzien van de gewenste organisatievorm. De universiteit wilde hoe dan ook voorkomen dat de medische faculteit door het AZG werd ingelijfd; zij bleef liever baas in eigen huis. Op het vlak van de ruimtelijke integratie konden universiteit en faculteit daarentegen veel winnen. Terwijl de bestuurlijke integratie stakte ging de ruimtelijke integratie onverminderd door. Het AZG-structuurplan uit 1987 en het vlekkenplan van de medische faculteit uit hetzelfde jaar werden in elkaar geschoven en geredigeerd tot het 'Structuur-Vlekkenplan voor het UMC'. Eind 1991 konden RUG en AZG het product van hun eendracht voorleggen aan minister van O&W J.M.M. Ritzen.²⁴⁸

Op papier zag de ruimtelijke samenwerking er goed uit, maar na verloop van tijd verliep ook deze integratie nogal moeizaam. De universiteit werd regelmatig geplaagd door bezuinigingen en ze raakte behoorlijk

in de problemen toen het ministerie van Onderwijs een andere financieringssysteem koos. Een universiteit in het nauw maakt rare sprongen en dat ging ten koste van de prille samenwerking op huisvestingsgebied. De vele wijzigingen in vierkante meters die tijdens de rit moesten worden verwerkt boden evenzoveel openingen om de gemaakte afspraken ter discussie te stellen.²⁴⁹

De RUG is eigenaar van een stuk grond ten noordwesten van het nieuwe ziekenhuis (figuur 33, pag. 139). Voor het AZG was dat een uitgelezen plek om er een parkeervoorziening voor het personeel te realiseren. Het AZG zou in ruil voor die locatie de hoogbouw van de vrouwenkliniek ter beschikking stellen. In 1994 legde het College van Bestuur van de RUG die afspraak naast zich neer. Tandheelkunde zou weer terugkomen naar Groningen en het college vond dat de universiteit de locatie dus zelf hard nodig had. Het AZG trachtte de kansen te keren door aan de medische faculteit het gebruik van de vrouwenkliniek te ontzeggen, maar dat leverde niet meteen het gewenste resultaat. De onderhandelingen zaten muurvast en over de inrichting van de noordkant tastte men in het duister.²⁵⁰

Eind 1996 werd eindelijk overeenstemming bereikt over het vraagstuk wie wat zou betalen, wie waar mocht bouwen en wie waarvoor verantwoordelijk zou zijn. Door het trekken van een nieuwe grens kreeg het AZG de beschikking over het ontbrekende stukje grond, nodig voor de bouw van de parkeervoorziening. De medische faculteit zou worden gehuisvest in de vrouwenkliniek en in het nieuwe voorzieningengebouw. Dat wordt nu iets groter dan aanvankelijk de bedoeling was. Het voorzieningengebouw, dat tevens een brug vormt tussen de vrouwenkliniek en het AZG-complex, zou volgens de overeenkomst voor 1 september 1999 bruikbaar zijn.²⁵¹

HET WORDT WEER VOL OP HET TERREIN

De ruimtenood van de universiteit hangt ook samen met het voornemen van het College van Bestuur om het Bodenterrein te verkopen. De gemeente had daar

wel belangstelling voor en het AZG was, met het oog op de toekomst, eveneens geïnteresseerd. De eerste ideeën over nieuwbouw voor de afdeling psychiatrie staan inmiddels ook op de rol en het AZG spreekt met andere psychiatrische instellingen over concentratie van de psychiatrische activiteiten op het AZG-terrein. Er wordt bovendien gestudeerd op mogelijkheden om het revalidatiecentrum Beatrixoord uit Haren op het terrein te vestigen. Het wordt dus weer vol op het AZG-terrein. Door de verkoop van de zuidpunt gaf het AZG een zeer gunstig gelegen strategische reserve van zo'n 20.000 vierkante meter op. De kans is klein dat elders een betere locatie wordt gevonden en het zal in ieder geval heel wat overredingskracht vergen om de overheid te overtuigen van de noodzaak die uitbreiding te financieren.

Het AZG heeft inmiddels het gemeentebestuur gepolst over een mogelijke expansie in de richting van het Bodenterrein. Looman: 'Nou, dat was in eerste instantie een schok voor die jongens, want die hebben daar duizend woningen gepland.' Maar: 'Aan het einde van de avond zaten we al leuke varianten te bedenken waarbij de Deusinglaan maar ondergronds moest en ja [om] toch die harde scheiding daar weg te halen ... Dat zijn dingen waar je nu mee bezig moet zijn. Want als je over vijf jaar tot de conclusie komt dat het terrein vol zit en er komen toch nog weer ontwikkelingen op je af, dan ben je te laat; dan staan er allemaal woningen.'

Om het AZG tegemoet te komen werd een strook van 20.000 vierkante meter langs de Antonius Deusinglaan voorzien van de bestemming 'zakelijke dienstverlening' (figuur 36). Die ruimte kan dan bijvoorbeeld worden bestemd voor de nieuwbouw van de afdeling psychiatrie, eventueel te combineren met beschermd wonen. En als psychiatrie eenmaal naar de overzijde van de Deusinglaan is verhuisd dan kan het huidige psychiatriegebouw, dan wel nieuwbouw ter plekke worden benut voor Beatrixoord.

Die ontwikkelingen zijn nog allesbehalve zeker, maar ze illustreren goed dat de bouw van een groot ziekenhuiscomplex als het AZG nooit klaar is en dat het vrijwel permanent aan vernieuwing toe is.²⁵²

8. Wat kwam waar en waarom daar

In de inleiding van dit boek werd de vraagstelling van **Blokken op de bres** kort samengevat als: ‘wat kwam waar en waarom kwam het daar?’

Anders gezegd: welke plannen passeerden de revue en wat werd er uiteindelijk gerealiseerd?’

In de hoofdstukken een tot en met zeven werd die vraag omstandig beantwoord. Hoofdstuk acht geeft een samenvatting van *Blokken op de bres* aan de hand van vijf kernthema’s. De keuze van de locatie, pal tegen het centrum van de stad, was zeer bepalend voor het verdere verloop van de planning, maar ook de centralisatie van het medisch bedrijf speelde een belangrijke rol en werd duidelijk zichtbaar in de vorm van het complex. De gewenste openheid van het ziekenhuis stond centraal in de planvorming van de jaren zeventig, terwijl het AZG in de jaren tachtig nadrukkelijk koos voor beheersbaarheid en voor een centrale ontsluiting van het ziekenhuis. Toen het complex eenmaal tot een eenheid was gesmeed verschoof de aandacht naar het interieur en naar de introductie van een grotere verscheidenheid.

DE KIP MET DE GOUDEN EIEREN

De academische ziekenhuizen van Amsterdam, Utrecht en Maastricht liggen een heel eind buiten de stad. In Leiden, Nijmegen en Rotterdam bevindt het academisch ziekenhuis zich wat dichterbij het centrum, maar dat van Groningen ligt er pal tegenaan. Directeur-geneesheer Van der Kouwe, die in 1967 aantrad, was afkomstig van het nieuwe academisch ziekenhuis van de Vrije Universiteit. Hij had aan den lijve ondervonden hoe het is om in een ziekenhuis te werken dat op grote afstand van alles en iedereen moet functioneren. Van der Kouwe was beslist geen voorstander van nieuwbouw in de buitenwijken van een stad.

Hij werd gesterkt in die opvatting, toen hij kort na zijn benoeming een bezoek bracht aan zijn belangrijkste

157
158

ste financier, het ministerie van O&W. Dat liep uit op een geweldige teleurstelling. Minister van Financiën Witteveen had zich in 1967 bezorgd uitgelaten over de hoge kosten voor de nieuwbouw van academische ziekenhuizen en minister Veringa van O&W had dat ter harte genomen. Van der Kouwe stuitte in Den Haag op een muur van onbegrip. O&W zag het Groningse ziekenhuis als een voorbeeld van een goed lopend paviljoensysteem en het ministerie meende te kunnen volstaan met de financiering van enkele nieuwe paviljoens. Van der Kouwe moest de plannen voor een volledig nieuw ziekenhuis maar uit zijn hoofd zetten. De financiering van O&W zou slechts mondjesmaat ter beschikking komen.

Van der Kouwe oriënteerde zich over de mogelijkheid om met de financiering van O&W toch een heel nieuw ziekenhuis te bouwen. Dat had alleen kans van slagen als het bouwtempo werd aangepast aan de beschikbare financiering en als het nieuwe ziekenhuis dus ook mondjesmaat, in hapklare brokken werd gerealiseerd. Het was overigens niet de bedoeling om gewoon door te gaan met het bouwen van afzonderlijke paviljoens. Het streven van Van der Kouwe was erop gericht om gefaseerd te bouwen, maar desalniettemin op den duur tot een modern samenhangend ziekenhuiscomplex te komen. In dat geval moest eerst en vooral de hoofdstructuur van het complex worden vastgelegd, pas daarna kon over de afzonderlijke gebouwen worden nagedacht.

Het nieuwe ziekenhuis zou pas na tien tot vijftien jaar gefaseerd bouwen klaar zijn. De veranderingen in de gezondheidszorg kenden een heel ander tempo, die gingen razendsnel. De structuur moest dus niet alleen sterk zijn, maar ook flexibel; zo flexibel dat toekomstige ontwikkelingen niet zouden worden geblokkeerd. Van der Kouwe zocht contact met het gerenommeerde Institut für Krankenhausbau (IFK) uit Berlijn en liet het een masterplan produceren voor de nieuwbouw van het ziekenhuis op de bestaande locatie.

Er was nog een andere reden om niet te verhuizen, te weten de nabijheid van de medische faculteit. In de jaren vijftig onderschreef de Rijksuniversiteit Groningen het zogenaamde driekernenplan. Dat beoogde onder meer een concentratie van de gebouwen van de medische faculteit ten noorden van het academisch ziekenhuis, op het zogenaamde Bodenterrein. De vestiging in de nabijheid van het ziekenhuis werd door beide organisaties zeer gewaardeerd. Een verhuizing van het ziekenhuis naar elders had mede daardoor weinig aantrekkingskracht.

De gemeente Groningen speelde in de discussie een vrij bescheiden rol. Het gemeentebestuur zag zich voor een dilemma geplaatst omdat het handhaven van het ziekenhuis in het centrum zowel duidelijke voor- als nadelen had. Het uitgestrekte ziekenhuisterrein vormde een lastig te nemen barrière tussen de binnenstad en de oostelijk gelegen woonwijken. Het ziekenhuis genereerde bovendien veel verkeer en het was nog maar de vraag of de stad de toevloed op den duur zou kunnen verwerken. De niet-aflatende verkeersstroom bood daarentegen ook grote economische voordelen voor het centrum. Het gemeentebestuur voelde er weinig voor om de kip met de gouden eieren te slachten en het ging daarom akkoord met het voornemen van het AZG om het ziekenhuis op de bestaande locatie te vernieuwen.

HET ZWAARD VAN DAMOCLES

Paviljoenbouw heeft in veel opzichten de charme van de eenvoud. Ieder paviljoen heeft zijn eigen geschiedenis en de relatie met de andere gebouwen op het terrein speelt vaak een betrekkelijk ondergeschikte rol. Bij de planning van nieuwe paviljoens hoeft men veel minder rekening te houden met wat voorafging of wat nog komen gaat. Eventuele problemen hoeven vaak pas te worden opgelost als ze zich aandienen. Hoe charmant ook, Van der Kouwe en het IFK beschouwden die benadering als achterhaald. De efficiënte inzet

van radiologen, radiotherapeuten, anesthesisten en operatiefaciliteiten vereist een grotere mate van centralisatie en in de decentrale paviljoens was die nauwelijks te verwezenlijken.

Het IFK adviseerde om het Groningse ziekenhuis van de toekomst te voorzien van een centraal medisch complex (CMC) waarin alle röntgenapparatuur en alle operatiekamers zouden worden ondergebracht. Na verloop van tijd kreeg het CMC op papier steeds meer functies toebedeeld en werden de klinieken steeds verder uitgekleeft, tot daarvan nog slechts beddenhuizen overbleven. Alle onderzoeks- en behandelingsfaciliteiten werden geconcentreerd in het CMC en stonden daar ter beschikking van verschillende medische specialismen. De poliklinieken emancipeerden tot min of meer zelfstandige eenheden langs de Oostersingel.

De door Den Haag geïnitieerde standaardprogrammering voor academische ziekenhuizen (1966-1977) ging nog een paar stappen verder. Naast onderzoek en behandeling moesten ook de poliklinieken en zelfs de verpleegafdelingen worden gecentraliseerd. Amsterdam, Leiden en Utrecht kwamen tegemoet aan die eisen van de standaardprogrammering, maar Groningen koos een andere koers. In zijn ontwikkelingsplan voor het AZG (1976) bracht architect Kruisheer de ruimten voor onderzoek en behandeling onder in het centraal medisch complex, maar voor de beddenhuizen koos hij een decentrale opstelling, rond het CMC. De poliklinieken werden evenmin gecentraliseerd, zij kregen een vaste plaats op de begane grond van de beddenhuizen.

Kruisheer tekende het ontwikkelingsplan op een moment dat kleinschaligheid bij menigeen hoog in het vaandel stond. Hij onderschreef die gedachte volledig, maar het bleek ook erg praktisch om in kleine eenheden te denken. De financiële toezeggingen van O&W kwamen immers beetje bij beetje binnen en de bouw zou hoe dan ook in kleine eenheden geschieden. Het ziekenhuisterrein was gewoon veel te vol. Het was dus verstandig om de afzonderlijke bouwdelen een grote mate van zelfstandigheid te geven. Ze moesten immers

al functioneren terwijl de rest van het ziekenhuis nog op de tekentafel lag. Ze moesten bovendien in staat zijn om te blijven functioneren als de bouw plotseling werd gestaakt. De mogelijkheid dat de geldkraan werd dichtgedraaid hing als een zwaard van Damocles boven het project.

In het oude paviljoenziekenhuis geschieden de werkzaamheden nog grotendeels decentraal; vrijwel iedere afdeling had de beschikking over een eigen paviljoen. De standaardprogrammering van O&W schreef een radicale centralisatie voor. Kruisheer koos voor een centralisatie van onderzoek en behandeling, maar voor een decentrale opstelling van de beddenhuizen en de poliklinieken. De afzonderlijke specialismen konden daardoor veel meer als zelfstandige afdeling met een eigen identiteit naar buiten treden.

De medici werden bij vrijwel alle fasen van het planproces betrokken, maar hun invloed op de hoofdlijnen was gering. De interesse bleef vaak beperkt tot onderwerpen die van belang waren voor de eigen afdeling. Daardoor hadden zij nauwelijks verweer tegen de algemene centralisatietendens die met de bouw van het nieuwe ziekenhuis werd ingezet. Specialisten die beroepsmatig met veel andere afdelingen van doen hadden, zoals de radiologen, namen een andere positie in. Zij zagen veel heil in een grotere centralisatie en ze speelden vaak een actieve rol in het planproces.

EEN KENTERING IN HET DENKEN

Ziekenhuizen zijn lange tijd betrekkelijk gesloten instellingen geweest. Het Groningse academisch ziekenhuis had aanvankelijk slechts één ingang. Die lag aan de Oostersingel en wordt tot op de dag van vandaag met enig ontzag aangeduid als 'de Poort'. Daar kon je niet zomaar op elk moment van de dag naar binnen. Bezoekers mochten alleen tijdens het bezoeken het terrein betreden. Dat gaf al snel aanleiding tot enige ongemakken, aldus geneesheer-directeur L.J. Zielstra in een terugblik uit 1942: 'Het bezoek der patiënten

schoolde reeds één uur voor den aanvang van het bezoek op den Oostersingel samen. Bij slecht weer en in de ongunstige jaargetijden was deze toestand zeer ongewenscht, vandaar, dat vele malen uit de burgerij wenschen voor een wachtruimte geuit werden.²⁵³

Anno 1999 heeft het AZG meer bedden, meer personeel en worden veel meer poliklinische behandelingen verricht. Het ziekenhuis is ook veel opener geworden. Dat moet ook wel, want de grote toevloed van patiënten, bezoekers en personeelsleden kan onmogelijk op de oude manier worden verwerkt. Bovendien verplaatst menigeen zich tegenwoordig in een auto en die moet ook ergens blijven. De wachtkamers voor het bezoek zijn niet meer nodig, maar parkeerplaatsen voor de meegebrachte vervoermiddelen des te meer.

Het streven om de toegankelijkheid van de ziekenhuizen te vergroten en ze een meer open karakter te geven is van betrekkelijk recente datum. De jury van de nationale ziekenhuisprijsvraag 1975 bestempelde het open ziekenhuis nog als een kentering in het denken. Kruisheer behoorde tot de voorhoede. Zijn ontwikkelingsplan voor het AZG is daarvan een goed voorbeeld. Kruisheer vond dat veel ziekenhuizen zich van de omgeving afzonderden, terwijl ze zich naar zijn idee juist moesten openstellen voor en integreren met die omgeving. Kleinschaligheid en een bescheiden bouwhoogte passen goed in die benadering. Daarnaast moest de openheid van het complex zo veel mogelijk worden bevorderd. Hoogbouw was taboe. Kruisheer pleitte voor het aanleggen van openbare wegen over het ziekenhuisterrein en hij stelde voor om de afzonderlijke bouwdelen te voorzien van een eigen ingang. Door al die ingangen werd de eigenheid van de afdelingen bevorderd en de drempel voor de bezoeker verlaagd. De drempel zou in ieder geval een stuk lager liggen dan bij een ontsluiting met behulp van één hoofdingang.

De gemeente Groningen liet op dat moment vergelijkbare geluiden horen. Het ziekenhuisterrein werd gezien als een ondoordringbare barrière tussen de binnenstad en de oostelijk gelegen wijken. Daar moest hoognodig

iets aan worden gedaan. Het voorstel van Kruisheer om het ziekenhuisterrein te doorsnijden met een paar wegen werd onmiddellijk door de gemeente overgenomen. Het voorstel van het IFK om het ziekenhuis naar het midden van het terrein te verplaatsen werd eveneens enthousiast ontvangen. Voor wat betreft de keerzijde van de medaille, de integratie van het ziekenhuis in de omgeving, kregen zowel Kruisheer als het IFK de wind van voren. De pogingen om enkele ziekenhuisactiviteiten buiten het AZG-terrein onder te brengen leden schipbreuk. Het gemeentebestuur liet er evenmin misverstand over bestaan dat de woonwijken rond het ziekenhuis niet bedoeld waren als parkeerplek voor personeel en patiënten noch voor de bezoekers van het AZG.

DECENTRAAL OF CENTRAAL ONTSLUITEN

Het ontwikkelingsplan voorzag in het stap voor stap bouwen van het ziekenhuis en het lag voor de hand om in aansluiting daarop het parkeerprobleem stap voor stap op te lossen. Kruisheer stelde voor om onder ieder beddenhuis en onder elk CMC-deel een parkeergarage te maken. Veel meer mogelijkheden waren er eigenlijk niet. Op het AZG-terrein was onvoldoende ruimte om te parkeren en het aantal beschikbare parkeerplaatsen nam gedurende de bouw eerder af dan toe. De parkeerdruk kon evenmin worden afgewenteld op de omgeving, omdat dat te veel overlast zou geven in de aangrenzende woonwijken. O&W vond de oplossing van Kruisheer weliswaar veel te duur, maar snapte ook wel dat het AZG, gezien de houding van de gemeente, geen kant uit kon. Daaraan dankt het AZG de garage onder het eerste beddenhuis. Het Integraal structuurplan noorden des lands schiep de mogelijkheid om ook nog een kelder onder het CMC II te maken, maar daarmee was de kous af. Het AZG moest het parkeerprobleem oplossen op eigen terrein, maar de enige plek waar dat een beetje fatsoenlijk kon – onder de grond – was verboden terrein.

160

161

161

162

162

163

Het ontwikkelingsplan voorzag in decentrale beddenhuizen, decentraal parkeren en een decentrale ontsluiting van het complex. Met de komst van bouwgemachtigde Dessing en bouwcoördinator Schuurman Hess, in 1983, werd een proces van centralisatie ingezet. Dessing en Schuurman Hess hadden weinig waardering voor de decentrale ontsluiting van het ziekenhuis. Al die ingangen moesten worden bemand en dat was veel te duur, maar een alternatief was niet meteen voorhanden. De gedeelten die in aanbouw waren lagen zover uit elkaar dat ze onmogelijk via een gezamenlijke ingang konden worden ontsloten. Maar op den duur zou centrale ontsluiting hogere ogen gooien.

Algemeen directeur Hamel maakte zich sterk om met name het medisch bedrijf zo snel mogelijk in de nieuwbouw onder te brengen. Dat kon alleen als de nieuwbouw voor het niet-medisch bedrijf werd uitgesteld. Ten zuiden van het ziekenhuis zouden op korte termijn een energiecentrale en een verzorgingsgebouw komen. Door de bouw ervan op de lange baan te schuiven creëerde Hamel niet alleen ruimte op de begroting, hij creëerde ook ruimte op het terrein en daarmee perspectief voor het oplossen van het parkeerprobleem. Toen O&W in 1984 te kennen gaf dat nieuwe plannen voor ondergronds parkeren tot belangrijke vertraging in de besluitvorming zouden leiden, hoefde de directie niet lang na te denken. De parkeerkelders onder de nog te bouwen beddenhuizen werden geschrapt.

Het schrappen van de decentrale parkeerkelders en het beschikbaar komen van een centrale parkeerplaats op de zuidpunt van het terrein hadden nogal wat consequenties. Een concentratie van parkeergelegenheid op de zuidpunt had tot gevolg dat het ziekenhuis voortaan aan de zuidzijde moest worden ontsloten. Gezien de omvang van het parkeerterrein lag het voor de hand om die ingang tot hoofdingang te maken.

