



Architectuur van Belgische hospitalen



Architectuur van Belgische hospitalen



Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap
Afdeling Monumenten en Landschappen

ARCHITECTUUR VAN BELGISCHE HOSPITALLEN

Kaftfoto:
De westgevels
van de ziekenzalen
van het
Sint-Janshospitaal
in Brugge
(foto O. Pauwels)

Architectuur van Belgische hospitalen



Dit boek verscheen in januari 2005 en werd uitgegeven door het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap-Afdeling Monumenten en Landschappen

Auteurs

Patrick Allegaert, Jean-Marc Basyn, Thomas Coomans, Sigrid Dehaeck, Paul Dierckx, Griet Maréchal, Jaak Ockeley, René Stockman, Dirk Van De Vijver, Prof. Robrecht Van Hee, René Van Tiggelen, e.a.

Coördinatie

Luc Tack

Eindredactie

Marjan Buyle en Sigrid Dehaeck

Concept en Vormgeving

Luc Tack

Fotografie

Fabrice Dor en Guy Focant (Wallonië), Oswald Pauwels (Brussel), Kris Vandevorst (Vlaanderen)

Redactiecomité

VOORZITTER: Prof. Robrecht Van Hee

COÖRDINATIE: Sigrid Dehaeck en Marjan Buyle

VLAANDEREN: Patrick Allegaert, Guy Dupont en Griet Maréchal,

WALLONIË: Jacques Deveseleer

BRUSSEL: David Guillardian, Pascale Ingelaere, Annie Meiresonne en Wiebe Verhoeven

Met de medewerking van

FOD van Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu

Ministère de la Région wallonne, Division du Patrimoine, Monuments et Sites

Ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Directie Monumenten en Landschappen

OCMW van Brussel



◀
Het Hèger-Bordet
instituut
in Brussel (1939)
naar ontwerp van
Georges Brunfaut
en Sta. Jasinski
(foto O. Pauwels)

© Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap-Afdeling Monumenten en Landschappen
Koning Albert II-laan 19 bus 3, 1210 Brussel – Tel. 02/553.16.13 – Fax 02/553.16.12
DianeP. Torbeyns@lin.vlaanderen.be

Verantwoordelijke uitgever: Joris Scheers

Niets uit deze uitgave mag op enigerlei wijze worden veelevoudigd en/of
openbaar gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de
auteurs en de uitgever

ISBN: 90-403-0209-X
Depotnummer : D/2004/3241/123
Nur: 923

INHOUD

Voorwoord <i>Vlaams Minister Dirk Van Mechelen</i>	9
Ten geleide <i>Christiaan Decoster</i>	11
Van hospitaal naar virtueel ziekenhuis? <i>Sigrid Dehaeck en Robrecht Van Hee</i>	12
Hospitalen tijdens de Middeleeuwen <i>Griet Maréchal</i>	26
De middeleeuwse kloosterinfirmierie: synthese van spirituele, medische en praktische beschouwingen <i>Thomas Coomans</i>	36
Het gasthuiswezen in de Nieuwe Tijd <i>Jaak Ockeley</i>	44
Architectuur die heelt. Paviljoenziekenhuisbouw in het 19 ^{de} -eeuwse België <i>Dirk Van de Vijver</i>	54
Ziekenhuizen tijdens het interbellum <i>Jean-Marc Basyn</i>	66
Geschiedenis van de sanatoria in België <i>Paul Dierckx</i>	76
De militaire ziekenhuizen <i>René Van Tiggelen</i>	78
De geboorte van het psychiatrische gesticht <i>Patrick Allegaert en René Stockman</i>	80
Gids van de Belgische hospitalen	89
Hospitaalmusea en medische verzamelingen <i>Guy Dupont</i>	241
Verklarende woordenlijst <i>Marjan Buyle en Sigrid Dehaeck</i>	252
Summary	256



▲
Het hospitaal
van Jolimont
in La Louvière,
1856-1864
(foto F. Dor
© MRW)

►►
Het psychiatrisch
centrum dr. Guislain
in Gent naar
ontwerp van
A. Pauli, 1853-1876
(foto K. Vandevorst)