Die gedachte zou vrijwel zeker zijn verlaten als de verbinding tussen de beoogde hoofdingang en de afdelingen onvoldoende capaciteit had gehad. Maar die verbinding was riant. Achter de hal kwamen twee

brede binnenstraten uit. In het ontwikkelingsplan waren het nog open binnenstraten, waar weer en wind vrij spel hadden. In het structuurplan 1980 waren ze echter voorzien van tuintjes en galerijen, en begin 1984 viel het besluit om de binnenstraten volledig te overkappen. Dat was een bijzonder profijtelijke aangelegenheid, omdat het ziekenhuis met de overkapping voor weinig geld veel extra vierkante meters creëerde. Het besluit stond weliswaar los van de wens om aan de zuidzijde van het complex een hoofdingang te maken, maar het kwam precies op tijd om de aanleg van die hoofdingang mogelijk te maken. De extra ruimte kwam bijzonder goed van pas bij het verwerken van de grote stroom bezoekers.

Het was de kracht van het ontwikkelingsplan dat dergelijke beslissingen nog op het allerlaatste moment konden worden genomen. Door die grote flexibiliteit was het ook zeer kwetsbaar. De door Kruisheer gepropageerde decentrale ontsluiting van het ziekenhuis kon ongestraft uit het plan worden gelicht. Weliswaar bracht O&W de zaak aan het rollen, door ondergronds parkeren als veel te duur af te wijzen, maar op dat punt kreeg het ministerie opmerkelijk genoeg niet zijn zin. Algemeen directeur Hamel verkocht een stuk ziekenhuisterrein en realiseerde alsnog een ondergrondse parkeergarage. Die ligt voor de hoofdingang en biedt plaats aan 700 auto's.

DE BROODNODIGE VARIATIE

In de jaren zestig stond het ministerie van O&W aan de vooravond van een miljardenoperatie: de nieuwbouw van drie academische ziekenhuizen. In de overtuiging dat het goedkoper was om drie dezelfde ziekenhuizen te bouwen initieerde het ministerie de samenstelling van een standaardprogrammering. Na tien jaar studie verscheen in 1977 de standaardprogrammering voor academische ziekenhuizen. De oogst bleek schraal. Het Amsterdamse Academisch Medisch Centrum werd min of meer volgens de standaardprogrammering ontworpen,

164

165

163

164

165
166

maar de bezuinigingen van de jaren zeventig eisten hun tol. Flinkere delen van het complex moesten in grote haast opnieuw worden ontworpen. Leiden, Utrecht, Maastricht en Groningen kozen een andere weg en Nijmegen, waar de nieuwbouw nog maar een paar jaar bezig is, laat zich evenmin door de standaardprogrammering leiden. De poging om de bouw van de academische ziekenhuizen te standaardiseren had enig effect, maar het voldeed niet aan de hooggespannen verwachtingen.

Tijdens de bouw van het Academisch Ziekenhuis Groningen zouden de nieuwe bouwdeelen geleidelijk de functie van de oude paviljoens overnemen. Met andere woorden: het ziekenhuis zou geen moment sluiten. Dat was een belangrijke complicerende factor bij het ontwerpen en het bouwen van het nieuwe AZG. Heien was bijvoorbeeld uit den boze, de palen moesten worden geschroefd. Om de hinder tot een minimum te beperken zouden zo veel mogelijk werkzaamheden buiten het ziekenhuisterrein worden verricht. Veel onderdelen werden elders gefabriceerd en ter plekke samengevoegd. Het lag voor de hand om de onderdelen zo veel mogelijk te standaardiseren.

166
167

De standaardisatie bleef niet beperkt tot de bouwmaterialen, er werden ook standaardverpleegeenheden en standaardpoliklinieken ontworpen. Al met al werd het ziekenhuis er nogal eentonig van. De gemeente Groningen stelde weliswaar pogingen in het werk om de standaardisatie te doorbreken door de beddenhuizen aan de stadskant een ander aanzien te geven dan de beddenhuizen langs de Petrus Campersingel, maar het resultaat springt niet meteen in het oog.

De inrichting van het ziekenhuis ontkwam evenmin aan de gelijkenschakeling. Voor het interieur was een standaardinbouwpakket voorzien. Na het inschakelen van Team 4 ging het om twee standaardinbouwpakketten, een van Kruisheer Hallink Arends voor de CMC-delen en een van Team 4 voor de beddenhuizen. Bouwcoördinator Schuurman

Hess vond dat bijzonder storend en hij drong met succes aan op een betere onderlinge afstemming van de inbouwpakketten.

Bouwgemachtigde Hamel was niet gelukkig met de gestandaardiseerde vormgeving van zijn nieuwe ziekenhuis en hij stak veel energie in pogingen om het gebouw een architectonische facelift te geven. Hij concentreerde zich daarbij op de meest in het oog springende onderdelen. Architect Patijn werd gevraagd om een ontwerp voor de hoofdingang van het ziekenhuis te maken en hij werd tevens uitgenodigd om Hamel te adviseren over de inrichting van de binnenstraten en de poliklinieken.

Patijn verzette zich tegen de ver doorgevoerde standaardisatie en hij zocht naar mogelijkheden om meer variatie aan te brengen in de openbare ruimten van het ziekenhuis. Hij adviseerde Hamel onder meer om de kleur van de wanden in de binnenstraten te variëren en daarnaast in iedere patio een andere sfeer te creëren, uiteenlopend van oerwoud tot Griekse tempel. Verder opperde hij de mogelijkheid om voor iedere polikliniek een andere binnenhuisarchitect aan te trekken en op die manier ook hier voor de broodnodige variatie te zorgen.

EPILOOG

Het nieuwe onderkomen van het AZG is niet alleen erg groot en erg duur, het is ook in een ander opzicht een bijzonder bouwwerk. Het is het product van een heel lang planproces. Dertig jaar geleden werden de eerste stappen gezet. We weten inmiddels dat de zuinige houding van O&W voor de directie een belangrijke aanleiding vormde om op de bestaande locatie te blijven en het ziekenhuis gefaseerd te vernieuwen. Maar of het ministerie bij de bouw van het AZG ook werkelijk bezuinigingen heeft binnengehaald valt te betwijfelen.

Het gefaseerd plannen en bouwen van een ziekenhuis kan erg lang duren. Dat heeft voordelen, maar

167
168

ook nadelen. Omdat aller ogen op het bouwwerk zijn gericht blijft de menselijke kant van de zaak vaak onderbelicht. Dergelijke plannen kunnen echter alleen tot een goed einde worden gebracht als ze worden gedragen door mensen die er volledig achter staan. Hoe langer het planproces duurt, hoe moeilijker het is om koers te houden. De planning van de nieuwbouw van het AZG duurde veel te lang, de plannen moesten keer op keer worden bijgesteld en meer dan eens werden mensen daarvan de dupe. Voor een serieuze afweging van de kosten en de baten van gefaseerde nieuwbouw moet deze kant van de zaak nadrukkelijk in de beschouwingen worden meegenomen.

Het boek dat voor u ligt vat een onstuimige periode in de geschiedenis van het AZG samen. De auteur is trots op het eindresultaat, maar hij wil toch ook een minpuntje noemen. Het boek gaat vooral over plannen maken en het besteedt nauwelijks aandacht aan de mensen die het ziekenhuis daadwerkelijk gebouwd hebben. Velen van hen hadden ook geen weet van al die mooie plannen, laat staan enige invloed op de uitwerking. Toch zijn ook zij al twee decennia in de weer om het AZG boven de Groningse klei te krijgen. Dat boek moet eigenlijk nog worden geschreven. In de overtuiging dat ‘het denken’ niet zonder ‘het doen’ kan draag ik dit boek op aan de bouwers van het AZG.

Verantwoording

Dit boek werd geïnitieerd en gefinancierd door het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG), in het kader van de opening van de nieuwbouw van het AZG op 15 mei 1997. Het onderzoek had plaats tussen juni 1994 en december 1996 en het werd verricht door dr. Jan van den Noort, historicus te Rotterdam. De auteur dankt de Raad van Bestuur van het AZG voor het in hem gestelde vertrouwen.

Tijdens het onderzoek wisselde de auteur regelmatig van gedachten met een begeleidingscommissie over de voortgang van het onderzoek en over de inhoud van het boek. De commissie was samengesteld uit drs. J. Hamel (voorzitter Raad van Bestuur AZG), drs. Fr.C.A. Jaspers (lid Raad van Bestuur AZG), prof.ir. W. Patijn (architect-supervisor t.b.v. de nieuwbouw van het AZG) en prof. dr. E.R.M. Taverne (hoogleraar architectuurgeschiedenis aan de Rijksuniversiteit Groningen). De commissie kwam twaalf maal bijeen in het AZG. Bestuurlijk Bouwcoördinator H.P.K.M. Looman nam aan enkele besprekingen deel.

De begeleidingscommissie was enthousiast over de hoofdstukken 1 tot en met 6, maar uitte ongezouten kritiek op de hoofdstukken 7 en 8. Na intensieve discussie werd niettemin overeenstemming bereikt over een wetenschappelijk verantwoorde afronding van *Blokken op de bres*. Een bemiddelingsvoorstel van prof. dr. P. Kooij (hoogleraar sociaal-economische geschiedenis aan de Rijksuniversiteit Groningen) lag daaraan ten grondslag. De auteur herschrijft de hoofdstukken 7 en 8 en overlegt daarover met de hoogleraren Kooij en Taverne. Kooij: 'Wij gaan er van uit dat als de nieuwe versies de goedkeuring van ons drieën hebben verkregen, de opdrachtgever hiermee eveneens accoord zal gaan (feitelijke onjuistheden voorbehouden), zodat het boek dan uitgegeven zal worden.' De opdrachtgever deed een stapje terug, de auteur kreeg twee kritische lezers.

De tweede helft van 1997 zette de auteur zich aan zijn taak. Eind maart 1998 zond Kooij het resultaat aan de Raad van Bestuur van het AZG. In hoofdstuk 8 was slechts een enkel woord vervangen. In hoofdstuk 7 was het aantal citaten drastisch verminderd. Kooij: 'De laatste fase van het bouwproces van het AZG was aanvankelijk sterk gerelateerd aan uitspraken van de diverse betrokken personen – overigens een in de wetenschap ook wel gebruikelijk procédé. Hoofdstuk 7 is nu meer gepresenteerd in de vorm van een abstracte analyse, waarbij de actoren overigens duidelijk herkenbaar blijven. Bovendien is de rol van de gemeente in deze periode meer belicht.' Op 6 mei 1998 berichtte het AZG, dat het met de hoofdstukken kon leven en dat het boek kon worden gedrukt en uitgegeven.

De auteur is de commissie en prof. Kooij erkentelijk voor de getoonde belangstelling, de suggesties en het kritische commentaar.

ARCHIVALIA

Dit onderzoek steunt hoofdzakelijk op de informatie die werd opgediept uit de directiearchieven van het AZG. Daarnaast werd het archief van de dienst Bouwzaken geraadpleegd, enkele dossiers bij het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen en enkele stukken uit andere archieven. De Raad van Bestuur van het AZG gaf de auteur inzage in zijn archieven en stelde hem in staat om het onderzoek op verantwoorde wijze te kunnen verrichten.

De auteur kon niet voorkomen dat het semi-statisch directiearchief (1903-1989) gedurende zijn werkzaamheden door een extern bureau werd opgeschoond en geïnventariseerd. Het onderzoek moest daardoor in eerste instantie worden gericht op het veiligstellen van alle benodigde informatie.

Voor de annotatie moest de auteur terugvallen op de oude dossiernummers, een met veel moeite verworven concordans op de tijdelijke nummers en op het resultaat van een intensieve speuractie in de inmiddels gereedgekomen inventaris. Om niettemin tot een correcte verantwoording en een bruikbare verwijzing te komen zijn in de noten zowel de oude als de nieuwe nummers opgenomen. De nieuwe inventarisnummers zijn tussen vierkante haken geplaatst: [invnr].

Directiearchief Academisch Ziekenhuis Groningen (semi-statisch) 1903-1989; inventaris; met name UDC-codes .07 (=organisatie) en .07.354 (=gebouwen, terreinen en werken); annotatie: DA.07-doonsnr.[invnr], resp. DA.07.354-doonsnr.[invnr]. Het archief wordt te zijner tijd overgebracht naar het Rijksarchief te Groningen.

Directiearchief Academisch Ziekenhuis Groningen (semi-statisch) 1989-1994; geen inventaris; annotatie: DA.SSA-doonsnr.

Directiearchief Academisch Ziekenhuis Groningen (dynamisch) 1995-1996; computerbestand; annotatie: DA.DYN-volgnummer.

Archief dienst Bouwzaken Academisch Ziekenhuis Groningen (semi-statisch) ca. 1965-ca. 1996; geen inventaris; annotatie: Bouwzaken-opschrift doos.

Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen te Zoetermeer, Archieven van de afdelingen Hoger Onderwijs, Hoger Onderwijs en wetenschappen en het Directoraat-Generaal voor de Wetenschappen 1918-1975 HO/HOW/DGW.

Archief G. Dijkstra (AZG), Groningen.

Archief Van Heugten Noord, Groningen.

Archief J. Kluck, Groningen.

Archief J.E. Kruisheer, Oberägeri, Zwitserland.

Nederlands Architectuurinstituut Rotterdam, Archief Van Nieukerken.

AFKORTINGEN

AAA AZG	Architecten Adviseurs Associatie [Associatie van Kruisheer Hallink Arends met Team 4]
AMC	Academisch Medisch Centrum
APSAZ	Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis
aw	Aangehaald werk

AZG	Academisch Ziekenhuis Groningen
AZU	Academisch Ziekenhuis Utrecht
CMC	Centraal medisch complex
CvB	College van Bestuur
DA	Directiearchief
DHBZ	Dienst Huisvesting en Bouwzaken van de Rijksuniversiteit Groningen
DYN	Dynamisch archief
FMZ	Financiële en materiële zaken
IFK	Institut für Krankenhausbau Berlijn
invnr	Inventarisnummer
MVC	Medisch verzorgingscentrum
O&E	Organisatie en Efficiency
O&W	Onderwijs en Wetenschappen
OK&W	Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen
ONAG	Bestuurlijk overleg nieuwbouw AZG
RUG	Rijksuniversiteit Groningen
SSA	Semi-statisch archief
TD	Technische Dienst
UMC	Universitair medisch centrum
UNAG	Uitvoeringsoverleg nieuwbouw AZG
WVC	Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

FOTO'S

Bij het vervaardigen van dit boek is ernaar gestreefd de wettelijke verplichtingen met betrekking tot de rechten van fotografen, illustratoren en overige rechthebbenden zo goed mogelijk na te komen. Zij, die desondanks menen rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich wenden tot het Academisch Ziekenhuis Groningen, te Groningen. Indien de fotograaf of tekenaar niet is vermeld, was deze niet bekend.

afkortingen: b = boven; o = onder; l = links; r = rechts.

Omslag voor: fotografie Peter Tahl, Groningen (1999).

9: Provinciale Groninger Courant 13-3-1874. **13:** collectie AZG Museumproject (ca. 1900). **14:** schilderij op paneel J. Ensing (ca. 1860) collectie Groninger Museum: fotografie John Stoel. **17:** Groninger Courant, Algemeen dagblad voor de Stad en Provincie Groningen 12-3-1874. **18:** Nieuwe Groninger Courant 11-6-1898 avondeditie. **20:** collectie AZG Museumproject (ca. 1900). **21:** collectie Groninger Archieven (1916). **23:** fotografie KLM

Aerocarto, Arnhem (1927) collectie AZG Museumproject. **24:** fotografie KLM Aerocarto, Arnhem (1932) collectie AZG Museumproject. **28:** collectie AZG Museumproject (zj), fotoalbum II, 35 t/m 90, foto 67. Tekst uit: P. Bolt, 'De organisatie', In: Cort van der Linden, *Gedenboek*, 26-79, aldaar 46. **29:** collectie AZG Museumproject (zj). **31:** fotografie E. Folkers, Fotobureau Folkers BV, Groningen (1953) collectie AZG Museumproject. **32:** Uit: DA.07-606 [93]. **33:** fotografie P. Boonstra, Groningen (1960) collectie Groninger Archieven. **34:** fotografie KLM Aerocarto, Arnhem (1961) collectie AZG Museumproject. **35:** fotografie P. Boonstra, Groningen (1963) collectie Groninger Archieven. **37:** fotografie Aerophoto Eelde (1972). **39:** fotografie P. Boonstra, Groningen (1960) collectie Groninger Archieven. **41:** collectie AZG Museumproject (zj). **46:** fotografie D. van der Veen, Groningen (1966) collectie AZG Museumproject. **47:** fotografie Nieuwsblad van het Noorden, Groningen (1970) collectie Groninger Archieven. **51:** fotografie K.A. Gaasendam, Groningen (1965) collectie Groninger Archieven. **53:** fotografie D. van der Veen, Groningen (zj) collectie Groninger Archieven. **54:** collectie Universiteitsmuseum Groningen (zj). **57:** fotografie F. Straatemeier, Groningen (1978) collectie AZG Museumproject. **60-l en r:** fotografie D. van der Veen, Groningen (1972) collectie Groninger Archieven. **63:** fotografie D. van der Veen, Groningen (zj) collectie Groninger Archieven. Tekst uit: Davids, Olthof en Van der Schaaf, 'Interview Van den Berg'. **64:** collectie Blouw, collectie Groninger Archieven (1977). **65-b:** collectie Blouw, collectie Groninger Archieven (zj). **65-o:** collectie Blouw, collectie Groninger Archieven (1974). **68:** collectie AZG Museumproject (zj). **70:** fotografie J.A. Kattestaart (zj) collectie AZG Museumproject. **71:** fotografie Nieuwsblad van het Noorden, Groningen (1983) collectie Groninger Archieven. **73:** fotografie P. Boonstra, Groningen (ca. 1964) collectie Groninger Archieven. **74:** collectie Gemeentearchief Rotterdam (1967). **77:** collectie Kruisheer Elffers, Rotterdam (1972). **81:** collectie AZG Museumproject (zj). Tekst uit: notulen stafvergadering 17-8-1960; DA.07-661 [2487]. **82:** fotografie P. Boonstra, Groningen (ca. 1964) collectie Groninger Archieven. Tekst uit: Tammeling, *Honderdviijfenzeventig jaar AZG*, 270. **84:** fotografie KLM Aerocarto, Arnhem (1972). **85:** fotografie KLM Aerocarto, Arnhem (1989). **89:** fotografie KLM Aerocarto, Arnhem (1976). **91:** fotografie F. Straatemeier, Groningen (1978). **93:** fotografie D. van der Veen, Groningen (1979) collectie Groninger Archieven. **98:** fotografie KLM Aerocarto, Arnhem (1982). **99:** fotografie KLM Aerocarto, Arnhem (1989). **101:** fotografie Bureau Voorlichting en Public Relations Leids Universitair Medisch Centrum (1996). **102:** fotografie AV Dienst Academisch Ziekenhuis Maastricht (1995). **103:** fotografie Paul Martens, Nieuwerkerk aan den IJssel (ca. 1994) collectie Academisch Ziekenhuis Rotterdam (AZR). **108:** fotografie Nieuwsblad van het Noorden, Groningen (1981). Notulen Staf 3-7-1963; DA.07-661 [2487]. **109:** fotografie F. Straatemeier, Groningen (1978) collectie AZG Museumproject. **110:** collectie AZG Museumproject (zj). **111:** fotografie D. van der Veen, Groningen (1979) collectie Groninger Archieven. **113:** fotografie G. Til, Groningen (1988) collectie AZG Museumproject. **115:** fotografie J.C. Venhuis, Groningen (ca. 1992). **118:** Uit: DA.07-608 [2830]. **119:** fotografie Nieuwsblad van het Noorden, Groningen (1984). **124:** fotografie G. Til, Groningen (1988) collectie AZG Museumproject. **125:** fotografie D. van der Veen, Groningen (1974) collectie Groninger Archieven. Tekst uit: *Jaarverslag AZG 1974*, 16. **126:** fotografie Nieuwsblad van het Noorden, Groningen (1981). **128:** collectie AZG Museumproject (zj). **131:** fotografie J. Reyngoud, Rotterdam (1994). **135:** fotografie Bert Barelds, Groningen (1996). **138:** fotografie Aerophoto Eelde (1990). **141:** Tekening Das Does, Amsterdam (1988) collectie AZG-Museumproject. **142:** fotografie Fotopersburo Schuurman, Groningen (1995). **143:** fotografie J.C. Venhuis, Groningen (1993). **144:** fotografie John Stoel, Haren (1993). **147:** fotografie Aerophoto Eelde (1994). **149:** fotografie Fotodienst Noord, Groningen (1938) collectie AZG Museumproject. **152:** W. Patijn, *Nieuwe Energiecentrale AZG*, voorlopig ontwerp (Rotterdam 1990); DA.SSA-407. **157:** fotografie J. Reyngoud, Rotterdam (1994). **158:** fotografie Aerophoto Schiphol, Amsterdam (1983) collectie AZG Museumproject. **161:** fotografie H. Wal, Winschoten (ca. 1960) collectie D. de Jonge, Groningen. Tekst uit: Van Eysselsteijn (red.), *Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis*, 198. **162:** Uit: *Ibidem*, 198. **163:** fotografie Bert Barelds, Groningen (1996). **164:** fotografie KLM Aerocarto, Arnhem (1961). **165:** fotografie KLM Aerocarto, Arnhem (1996). **166-l:** fotografie Bert Barelds, Groningen (1997). **166-r:** fotografie Arthur Blonk, Wanneperveen (1997). **167:** fotografie Aerophoto Eelde (1998). **168:** fotografie J. Reyngoud, Rotterdam (1994). **169:** fotografie Nieuwsblad van het Noorden, Groningen (1984). **Omslag-achter:** schilderij op paneel J. Ensing (ca. 1860) collectie Groninger Museum: fotografie John Stoel.

INTERVIEWS

De informatie uit archieven en literatuur werd aangevuld door middel van interviews met onderstaande personen (naam, plaats van interview, datum). De meeste gesprekken werden op geluidsband vastgelegd.

Ir. T. Arends, Rotterdam 7-4-1995.
T. Bakker, Groningen, telefonisch 22-11-1996.
Ir. A.J. Braam, Groningen, telefonisch 6-12-1996.
Drs. L.C. Bruggeman, Groningen 12-10-1995.
Dipl.-Ing. S. Chierego, Bochum 16-11-1995.
Ir. B.F. Dessing, Nijmegen 4-8-1995.
J.G. Dollekamp, Groningen, telefonisch 28-7-1997.
G. Dijkstra, Groningen 31-10 en 10-11-1994, 8-2, 13-6 en 9-11-1995.
Drs. R.E.J.G. Driessen, 's-Hertogenbosch, telefonisch 9-10-1996.
A. Durand, Deventer, telefonisch 3-7-1996.
G.A.J. Esmeijer, Utrecht 21-8-1995; Voorburg, telefonisch 17-4-1996 en 30-6-1997.
Drs. Y.H. Gietema, Groningen 15-7-1997.
Ir. M.S.M. Grasveld, 's-Gravenhage 18-9-1995.
H. Hallink, Sassenheim 17-8-1995.
Drs. J. Hamel, Groningen 28-2, 8-5, 16-9 en 16-10-1996.
Prof.ir. J. Heeling, Gees 15-7-1997.
A.J.J.A. Hegeman, Groningen 23-8-1995, 23-10-1996.
Drs. P.R. Holsteijn, Groningen 7-12-1994.
Drs. Fr.C.A. Jaspers, Groningen 11-1-1996.
H. Kamps, Emmen, telefonisch 1-11-1996.
Ir. H.L. Kerkhof, Zoetermeer, telefonisch 1-7-1997.
Ir. J. Kleinjan, Groningen 23-5-1995, 30-5 en 29-10-1996.
Ir. J. Kluck, Groningen 11-5-1995, 12-4 en 30-9-1996.
Ir. M. Kolmas, Rotterdam 2-5-1996; Rotterdam, telefonisch 26-6-1996.
Drs. J.W. van der Kouwe, Groningen 15-3-1995, 12-4 en 25-11-1996.
Ir. J.E. Kruisheer, Rotterdam 11-2-1995, 20-5 en 21-5-1996.
J.H.A. Leenders, Amersfoort 24-6-1996.
E.I. van Leeuwen-Seelt, Groningen 4-9-1995.
H.P.K.M. Looman, Groningen 30-6-1994, 6-5 en 16-10-1996.
Prof.ir. W. Patijn, Rotterdam 27-8-1994 en 5-6-1996;
Rotterdam, telefonisch 27-9, 29-9, 29-11 en 16-12-1996.
Mr. E. Reichman, Groningen 16-3-1995, 23-10-1996.
Ir. M. Reitsma, Zaandam, telefonisch 8-11 en 27-11-1996.
Ir. A.M.M. Roelofs, Rotterdam 18-6-1996.

G. van der Schaaf, Groningen 26-9-1994, 7-5, 22-10 en 29-10-1996.
Dr. R.M.H. Schaub, Groningen 29-3-1995.
Ir. M.A.A. Schoenmakers, 's-Gravenhage, telefonisch 25-7-1997.
J.C.J. Schuurman Hess, Groningen 5-7-1995; Marum, telefonisch 8-7-1995.
M.G. Segers, Haren, telefonisch 21-3-1996.
Ir. H.F.A. Sidler, Lochem, telefonisch 22-11-1996.
J. Soppe, Groningen 1-10-1996.
Ir. J.R. Spek, Groningen/Rotterdam, 13-11-1996.
J.J. Stroomberg, Appingedam, telefonisch 6-8-1997.
J.G. van der Velde, Groningen 18-8-1994.
Drs. C.L.H.B. Versteegen, Groningen 6-7-1995.
Drs. E.L. Vrijland, Groningen, telefonisch 14-1-1997.
G.J. Westenbrink, Groningen 25-8-1995, 9-4, 29-10 en 12-11-1996.

PROEFLEZERS

Het manuscript of delen van het manuscript zijn in verschillende stadia van rijpheid ter beoordeling voorgelegd aan belangstellende buitenstaanders. Ongeveer de helft van onderstaande proeflezers behoort tot die categorie. Van hun commentaar is dankbaar gebruik gemaakt om de overtuigingskracht van het manuscript te vergroten en de leesbaarheid in de breedste zin van het woord te verbeteren. De andere helft van de lezers was rechtstreeks betrokken bij de geschiedenis van de nieuwbouw van het AZG. Zij werden vrijwel allen in eerste instantie geïnterviewd. In een later stadium werd het manuscript voorgelegd en een gesprek gearrangeerd. Op die manier kon de inhoud worden verdiept en werden enkele storende fouten vermeden. Ik ben de lezers daarvoor erkentelijk.

Ir. T. Arends, Rotterdam
M. Berg, Rotterdam
Dr. J.E. Bosma, Rotterdam
M.P.M. Deutz, Groningen
G. Dijkstra, Groningen
Drs. R. Ekkelboom, Groningen

Dr. C. Engelsman, Groningen
 G. Frishert, Rotterdam
 Drs. Y.H. Gietema, Groningen
 H. Hallink, Sassenheim
 Drs. J. Hamel, Groningen
 Prof.ir. J. Heeling, Gees
 A.J.J.A. Hegeman, Groningen
 Drs. Fr.C.A. Jaspers, Groningen
 Ir. J. Kleinjan, Groningen
 R. Klijsma, Groningen
 Ir. J. Kluck, Groningen
 Ir. M. Kolmas, Rotterdam
 Prof.dr. P. Kooij, Groningen
 Drs. J.W. van der Kouwe, Groningen
 Ir. J.E. Kruisheer, Oberägeri, Zwitserland
 Prof.dr. P.J. Kuijjer, Harenermolen
 S. van der Leij, Groningen
 Prof.dr. M.J. van Lieburg, Urk
 H.P.K.M. Looman, Groningen
 Drs. N. Mens, Rotterdam
 Dr. H. Nicolai, Groningen
 K. van den Noort, Delft
 Prof.ir. W. Patijn, Rotterdam
 Drs. P. Patijn, Assen
 Mr. E. Reichman, Groningen
 Ir. M. Reitsma, Zaanstad
 G. van der Schaaf, Groningen
 Prof.drs. J.H. Scholten, Groningen
 Drs. W. van der Schuit, Groningen
 J.C.J. Schuurman Hess, Marum
 Ir. J.R. Spek, Rotterdam
 L. van der Spek, Rotterdam
 Prof.dr. E.R.M. Taverne, Groningen
 Ir. B. Touwen, Eelde
 Prof.dr. H. de Vries, Amsterdam
 Dr. C. Wagenaar, Groningen
 G.J. Westenbrink, Groningen
 Dr. R. van der Woude, Groningen
 Dr. H. van Zon, Steenbergen

FIGUREN EN TABELLEN

De kaartjes werden zo veel mogelijk gegeneraliseerd en gestandaardiseerd. De standaardonderlegger werd gemaakt met behulp van gegevens van Kruisheer + Hallink, met name het 'Ontwikkelingsplan 1976' en de 'AZG inventarisatie oktober 1975'. Daarnaast werd gebruikgemaakt van een rapport van het Adviesbureau voor bouwtechniek, getiteld 'Academisch Ziekenhuis Groningen Ontwikkelingsplan 1976. Funderingstechnische aspecten, Samenvatting basisrapport' (Arnhem 8-7-1977) en 'Bouwkundige plattegrond van het Academisch Ziekenhuis Groningen' (Groningen 1995).

- fig. 1 Bron: Kooij, *Groningen 1870-1914*, 179. Kooij citeert J. Kuyper, *Gemeenteatlas van de provincie Groningen* (Leeuwarden 1869; herdruk 1979).
- fig. 2 Pevsner, *History of building types*, 155.
- fig. 3 Detailtekeningen in Van Eysselsteijn (red.), *Het Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis*.
- fig. 4 Ibidem.
- fig. 5 Hoekstra en Westerhout, 'Toelichting op de plannen voor de noodzakelijke bouwvoorzieningen in de komende jaren in klinieken en dienstgebouwen van het Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis te Groningen', 18-8-1955; DA.07.354-7 [1282, 1296, 1302].
- fig. 6 Ibidem.
- fig. 7 Visser (red.), *Universitas Groningana*.
- fig. 8 IFK, 'Masterplan 1970'; DA.07-29 [114/117].
- fig. 9 *Verkeersplan-centrum Groningen*. Ondergrond zoals fig. 1.
- fig. 10 IFK, 'Masterplan 1970'; DA.07-29 [114/117].
- fig. 11 IFK, 'Masterplan 1970'; DA.07-29 [114/117].
- fig. 12 IFK, 'Academisch Ziekenhuis, Groningen – AZG, Flächenbedarf und Kostenrichtwerte für die Phase II', 16-4-1973 (concept); Ibidem 18-6-1973 (definitief); DA.07.354-10 [1493/1549].
- fig. 13 Kruisheer + Hallink, 'Een visie', 18-3-1974; DA .07.354-16 [1545].
- fig. 14 IFK, 'Sanierungsvorschlag Fassung 2', 9-5-1975; *Bouwzaken-Masterplan II*. Van Linge en Kleinjan, 'AZG structuurplan MVC', 25-4-1975.
- fig. 15 Ibidem.
- fig. 16 *Bestemmingsplan Binnenstad Groningen 1976*, kaart 4/7.

- fig. 17 Wiegerinck, Van Balen, Meurkens, Dorigo, 'Ons Buro, onze ideeën over ziekenhuisbouw', 4-3-1974; DA.07.354-19 [1298].
- fig. 18 J.E. Kruisheer, 'AZG wat doet u er mee?', december 1975; Archief dienst Bouwzaken. Kruisheer aan J. van den Noort, 19-10-1996.
- fig. 19 Ibidem.
- fig. 20 Ibidem.
- fig. 21 Kruisheer, 'AZG Ontwikkelingsplan 76', november 1976, 50; DA.geen nr. [1636].
- fig. 22 Kruisheer, 'AZG Ontwikkelingsplan 76', november 1976, 70-102; DA.geen nr. [1636].
- fig. 23 Constant, AMC *gebouwd*. Informatie W.J. de Boer (AMC).
- fig. 24 Informatie E. de Wit (AZU). Informatie B. Molenaar (EGM Architecten, Dordrecht).
- fig. 25 Informatie A. van Hille (B&D Architecten, Leiden).
- fig. 26 Kruisheer Hallink Arends, 'Structuurplan AZG 1980', 13-8-1980; DA.07.354-249 [1749].
- fig. 27 Programma van eisen van de standaard verpleegeenheid, april 1978; DA.07.354-56 [1275/1696].
- fig. 28 Kruisheer, 'Blokdiagram standaardverpleegeenheid AZG', 13-2-1981; DA.07.354-251 [1276].
- fig. 29 Team 4, 'Beddenhuis 1.5 AZG', vijf schetsen, 28-10-1981; Ibidem, vijf schetsen, 11-11-1981; Team 4, 'AZG standaard verpleegeenheid 1.5', schets, 27-1-1982; DA.07.354-251 [1276].
- fig. 30 Ibidem.
- fig. 31 Bureau O&E en dienst Bouwzaken, 'Plan betreffende uitbreiding diagnostische en therapeutische faciliteiten thoraxchirurgie, audiologie, en kindercardiologie in het Academisch Ziekenhuis Groningen', 7-5-1982; DA.07-646 [2534].
- fig. 32 'Structuurplan Academisch Ziekenhuis Groningen', maart 1987; DA.geen nr. [1903].
- fig. 33 AZG en RUG, 'Structuur-vlekkenplan voor het UMC', mei 1991; Archief dienst Bouwzaken.
- fig. 34 Plan Patijn, 'AZG presenteert plannen ingang en zuidpunt', *Triakel* 2(3-7-1989)4, 2-12.
- fig. 35 Patijn, 'Reactie op de jongste voorstellen van de zijde van de dienst Stadsontwikkeling van de gemeente Groningen met betrekking tot de ontsluiting van het AZG en de inrichting van de zuidpunt', 20-2-1991; DA.SSA-246.
- fig. 36 Oostersingel Oostzijde (AZG), ontwerp-bestemmingsplan. Oostersingel Oostzijde (AZG), bestemmingsplan. Concept-stedenbouwkundig plan CiBoGa (1996).
- Tabel 1 Commissie-Slettenaar, 'Landelijk ziekenhuisplan', 30-5-1950, 3-4; DA.07.354-3 [1246]
- Tabel 2 Minister van OK&W I.A. Diepenhorst aan Minister-president J.M.L.Th. Cals, 4-4-1966; Ministerie O&W, archieven HO/HOW/DGW, invnr 662.

LITERATUUR

- 'AZG presenteert plannen ingang en zuidpunt', *Triakel* 2(3-7-1989)4, 2-12.
- Academisch Ziekenhuis Groningen- AZG, Flächenbedarf und Kostenrichtwerte für die Phase II* (Berlin 1973).
- 'Academische medische centra; Giganten in opmars', *Thema-nummer Wonen-TA/BK, Tijdschrift voor huisvesting en omgeving* (1974)24, 5-28.
- Arends e.a., T., *Het open ziekenhuis* (Rotterdam 1975).
- Artz, W. e.a. (red.), *De kliniek voor Inwendige Geneeskunde te Groningen in de jaren 1945-1986* (Groningen 1986).
- Baakman, N.A.A., *Kritiek van het openbare bestuur: besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen in Nederland tussen 1960 en 1985* (Nijmegen diss.; Amsterdam 1990).
- Beijk, W.C.P. (red.), 'Financiën bouw en investeringen academische ziekenhuizen', *Wetgeving hoger onderwijs*, Editie Schuurman & Jordens 9-V (2de druk; Zwolle 1995) 737-752.
- Bestemmingsplan Binnenstad Groningen 1976* (Groningen 1976).
- Binneveld, J.M.W. en H.H. Vleesenbeek, *Medische Faculteit Rotterdam, Analyse van een experiment* (Leiden 1976).
- Blanc, C.H.P.W. Le, *Transformatie van zorgsystemen, structuur, dynamiek en transformatie* (Delft; Rotterdam diss. 1993).
- Boivin, Bertus en Chris van der Veen, *Waar men den kranke zoo 't kan, geneest ..., de 75-jarige geschiedenis van het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen* (Assen zj 1981).
- Bolt, P., 'Enkele indrukken van een studiereis naar Amerikaanse ziekenhuizen', *Het Ziekenhuiswezen* (februari 1952) 2.
- Bos, P.G., 'Het Academisch Ziekenhuis op het Munnekeholm', In: J.A. Feith (red.), *Groningsche Volksalmanak voor het jaar 1902, Jaarboekje voor geschiedenis, taal- en oudheidkunde der provincie Groningen* (Groningen 1901) 164-179.
- Bosma, K., 'Tussen leed en vermaak: vijf Academische ziekenhuizen', *Architectuur in Nederland. Architecture in the Netherlands. Jaarboek/Yearbook 1989/1990* (1990).
- Brouwers, Ruud, 'Dr. H. Festen – voorzitter centrale raad voor de volksgezondheid: excessieve vrijheid bij het ontwerpen van ziekenhuizen moet stoppen', *Wonen-TA/BK, Tijdschrift voor huisvesting en omgeving* (1974)24, 20-21.

- Brouwers, Ruud, 'Precaire contacten over zorg voor gezondheid en medisch onderwijs', *Wonen-TA/BK, Tijdschrift voor huisvesting en omgeving* (1974)24, 14.
- Constant, J.G. (red.), *AMC gebouwd* (Amsterdam-Wormer 1984).
- Cort van der Linden, P.W.J.H. e.a., *Gedenkboek van het Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis te Groningen, Vijftig jaren tussen Ooster- en Petrus Campersingel 1903-1953* (Groningen 1953).
- Dam, P. van, D. Ketting en P. van Megchelen, *Nieuwbouw AZL heeft markant punt bereikt* (Leiden 1993).
- Daru, M., *De kwestie der faecaliën, De afvoer van menselijke uitwerpselen als stadshygiënisch probleem in Nederlandse steden tussen het einde van de achttiende eeuw en het laatste kwart van de negentiende eeuw* (Rotterdam 1985).
- Davids, P., J. Olthof en R. van der Schaaf, 'Interview met Max van den Berg', *Onze Binding, maandblad van de PvdA-afdeling Groningen* (23-4-1996)3, 13.
- Deben, Léon, 'Het betrekkelijk belang voor zieken van ziekenhuizen in onze welvaartsstaat', *Wonen-TA/BK, Tijdschrift voor huisvesting en omgeving* (1974)24, 15-19.
- Delrue, Jan, 'Van zieken-huis naar huis-om-te-genezen', *Plan, maandblad voor ontwerp en omgeving* 8(augustus 1977)8, 5-15.
- Dijkman, F.J.M. en W. Eijkelenboom, 'Het ziekenhuis als weefsel', *Plan, maandblad voor ontwerp en omgeving* 8(augustus 1977)8, 39-46.
- Doeleindennota, deel 1 opgesteld door het Binnenstadsteam in opdracht van het gemeentebestuur van Groningen (Groningen oktober 1971).
- Doelstelling binnenstad Groningen, nota opgesteld door het binnenstadsteam, in opdracht van het gemeentebestuur van Groningen (Groningen 1972).
- Dohle, T., 'AZG presenteert stedenbouwkundig plan voor zuidpunt, parkeerkelder voor 700 auto's', *Triakel* 2(3-7-1989)4, 2-5.
- Dohle, T., 'Centrale hal wordt kloppend hart nieuwe ziekenhuis, bouw start volgend jaar', *Triakel* 2(3-7-1989)4, 6-8.
- Dohle, T., 'Van de rand van de stad naar de binnenstad, AZG-terrein na 1903 drastisch veranderd', *Triakel* 2(3-7-1989)4, 10-12.
- Duursma, J. en J. van Geest, *Door vlijt en spaarzaamheid; Met moed uit niet getoogen. Sociale woningbouw in de stad Groningen 1850-1994* (Groningen 1994).
- Eeghen, I.H. van, 'Van gasthuis tot academisch ziekenhuis', In: D. de Moulin (red.), *Vier eeuwen Amsterdams Binnengasthuis, Drie bijdragen over de geschiedenis van een gasthuis*, prof. dr. D. de Moulin, dr. I.H. van Eeghen en ir. R. Meischke (Amsterdam/Wormer 1981) 47-103.
- Ekelboom, R. e.a. (red.), 'Van meet af aan, Honderd jaar bouwen aan kindergeneeskunde in Groningen; Right from the beginning, A hundred years building for pediatrics in Groningen', *Triakel* 5(1992) 2.
- Endt, Fr. en W.H. Linssen (red.), *Academisch ziekenhuis Utrecht, nieuwbouw* (Utrecht 1983).
- Eysselsteijn, G. van (red.), *Het Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis te Groningen* (Groningen zj 1907). Gedruft in Groningen, *CiBoGa, een autovrije woonwijk tussen binnenstad en groene gordel* (Groningen september 1995).
- Gorp, W. van, J.C.M. Hattinga Verschure en J.L.M. Zuiderberg, *Heel het Ziekenhuis, bezigheden, structuren, ontwikkelingen* (Lochem 1980).
- Groningen. *Krediet voor de stad* (Groningen 1986).
- Groninger Courant, *Algemeen dagblad voor de Stad en Provincie Groningen*.
- Handelingen der Tweede Kamer.
- Hensen, E.W.A., *Rijksuniversiteit Groningen 1964-1989* (Groningen 1989).
- Herk, Ruud van, *Een schepping uit het niets, 25 jaar VU ziekenhuis* (Amsterdam 1991).
- Heuvel, W.J. van, 'De bouw van een mammoet ziekenhuis, Interview met ir. C.A. Doets c.i. te Baarn', *Architectuur/Bouwen* 2(11-11-1986)11, 27-29.
- Houwaart, E.S., *De hygiënist, Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890* (Groningen 1991).
- Huizinga, J., *Verzamelde Werken VIII, Universiteit, Wetenschap en kunst* (Haarlem 1951) 36-339.
- Inventaris van het directie-archief van het Academisch Ziekenhuis Groningen (1825-) 1903-1989* (1995) (Veendam 1996).
- Jaarverslag van het Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis Groningen (1946-1970)*.
- Jaarverslag Academisch Ziekenhuis Groningen (1971-1979, 1980/1983, 1984/1985, 1986, 1992-1994)*.
- Jong, P. de, A.F.A. Korsten en J.H. van der Made (red.), *Ziekenhuizen: besluitvorming en management* (Assen 1992).
- Jongsma, M.W., *325 jaar Academisch Ziekenhuis Leiden* (Lochem 1963) tevens in *Het Ziekenhuiswezen* 35(nov/dec 1962).
- Jonker, Michiel en Dick Schuiling, 'Godshuis, gasthuis, ziekenhuis, medisch centrum, cité medicale', *Wonen-TA/BK, Tijdschrift voor huisvesting en omgeving* (1974)24, 22-28.
- Jonxis, J.H.P., H.N. Hadders en K.G. Bijlstra, 'De faculteit der geneeskunde', E. Visser (red.), *Universitas Groningana, MCMXIV-MCMLXIV, Gedenkboek ter gelegenheid van het 350-jarig bestaan der Rijksuniversiteit te Groningen* (Groningen 1964), 92-134.