VOORWOORD

Hospitaalgebouwen zijn alleen al door hun omvang opvallende en interessante monumenten. Hun ontstaan gaat terug tot de 10^{de}-11^{de} eeuw, met als eerste doel het opvangen van de reizende pelgrims. Door de ontwikkeling van de steden in de 12^{de} eeuw en de grotere bevolkingsconcentraties stelt zich een nieuwe nood: het verzorgen van de zieken en het bijstaan van de hulpbehoevenden uit de stad en het omringende platteland. Het oorspronkelijke eenduidige opzet van de hospitalen als pelgrimsopvang wordt dan ook snel uitgebreid tot deze andere functies, al kunnen ze in dat stadium nog niet vergeleken worden met een ziekenhuis in de huidige betekenis van het woord. De gestage ontwikkeling van de geneeskunde en de nieuwe ideeën omtrent ziekenzorg weerspiegelen zich in de ontwikkeling van de hospitaalgebouwen. Waar de middeleeuwse hospitalen nog gebouwd werden als kloostercomplexen, zien we vanaf de hervormingen van Jozef II rond 1780-1790 een gestage evolutie naar het huidige moderne ziekenhuis: een plaats waar zieken behandeld worden door medisch geschoold personeel in een speciaal hiervoor ontworpen gebouw. Zo zien we in de 19^{de} eeuw het paviljoentype ontstaan, terwijl men in de 20^{ste} eeuw meer en meer voor hoogbouw zal opteren. Daarnaast zijn er steeds specifieke gebouwen geweest voor specifieke aandoeningen: de leprozerieën en pesthuisjes aan de rand van de stad tijdens de middeleeuwse epidemieën van deze besmettelijke ziekten; gebouwen voor de behandeling van geesteszieken, vaak in een rustige landelijke omgeving ingeplant; sanatoria in een gezonde buitenomgeving voor de behandeling van tuberculosepatiënten.

Dit M&L-Cahier stelt het rijke erfgoed aan monumentale en historische hospitalen in België voor, van de 12^{de} eeuw tot en met het interbellum. Veel, zelfs oude hospitalen, zijn nog steeds in gebruik. Vaak zijn ze in de loop der tijden uitgebreid of verbouwd. In sommige gevallen werd geopteerd voor nieuwbouw ter aanvulling van het oude gebouwenbestand. Door het verdwijnen van de bepaalde ziektes zijn leprozerieën, pesthuisjes en sanatoria per definitie niet meer in gebruik. Er zijn ook andere hospitalen die niet meer aangepast zijn of kunnen worden aan de huidige evolutie en vereisten van de medische wetenschap. Voor al deze gebouwen dient een nieuwe aangepaste functie te worden gezocht. De ideale herbestemming van deze meestal zeer grote gebouwen ligt meestal in het verlengde van hun vroegere zorgfunctie, zoals een logische omschakeling naar bejaarden- of rusthuis. Belangrijke hospitalen, zoals het Sint-Janshospitaal in Brugge, het Guislain instituut in Gent en het hospitaal Notre Dame à la Rose in Lessines hebben thans een museale functie, al dan niet gekoppeld aan de oude zorgfunctie, zoals in het middeleeuwse Sint-Janshospitaal in Damme. Een interbellum ziekenhuis is als woonruimte omgebouwd. Voor sanatoria is een herbestemming moeilijker, omdat ze op afgelegen plaatsen liggen. Met creativiteit enerzijds en respect voor het historisch erfgoed anderzijds zijn oplossingen mogelijk die alleszins een boeiende uitdaging vormen zowel voor de medische wereld als voor de monumentenzorg. De samenwerking tussen de verschillende federale en gewestelijke diensten voor de samenstelling van dit boek is alvast bemoedigend en een stap in de goede richting.