- Juffermans, P., *Staat en gezondheidszorg in Nederland (met een historische beschouwing over het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg in de periode 1945-1970)* (Amsterdam diss. UVA 1982).
- Kooij, P., *Groningen 1870-1914, Sociale verandering en economische ontwikkeling in een regionaal centrum* (Groningen diss. 1986).
- Kruisheer, J.E. en J. Winkler Prins, 'Bouwplanvoorbereiding met inspraak', *Plan, maandblad voor ontwerp en omgeving* (1975)5.
- Kruisheer, J.E. en J. Winkler Prins, 'Inspraak als een proces van koppeling en terugkoppeling', *Plan, maandblad voor ontwerp en omgeving* (1975)5.
- Kruisheer, J.E., 'Participatie van de gebruikers in de voorbereiding van bouwplannen', (*Samsom's Vademecum voor architecten* (Alphen aan den Rijn oktober 1987) 1-7.
- Kruisheer, J.E., 'Vormgeving ziekenhuis in relatie tot omgeving', *Plan, maandblad voor ontwerp en omgeving* 8(augustus 1977)8, 16-27.
- Kuijjer e.a., P.J., *Uit de geschiedenis van geneeskunde en verpleging, Petrus Camperstichting, 1984-1994* (Groningen 1994).
- Kuijjer, P.J., *Kloppen en luisteren, Uit de geschiedenis van de percussie en auscultatie* (Rotterdam 1993).
- Lambert, A. en R. Pistor, 'Plaats van de (geestelijke) gezondheidszorg in de samenleving', *Plan, maandblad voor ontwerp en omgeving* 8(juli 1977)7, 5-18.
- Lieburg, M.J. van, *Het Coolsingelziekenhuis te Rotterdam (1839-1900), De ontwikkeling van een stedelijk ziekenhuis in de 19e eeuw* (Amsterdam 1986).
- Lieburg, M.J. van, *Het Sophia-Kinderziekenhuis 1863-1975* (Rotterdam zj 1975).
- Ligtenberg, C., *Evert van Linge architect* (Groningen 1993).
- Memorandum II, Beschouwingen over enkele elementen die van betekenis zijn bij het ontwikkelen van een planningsmechanisme voor medisch wetenschappelijk onderwijs ('s-Gravenhage 1971)* [Commissie Querido].
- Mens, N. en A. Tjihuis, *De architectuur van het ziekenhuis; transformaties in de naoorlogse ziekenhuisbouw in Nederland* (Rotterdam 1999).
- Mobach, P., J.C. Zorge en C. van Blokland-Mobach, *Sint Franciscus Gasthuis* (zp Rotterdam zj 1976).
- Moulin, D. de (red.), *Vier eeuwen Amsterdams Binnengasthuis, Drie bijdragen over de geschiedenis van een gasthuis*, prof.dr. D. de Moulin, dr. I.H. van Eeghen en ir. R. Meischke (Amsterdam/Wormer 1981).
- Nicolai, R., 'Prijsvraag ziekenhuisbouw 1975', *Plan, maandblad voor ontwerp en omgeving* 8(juli 1977)7, 29-45.
- Nieukerken, J.J. van, 'Bouw en eerste inrichting', In: G. van Eyselsteijn (red.), *Het Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis te Groningen* (Groningen zj 1907) 24-104.
- Nieukerken, M.A. van, *Van leven, bouwen, strijden, geven en ontvangen in een architectenfamilie* (manuscript; Gorssel zj 1952-1961) in: *Nederlands Architectuurinstituut Rotterdam, Archief Van Nieukerken*, invnr 584.
- 'Nieuwbouw AZG', *Triakel* 1(december 1988)9.
- Het Nieuwe Academisch Ziekenhuis Utrecht* (zp Utrecht 1987).
- Nieuwsblad van het Noorden (NuhN)*.
- Nightingale, Florence, *Notes on hospitals : being two papers read before the National Association for the Promotion of Social Science at Liverpool in October, 1858, with evidence given to the Royal Commissioners on the State of the Army in 1857* (London 1859).
- Noort, Jan van den, 'Gemengde gevoelens, Vijftig jaar in de relatie NS-Overheid', In: J.A. Faber (red.), *Het Spoor, Honderdvijftig jaar spoorwegen in Nederland* (Utrecht/Amsterdam 1989) 208-249.
- NRC Handelsblad (NRC)
- Nuyens, Y., 'Ziekenhuisbouw, experimenteren met integratie', *Plan, maandblad voor ontwerp en omgeving* 8(augustus 1977)8, 34-38.
- De Omslag, Ypke Gietema en de stad Groningen* (Rotterdam 1992).
- Ontwikkelingsschetsen* (Groningen 1975).
- Oostersingel Oostzijde (AZG), ontwerp bestemmingsplan* (Groningen 1994).
- Oostersingel Oostzijde (AZG), bestemmingsplan* (Groningen 1995).
- Peet, C. van der en G. Steenmeijer (red.), *De rijksbouwmeesters: twee eeuwen architectuur van de Rijksgebouwendienst en zijn voorlopers* (Rotterdam 1995).
- Pevsner, N., 'Hospitals', *A History of building types* (London 1976).
- Plan, maandblad voor ontwerp en omgeving* [themanummers ziekenhuisbouw] 8(juli en augustus 1977)7/8.
- Provinciale Groninger Courant*.
- Querido, A., *Planning en organisatie van het medisch wetenschappelijk onderwijs in samenhang met het volksgezondheidsbeleid, Memorandum I, Verkenning der problematiek ('s-Gravenhage 1970)*.
- Querido, A., 'Prijsvraagontwerpen getoetst aan structuur van de gezondheidszorg', *Plan, maandblad voor ontwerp en omgeving* 8(juli 1977)7, 46-47.
- Rooijen, M. van, *De wortels van het stedelijk groen, een studie naar ontstaan en voortbestaan van de Nederlandse groene stad* (Utrecht diss. 1990).

- Roschlau, R.R.A. en J.E. Kruisheer, 'Evolutie van de verpleegafdeling in de laatste decennia', *De patiënt centraal* (Utrecht 1971) 10-19.
- 'Schetsontwerp AMC Amsterdam', *Wonen-TA/BK, Tijdschrift voor huisvesting en omgeving* (1974)24, 11-13.
- Schoute, D., 'De stad Groningen en de geschiedenis onze oude ziekenhuizen', *Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde* 83(1939) 3336-3343.
- Sipkens, H. en F. Koeman, 'Binnenstadsziekenhuis, sociale en bouwkundige integratie', *Plan, maandblad voor ontwerp en omgeving* 8(augustus 1977)8, 28-33.
- Standaardprogrammering Academische Ziekenhuizen Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen (zp, zj 1977).
- Het stedeboekkundig plan, ontwikkelingsplan ten behoeve van het op te stellen ontwerp-bestemmingsplan voor de binnenstad van Groningen (Groningen 1975).
- Structuurplan Binnenstad Groningen 1969 (Groningen 1969).
- Structuurplan Groningen 1986 (Groningen 1986).
- Swaan, Abram de, *Zorg en de staat, Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd* (Amsterdam 1989).
- Tammeling, B.P., *Honderdvijfenzestig jaar AZG, Geschiedenis en voorgeschiedenis van het Academisch Ziekenhuis Groningen* (Groningen 1978).
- Tammeling, B.P., *RKZ Groningen, Behoudenis der Kranken* (zp Groningen 1979).
- Teelken, A.W., T.W. van Weerden en A.H. van Zomeren (red.), *Vijfenzestig jaar Psychiatrisch Neurologische Kliniek in Groningen, 1916-1991* (Bedum 1991).
- Term, J. van (red.), *AZM Een vitaal gebouw* (Maastricht 1991).
- Tussenbericht - deel I, basismateriaal ten behoeve van het te ontwikkelen stedeboekkundig plan voor de binnenstad van Groningen (Groningen 1974).
- Tussenbericht - deel IA (Groningen 1976).
- Tussenbericht - deel II, beschrijving van enkele probleem- en/of conflictsituaties (Groningen 1975).
- Tussenbericht - deel III (Groningen 1976).
- Verbeteringsplan I, Vernieuwingsgebied Binnenstad Oost (Groningen 1977).
- Verhoeven, P. en M. van Hees, *VU Academisch Ziekenhuis, Vertooid verleden* (Amsterdam 1986).
- Verkeerscirculatieplan, beleidsstuk 1ste fase (Groningen 17-9-1975).
- Verkeersplan-centrum Groningen (Adviesbureau voor Verkeersordering Goudappel en Coffeng; Deventer 1969).
- Visser, E. (red.), *Universitas Groningana, MCMXIV-MCMLXIV, Gedenkboek ter gelegenheid van het 350-jarig bestaan der Rijksuniversiteit te Groningen* (Groningen 1964).
- Wagenaar, C., *Tussen Grandezza en schavot, De ontwerpen van Granpré Molière voor de wederopbouw van Groningen* (Groningen 1991).
- Weeber, C., 'Academisch medisch centrum: Een der grootste gebouwen ter wereld; achterhaalde stedeboekkundige principes slaan toe in bouwwerk', *Wonen TA/BK, Tijdschrift voor huisvesting en omgeving* [themanummer 'Academische medische centra; Giganten in opmars'] (1974)24, 5-11.
- Het werk van de architecten J.J., M.A. en J. van Nieukerken ('s-Gravenhage 1929).
- Winkler Prins, J. en J.E. Kruisheer, 'Bouwplanvoorbereiding met inspraak: - een case-studie', (*Samsom's*) *Vademecum voor architecten* (Alphen aan den Rijn januari 1975) 4-41.
- Wonen TA/BK, Tijdschrift voor huisvesting en omgeving (1974)24 [themanummer 'Academische medische centra; Giganten in opmars'].
- Woud, A. van der (red.), *De innige betrekking tussen stad en hogeschool; Architectuur en stedeboek van de Rijksuniversiteit Groningen 1950-1984* (Groningen 1984).
- Rolf van der Woude en Willy van der Schuit, *Oude tradities, nieuwe ambities. 200 Jaar Academisch Ziekenhuis Groningen* (Hilversum 1998).
- Zon, H. van, *Een zeer onfrisse geschiedenis, Studies over niet-industriële verontreiniging in Nederland, 1850-1920* ('s-Gravenhage 1986).

NOTEN

- 1 Voor een overzicht van de AZG-geschiedenis: Bos, *Academisch Ziekenhuis*; Van Eysselsteijn, *Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis*; Huizinga, *Verzamelde werken VIII*, 119-124 en 241-247; Cort van der Linden, *Gedenkboek APSAZ*; Tammeling, *Honderdviijfenzeventig jaar AZG*; Kooij, *Groningen*, 230-268; Jonxis e.a., 'Medische faculteit'. Tammeling, *aw*, 40. De historici Rolf van der Woude en Willy van der Schuit werkten, in opdracht van het AZG, aan een boek over de recente geschiedenis van het ziekenhuis: *Oude tradities, nieuwe ambities. 200 Jaar Academisch Ziekenhuis Groningen* (Hilversum 1998). De architectuurhistorici Noor Mens en Annet Tijhuis verrichtten aanpalend onderzoek. Op initiatief van het AZG werkten zij aan de studie *De architectuur van het ziekenhuis; transformaties in de naoorlogse ziekenhuisbouw in Nederland* (Rotterdam 1999).
- 2 Huizinga, *aw*, 243.
- 3 Van Zon, *Onfrisse geschiedenis*; De Swaan, *Zorg en de staat*; 125-149; Houwaart, *Hygiënisten*.
- 4 Nightingale, *Notes on Hospitals*, 8. Over paviljoenbouw: Pevsner, *Hospitals*, 150-158; *Ibidem*, 151: Het Royal Naval Hospital Stonehouse te Plymouth (1764) had reeds paviljoens. Het enthousiasme voor paviljoenbouw kwam niet voort uit de noodzaak om patiënten met besmettelijke ziekten af te kunnen zonderen. Die noodzaak werd al eerder erkend en de afzondering kent een lange geschiedenis. Over de rol van de natuur: Houwaart, *aw*, 65-67; Van Rooijen, *Wortels van het stedelijk groen*, 70-75.
- 5 Kooij, *aw*, 180-192. *Groninger Courant* 12-3-1874. Van Nieuwerkerken, 'Bouw en eerste inrichting', 27.
- 6 Van Nieuwerkerken, *Leven bouwen, strijden*. Van Nieuwerkerken, *aw*, 27-28. *Werk architecten Van Nieuwerkerken*.
- 7 Van der Peet, *Rijksbouwmeesters*, 374-375.
- 8 Van Nieuwerkerken, *aw*, 26. Kooij, *aw*, 187-196. Duursma en Van Geest, *Door vlijt en spaarzaamheid*, 35.
- 9 Van der Peet, *aw*, 454-455.
- 10 Cort van der Linden, *aw*, 9; *Ibidem*, 18: Aanvankelijk was het een vast bedrag (f 38.500,-), vervolgens 1/3, in 1916 de helft en ivm de bezuinigingen in 1934: 45 procent; *Ibidem*, 19: Als het onderwijsgebouwen betrof betaalde het rijk 100 procent van de bouwkosten. Psychiatrie (1916) en tandheelkunde (1948) werden eveneens volledig door het rijk bekostigd.
- 11 Bolt was waarnemend geneesheer-directeur van 9-5-1942 tot 1-10-1943 en geneesheer-directeur van 15-5-1952 tot 12-9-1967. Notulen DB 22-4-1952; *Ibidem* 20-5-1952; *Ibidem* 8-7-1952; *Ibidem* 8-10-1952; *Ibidem* 11-12-1952; *Ibidem* 24-2-1953; *Ibidem* 14-4-1953; *Ibidem* 27-10-1954; *Ibidem* 2-5-1957; DA.07-652 [2483].
- 12 *Ibidem*. Ligtenberg, *Van Linge*. De ambtswoning werd overigens niet gebouwd.
- 13 Bolt aan DB, 15-4-1954; *Ibidem*, 9-2-1955; DA.07-354-7 [1282/1296]. *Ibidem*, 20-1-1955; DA.07-815 [2468].
- 14 Notulen DB 7-5-1954; *Ibidem* 24-5-1954; DA.07-652 [2483]. Aantekeningen overleg Bolt met Kloos 29-6-1954; DA.07-354-19 [1298].
- 15 Notulen DB 9-7-1954; DA.07-652 [2483]. Ongeadresseerde brief van H. Hoekstra (wsch. aan Bolt), 26-8-1954; DA.07-354-19 [1298].
- 16 Notulen DB 7-9-1954; *Ibidem* 27-10-1954; *Ibidem* 23-12-1954; DA.07-652 [2483]. Bolt aan Hoekstra en Westerhout, 29-12-1954; Hoekstra en Westerhout aan Bolt, 4-1-1955; DA.07-354-19 [1298].
- 17 Hoekstra en Westerhout, 'Toelichting op de plannen voor de noodzakelijke bouwvoorzieningen in de komende jaren in klinieken en dienstgebouwen van het Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis te Groningen', 18-8-1955; DA.07-354-7 [1282/1296].
- 18 Notulen Commissie van Voorbereiding voor de uitbreiding van het APSAZ 10-9-1955; DA.07-354-7 [1282/1296].
- 19 Hoekstra en Westerhout aan Bolt, 19-1-1956; DA.07-354-7 [1282/1296].
- 20 Notulen Commissie van Voorbereiding voor de uitbreiding van het APSAZ 28-2-1956; DA.07-354-7 [1282/1296]. Hoekstra en Westerhout aan Bolt, 8-8-1955; Bolt aan Hoekstra en Westerhout, 4-9-1956; Hoekstra en Westerhout aan Bolt, 27-10-1956; DA.07-354-19 [1298]. Notulen DB 2-5-1957; *Ibidem* 6-6-1957; DA.07-652 [2483].
- 21 *Jaarverslag APSAZ* 1965, 6. *Ibidem* 1966, 6. Notulen Commissie van Voorbereiding voor de uitbreiding van het APSAZ 28-2-1956; DA.07-354-7 [1282/1296].
- 22 P. Bolt, 'Nota betreffende de huidige stand van zaken, alsmede de verdere ontwikkeling van de plannen tot vernieuwing en uitbreiding van het ziekenhuis', 1-3-1962; DA.07-24 [104/105]. Notulen commissie van Beheer 11-3-1965; DA.07-815 [2468].
- 23 Notulen convent 28-4-1975 (geen honoreringsregeling als die van de klinici); DA.07-628 [2622].
- 24 Van der Woud, *Innige betrekking*, 8-9.
- 25 *Ibidem*. In 1959 werd het driekernenplan aangevuld met een vierde kern: biologie in Haren.
- 26 Van der Peet, *aw*, 577. Van der Woud, *aw*, 11-12.
- 27 Regeling betreffende de gang van zaken nieuwbouw wasserij Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis, 11-9-1957; Curatoren der RUG aan College van GS Groningen, 13-10-1961; College van GS Groningen aan Minister van OK&W, B&W van Groningen en Curatoren der RUG, 3-12-1963; DA.07-354-19 [1298]. Notulen DB 26-9-1961; DA.07-652 [2483]. 'Samenvatting

- van de belangrijkste bouwfinancieringsgegevens 1969-1983', 29-6-1972; DA.07-30 [114/120].
- 28 Curatoren der RUG aan Faculteit der geneeskunde, 7-1-1962; Faculteit der Geneeskunde aan Curatoren der RUG, 10-4-1962; DA.07-24 [104/105].
- 29 'Tussentijds verslag van de commissie Structuurplan medisch complex van de faculteit der geneeskunde', 24-5-1962; DA .0724 [104/105].
- 30 Bolt aan DB, 15-4-1954 (bijlage II, 2); Ibidem, 20-1-1955; Ibidem, 9-2-1955; DA.07.354-7 [1282/1296] en DA.07-815 [2468]. Notulen DB 27-3-1958; Ibidem 16-8-1962; DA.07-652 [2483]. Bolt werd gesterkt in zijn ideeën over centralisatie door de reis naar de Verenigde Staten die hij in september en oktober 1957 ondernam. P. Bolt, 'Verslag studiereis Amerikaanse Ziekenhuizen 1957', januari 1958; C. Geenen, L. Oskam en C. Meuwese, 'Een studie betreffende de bouw van ziekenhuizen gecombineerd met een reisverslag van een reis naar de Verenigde Staten van 23 september tot 6 november 1957'; DA-Aantekeningen Bolt mbt geschiedschrijving APSAZ. Bolt, 'Enkele indrukken'.
- 31 Notulen Commissie van Beheer 31-5-1960; DA.07-815 [2468]. Notulen DB 9-8-1960; DA.07-652 [2483]. Notulen Commissie van voorbereiding voor de bouw van het APSAZ 24-8-1960; DA.07.354-7 [1282/1296].
- 32 P. Bolt, 'Nota betreffende de huidige stand van zaken, alsmede de verdere ontwikkeling van de plannen tot vernieuwing en uitbreiding van het ziekenhuis', 1-3-1962; DA.07-24 [104/105]. Notulen stafbespreking 5-9-1962; DA.07-661 [2487].
- 33 'Structuurplan van de faculteit der geneeskunde', 6-2-1963 (abussievelijk gedateerd als 8-2-1963); Notulen overleg mbt bouwplan voor de faculteit der geneeskunde 12-2-1963; DA .0724 [104/105].
- 34 Ibidem.
- 35 Cort van der Linden, *aw*, 13 en 20. Notulen DB 23-12-1958; Ibidem 4-7-1961; Ibidem 2-11-1961; Ibidem 8-2-1962; DA.07-652 [2483].
- 36 *Structuurplan Groningen* 1969, 6, 8-9.
- 37 *Structuurplan Groningen* 1969, 13.
- 38 Directeur dienst der Stadsuitbreiding en volkshuisvesting aan Bolt, 23-4-1958; DA.07-388 [1942]. Ibidem, 3-6-1959 (strikt vertrouwelijke toezending van kaart met voorlopig plan van de verkeersoplossing Damsterdiep-Petrus Campersingel); DA.07-388 [1940].
- 39 Westerhout, 'Beschouwing over het parkeerprobleem op het terrein van het academisch ziekenhuis te Groningen', 30-8-1962; DA.07-819 [2483]. Technische dienst, 'Nota: Verkeer', 20-5-1966; Bolt, 'Nota betreffende het verkeers- en parkeerprobleem', 11-8-1966; DA.07-343 [1948/1962].
- 40 Notulen Commissie van Beheer 29-5-1967; DA.07-815 [2468].
- H.M. Goudappel aan Bolt, 11-1-1967; Bolt aan Goudappel, 17-1-1967; DA.07-343 [1948/1962].
- 41 *Verkeersplan-centrum Groningen*, 13-21, 28, 30-33. In het Ringwegenplan uit 1963 waren Oostersingel en Bloemsingel ook al opgenomen, toen nog als onderdeel van de zogenaamde middenring.
- 42 Notulen overleg Goudappel en Coffeng met directie APSAZ 25-8-1967; Goudappel & Coffeng aan APSAZ (C.P. d'Haans), 11-7-1968; DA.07-343 [1948/1962]. Directeur dienst der Stadsuitbreiding en volkshuisvesting aan Bolt, 23-4-1958; DA.07-53 [1942]. Over de bestemming van het saneringsterrein werd uiteenlopend gedacht: notulen DB 1-11-1955; Ibidem 20-12-1955; Ibidem 2-9-1964; DA.07-652 [2483]. Tevens: notulen overleg RUG, APSAZ en medische faculteit 13-8-1964; Ibidem 22-9-1964; DA.07-425 [252]. Tevens: Bolt aan B&W, 11-1-1965; DA .07.354-46 [1304]. Tevens: Bolt aan voorzitter DB, 4-4-1967; DA .07.354-35 [1492]. De nieuwe bestemming van het gebied werd onder meer vastgelegd in *Structuurplan Binnenstad Groningen* 1969, 58. Notulen bouwbespreking 7-2-1969; DA.07.354-63 [1390].
- 43 *Verkeersplan-centrum Groningen*, 30: 'De "verkeersproblematiek" in onze binnensteden is primair een parkeerprobleem'. Notulen directie 9-4-1969; DA.07-662 [2488]. Verslag bespreking gemeente Groningen met APSAZ 3-12-1969; DA.07.354-9 [1304/1410].
- 44 RUG (G.H. Otten) aan directeur dienst Stadsontwikkeling en volkshuisvesting, 20-1-1970; DA.07.354-46 [1304]. Samenvatting overleg AZG met IFK 3-3-1970; DA.07-29 [114/117]. Verslag bouwbespreking 5-3-1970; DA.07.354-63 [1390]. Directeur dienst Stadsontwikkeling en volkshuisvesting aan B&W, 1-7-1970; DA.07.354-9 [1410]. J.E. Kruisheer, 'AZG wat doet u er mee?', december 1975, 7; Archief dienst Bouwzaken.
- 45 Bolt, 'Tweede nota betreffende het rapport Bosboom-Hegener dd 20-11-1961 over de organisatie van de directie en de administratie', ongedateerde bijlage van Notulen DB 10-5-1962; H. Addens, 'Enkele opmerkingen betreffende de organisatie van het Academisch Ziekenhuis', (20)-12-1963; DA.07-819 [2483]. Notulen DB 10-5-1962; Ibidem 9-6-1962; Ibidem 19-12-1963; Ibidem 16-1-1964; DA.07-652 [2483].
- 46 Notulen DB 20-2-1964; Ibidem 24-3-1964; Ibidem 22-4-1964; Ibidem 2-7-1964; DA.07-652 [2483]. C.P. d'Haans, van 1964 tot 1966 algemeen adjunct-directeur, van 1966 tot 1974 economisch adjunct-directeur. C.P. d'Haans, 'Enige opmerkingen inzake de toporganisatie van het APSAZ te Groningen', 22-12-1965 (oa over eigen functioneren); DA.07-819 [2483]. Algemene Rekenkamer, 'Functioneringsonderzoek bij het Academisch Ziekenhuis Groningen', 16-6-1987, 11; DA.07-265 [618]. J.W. van der Kouwe miv 1-5-1967 directeur-geneesheer tot (de facto) 25-11-1980. Genees-