Dirk VAN MECHELEN

*Vlaams Minister van Financiën, Begroting en
Ruimtelijke Ordening, bevoegd voor monumenten,
landschappen en archeologie*



TEN GELEIDE

De organisatie van het Belgische ziekenhuiswezen, met haar ruime toegankelijkheid, betaalbaarheid en hoge kwaliteit is één van de beste stelsels in Europa en de wereld. Dit is mede te danken aan het feit dat het ziekenhuiswezen zich in dit land zeer vroeg ontwikkeld heeft. Het veertigjarig bestaan van de ziekenhuiswet op 23 december 2003 leek ons een goede gelegenheid om terug te kijken op het verleden van dit ziekenhuiswezen.

Toen we in het begin van 2003 het initiatief namen om een boek over hospitaalgeschiedenis te maken, konden we rekenen op zeer enthousiaste medewerkers en deskundigen die belangeloos, met kennis en ervaring, twee jaar hebben samengewerkt. Dit boek zou echter niet tot stand gekomen zijn zonder de unieke samenwerking van de Federale Overheid met het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, afdeling Monumenten en Landschappen, het Comité Hospitaalgeschiedenis, het OCMW van Brussel, het Ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, dienst Monumenten en Landschappen en het Ministerie van het Waals Gewest, dienst patrimonium.

In dit M&L-Cahier wordt aan de hand van het rijke Belgische hospitaalerfgoed zeer ver teruggaan in de ziekenhuisgeschiedenis met haar geleidelijke ontwikkelingen en hoogtepunten, vanaf het ontstaan tot op de dag van vandaag. Het hospitaalwezen van de toekomst komt slechts in geringe mate aan bod, maar misschien is dit cahier wel een inspiratiebron voor mensen die dagelijks begaan zijn met ziekenhuizen, zoals dokters, verpleegkundigen, paramedici, ziekenhuisbeheerders en architecten, die wij met dit cahier willen eren en respecteren om wat zij vandaag en in het verleden tot stand hebben gebracht.

Christiaan DECOSTER

*Directeur-generaal
Directoraat-generaal Gezondheidszorgvoorziening van de
Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de
voedselketen en Leefmilieu*

VAN HOSPITAAL NAAR VIRTUEEL ZIEKENHUIS?

► Hospitaalzusters van
Sint-Jan in Brugge
(foto uit 1858
© Stedelijke musea
Brugge)



Met hospitalen krijgt iedereen vroeg of laat te maken: men wordt er geboren of overlijdt er, men wordt er verzorgd voor zijn ziekten. Dit is niet altijd zo geweest, maar is het resultaat van een eeuwenlange ontwikkeling. In de Middeleeuwen en de Nieuwe Tijden sprak men bijvoorbeeld niet over ziekenhuis, maar over hospitaal of gasthuis: er werden niet alleen zieken opgenomen, maar ook armen en pelgrims. Hoewel deze laatste waarschijnlijk vaak ook ziek waren, lag de nadruk in deze instellingen niet op het onderzoeken en genezen van de zieken, maar op gastvrijheid en barmhartigheid.

Dit M&L-Cahier stelt het rijke erfgoed aan monumentale en historische hospitalen voor. De architectuur van een zeventigtal hospitalen, van de 12^{de} eeuw tot de Tweede Wereldoorlog, wordt in haar historische context gesitueerd. Veel hospitalen zijn volledig of gedeeltelijk beschermd als monument of als stadsgezicht omwille van hun architecturale, esthetische, historische, wetenschappelijke of volkskundige waarde.

Nog meer dan voor andere monumenten stelt zich bij hospitaalgebouwen het probleem van verlies van hun oorspronkelijke functie en de uitdaging voor

een passende herbestemming. Sommige hospitalen werden afgebroken, andere staan leeg en wachten op een nieuwe bestemming. Nog andere zijn heringericht als culturele centra, musea of archiefruimte. Vele konden gelukkig hun zorgfunctie behouden. Vooral voor oude hospitaalcomplexen wordt het moeilijk om de vereisten van een goede monumentenzorg te combineren met de hedendaagse concepten van ziekenverzorging.