- heer-directeur Bolt legde zijn functie neer op 12-9-1967.
- 47 NvhN 9-9-1967.
- 48 Notulen bouwbespreking 5-4-1968; DA.07.354-63 [1390].
- 49 Notulen DB 12-1-1967; Ibidem 2-5-1967; DA.07-652 [2483]. R.A. Nelson, 'A report to the board of trustees of Leiden University on administration, organization and planning for new hospital facilities', september 1965; Ministerie van O&W, archieven HO/HOW/DGW, invnr 662.
- 50 Notulen bouwbespreking 5-4-1968; DA.07.354-63 [1390]. Westerhout aan DB APSAZ, 11-7-1969; DA.07.354-19 [1298].
- 51 IFK in 1950 gesticht, in 1993 omgevormd tot Institut für Gesundheitswissenschaften. Van der Kouwe aan H.W. Meyer, 10-6-1968; Meyer aan Van der Kouwe, 18-6-1968; Notulen overleg AZG met Meyer op 26 en 27-8-1968; Meyer aan Van der Kouwe, 11-9-1968; Bezoek APSAZ aan IFK op 20 en 21-1-1969; Van der Kouwe aan IFK, 17-2-1969; DA.07.354-9 [1410]. Van der Kouwe aan DB, 27-1-1969; DA.07-30 [114/120].
- 52 IFK, 'Masterplan 1970'; Notulen Plancommissie 15-4-1970; DA.07-29 [114/117]. Van der Woud, *aw*, 16-17.
- 53 Notulen Plancommissie 2-9-1969; Ibidem 27-11-1969; Ibidem 15-4-1970; Notulen overleg AZG met IFK 3-3-1970 (aanvankelijk dacht Meyer aan 12 tot 14 verdiepingen); Van der Kouwe aan DB, 15-5-1970; DA.07-29 [114/117].
- 54 Meyer, 'Kurzfassung des Berichtes über Möglichkeiten der künftigen Neuordnung des Academisch Ziekenhuis Groningen', 28-11-1969; DA.07.354-9 [1410].
- 55 Notulen Plancommissie 29-9-1970; DA.07-29 [114/117].
- 56 Wet Status Academische Ziekenhuizen 28-8-1969, Staatsblad 389. Van der Kouwe aan plancommissie ('Nota 1'), 26-8-1969; DA.07-29 [114/117].
- 57 Uitgebreid verslag in: 'Tweedaagse conferentie van de Grote plancommissie van het Algemeen Provinciaal, Stads- en Academisch Ziekenhuis te Groningen, gehouden op 17, 18 en 19 juni 1970 te Emmen', augustus 1970 [verder aangehaald als 'Notulen Emmen']; Archief dienst Bouwzaken.
- 58 Notulen Emmen. Notulen overleg DB met de hoogleraren 13-4-1967; DA.07-657 [2505/2506]. Notulen Plancommissie 29-9-1970; DA.07-29 [114/117]. Notulen commissie Medisch research centrum 14-4-1971; DA.07-709 [2166]. Notulen commissie van Overleg 2-6-1975; Ibidem 6-12-1976; DA.07-427 [253].
- 59 Notulen Emmen. 'De organisatie van de medische research te Groningen en zijn ruimtelijke konsekventies', 17-6-1971; DA .07-29 [114/117]. 'Rapport Werkgroep UMC', 31-5-1973; DA .07-28 [119/129/138].
- 60 Notulen Emmen. 'Informatie inzake plan tot ruimtelijke ordening ten behoeve van het Algemeen Provinciaal, Stads- en Academisch Ziekenhuis te Groningen', 27-1-1971; Hearings 3-2-1971 t/m 17-2-1971; DA.07-30 [114/120]. IFK, 'Fragenstellung, Beantwortung, Argumentation zur Reorganisation des Algemeen Provinciaal, Stads- en Academisch Ziekenhuis te Groningen', 16-6-1971, Archief dienst Bouwzaken.
- 61 Van der Woud, *aw* 21.
- 62 Notulen convent 20-9-1971; DA.07-628 [2618]. Notulen bestuur 21-8-1972; Ibidem 30-10-1972; Ibidem 18-12-1972; DA.07-653 [2512-2513]. 'Nota betreffende bouwzaken en het plan ruimtelijke ordening Academisch Ziekenhuis Groningen, aangeboden door het stafconvent aan bestuur en directie van het AZG', 4-12-1972; DA.07-30 [114/120]. Conventsbouwcommissie aan Technische dienst, 8-2-1973; DA.07.354-66 [1514]. 'Advies van de conventsbouwcommissie aan het conventsbestuur', 2-3-1973; DA .07.354-9 [1410].
- 63 Notulen Emmen. Faculteit der Geneeskunde aan Bestuur APSAZ, 6-8-1970 en 14-1-1971; DA.07-29 [114/117]. Notulen commissie van Overleg 16-2-1972; DA.07-425 [252]. Ibidem 9-4-1975; DA .07-427 [253].
- 64 Notulen Plancommissie 27-4-1971; DA.07-29 [114/117]. H. Doorenbos aan Bestuur AZG, 9-6-1972; DA.07.354-9 [1410].
- 65 Faculteit der geneeskunde aan Bestuur, 18-7-1972; DA.07-30 [114/120].
- 66 Notulen bestuur AZG 21-8-1972; Ibidem 29-8-1972; Ibidem 18-12-1972; DA.07-653 [2512-2513]. Eerste vergadering Conventsbouwcommissie 3-11-1972; DA.07.354-66 [1514].
- 67 Notulen convent 2-4-1973; DA.07-628 [2620]. Notulen conventsbouwcommissie 30-1-1975; DA.07.354-66 [1514].
- 68 Bestuur 29-8-1972; Ibidem 15-1-1973; DA.07-653 [2512/2514]. Notulen convent 2-4-1973; DA.07-628 [2620].
- 69 Notulen convent 25-9-1972; Ibidem 23-10-1972; Ibidem 26-2-1973; Ibidem 2-4-1973; Ibidem 7-5-1973; DA.07-628 [2619-2620]. Notulen bestuur 29-8-1972; Ibidem 30-10-1972; Ibidem 15-1-1973; Ibidem 9-4-1973; DA.07-653 [2512-2514]. Convent aan Bestuur AZG 14-5-1973; DA.07.354-9 [1410].
- 70 IFK, 'Academisch Ziekenhuis, Groningen – AZG, Flächenbedarf und Kostenrichtwerte für die Phase II', 16-4-1973 (concept); Ibidem 18-6-1973 (definitief); DA.07.354-10 [1493/1549]. Samenvatting overleg AZG met IFK 27-4-1973; DA.07.354-9 [1410]
- 71 Notulen conventsbouwcommissie 20-9-1973; Notulen stuurgroep bouw 4-10-1973; DA.07.354-63 [1390]. Notulen convent 22-10-1973; DA.07-628 [2620].
- 72 Notulen bestuur 20-5-1974; Ibidem 21-10-1974; Ibidem 16-6-1975; Ibidem 19-1-1976; DA.07-653 [2516-2521]. Notulen convent 24-2-1975; Ibidem 24-3-1975; Ibidem 28-4-1975; DA .07-628 [2622]. Notulen conventsbouwcommissie 11-6-1975; DA .07.354-66 [1514]. Notulen directie 8-1-1975; Ibidem 14-12-1977; Ibidem 17-5-1978; DA.07-664 [2490]. Notulen directie 22-10-1980; DA.07-665 [2491]. Jaarverslag AZG 1980-1983, 19.

- 73 Notulen bestuur 15-1-1973; Ibidem 19-2-1973; DA.07-653 [2514]. Notulen conventsbouwcommissie 20-9-1973; DA .07.354-66 [1514].
- 74 Notulen stuurgroep bouw 1-11-1973; DA.07.354-63 [1390]. Samenvatting overleg projectgroep Binnenstad met AZG 29-11-1973; DA.07.354-39 [1526]. Notulen stuurgroep bouw 7-2-1974; DA.07.354-59 [1391].
- 75 J. Kluck miv 1-5-1974 technisch adjunct-directeur, miv 20-11-1974 technisch directeur t/m 1-8-1987.
- 76 Tussenbericht II, 12-13. Binnen de Stedebouwkundige adviesraad Groningen was in 1970 al geopperd, dat het academisch ziekenhuis het beste kon verhuizen naar een locatie buiten de stad. Dan zou de 'stedebouwkundig onacceptabele ondoordringbaarheid van dit grote element zo dicht bij de binnenstad' kunnen worden opgeheven. Werkgroep Binnenstad van de Stedebouwkundige adviesraad Groningen, 'Discussienota structuurplan binnenstad Groningen', 9-6-1970; DA.07-29 [114/117]. Directeur der dienst Stadsontwikkeling en volkshuisvesting aan B&W Groningen, 1-7-1970; Burgemeester Groningen aan Van der Kouwe, 4-8-1970; DA.07.354-9 [1410].
- 77 H. Pol, 'Uitgangspunten voor een door de Rijksuniversiteit van Groningen te voeren nieuw huisvestings- en ruimtelijke ordeningsbeleid, bijdrage van H. Pol tbv de op 10-1-1975 in de cie herbezinning te houden gedachtenwisseling'; DA.07-829 [2517-2518].
- 78 Van den Noort, 'Gemengde gevoelens', 246. B&W aan Gemeenteraad, 25-8-1975 (beleidsstuk nav Verkeerscirculatieplan); Bijlage raadsverslag 1975/1976:20. Kluck aan B & W Groningen, 8-9-1975; DA.07-345 [1965]. Notulen overleg projectgroep Binnenstad met AZG 16-9-1975; DA.07.354-39 [1526]. 'Nota met betrekking tot paragraaf "6.4 Academisch Ziekenhuis" als onderdeel van het stedebouwkundig plan van de projectgroep Binnenstad', november 1975; Kruisheer aan Kluck, 16-1-1976 (concept reactie van het AZG op het ontwerp-Stedebouwkundig Plan); DA.07.354-40 [1526].
- 79 Notulen overleg projectgroep Binnenstad met AZG 11-4-1975; DA.07.354-11 [1598-1599]. Notulen overleg projectgroep Binnenstad, buurtgroep Binnenstad-Oost en AZG 4-9-1975, Archief dienst Bouwzaken-Stedebouwkundig deelplan. Werkgroep Binnenstad aan Bestuur AZG, 25-3-1976; Kluck aan M.J. van den Berg, 29-4-1976; DA.07.354-40 [1526]. B&W aan Gemeenteraad, 7-5-1976 (beleidsstuk nav stedebouwkundig plan voor de binnenstad); Bijlage raadsverslag 1975/1976:472.
- 80 IFK, 'Sanierungsvorschlag Fassung 2', 9-5-1975; Archief dienst Bouwzaken-Masterplan II. Notulen overleg projectgroep Binnenstad met AZG 11-4-1975; DA.07.354-11 [1598-1599]. Notulen stuurgroep bouw 1-5-1975; DA.07.354-59 [1391].
- 81 Notulen overleg projectgroep Binnenstad met AZG 16-9-1975; Ibidem 31-10-1975; DA.07.354-39 [1526]. Kluck aan B&W, 17-6-1977; DA.07.354-40 [1526]. Stedebouwkundig plan.
- 82 Kluck aan Projectgroep Binnenstad, 2-2-1976; Bestuur aan Projectgroep Binnenstad, 12-2-1976; Werkgroep Binnenstad aan Bestuur AZG, 25-3-1976; DA.07.354-40 [1526].
- 83 Notulen overleg Gemeente Groningen met AZG 29-4-1976; DA .07.354-39 [1526]. B&W aan Gemeenteraad, 7-5-1976 (beleidsstuk nav stedenbouwkundig plan voor de binnenstad); Bijlage raadsverslag 1975/1976:472. Notulen overleg Gemeente Groningen met AZG en Firma Te Pas 10-3-1977; DA.07.354-61 [1392]. Ibidem (andere versie); DA.07.354-40 [1526].
- 84 Notulen overleg werkgroep Binnenstad met AZG 30-8-1976; Ibidem 6-9-1976; DA.07.354-40 [1526]. Notulen conventsbouwcommissie 22-9-1976; DA.07.354-66 [1514].
- 85 Kluck aan B & W, 22-4-1977; DA.07-392 [620]. Het architectenbureau Bugel en Van de Dijk was verbonden aan Team 4. Notulen bestuur 16-5-1977; DA.07-654 [2523]. 'Voorstel wijziging bebouwingseisen en zonegrens globaal bestemmingsplan binnenstad (kaart 4/7)', 21-6-1977; Notulen overleg Gemeente Groningen met AZG en Firma Te Pas 10-3-1977; DA.07.354-61 [1392].
- 86 Bestuur aan Gemeente Groningen, 14-9-1977 (bezwaarschrift); DA.07.354-40 [1526].
- 87 Notulen stuurgroep bouw 5-12-1974 (Eerste overleg AZG met buurtgroep Binnenstad-Oost 25-11-1974); DA.07.354-59 [1391]. 'Overwegingen van het buurtcomitee Binnenstad-Oost betreffende de uitbreiding Academisch Ziekenhuis', 27-12-1974; Notulen overleg AZG met buurtgroep Binnenstad-Oost 13-1-1975; Kluck aan Buurtgroep Binnenstad-Oost, 7-3-1975; Kluck aan M.J. van den Berg, 12-3-1975; DA.07.354-39 [1526]. Notulen stuurgroep bouw 1-5-1975 (Verslag overleg Kluck met Van den Berg 24-4-1975); DA.07.354-59 [1391]. Jonker en Schuiling: 'Godshuis, gasthuis enz.', over de uitbreiding van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam en de voorgestelde sanering van de Kinkerbuurt (1190 woningen) en de Helmersbuurt (230 woningen).
- 88 Verslag informatieavond mbt aanwijzing Binnenstad-Oost tot stadsvernieuwingsgebied 21-6-1977; DA.07.354-40 [1526].
- 89 Buurtgroep Binnenstad-Oost aan Gemeente Groningen, 15-9-1977; DA.07.354-40 [1526].
- 90 Samenvatting overleg Gemeente Groningen met AZG en buurtgroep Binnenstad-Oost 10-11-1977; DA.07.354-40 [1526].
- 91 Notulen overleg buurtgroep Binnenstad-Oost met AZG 16-11-1977; Voorwaarden mbt de ruiling van gebieden in Binnenstad-Oost, 7-12-1977; J.W.Th. van Doormaal aan G. Dijkstra, 12-12-1977; AZG en buurtgroep Binnenstad-Oost aan B&W, 19-1-1978; B&W aan AZG, 16-2-1978; Bureau Voorlichting

- Gemeente Groningen aan bewoners en/of eigenaren van de percelen gelegen aan de Oostersingeldwarsstraat eo, 16-2-1978; DA.07.354-40 [1526]. Notulen bestuur 21-11-1977; DA.07-654 [2524]. Notulen conventsbouwcommissie 21-12-1977; DA.07.354-66 [1514].
- 92 Het gemeentebestuur maakte overigens geen aanstalten om het globale Bestemmingsplan 1976 te completeren met uitwerkingsplannen. Notulen conventsbouwcommissie 18-4-1979; DA .07.354-66 [1514]. Notulen bestuur 21-5-1979; Ibidem 18-6-1979; DA.07-654 [2527]. Besluit GS Groningen, 24-4-1979; B&W aan AZG, 25-4-1979; Ibidem, 6-6-1979; AZG aan Y.H. Gietema, 8-6-1979; B&W aan AZG, 27-6-1979; DA.07.354-40 [1526]. Notulen stuurgroep bouw 11-6-1979; DA.07.354-62 [1393].
- 93 Notulen bouwbespreking AZG-DHBZ 2-9-1971; Notulen stuurgroep bouw 5-4-1973; Ibidem 12-4-1973; DA.07.354-63 [1390]. Notulen stuurgroep bouw 6-12-1973; DA.07.354-59 [1390].
- 94 In 1972 richtte de Bond van Nederlandse Architecten (BNA) de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) op. DHBZ, 'Onderzoek naar Bureau Architect – Supervisor – AZG', 6-9-1972; Ibidem, 20-3-1973; Architectenbureau Bugel en Van de Dijk, Architectenbureau van Linge en Kleinjan, Architectenwerkgroep Bijliefeld-Grit-Gunnink en Bureau voor architectuur en ruimtelijke ordening ir. Oom aan Van der Kouwe, 27-4-1973; DA.07.354-19 [1298]. Notulen stuurgroep bouw 3-5-1973; DA.07.354-63 [1390].
- 95 Gesprek met Kruisheer op 26-2-1974; Gesprek met Jacobs en Tuns op 26-2-1974; Gesprek met de vier Groningse bureaus op 27-2-1974; Gesprek met Wiegerinck, Dorigo en Stolwijk op 4-3-1974; Evaluatie 1-4-1974; Ibidem 19-6-1974; DA.07.354-19 [1298].
- 96 Ongedateerde brief van de vier Groningse bureaus aan Van der Kouwe, (28)-3-1974; Evaluatie 19-6-1974; Team 4 Ontwerpburo gezondheidszorg aan AZG, 17-9-1974; DHBZ (Ottens) aan Van der Kouwe en aan directeur DHBZ, 9-10-1974; Gesprek met Team 4 op 14-2-1975; DA.07.354-19 [1298]. Notulen stuurgroep bouw 18-2-1975 (begin 1975 leek de architectenkeuze opnieuw open te liggen); DA.07.354-59 [1390].
- 97 Wiegerinck, Van Balen, Meurkens, Dorigo Architecten BV, 'Ons buro, onze ideeën over ziekenhuisbouw', maart 1974; Gesprek met Wiegerinck, Dorigo en Stolwijk op 4-3-1974; DA.07.354-19 [1298].
- 98 Kruisheer + Hallink, 'Een visie', 18-3-1974; DA.07.354-16 [1545].
- 99 Ibidem.
- 100 Evaluatie 19-6-1974; Kluck aan Bestuur AZG, 14-3-1975; DA .07.354-19 [1298]. Interview Kluck 11-5-1995. Notulen directie 26-3-1975; DA.07-664 [2490]. 'Raamovereenkomst inzake een ontwikkelingsplan voor het Academisch Ziekenhuis te Groningen', 17-9-1975; Wijziging contract, 5-1-1983; DA.07.354-247 [1604].
- 101 Kruisheer + Hallink, 'Drie modellen voor de HSA', 24-2-1972; DA .07.354-19 [1298]. Winkler Prins en Kruisheer, 'Bouwplanvoorbereiding', 22. Kruisheer en Winkler Prins, 'Inspraak'. Kruisheer, 'Participatie van gebruikers'. Kruisheer, 'AZG wat doet u er mee?', december 1975; Archief dienst Bouwzaken.
- 102 Winkler Prins en Kruisheer, 'Bouwplanvoorbereiding', 22.
- 103 Kruisheer, 'AZG wat doet u er mee?', december 1975, 50, 58-67; Archief dienst Bouwzaken.
- 104 Ibidem, 68-77.
- 105 Ibidem, 78-87. Arends e.a., *Open ziekenhuis*. Nicolai, 'Prijsvraag ziekenhuisbouw', 40. Interview Grasveld 18-9-1995.
- 106 Kruisheer, 'Vormgeving ziekenhuis', 21.
- 107 Samenvatting overleg Kruisheer met Van der Kouwe 29/30-3-1976 (aanvankelijk verstond men onder CMC een verzameling van ondersteunende afdelingen met daarnaast de klinieken. In de jaren zeventig werd het CMC gezien als een verzameling van alle behandel- en onderzoekafdelingen, met daarnaast de beddenhuizen); DA.07.354-11 [1598-1599].
- 108 Notulen overleg AZG met projectgroep Binnenstad 16-9-1975 (Er was toen nog sprake van een vierde model, het zogenaamde communicatie- en dienstverleningsmodel); DA.07.354-39 [1526]. Presentatie tbv directie op 7-10-1975. Presentatie tbv bestuur op 20-10-1975.
- 109 Notulen commissie Ruimtelijke ordening 9-2-1976; Ibidem 8-3-1976; DA.07-831 [1640/2521]. Notulen convent 23-2-1976; DA.07-628 [2623]. Notulen conventsbouwcommissie 25-2-1976; DA.07.354-66 [1514]. Notulen Kleine plancommissie 16-3-1976; DA.07-431 [2577].
- 110 Ibidem.
- 111 Notulen conventsbouwcommissie 25-2-1976 (Kluck: 'De directie heeft hierover met Kruisheer gesproken, omdat ook de directie van mening was dat Kruisheer wat concreter moest zijn.');
- DA .07.354-66 [1514]. Notulen bestuur 16-2-1976; DA.07-653 [2521].
- 112 Notulen convent 24-5-1976; Ibidem 31-5-1976 (extra vergadering met Kruisheer); Ibidem 12-8-1976; DA.07-628 [2623]. Concept-ontwikkelingsplan AZG, 28-6-1976; DA.07.354-12 [1598-1599]. Notulen commissie Ruimtelijke ordening 12-8-1976; DA.07.354-38 [1640]. Notulen bestuur 16-8-1976; DA .07-653 [2522]. Kruisheer, 'AZG Ontwikkelingsplan 76', november 1976; DA.geen nr. [1636].
- 113 Kruisheer, 'AZG Ontwikkelingsplan 76', november 1976, 11; DA .geen nr. [1636].
- 114 Ibidem, 11-17. Endoscopie is een onderzoeksmethode waarbij men door natuurlijke lichaamsopeningen naar dieper gelegen delen kijkt.