Thompson en Goldin stellen in hun boek *'The hospital: a social and architectural history'* dat een hospitaalgebouw de manier van denken over 'hospitalisatie' door de eeuwen heen weerspiegelt. Ze maken evenwel een onderscheid tussen functioneel ontworpen hospitalen en hospitalen die hun architectuurkenmerken 'ontleend' hebben aan andere gebouwen, zoals aan kloosters en abdijen, paleizen, maar ook gevangenissen en barakken. De bewust functionele gebouwen getuigen trouwens ook van de architecturale stijl van hun tijd en tegelijkertijd ook van andere aspecten van het religieuze of politieke leven. Van de Middeleeuwen tot nu hebben economische, politieke, sociale en culturele aspecten en overtuigingen met wisselende impact het hospitaalwezen en zijn architectuur gestuurd en beïnvloed.

HOSPITALEN IN DE MIDDELEEUWEN EN DE NIEUWE TIJDEN

De oudste en nog steeds te bezichtigen Belgische hospitaalgebouwen, weliswaar gerestaureerd en soms aangevuld met gebouwen van latere datum, dateren uit de 12^{de}-13^{de} eeuw: het Sint-Janshospitaal in Brugge, het Bijlokehospitaal in Gent, het hospitaal van Damme. De hospitalen van Oudenaarde, Kortrijk, Asse, Herentals, Hasselt, Geraardsbergen, Namen, Doornik, Lessen werden ook in deze periode gesticht, maar hun huidig bewaarde gebouwenbestand is recenter. Op politiek vlak was het huidige grondgebied België in de periode van de 12^{de} eeuw een lappendeken van landsheerlijkheden, bestuurd door graven, hertogen of prins-bisschoppen, die op hun beurt eventueel nog afhankelijk waren van de Franse koning of de Duitse keizer. Deze hoge heren hadden weinig te maken met de dagelijkse werking van een hospitaal, maar ze waren vaak schenkers bij een hospitaalstichting. Ook bisschoppen, kloosterorden, stadspoorters, hoge ambtenaren, gilden en edellieden konden een hospitaal stichten of begiften met een schenking van geld,



▲
De infirmerie
van Villers
(foto O. Pauwels)

goederen of grond. Grondbezit was zeer belangrijk voor een hospitaalinstelling: door zelfvoorziening werden financiële problemen beperkt en werd de duurzaamheid van het instituut verzekerd.

De ontwikkeling van landbouw, nijverheid en handel leidde tot een grote bevolkingsaan groei in de jonge steden, waar hospitalen werden opgericht om de verzwakte, arme en zieke stedelingen te helpen en om passanten onderdak te bieden. Door het stedelijke karakter van de middeleeuwse hospitalen en de katholieke status van het personeel – dat vanaf de 13^{de} eeuw meestal de regel van sint Augustinus had aangenomen –, vallen de meeste hospitaalinstellingen onder een dubbele jurisdictie: de stedelijke en de canonieke wetgeving. Vanaf het ontstaan van de hospitalen tot het einde van het Ancien Régime zullen stad, kerk en hospitaalgemeenschap concurreren om inspraak in financiële zaken, administratie en ziekenzorg. Hoewel men in de Bourgondische periode kan spreken van een algemene centralisatiepolitiek, is deze weinig van toepassing op de hospitaalinstellingen. Door een tekort aan coördinatie bleef de macht bij de kerk en de lokale besturen.



De belangrijkste gebouwen in een middeleeuws hospitaal waren de kapel en de ziekenzaal. Het onafscheidelijk samengaan van ziekenzaal en kapel getuigt van het grote belang van de christelijke godsdienst. De mis bijwonen of op zijn minst horen, kon de gelovige zieke steunen in zijn genezing of, indien zijn ziekte terminaal was, hem voorbereiden op het hiernamaals. Voor de zusters, broeders of leken die in het hospitaal werkten, was het hospitaal de ideale plaats om de werken van barmhartigheid te beoefenen: hongerigen spijzen, dorstigen laven, zieken verzorgen, doden begraven en pelgrims onderdak bezorgen.

In hospitaalrekeningen treft men vaak uitgaven aan voor barbiers en chirurgijnen. Zij stonden in voor de medische praktijk, die voornamelijk bestond uit lavementen, aderlatingen, wond- en breukverzorging. Medicijnen werden bereid op basis van planten en kruiden door kruideniers of apothekers. In de hospitalen waren weinig echte geneesheren te zien: het aanzien en honorarium van de arts waren te hoog voor het hospitaal en voor de arme mensen die er waren opgenomen.