- 115 Kruisheer, 'AZG Ontwikkelingsplan 76', november 1976, 12 en 17-21; DA.geen nr. [1636].
- 116 Ibidem, 12-13, 20 en 44-45.
- 117 Ibidem, 48-49 en 54-55.
- 118 Notulen stuurgroep bouw 11-12-1975; DA.07.354-60 [1391].
- 119 De barak was in 1963 gebouwd voor vijf jaar. Kruisheer, 'Preadvies 1e fase CMC', 28-1-1976; J.W.F. Beks aan Bestuur, 10-3-1976; DA.07.354-11 [1598-1599].
- 120 Beks aan Bestuur, 10-3-1976; Samenvatting overleg Beks, Schweitzer, Kruisheer, Verheijen 25-5-1976; Ibidem aangevuld met Kluck 8-6-1976; DA.07.354-11 [1598-1599]. Notulen conventsbouwcommissie 8-4-1976; DA.07.354-60 [2623]. Notulen bestuur 17-5-1976; DA.07-653 [2521].
- 121 Kruisheer, 'AZG Ontwikkelingsplan 76', november 1976, 72-75; DA.geen nr. [1636].
- 122 Ibidem, 76-79. Kruisheer + Hallink, 'Het draaiboek', 13-1-1977, 2; DA.07.354-16 [geen invnr].
- 123 Kruisheer aan G. Lejeune-Dirichlet (IFK), 21-5-1975; DA.07.354-11 [1598-1599]. IFK, 'AZG Rahmenprogramm', 28-7-1975; DA .07.354-10 [1493/1549]. IFK, 'Anhang zum Rahmenprogramm Entwurf Juli 1975', 16-9-1975; IFK, 'Academisch Ziekenhuis Groningen, Orientierungsentwurf Baustufe I', 20-1-1976; DA .07.354-9 [1410]. Kruisheer, 'Vormgeving ziekenhuis', 21. Interview Kruisheer 11-2-1995.
- 124 Kruisheer, 'Vormgeving ziekenhuis', 21.
- 125 Notulen bestuur 16-8-1976; Ibidem 15-11-1976; Ibidem 20-12-1976; DA.07-653 [2522]. Ibidem 21-2-1977; DA.07-654 [2523]. Team 4 aan Van der Kouwe, 8-12-1976; DA.07.354-247 [1604]. Team 4 aan Kluck, 27-1-1977; Team 4 aan directie AZG, 24-8-1977; DA.07.354-241 [1591]. Betekenis à tort et à travers: in 't wilde weg.
- 126 Juffermans, *Staat en gezondheidszorg*, 139-200. Commissie-Slettenaar, 'Landelijk ziekenhuisplan', 30-5-1950; DA.07.354-3 [1246].
- 127 Juffermans, *Staat en gezondheidszorg*, 175. Juffermans citeert cijfers uit het rapport van de werkgroep Landelijk ziekenhuisplan (olv Slettenaar) uit 1952. De streefcijfers in het rapport uit 1950 lagen beduidend hoger: 4,6 bedden per 1000 inwoners in 1955 en 5,6 promille in 1970 (3,5 promille voor de geïndustrialiseerde rayons, 4,5 voor de grote steden en 5 promille voor enkele andere steden met meer dan 100.000 inwoners). Het is opmerkelijk dat de feitelijke ontwikkeling ongeveer dat beloop had, althans op papier. Het ministerie van Sociale zaken werd bij besluit van 20-8-1951 omgedoopt tot ministerie van Sociale zaken en volksgezondheid. Baakman, *Kritiek van het openbaar bestuur*, 83.
- 128 Concept-notulen overleg ministerie van OK&W, Centrale accountantsdienst en APSAZ 18-11-1954; Ibidem, definitieve notulen (beddenscapaciteit voor het laatst geregeld bij de interpretatieclausule uit 1937); DA.07-817 [2482].
- 129 Ibidem (Bolt: '... dat het ziekenhuis nooit haar capaciteit op basis van het sociale vlak zal uitbreiden. Wel zal het als universitaire instelling nieuwe sociale maatregelen mede op gang brengen, maar voor de massale aanvraag tot opname worden dan mogelijkheden buiten het ziekenhuis gezocht.');
- DA.07-817 [2482]. Notulen DB 14-1-1954; DA.07-652 [2483]. Notulen commissie van Voorbereiding voor de uitbreiding van het APSAZ 10-9-1955; DA.07.354-7 [1282/1296].
- 130 R.A. Nelson, 'A report to the board of trustees of Leiden University on administration, organization and planning for new hospital facilities', Baltimore Maryland, september 1965; Ministerie van O&W, archieven HO/HOW/DGW, invnr 662. Notulen overleg curatoren der RUG, faculteit geneeskunde en APSAZ 4-1-1966 (brief minister OK&W 10-12-1965: academische ziekenhuizen maximaal 1000 bedden); DA.07-425 [252]. Curatoren der Rijksuniversiteit Leiden aan Minister van O&W, 3-2-1966; I.A. Diepenhorst aan minister-president J.M.L.Th. Cals, 4-4-1966; Ministerie van O&W, archieven HO/HOW/DGW, invnr 662. Het Academisch Ziekenhuis Leiden stond aanvankelijk als eerste op de nominatie, maar Amsterdam verwierf voorrang.
- 131 Notulen interdepartementaal overleg inzake prognose van kosten van investeringen in de academische ziekenhuizen in de jaren 1967/1976 en volgende 29-4-1966; Ministerie van O&W, archieven HO/HOW/DGW, invnr 662. Sinds 1-3-1966 was Wester adviseur medische aangelegenheden bij OK&W. Hij doelde op de overcapaciteit in de sector. In 1964 was het door de commissie-Slettenaar genoemde streefcijfer gepasseerd en voorlopig zou het aantal bedden per 1000 inwoners nog blijven stijgen.
- 132 Notulen DB 20-8-1968; DA.07-652 [2483]. Notulen interdepartementaal overleg inzake prognose van kosten van investeringen in de academische ziekenhuizen in de jaren 1967/1976 en volgende 29-4-1966; Ibidem 18-5-1966; Ibidem 13-6-1966; Minister van Financiën aan Minister van O&W, 28-6-1967 (verwijst naar rapport R.A. Nelson van september 1965, maximum 1000 bedden, financing limit 150 miljoen en naar rapport interdepartementaal overleg aan ministerraad, 18-8-1966); H.A. Steehman, 'Memorandum voor de minister van O&W', 6-2-1969 (drie academische ziekenhuizen, ieder 120.000 vierkante meter netto, samen f 750 miljoen); Ministerie van O&W, archieven HO/HOW/DGW, invnr 662. Notulen bouwbespreking AZG-DHBZ 26-9-1968; DA.07.354-63 [1390].
- 133 *Standaard-programmering*. Staatssecretaris O&W aan Bestuur AZG, 14-3-1977 (toezending eerste deel standaard-programmering); DA.07-838 [556]. 17-5-1977: tweede zending. 1-6-1977: officiële aanbieding aan staatssecretaris G. Klein, tevens afscheid van Wester. Omstreeks 13-11-1977 derde zending, daar-

- opvolgend vierde zending. Voorlichtingsdagen van het ministerie van O&W over nieuwbouw van academische ziekenhuizen op 7 en 8 maart 1978; DA.07.354-247 [1604]. Notulen bestuur 20-3-1978; DA.07-654 [2525].
- 134 Van Eeghen, 'Van gasthuis tot academisch ziekenhuis', 99 (1970: Wilhelmina Gasthuis geacademiseerd tot AZUA. Binnengasthuis vanaf 1975 onderdeel van AZUA). Jonker en Schuiling, 'Godshuis, gasthuis enz'. Bureau Voorlichting UMC Leiden, 'Nieuwbouwbuletin 2', 23-3-1972; DA.07-28 [119/129/138]. Notulen coördinatiegroep O&W-AZG, 8-12-1976 (historisch overzicht Weeda); DA.07-833 [1646]. Th.P. Tromp was vice-president Philips en president-commissaris NS. Hij was bouwcoördinator van 1-9-1969 tot 15-10-1972. Notulen overleg APSAZ met Afdeling bouwvoorzieningen van de RUG, 3-9-1970; DA.07.354-63 [1390].
- 135 Vragen Weijers 12-10-1972; Antwoord minister C. van Veen (O&W) 23-10-1972; *Aanhangsel tot het verslag van de Handelingen der Tweede Kamer 1972*, 177 en 355. *Handelingen der Tweede Kamer 26-10-1972*, 675-678 (Van Veen had naar eigen zeggen op ongeveer 18-9-1972 besloten om de bouwtrein voor Amsterdam in gang te zetten). Achter het Nieuws 27-10-1972 (interview met Th.P. Tromp, A. Querido en B. de Gaay Fortman; woordelijk verslag); Ministerie van O&W, archieven HO/HOW/DGW, invnr 662.
- 136 Ibidem.
- 137 Notulen convent 24-6-1974; DA.07-628 [2621]. NRC 19-7-1975. *Wonen TA/BK december 1974* (themanummer academische medische centra; oorspronkelijk plan AMC). Lambert en Pistor, 'Plaats van de gezondheidszorg', 14 (oorspronkelijk plan AMC). Constant, AMC *gebouwd* (het gerealiseerde plan).
- 138 Notulen coördinatiegroep O&W-AZG 8-12-1976; DA.07.354-243 [1646].
- 139 Varavisie 30-1-1979 (interview met A. Pais; mbt afkopen specialisten Annadal: ze vragen 12 miljoen, O&W biedt 5 miljoen. Het verschil van 7 miljoen zou volgens Pais een 'zeer nuttige' bestemming kunnen krijgen in Groningen); DA.07-65 [2825]. AZ Maastricht eerste paal in 1984, opening in 1991.
- 140 AZG, 'Rapport "Capaciteit AZG 1985"', februari 1976, 90; DA. geen nr. [144]. Verg. IFK, 'Academisch Ziekenhuis Groningen, Rahmenprogramm Entwurf juli 1975', 28-7-1975 (minimaal 1332, maximaal 1896 bedden); DA.07.354-10 [1493/1549].
- 141 Notulen bestuur 18-10-1976; DA.07-653 [2522]. Notulen overleg O&W-AZG 15-10-1976; Ibidem andere versie; DA.07-657 [423]. 'Het AZG en de algemene ziekenhuizen in Groningen, Friesland en Drenthe, Kanttekeningen bij het rapport "Kapaciteit AZG 1985" door de Vereniging van ziekenhuizen in Groningen en Drenthe [VZGD] en de Vereniging van ziekenhuizen in Friesland [VZF]', 31-10-1977; Bureau Lange termijn planning, [reactie AZG op rapport VZGD en VZF], 19-12-1977; DA.07-835 [2525]. Colle-
ge voor de ziekenhuisvoorziening aan de regiovlugel Noorden des lands, 27-1-1981 (toezending, 'Ziekenhuissituatie Noorden des lands'; eindconcept); DA.07-102 [457].
- 142 J.P.M. Hendriks, 'Structuurnota gezondheidszorg', 9-8-1974, Tweede Kamer, zitting 1973/1974:13012. G. Klein, 'Basisfilosofie academische ziekenhuizen', mei 1976; G. Klein aan kamercommissies O&W en Volksgezondheid, 17-9-1976 (toezending 'Intentieverklaring behorende bij de basisfilosofie academische ziekenhuizen'); Besturenoverleg academische ziekenhuizen (BAZ), 'Basisfilosofie academische ziekenhuizen en intentieverklaring', 7-10-1976; DA.07-832 [2522].
- 143 Notulen coördinatiegroep O&W-AZG 8-12-1976; DA.07.354-243 [1646].
- 144 Ibidem 16-2-1977; DA.07.354-243 [1646].
- 145 Ibidem. Notulen bestuur 18-4-1977; DA.07-654 [2523].
- 146 Notulen bestuur 17-1-1977; DA.07-654 [2523]. Adviesbureau voor bouwtechniek, 'Koncept-rapport inzake funderingstechnische aspecten ontwikkelingsplan '76, Academisch Ziekenhuis Groningen', 28-3-1977, 42; Besprekingsverslag 24-6-1977; Samenvatting basisrapport, 8-7-1977 (in deze versie komt de zinsnede niet meer voor); DA.07.354-11 [1598-1599]. Notulen bestuur 17-1-1977; Ibidem 17-10-1977; DA.07-654 [2524]. Kabinet-Den Uyl miv 22-3-1977 demissionair, minister J.A. van Kemenade en staatssecretaris G. Klein traden 19-12-1977 af.
- 147 Ministerie van Volksgezondheid en milieuhygiëne ingesteld op 6-7-1971. Notulen coördinatiegroep O&W-AZG 19-10-1977; Ibidem 6-12-1977; DA.07.354-243 [1646].
- 148 Notulen coördinatiegroep O&W-AZG 27-2-1979; DA.07.354-243 [1646]. Kluck aan Bestuur AZG, 15-12-1978; DA.07-640 [2526].
- 149 Notulen Technisch overleg O&W-AZG 21-3-1979 (eerste vergadering); DA.07-640 [1754]. Interview Esmeijer 21-8-1995.
- 150 Notulen Technisch overleg O&W-AZG 19-6-1979; DA.07-641 [1754]. Notulen coördinatiegroep O&W-AZG 19-6-1979; DA.07.354-243 [1646].
- 151 G.A.J. Esmeijer en J.E.M. van den Dries, 'Notitie betreffende de basisuitgangspunten voor de bouwkundige vernieuwing van het AZG-complex, tevens bevattende commentaar op het ontwikkelingsplan AZG 1976', april 1979; DA.07.354-10 [1493/1549/1598/1599]. Esmeijer en Van den Dries aan Kruisheer + Hallink, 31-8-1979; Archief dienst Bouwzaken. J. Donner aan Bestuur AZG ('Opmerkingen van O&W naar aanleiding van het eerste voorlopige structuurplan AZG'), 21-9-1979; DA.07-641 [2528].
- 152 'Voorlopige standpunten verbindingsader', 28-3-1978; DA.07.354-252 [1697]. Notulen commissie Begeleiding ontwikkelingsplan 28-2-1978; DA.07.354-243 [1705]. Kruisheer + Hallink, 'Structuurplan/uitwerkingsplan AZG oktober 1978', Archief dienst Bouwzaken. Kruisheer Hallink Arends, 'Structuurplan AZG 1980', 13-8-1980, 3-4; DA.07.354-249 [1749].

- 153 Notulen bestuur 20-3-1978; DA.07-654 [2525]. Weeda aan Bestuur AZG, 23-1-1980; DA.07.354-249 [1749]. Telefoongesprek Esmeijer met Segers 5-3-1980; DA.07.354-247 [1604]. Notulen Technisch overleg O&W-AZG 11-3-1980; DA.07.354-255 [1754]. Kruisheer Hallink Arends, 'Structuurplan AZG 1980', 13-8-1980, 14-15; DA.07.354-249 [1749] Notulen directie 6-4-1981; DA .07-665 [2491]. C.L.H.B. Verstegen, 'Persoonlijke notitie ten behoeve van de heer Vonhoff, betreffende noodhospitaal Academisch Ziekenhuis Groningen', 20-8-1981; DA.07-645 [2532]. Notulen coördinatiegroep O&W-AZG 16-10-1981; DA .07-843 [493].
- 154 Kruisheer Hallink Arends, 'Structuurplan AZG 1980', 13-8-1980, 11; DA.07.354-249 [1749]. Kruisheer aan Hamel, 22-6-1983 ('Toegankelijkheid van het AZG'); DA.07.354-247 [1604].
- 155 Dienst Bouwzaken, 'Samenvatting van de belangrijkste kenmerken van het programma van eisen 1ste fase Chirurgie (Chirurgie en Anaesthesiologie)', 18-4-1979; DA.07-640 [1726/1745/2527]. Notulen bestuur 23-4-1979; DA.07-654 [2527]. Notulen convent 23-4-1979; DA.07-628 [2625].
- 156 BSB was eveneens betrokken bij de vervaardiging van de standaardprogrammering van O&W. AZG aan Ministerie van O&W, 10-5-1979 (toezending programma van eisen Chirurgie en Anaesthesiologie); DA.07-640 [1726/1745/2527]. J.E.M. van den Dries aan Bestuur AZG, 9-7-1979; DA.07.354-62 [1598-1599/1393]. Notulen bestuur 20-8-1979; Ibidem 17-9-1979; DA.07-654 [2528].
- 157 Rapport BSB, 'Snelprogramma ruimtebehoefte chirurgie en anaesthesiologie Academisch Ziekenhuis Groningen', 25-9-1979; Kluck aan Ministerie van O&W, 28-9-1979; Ministerie van O&W aan Bestuur AZG, 10-10-1979; DA.07-641 [2528].
- 158 Notulen bestuur 17-9-1979; Ibidem 15-10-1979; Ibidem 17-12-1979; DA.07-654 [2528]. Notulen besloten vergadering bestuur 20-12-1976; DA.07-658 [619/2541].
- 159 Convent 26-9-1977 (mbt infectie op de IT chirurgie: 'De infectiecommissie heeft de huidige situatie bouwkundig volledig afgekeurd. '); DA.07-628 [2624]. Notulen bestuur 23-4-1979; DA .07-654 [2527]. Minister van O&W aan Bestuur AZG, 24-9-1979; Hoofd van de dienst Financiële en materiële zaken K. de Jong aan Economisch directeur, 2-10-1979; DA.07-641 [2528]. Algemene Rekenkamer, 'Functioneringsonderzoek bij het Academisch Ziekenhuis Groningen', 14-1-1987 (concept); Ibidem, 16-6-1987 (definitief; met name bijlage 3 en 7); DA.07-265 [618].
- 160 Notitie E. Mandema, 28-8-1979; Medische staf afdeling kinderkliniek aan Bestuur AZG 11-9-1979; DA.07-641 [2528]. *Jaarverslag AZG 1979*, 11. Notulen bestuur 17-9-1979; Ibidem 19-11-1979; DA.07-654 [2528]. Notulen directie 26-9-1979; Ibidem 3-10-1979; DA.07-664 [2491].
- 161 Staatssecretaris van O&W aan Besturen academische ziekenhuizen Leiden, Utrecht, Groningen, Rotterdam, Maastricht, 1-4-1977; DA.07-641 [2528-2529]. Notulen bestuur 17-12-1979; Ibidem 18-2-1980; DA.07-654 [2528-2529].
- 162 Van der Kouwe was miv 25-11-1980 de facto directeur-geneesheer af, miv 1-3-1980 adviseur-directeur, miv 1-1-1982 gedetacheerd als adviseur medisch-organisatorische aangelegenheden bij het Bureau academische ziekenhuizen t/m 1-7-1987. J.A.C. de Kock van Leeuwen en P.J. Starreveld, 'Rapport uitgebracht aan het bestuur en de directie van het Academisch Ziekenhuis Groningen betreffende evaluatie onderzoek bestuur - en directie functioneren', 31-3-1980 (rapport Van de Bunt); Archief J. Kluck, Groningen. Van der Kouwe, 'Beknopt verslag van de "follow-up" binnen de directie van het advies-rapport Van de Bunt', 1-8-1980; Van der Kouwe aan Bestuur, 12-8-1980; DA .07-642 [2530]. Ibidem, 7-4-1981; Ibidem 29-4-1981; Notulen van de voorvergadering van bestuur en directie 7/8-9-1981; DA.07-651 [2544]. Algemene Rekenkamer, 'De controle van de personele uitgaven bij het Academisch Ziekenhuis te Groningen (AZG)', 4-2-1986; DA.07-265 [618]. Notulen vergadering bestuur met de algemeen directeur, 16-10-1986; DA.07-656 [2546].
- 163 Notulen convent 27-4-1981; DA.07-636 [2626]. Notulen van de voorvergadering van het bestuur 16-2-1981; Notulen van de voorvergadering van bestuur en directie 15-2-1982; Notulen vergadering bestuur en directie 8-3-1982; Ibidem 11-11-1982; DA.07-651 [2544].
- 164 Notulen DB 23-9-1970; DA.07-652 [2483]. Notulen bouwbespreking AZG-DHBZ 3-9-1970; DA.07.354-63 [1390].
- 165 Notulen stuurgroep bouw 1-11-1973; DA.07.354-63 [1390]. Ibidem 6-12-1973; DA.07.354-59 [1390]. Otten aan Kluck, 11-12-1974; Ibidem 16-1-1975; DA.07.354-35 [1492].
- 166 Ongedateerde brief van Otten aan Directeur AZG, [ontvangen 18-4-1975]; Kluck aan CvB van de RUG, 26-5-1975; DA.07.354-35 [1492]. Notulen commissie van Overleg 2-6-1975; Ibidem 5-1-1976; DA.07-427 [253]. Notulen bestuur 16-6-1975; Ibidem 16-2-1976; DA.07-653 [2520-2521]. 'Regeling inzake de afwikkeling der nieuw- en verbouwzaken AZG per 31 december 1975 in het kader van de beëindiging der werkzaamheden door de Dienst Huisvesting en Bouwzaken van de RU', 12-2-1976; DA.07-831 [2520-2521].
- 167 Het allereerste personeelslid van de dienst Bouwzaken M. van Veen overleed op 3-11-1979. Notulen commissie Bouworganisatie 16-9-1977; DA.07.354-241 [1591]. *Jaarverslag AZG 1978*, 13.
- 168 Notulen bestuur 22-5-1978; DA.07-654 [2525]. Notulen commissie Verbindingsader 23-5-1978; DA.07.354-252 [1697]. *Jaarverslag AZG 1978*, 33.
- 169 Buisman, 'Academisch Ziekenhuis te Groningen, Vergelijking huidig ontwerp C+A complex, met meer traditionele alternatie-

- ven', 3-10-1978; Archief dienst Bouwzaken. Segers aan Kruisheer + Hallink, 20-12-1978; DA.07.354-11 [1598-1599]. Kruisheer, 'AZG Ontwikkelingsplan 76', november 1976, 116; DA.geen nr. [1636]. Kruisheer + Hallink, 'Structuurplan AZG oktober 1978', 5; Archief Kruisheer. Kruisheer + Hallink, 'Structuurplan / uitwerkingsplan AZG oktober 1978'; Kruisheer + Hallink, 'Architektuurnota', september 1979; Archief dienst Bouwzaken. Kruisheer Hallink Arends, 'Structuurplan AZG 1980', 13-8-1980, 7; DA.07.354-249 [1749]. AAA AZG, 'Architektuurnota', 25-3-1987, In: 'Structuurplan Academisch Ziekenhuis Groningen', maart 1987; DA.geen nr. [1903].
- 170 Kruisheer Partners, 'Hallink architect met hart en ziel', september 1989. Interview Hallink 17-8-1995.
- 171 Interview Hallink 17-8-1995.
- 172 Kruisheer + Hallink, 'Architektuurnota', september 1979; Archief dienst Bouwzaken. Interview Hallink 17-8-1995.
- 173 Convenant Utrecht werd op 11-12-1978 ondertekend door O&W, Rijksgebouwendienst en AZU; DA.07.354-301 [1771]. J.E.M. van den Dries e.a., 'Taken en organisatie nieuwbouw Academisch Ziekenhuis Utrecht', 6-2-1979; 'Academisch Ziekenhuis Groningen, Taken en organisatie nieuwbouw', 7-11-1980; DA .07.354-241 [1591/1679/1771]. Notulen Technisch overleg O&W-AZG 27-1-1982; DA.07.354-255 [1754].
- 174 Notulen Technisch overleg O&W-AZG 3-12-1980; Bureau O&E, 'Nota: projektorganisatie nieuwbouw AZG', 6-10-1981; Notulen stuurgroep bouw 16-1-1981; Ibidem 19-3-1982 (laatste vergadering); DA.07.354-63 [1394]. Notulen Bouwadviescommissie 7-2-1983 (eerste vergadering); DA.07.354-253 [1834]. Notulen bestuurlijk bouwoverleg 3-2-1981; Ibidem, 4-3-1982; Ibidem, 2-12-1982; Ibidem 3-2-1983; Bureau O&E, 'Notitie: structuur dienst Bouwzaken', 19-10-1982; Hoofd bureau O&E aan Directie, 1-11-1982; Bureau O&E, 'Gespreksnotitie: ministerie O&W-AZG, onderwerp: organisatie nieuwbouw AZG/organisatie dienst Bouwzaken', 23-11-1982; Hoofd bureau O&E aan Bestuurlijk bouwoverleg, 29-11-1982; DA.07.354-252 [1800]. Bureau O&E, 'Omschrijving van de organisatie van de aanpak nieuwbouw Academisch Ziekenhuis Groningen', 21-7-1982; Archief Dijkstra. Notulen directie 15-3-1982; Ibidem 15-12-1982; DA.07-665 [2491]. Notulen overleg O&W-AZG 18-11-1982; Bureau O&E, 'Notitie structurering bouworganisatie AZG', 6-12-1982; Hoofd bureau O&E aan Directie, 14-12-1982; 'Handboek taken en organisatie nieuwbouw Academisch Ziekenhuis Groningen', 16-11-1984; DA.07-936 [1607].
- 175 Ibidem.
- 176 Ibidem.
- 177 J.C.J. Schuurman Hess was bouwcoördinator en hoofd van de dienst Bouwzaken van 1-12-1983 tot begin 1990. Notulen bestuurlijk bouwoverleg 4-11-1982; DA.07.354-252 [1800].
- Notulen directie 7-6-1982; Ibidem 10-11-1982; Ibidem 17-11-1982; DA.07-665 [2491]. Notulen directie 5-1-1983; Ibidem 16-2-1983; Ibidem 2-3-1983; Ibidem 30-3-1983; Ibidem 11-4-1983; Ibidem 20-4-1983; DA.07-666 [2492]. Hoofd dienst Bouwzaken aan Directie, 1-6-1982; Voorzitter bestuur aan Hamel, 22-2-1983; Hoofd dienst Sociale zaken aan Hamel, 10-3-1983; Bestuur, 'Organisatie met betrekking tot de bouw', 25-3-1983; 'Plaats, verantwoordelijkheid en taak van de bouwcoördinator nieuwbouw van het AZG' (2de concept), 27-4-1983; Hoofd bureau O&E, 'Discussiestuk, Structurering nieuwbouworganisatie', 24-5-1983; Hoofd bureau O&E aan Hamel, 25-5-1983; DA.07-936 [1607]. Notulen overleg bestuur en directie over bouworganisatie 7-3-1983; DA.07-877 [2543]. Notulen overleg O&W-AZG 27-5-1983; DA.07.354-314 [1843]. Notulen Coördinatieoverleg O&W-AZG 7-7-1983; DA.07-843 [493]. Mobach ea, Sint Franciscus Gasthuis. Interview Hamel 28-2-1996.
- 178 Ibidem. B.F. Dessing was economisch directeur van 1-6-1983 tot 1-9-1987.
- 179 Notulen overleg bestuur met algemeen directeur 4-7-1983; Notulen gesprek voorzitter Verstegen en vice-voorzitter A. Bosman met Kluck 12-7-1983; DA.07-651 [2544].
- 180 Notulen overleg bestuur met algemeen directeur 16-2-1984; Ibidem 15-3-1984; Ibidem 17-5-1984; DA.07-655 [2545]. Verstegen aan Deetman, 13-9-1984; Notulen overleg O&W-AZG 3-10-1984; DA.07.354-250 [1734/1771/1850/1851]. Interview Schuurman Hess 5-7-1995.
- 181 Notulen Pre-UNAG 31-1-1984; DA.07.354-243 [1849]. Deetman aan Bestuur AZG, 11-5-1984; DA.07-649 [2538]. BSB, 'Basisprogramma Academisch Ziekenhuis Groningen', 28-9-1984; DA .07.354-353 [1842]. AZG-notities tbv het overleg met Deetman op 3-10-1984; Convenant nieuwbouw Academisch Ziekenhuis Groningen, 20-12-1984; DA.07.354-301 [1771/1851].
- 182 Kruisheer, 'Preadvies verpleging', 13-2-1976; 'Beknopt verslag brainstorming over verpleegafdeling', 23-2-1976; DA.07.354-11 [1598-1599]. 'Programma van eisen van de standaard verpleegeenheid', september 1978; DA.07.354-56 [1275/1696]. Notulen conventsbouwcommissie 21-6-1978; DA.07.354-66 [1514].
- 183 Notulen stuurgroep bouw 2-9-1976 (belangstelling voor nieuwe verpleegeenheid van AZU); DA.07.354-60 [1392]. Notulen bouwcommissie Standaard verpleegeenheid 25-9-1980; Ibidem 27-11-1980; Ibidem 19-12-1980 (in Utrecht proef met rechthoekige verpleegeenheid); Kruisheer, 'Blokdiagram standaardverpleegeenheid AZG', 13-2-1981; DA.07.354-251 [1276].
- 184 Notulen bestuurlijk bouwoverleg 16-2-1981; DA.07.354-252 [1800]. Notulen Technisch overleg O&W-AZG 18-3-1981; Ibidem 4-11-1981; Ibidem 17-2-1982; DA.07.354-255 [1754]. Notulen bouwcommissie Standaard verpleegeenheid 26-3-1981; Ibidem 26-11-1981; Ibidem 25-2-1982; Team 4, 'Beddenhuis 1.5 AZG',

- vijfschetsen, 28-10-1981; Ibidem, vijfschetsen, 11-11-1981; Team 4, 'AZG standaard verpleegeenheid 1.5', schets, 27-1-1982; DA .07.354-251 [1276]. Notulen conventsbouwcommissie 2-2-1982; DA.07.354-253 [1514].
- 185 Notulen bouwcommissie Standaard verpleegeenheid 22-9-1982; DA.07.354-251 [1276]. Notulen conventsbouwcommissie 5-10-1982; DA.07.354-253 [1514]. Notulen Bouwadviescommissie 6-7-1983; DA.07.354-253 [1834]. B&W aan Bestuur AZG, 10-11-1982; DA.07.354-243 [1705]. Notulen Technisch overleg O&W-AZG 28-11-1983; DA.07.354-243 [1754].
- 186 Ibidem. 'Samenvatting van de gemaakte afspraken in het ambtelijk overleg [Gemeente Groningen-AZG] mbt verschijningsvorm beddenhuizen Oostersingelzijde', 5-12-1983; DA .07.354-250 [510/1276/1734].
- 187 Ibidem.
- 188 Notulen directie 1-3-1982; DA.07-665 [2491]. *Jaarverslag AZG 1980-1983*, 13. Bureau O&E en dienst Bouwzaken, 'Plan betreffende uitbreiding diagnostische en therapeutische faciliteiten thoraxchirurgie, audiologie, en kindercardiologie in het Academisch Ziekenhuis Groningen', 7-5-1982; DA.07-646 [2534]. Notulen overleg bestuur en directie 3-5-1982; DA.07-651 [2544]. J.N. Homan van der Heide aan directie, 3-5-1982; Ibidem 6-5-1982; DA.07-646 [2534]. Notulen coördinatieoverleg O&W-AZG 10-5-1982; DA.07-843 [493]. 'Plan opvoering capaciteit thoraxchirurgie en cardiologie AZG', maart 1983; DA.07-647 [2536]. Notulen bestuur 7-3-1983; Ibidem 11-4-1983; DA.07-654 [2535]. Notulen Bouwadviescommissie 5-9-1983; DA.07.354-253 [1834]. WVC aan O&W, 6-11-1984; DA.07.354-321 [1879]. Notulen directie 21-11-1984; DA.07-666 [2492]. Notulen directie 17-12-1991; DA.SSA-55.
- 189 Segers aan Kluck, 1-4-1983; Hamel aan Bestuur, 25-4-1983; DA.07-647 [2536]. Notulen bestuurlijk bouwoverleg 19-4-1983; Kluck aan Bestuurlijk bouwoverleg, 30-5-1983; DA.07.354-252 [1800]. Notulen directie 20-4-1983; DA.07-666 [2492]. Notulen bestuur 2-5-1983; DA.07-654 [2535]. Hamel aan Team 4, 13-5-1983; DA.07.354-301 [696]. Notulen overleg directie met dienst Bouwzaken en bureau O&E 27-12-1983; Ibidem 2-5-1984; DA.07.354-250 [1734].
- 190 Kluck aan Bestuur 15-8-1983 (mbt stroomstoring 4-1-1983); DA .07-647 [2536]. Schuurman Hess aan Dessing, 31-8-1984 (toezending herziene nota 'Tijdstip bouwen nieuwe energiecentrale'); Segers aan Kluck, 10-9-1984; Kluck aan Directie, 11-9-1984; Segers aan Kluck, 24-9-1984; DA.07.354-301 [696]. Notulen directie 12-9-1984; DA.07-666 [2492]. Notulen convent 24-9-1984; DA.07-636 [2627]. Interview Kluck 12-4-1996; Ibidem 30-9-1996.
- 191 WVC aan O&W, 6-11-1984; DA.07.354-321 [1879]. Notulen overleg O&W-AZG 16-11-1984; DA.07-649 [2538].
- 192 Notulen bestuur 16-5-1977 (parkeergarage op zuidelijk terreingedeelte, ca. 200 à 300 auto's); Ibidem 16-2-1981; DA .07-654 [2523/2531]. Kruisheer Hallink Arends aan Kluck, 10-2-1981 (parkeerdek van 120 plaatsen voldoende); Kluck aan Bestuur, 11-2-1981 (grote of kleine parkeergarage?); Notulen overleg B&W-AZG 10-3-1981 (Verstegen: eenvoudige onderkeldering, kleinere voorziening); DA.07-644 [2532]. Kruisheer Hallink Arends, 'Structuurplan AZG 1980, deel 2A, herziening 1983', 1-6-1983; DA.07.354-250 [1734].
- 193 Notulen overleg B&W-AZG 10-3-1981; DA.07-644 [510].
- 194 P.H. van Zeil aan AZG, 14-12-1982; DA.07.354-252 [1800]. Het departement van Volksgezondheid en milieuhygiëne werd 4-11-1982 opgeheven. Vanaf die datum viel volksgezondheid onder het ministerie van Welzijn, volksgezondheid en cultuur.
- 195 Interview Schuurman Hess 5-7-1995.
- 196 Dienst Bouwzaken en bureau O&E, 'Structureringsorganisatie nieuwbouw', 9-1-1985; DA.07-638 [2627]. Ibidem, 23-1-1985; DA.07-649 [2538]. Notulen directie 23-1-1985; DA .07-667 [2493]. Interview Schuurman Hess 5-7-1995.
- 197 'Visuele vormgeving', 30-9-1982; DA.07.354-249 [1749]. Notulen Technisch overleg O&W-AZG 23-3-1983; DA.07.354-252 [1754]. Kruisheer aan Hamel, 22-6-1983 ('Toegankelijkheid van het AZG'); DA.07.354-247 [1604]. Notulen directie 8-2-1984; DA.07-666 [2492].
- 198 Dienst Bouwzaken, bureau O&E en dienst Financiële en materiële zaken, 'Heroverweging invulling Structuurplan, Deel 1A', 27-4-1984; Notulen overleg directie met dienst Bouwzaken en bureau O&E, 2-5-1984; Verstegen aan Deetman, 17-9-1984; Notulen overleg O&W-AZG, 3-10-1984; DA.07.354-250 [1734-1735]. Notulen overleg bestuur [met directie]17-5-1984; Ibidem 8-10-1984; DA.07-655 [2545]. Notulen kwartaaloverleg directie met bestuur afdeling chirurgie 9-10-1984; DA.07.354-324 [1857]. Notulen overleg B&W-AZG, 13-12-1984 ; Ibidem 23-9-1986; DA .07-898 [510].
- 199 Kruisheer aan Hamel, 22-6-1983 ('Toegankelijkheid van het AZG'); DA.07.354-247 [1604]. Interview Hallink 17-8-1995.
- 200 Bureau O&E en dienst Bouwzaken, 'Basisprogramma/Vlekkenplan Academisch Ziekenhuis Groningen', 28-2-1985 (neerslag van de Lochem-activiteiten); Schuurman Hess aan Dessing, 28-2-1985; Bureau O&E, 'Besluiten directie inzake basisprogramma/vlekkenplan AZG dd 3 april 1985', 10-4-1985; DA .07.354-353 [1842].
- 201 Driedaagse in Zeegse op 4, 5 en 6 juni 1985. Notulen stafgroep structuurplan 20-6-1985; DA.07.354-301 [1734-1735].
- 202 'Nota Nieuwbouw AZG 2000', 15-11-1985; Dienst Bouwzaken en bureau O&E, 'Nota nieuwbouw AZG', november 1985; DA .07.354-302 [1882]. Notulen ONAG 28-11-1985; Ibidem 19-8-1986; Esmeijer aan Bestuur AZG, 16-7-1986; DA.07.354-314

- [1843]. Notulen Bouw Management Team 12-12-1985; DA .07.354-312 [1882]. Ibidem 8-1-1987; DA.07.354-322 [1885]. AZG, 'Structuurplan Academisch Ziekenhuis Groningen', maart 1987; DA.geen nr. [1903]. Notulen ONAG 23-4-1987; DA.07-650 [2539] of DA.07.354-321 [1843].
- 203 De opdracht voor medische microbiologie ging naar de Architectenwerkgroep Bijliefeld-Grit-Gunnink, een van de vier leden van Team 4. Notulen Stafgroep budget en tijd 28-3-1985; DA .07.354-323 [1880]. Interview Hallink 17-8-1995. Interview Schuurman Hess 5-7-1995. Interview Kleinjan 30-5-1996.
- 204 Schuurman Hess aan Buisman, 27-1-1986; Buisman aan Schuurman Hess, 4-2-1986; W.O. Wassenaar aan Schuurman Hess, 10-2-1986; Buisman aan Schuurman Hess, 22-4-1986; Grontmij aan Schuurman Hess, 7-5-1986; Dessing aan Buisman, 22-5-1986; Buisman aan Dessing, 23-5-1986; DA.07.354-340 [1829].
- 205 J.G. Hoogenraad aan Bestuur AZG, 22-6-1986 (juridisch advies); Schuurman Hess aan AAA AZG, 1-12-1986; AAA AZG aan Schuurman Hess, 29-1-1987; Dessing aan Hallink, Kleinjan en Kruisheer, 13-2-1987; Ibidem, 10-3-1987; Hallink, Kleinjan en Kruisheer aan Dessing, 11-3-1987; DA.SSA-399. Notulen overleg bestuur met algemeen directeur 16-2-1987; Ibidem 10-3-1987; DA .07-849 [2547]. Interview Schuurman Hess 5-7-1995.
- 206 Kruisheer, 'Terugblik bij terugtreden', 12-6-1987; Archief Dijkstra.
- 207 Notulen overleg bestuur met economisch directeur 2-4-1987; Notulen overleg bestuur met algemeen directeur 7-5-1987; Ibidem 12-5-1987; Ibidem 18-5-1987; Ibidem 4-6-1987; Ibidem 20-7-1987; DA.07-849 [2547]. Interview Hamel 8-5-1996.
- 208 Ibidem.
- 209 Notulen overleg bestuur met algemeen directeur 3-9-1987; DA.07-849 [2547]. G. van der Schaaf werd per 1-8-1988 benoemd tot plv. bouwcoördinator. Interview Schuurman Hess 5-7-1995.
- 210 Interview Hamel 28-2-1996. Het Bouw Management Team begon zijn werkzaamheden op 1-2-1985. Laatste vergadering wsch. op 23-2-1989. De Bouwadviescommissie nam de werkzaamheden daarna over en functioneerde tot 19-4-1993. Interview Schuurman Hess 5-7-1995. Interview Hamel 28-2-1996.
- 211 'Regeling van de verantwoordelijkheid voor de academische ziekenhuizen', (bijlage 2 bij het regeerakkoord); *Staatscourant* 11-7-1986. Minister van O&W en staatssecretaris van WVC, 'Uitwerking bijlage II van het regeerakkoord, nadere regeling van de verantwoordelijkheid voor de academische ziekenhuizen', 26-2-1987; kamerstukken II, 1986/1987:19 896, nr.1. O&W aan AZG, 27-7-1987; DA.07.354-318 [1905]. Minister Deetman (O&W) aan Bestuuren directie AZG, 17-12-1987; DA.07-965 [792/798]. Minister Deetman aan de leden van de WO-Kamer, 1-5-1987; Minister Deetman aan Bestuur en directie AZG, 23-2-1988; Ibidem, 6-7-1988; Archief dienst Bouwzaken. Wijziging van wet op het wetenschappelijk onderwijs en de wet ziekenhuisvoorzieningen met betrekking tot de academische ziekenhuizen (aanpassing regelgeving academische ziekenhuizen)[memorie van toelichting 24-5-1988]; Tweede Kamer 1988/1989:20889, nr. 3. Beijk, 'Financiën, bouw en investeringen academische ziekenhuizen'.
- 212 Notulen overleg O&W-AZG 14-4-1987; DA.07-843 [493]. Notulen ONAG 23-4-1987; Ibidem 26-5-1987; DA.07.354-650 [1843]. Ibidem 22-10-1987; DA.07.354-321 [1843]. Notulen voorvergadering bestuur 13-4-1987; DA.07-849 [2547].
- 213 Notulen UNAG 28-6-1988; DA.07.354-321 [1879]. Interview Esmeijer 21-8-1995. Interview Schuurman Hess 5-7-1995. Interview Esmeijer 21-8-1995.
- 214 Bureau O&E en dienst Bouwzaken, 'Nota: stappenplan nieuwbouw AZG', juni 1987; DA.07.354-351 [1899].
- 215 Notulen Stafgroep structuurplan 2-12-1987; DA.07.354-351 [1903]. Dienst Bouwzaken, 'Varianten tbv een versnelde nieuwbouw beddenhuizen Interne', 2-5-1988; 'Sneller beter, notitie over de mogelijkheid en wenselijkheid om het nieuwbouwproces van het AZG te versnellen', ca. 15-9-1988; DA.07.354-353 [1915]. Notulen overleg bestuur met algemeen directeur 8-9-1988 (versnelling met ca. 8 jaar mogelijk); DA.07-920 [2547]. AZG, 'Klaar in 1995, plan voor versnelde nieuwbouw van het Academisch Ziekenhuis Groningen', 27 november 1988.
- 216 Minister van Financiën aan Minister van O&W, 3-3-1988 (instemming met structuurplan); Schuurman Hess aan Hamel, 7-11-1988 (concept-goedkeuringsbrief); Minister Deetman (O&W) aan Bestuur AZG, 6-3-1989 (goedkeuring structuurplan); DA.SSA-401. Notulen UNAG 21-3-1989; DA.07.354-321 [1879]. Interview Esmeijer 21-8-1995.
- 217 AZG en RUG, 'Structuur-vlekkenplan voor het UMC', mei 1991 (bijlage VI: bouw eind 1999 klaar); Archief dienst Bouwzaken. Hamel aan Directie, 1-5-1989 (sluitend maken budgetboek bouw, bezuinigingsvoorstel 24 miljoen); Hamel aan Mooij, 14-5-1990; DA.SSA-401. Notulen overleg O&W-AZG 21-2-1990; Conclusies overleg O&W-AZG 22-6-1990; DA.SSA-400. Ibidem 7-9-1990 (goedkeuring O&W voor stappenplan AZG); Notulen overleg O&W-AZG 19-12-1991; DA.SSA-397. Vanaf 1992 nam H.W.M. Schoof de onderhandelingen met het AZG van Mooij over. Kerkhof bleef ook na 1-1-1992 betrokken bij de nieuwbouw van het AZG. Hamel aan Kerkhof, 16-12-1991 ('Nadere afspraken op basis van het convenant nieuwbouw enz. '); Schoof aan AZG, 3-3-1993 (zorg tav mogelijke budgetoverschrijdingen); Hamel aan Schoof, 18-3-1993 ('Het thans reeds oplossen van eventuele budgettaire problemen zou er al snel toe kunnen leiden dat zich na enige tijd wederom een probleem in dezelfde orde van grootte zou kunnen voordoen. '); DA.SSA-397. Raad van Bestuur aan Raad van Toezicht, 10-9-1991 (consequenties intrekking rijksga-

- rantieregeling voor financiering bouwinvesteringen AZG); DA.SSA-56. Hamel deed verschillende pogingen om de bemoeienis van O&W met de bouw verder terug te dringen. Hamel aan Minister Ritzen (O&W), 2-12-1991 (voorstel: O&W geeft taakstellend budget en toetst de spelregels); Ritzen aan Hamel, 24-1-1992 (nee, doorbouwen onder convenant); Schoof aan Raad van Bestuur AZG, 27-5-1994 (ziet af van door AZG gewenst protocol, doorbouwen onder convenant); DA.SSA-400.
- 218 Tiemstra Trebbe aan Hamel, 4-11-1991 (finale prijsaanbieding); Notulen overleg O&W met AZG 19-12-1991; Contracten voor de tweede fase nieuwbouw, 19-12-1991; DA.SSA-397. Notulen Raad van Toezicht, 18-11-1991; DA.SSA-121.
- 219 Notulen overleg bestuur met algemeen directeur 16-2-1987; DA .07-849 [2547]. Hamel aan AAA AZG, Kruisheer Hallink Arends en Team 4, 12-7-1989; Kleinjan aan Hamel, 28-7-1989; Notulen overleg AZG met Kleinjan en Arends 2-8-1989; Hamel aan AAA AZG, Kruisheer Hallink Arends en Team 4, 4-8-1989; Team 4 en Kruisheer Partners aan AZG, 25-1-1991 (mbt overdracht alle lopende opdrachten van AAA AZG aan Team 4 per 1-1-1991); DA.SSA-399.
- 220 W. Patijn is sinds 1995 rijksbouwmeester. Interview Hamel 28-2-1996.
- 221 'Nieuwbouw AZG'. *Triakel*, 16-17. Interview Van Leeuwen-Seelt 4-9-1995.
- 222 Conclusies overleg voorzitter bestuur met algemeen directeur 18-7-1988; DA.07-920 [2547]. Patijn aan Hamel, 21-7-1988 (offerte); Hamel aan Patijn, 4-8-1988 (opdracht); Patijn aan Hamel, 3-3-1989 (planningsafspraken); DA.SSA-246. Notulen bestuur 20-3-1989 (toelichting Patijn); DA.07.354-898 [2539]. Dohle, 3 artikelen in *Triakel*.
- 223 H. Hekkema, 'Rijksbouwmeester Patijn, "Mijn persoonlijke smaak komt op de tweede plaats"', *NvH* 24-6-1995. Interview Patijn 5-6-1996; Ibidem 27-9-1996 (tel.); Ibidem 29-9-1996 (tel.). Interview Kolmas 2-5-1996. Dohle, 'Centrale hal', 7. Interview Patijn 27-9-1996 (tel.). Interview Kolmas 2-5-1996.
- 224 Notulen Bouwadviescommissie 15-9-1989 (informatiedag betr. de bouw te Haren); Ibidem 21-12-1989; DA.07.354-321 [1917].
- 225 Mededeling Wassenaar, Groningen. Interview Patijn 5-6-1996.
- 226 'Notitie inzake ontwerp verkeersconcept stedenbouwkundig deelplan AZG-terrein', 4-12-1981; Notulen overleg B&W-AZG 17-12-1981; DA.07-646 [510/2534]. 'Beleidsnota verkeer en parkeren van het Academisch Ziekenhuis Groningen', februari 1982; DA.07-344 [1948/1962]. Gemeente Groningen, 'Concept stedenbouwkundig deelplan AZG', april 1982; DA.07.354-251 [1770]. Grontmij, De Bilt, '(Ver)nieuwbouw AZG-Groningen, ontsluiting toekomstig energie- en verzorgingscentrum', juni 1982, 2-3; DA.07.354-301 [1540-1543]. Notulen overleg B&W-AZG 10-3-1981; Ibidem 25-6-1981; Ibidem 17-9-1981; Ibidem 17-12-1981; Ibidem 27-4-1982; Ibidem 17-6-1982; Ibidem 11-11-1982; Ibidem 14-6-1983; Ibidem 7-11-1983; Ibidem 8-12-1983; Ibidem 22-3-1984; Ibidem 15-6-1984; Ibidem 19-10-1984; Ibidem 13-12-1984; Ibidem 4-3-1985; Ibidem 31-5-1985; Ibidem 5-11-1985; Ibidem 7-1-1986; Ibidem 3-6-1986; Ibidem 23-9-1986; Ibidem 4-11-1986; Ibidem 2-6-1987; Ibidem 8-3-1988; DA.07-898 [510].
- 227 Structuurplan Groningen 1986. Groningen. Krediet voor de stad, 7, 11 en 42.
- 228 Structuurplan Groningen 1986, 26-28, 31, 42. Groningen, krediet voor de stad, 12-13. Verstegen aan B&W, 4-11-1986; DA.07-842 [252-256 of 510]. Notulen overleg B&W-AZG 31-5-1985; Ibidem 23-9-1986; DA.07-898 [510].
- 229 Notulen overleg B&W-AZG 17-12-1981; DA.07-646 [510]. Notulen overleg B&W-AZG 31-5-1985; Ibidem 23-9-1986 ('Om het Bodenterrein aan te kunnen pakken, moet eerst invulling gegeven zijn aan de zuidpunt.');
- Ibidem 2-6-1987; DA.07-898 [510]. B&W aan AZG, 18-5-1988; DA.SSA-401. *Oostersingel Oostzijde (AZG), ontwerp bestemmingsplan*.
- 230 Interview Patijn 5-6-1996; Ibidem 27-9-1996 (tel.); Ibidem 29-9-1996 (tel.).
- 231 J. van der Weij (Tiemstra Trebbe) aan Hamel, 2-4-1990 (haalbaarheidsstudie opbrengst zuidpunt versus aanleg parkeergarage); Notulen overleg Gemeente Groningen met AZG 7-6-1990; DA.SSA-246. Ibidem 12-10-1990; DA.SSA-19. Interview Looman 6-5-1996.
- 232 Hamel aan Minister Ritzen (O&W), 10-11-1989; DA.07.354-321 [1917]. Notulen overleg Gemeente Groningen met AZG 26-6-1990; Hamel aan Ritzen, 10-7-1991; DA.SSA-246. Van der Schaaf aan Hanewinkel (Financiële en materiële zaken), 25-9-1992; DA.SSA-498. Interview Looman 6-5-1996; Ibidem 16-10-1996.
- 233 'AZG presenteert', *Triakel*, 9.
- 234 Patijn, 'Reactie op de jongste voorstellen van de zijde van de Dienst Stadsontwikkeling van de gemeente Groningen met betrekking tot de ontsluiting van het AZG en de inrichting van de zuidpunt', 20-2-1991; Notulen overleg Gemeente Groningen met AZG 26-2-1991; Stroomberg (Gemeente Groningen, RO/EZ), 'Stand van zaken planontwikkeling AZG-terrein', 27-2-1991; DA.SSA-246. Notulen overleg Gemeente Groningen met AZG 30-6-1993; S.J. Bennema (MABON) aan Looman, 17-8-1994 (scriptie 'Het zotel, fictie of realiteit'); Looman aan Wilma vastgoed bedrijfshuisvesting, 23-12-1994; DA.SSA-498. M. de Bruin, 'Nieuw hotel met honderd kamers op AZG-terrein', *NvH* 28-10-1996.
- 235 L.C. Bruggeman (Raad van Bestuur AZG) aan B&W, 17-5-1991; Bureau Goudappel Coffeng, 'Academisch Ziekenhuis Groningen', 27-5-1991 (beoordeling plannen voor de ontwikkeling van de zuidpunt); Vergadering raadscommissie voor Economische

- zaken, verkeer en vervoer, 30-5-1991; Looman, 'Aantekeningen tbv gesprek met wethouder Hasselaar', 3-6-1991; DHV en Heeling Krop Bekkering, 'Advisering ontsluiting AZG en inrichting zuidpunt', 24-6-1991; Patijn aan J. Heeling, 27-6-1991; Notulen overleg B&W-AZG, 4-7-1991 (overleg over en tekenen van intentieovereenkomst); Heeling aan Patijn 9-7-1991; Notarissen Van Olst en Brouwer, 'Afschrift transport akte', 30-12-1991; DA.SSA-246. Stroomberg, 'Aankoop AZG-zuidpunt', notitie tbv overleg B&W-AZG 28-11-1991; Notulen overleg B&W-AZG 28-11-1991; DA .SSA-19. 'Oostersingel oostzijde AZG, ontwerp stedenbouwkundig plan', 22-6-1993; Notulen overleg Gemeente Groningen met AZG 6-10-1993; Looman aan Hamel, 18-7-1994 ('Stedenbouwkundige uitgangspunten zuidpunt'); DA.SSA-498.
- 236 Looman aan Hamel, 29-10-1993 (aandachtspunten voor overleg met B&W, 2-11-1993); DA.SSA-415. Notulen overleg Gemeente Groningen met AZG 17-11-1993; Ibidem 15-12-1993; Ibidem 26-1-1994; Ibidem 9-3-1994; Uitspraak Raad van state, afdeling bestuursrechtspraak, 14-1-1994; Dienst Ruimtelijke ordening en economische zaken (RO/EZ) Gemeente Groningen, 'Inrichting openbare ruimte zuidpunt AZG, nota van randvoorwaarden en uitgangspunten', april 1994 (o.a. 'Mogelijkheden behoud en ontwikkeling natuurwaarden volgens Copijn'); Looman aan Hamel, 22-7-1994; RO/EZ aan Hamel, 3-11-1994; DA.SSA-498. *Oostersingel oostzijde (AZG), ontwerp bestemmingsplan. Oostersingel oostzijde (AZG), bestemmingsplan.* Interview Looman 6-5-1996.
- 237 Interview Looman 6-5-1996.
- 238 Notulen overleg bestuur met algemeen directeur 7-7-1988 (Hamel: 'De aandacht van de dienst Bouwzaken is te sterk gericht op het fysieke bouwproces en te weinig op het inhoudelijk deel'); DA.07-920 [2547]. Patijn aan Hamel, 15-3-1989 (gevelbehandeling binnenstraten en patio's); DA.07.354-318 [geen invnr]. Notulen UNAG 18-5-1989 (gevelbehandeling); DA.07.354-321 [1879]. Notulen overleg bouw gemachtigde met waarnemend bouwcoördinator 28-9-1989; DA.07.354-342 [1918]. Notulen overleg AZG met Team 4, 21-8-1989; Overeenkomst AZG-Patijn inzake de supervisie over de nieuwbouw AZG, 15-1-1991; Supervisie overeenkomst Patijn-Kleinjan. 15-1-1991; Van der Schaaf aan Hamel, 2-7-1993 (interieurarchitectuur poliklinieken); DA .SSA-399. Notulen UNAG 18-9-1990 (interieurarchitectuur poliklinieken); DA.SSA-247. Interview Schuurman Hess 5-7-1995. Interview Hamel 28-2-1996; Ibidem 8-5-1996.
- 239 Bouw Management Team aan Directie AZG, 14-1-1988; Hamel aan Bouw Management Team, 4-3-1988; DA.07.354-323 [1886]. Van Heugten Noord (M.E. Engels en T. Bakker), 'Rapport uitgangspunten en alternatieven voor een haalbaarheidsstudie energiecentrale AZG', 6-12-1988; Van Heugten (A.J. Braam) aan AZG (H. Kamps), 16-11-1989; Archief Van Heugten Noord, Groningen. Werkgroep energievoorziening AZG aan directie, 26-7-1989; Patijn, 'Nieuwe situatie energiecentrale AZG', 27-6-1990; Patijn aan Hamel, 12-7-1990 (begeleidend schrijven bij plan 27-6-1990); Patijn, 'Nieuwe situatie energiecentrale AZG, voorlopig ontwerp', 26-11-1990; DA.SSA-407. Notulen overleg B&W-AZG 3-4-1990; DA.SSA-19. Notulen directie 5-4-1990; DA.DYN-18750.
- 240 Ibidem.
- 241 Interview Patijn 5-6-1996.
- 242 R.W. van Otterloo (KEMA), 'Betrouwbaarheidsanalyse van de elektriciteitsvoorziening van het academisch ziekenhuis te Groningen', 17-9-1985; NUON, 'AZG Groningen, eindrapport betreffende de werking van de energiecentrale in combinatie met het openbare elektriciteitsnet en de verbruikers van het Academisch Ziekenhuis Groningen', 27-10-1994; Archief dienst Bouwzaken. Notulen directie 26-11-1991; DA.SSA-55. Van der Schaaf aan Raad van Bestuur, 3-7-1990; Ibidem, 4-12-1990; Ibidem 20-6-1991; Van der Schaaf aan Dynaf energietechniek, Alkmaar, 28-12-1994; H.F.A. Sidler aan AZG adjunct-directeur P.R. Holsteijn, 2-9-1994; Ibidem, 16-9-1994; Sidler aan Raad van Bestuur AZG, 7-10-1994; Ibidem 1-11-1994; Sidler aan Holsteijn, 12-11-1994; DA.SSA-407. Ibidem 16-5-1995 ('Grote belangrijke afdelingen, zoals het OK complex worden als totaal vanaf één punt gevoed. Een storing van die laagspanningsverbinding kan leiden tot spannings uitval in het gehele OK complex; afhankelijk van de aard van de storing, kan die spannings uitval tot meerdere uren, zelfs dagen duren.'). DA.DYN-67269. Dankzij een noodstroomvoorziening kunnen de meest kwetsbare delen van het ziekenhuis bij dergelijke stroomstoringen toch functioneren. De stroomstoring van 18-10-1996 duurde afhankelijk van de locatie een halfuur tot anderhalf uur. De minder kwetsbare delen van het ziekenhuis bleven enkele uren van elektriciteit verstoken.
- 243 Het voorzieningengebouw heette aanvankelijk verzorgingsgebouw. Notulen overleg O&W met AZG 19-12-1991; DA.SSA-397. Van der Schaaf aan Hamel, 3-6-1993; Ibidem 28-9-1993; DA.SSA-499. Notulen UNAG 20-2-1995, DA.DYN-65781.
- 244 DHBZ, 'Aanzet tot de ontwikkeling van het voormalig Bodenterrein, primair ten behoeve van de medische faculteit van de Rijksuniversiteit te Groningen', 28-2-1977; DA.07.354-34 [1603]. Notulen overleg B&W-AZG 17-12-1981; DA.07-646 [510]. 'Rijksuniversiteit Groningen - stedenbouwkundige visie Bodenterrein', 25-1-1983; DA.07.354-240 [geen invnr]. Kluck aan Bestuur AZG, CvB van de RUG en Bestuur medische faculteit, 1-2-1983; Bestuur medische faculteit aan Commissie van Bouwoverleg RUG-AZG-MF, 18-2-1983; DA.07.354-252 [1800]. DHBZ, 'Notitie mbt voorstel tot herbestemming van de door het laboratorium voor medische microbiologie c.a. in 1986 vrij te maken ruimten in de vleugels F, G en H, Oostersingel 59-3', 2-2-1983; DA.07.354-253

- [1834]. DHBZ, 'Nota huisvestingsbeleid 1985/1, motto: van een groei-model naar een krimpmo-del', januari 1985; DA.07.354-333 [1881]. Planologische kernbeslissing faculteitsraad 25-2-1986.
- 245 Kruisheer Hallink Arends, 'Voorstel aangaande plaats en grootte van de afdelingen ten behoeve van de uitwerking van het Structuurplan AZG' 7-9-1983; DA.07.354-249 [1749]. Minister Deetman aan Bestuur AZG, 11-5-1984; DA.07-649 [2538]. Dienst Bouwzaken en bureau O&E, 'Nota Nieuwbouw AZG', november 1985, 7; DA.07.354-302 [1735]. Notulen ONAG 5-9-1985; Notulen overleg O&W met DHBZ, 13-3-1986; DA.07.354-314 [1843]. RUG, 'Basisplan ruimtelijke ordening medische faculteit', juni 1986; DA.07.354-324 [1881]. Notulen overleg B&W-AZG 23-9-1986; DA.07-898 [510]. AZG en RUG, 'Voorstel tot integrerend samengaan van academisch ziekenhuis en medische fakul-teit', 11-12-1986; DA.geen nr. [223] Notulen commissie van overleg 8-12-1986; DA.07-880 [256]. Mooij (O&W) aan AZG, 27-3-1986; Voorzitter Verstegen aan Minister van O&W, 10-3-1987; RUG, 'Vlekkenplan voor het niet klinische deel van de medische faculteit', 7-5-1987 (met bijlagen); Notulen UNAG 26-5-1987; DA.07.354-321 [1879]. Notulen Stafgroep structuurplan 9-4-1987; DA.07.354-322 [1885]. Notulen Bouw Management Team 10-5-1988; DA.07.354-323 [1886]. Schuurman Hess aan Hamel, 7-11-1988 (ontdubbeling); DA.SSA-401. J.P.W.F. Lakke (voorzitter GUFA) aan Commissie van Overleg, 8-4-1986 ('Notitie minimumvariant bestuurlijke relaties universiteit/fakul-teit/academisch [zieken]huis'); DA.07-842 [2423]. Het onderbrengen van alle afdelingen in de nieuwbouw kwam het AZG op een korting van 5000 vierkante meter te staan.
- 246 Ibidem.
- 247 Interdepartementale commissie-Weeda, 'Rapport inzake onderlinge afstemming academische en niet-academische ziekenhuizen', 21-11-1979; DA.07-641 [1754]. Coördinatiegroep academische ziekenhuizen, universiteiten, faculteiten der geneeskunde, 'De plaats van de Academische Ziekenhuizen', 14-8-1980; DA.07-642 [2530]. UFA = Universiteiten, faculteiten der geneeskunde, academische ziekenhuizen.
- 248 Notulen overleg B&W-AZG 2-6-1987; DA.07-898 [510]. CvB van de RUG aan Minister van O&W, 13-8-1987; DA.07.354-322 [1885]. AZG en RUG, 'Structuur-vlekkenplan voor het UMC, eindconcept', 1-3-1989 (de 'Groene nota'); J. Hamel en E. Bleumink aan Minister van O&W, 8-11-1991; DA.SSA-401. Notulen overleg B&W-AZG 13-10-1992; DA.SSA-246. AZG en RUG, 'Structuur-vlekkenplan voor het UMC', mei 1991; Archief dienst Bouwzaken.
- 249 Interview Looman 6-5-1996.
- 250 CvB van de RUG aan DB AZG, 26-8-1975, DA.07-856 [622]. Kluck aan Bestuur AZG, 10-10-1979 ('Voorlopige overeenkomst van ruiling'); DA.07-641 [1754/2528/2529]. Notulen commissie van Overleg 7-4-1994; DA.DYN-58527. Ibidem 22-9-1994; DA.DYN-62420. Ibidem 24-11-1994; DA.DYN-62987. Notulen overleg RUG met AZG 2-11-1995; DA.DYN-72056. Raad van Bestuur AZG (Bruggeman) aan CvB van de RUG, 28-11-1995; DA.DYN-72439.
- 251 Overeenkomst AZG-RUG, 22-8-1996; DA.DYN-81344. 'Notitie bebouwingsplan-/vlekkenplan RUG-AZG', 25-11-1996; DA.DYN-82821.
- 252 Notulen convent 20-5-1996; DA.DYN-78345. *Gedurfd in Groningen*. Kernteam CiBoGa aan Ondernemers-/bewonerspanel, 4-10-1996 (over concept-stedenbouwkundig plan Ciboga). Interview Looman 6-5-1996.
- 253 L.J. Zielstra, 'Het Algemeen Provinciaal-, Stads- en Academisch Ziekenhuis te Groningen', zj 1942, 7-8; DA.geen nr. [geen invnr].

COLOFON

De studie *Blokken op de bres* van
Jan van den Noort is geschreven in opdracht
van en uitgegeven door het Academisch Ziekenhuis Groningen.

tekstcorrectie: Jet Matla, Middelburg
vormgeving en productie: Ekkers & Paauw, Groningen
drukwerk: PlantijnCasparie Groningen, Groningen
bindwerk: Witlox, Groningen

Groningen, september 1999