Voor besmettelijke zieken, zoals melaatsen of leprozen was er specifieke opvang voorzien. Hoewel naastenliefde een belangrijk aspect was bij het ontstaan en de ontwikkeling van hospitalen, waren andere factoren belangrijk bij het ontstaan van leprozerieën. Om de burger te beschermen tegen besmetting, alsook de handel in de bloeiende steden te verzekeren, werden leprolijders geïsoleerd en gecontroleerd. Alhoewel men in deze periode geen notie van bacteriën had, beseftte men toch dat met dergelijke hygiënische maatregelen besmetting kon voorkomen worden. De kapel van de leprozerie van Chièvres en de lazerij van Rumst zijn zeldzame voorbeelden van nog te bezichtigen instellingen van deze aard.

Pest was in tegenstelling tot lepra veel dodelijker, acuter en besmettelijker waardoor pesthuizen tijdens epidemieën te klein waren, terwijl ze in andere perioden nutteloos waren. Vaak werden pestslachtoffers tijdens epidemieën dan ook toegelaten in de hospitalen.

In de infirmerieën van abdijen werd ook aan ziekenzorg gedaan: zieke of oude broeders werden er verzorgd door hun medebroeders tot ze opnieuw aan het religieuze abdielven, dat bestond uit gebed en arbeid, konden deelnemen. In de infirmerie bracht de stervende broeder zijn laatste uren door, waar-



▲ Miniatuur van de ziekenverzorging bij het reglement (1238) van het hospitaal Notre-Dame in Doornik

door deze een sacrale overgangsplaats werd tussen het aardse kloosterleven en het hiernamaals.

In de Middeleeuwen werden ook instellingen opgericht waar oude stedelingen een onderkomen en verzorging tot aan hun dood vonden. Ze werden godshuizen genoemd in het Nederlands en *hospice* in het Frans. In dit Cahier worden slechts enkele godshuizen met een typerende en belangrijke architectuur behandeld.

Door de bevolkingsaan groei in de steden was het nodig de oorspronkelijke middeleeuwse ziekenzaal uit te breiden. Het Sint-Janshospitaal van Brugge bijvoorbeeld breidde stelselmatig uit van de 13^{de} tot de 19^{de} eeuw. Sommige hospitalen werden vernield door brand of oorlogen en dan werden er nieuwe hospitalen gebouwd, op dezelfde plaats of soms ook op een ander stuk grond. Een aantal oude hospitalen met bouwonderdelen van de 15^{de} tot de 18^{de} eeuw, komen aan bod in de Gids: de Onze-Lieve-Vrouwehospitalen van Kortrijk en Oudenaarde, de Sint-Elisabethgasthuizen van Diest en Herentals, het *hospice Saint-Gilles* in Namen, het hospitaal van ongeneeslijke zieken in Doornik, het hospitaal van Sint-Julianus van Boussoit in La Louvière, het *hospice des vieillards* in Rebecq, *Notre-Dame à la Rose* in Lessen en andere.

◀ Kapel en poortgebouw van het middeleeuwse Sint-Janshospitaal in Brugge (foto O. Pauwels)

► De lazerij van Rumst
(foto O. Pauwels)



► Muurschildering met het Laatste Oordeel (16^{de} eeuw) in de lazerij van Rumst
(foto O. Pauwels)



In het begin van de 16^{de} eeuw deed keizer Karel een poging om de armenzorg en de structuur van de stedelijke instellingen efficiënter te organiseren. In die periode werd heel West-Europa namelijk geconfronteerd met een immense verpaupering en veel bedelaars zochten steun bij de liefdadigheidsinstellingen. In het edict van 7 oktober 1531 werden bepalingen opgenomen ter bestrijding van de bedelarij en werd het stelsel van een gemeenschappelijke



▲ Interieur van de 17^{de}-eeuwse kapel van het hospitaal Saint-Julien de

Boussoit in La Louvière
(foto F. Dor © MRW)

kas voorgesteld. Deze keizerlijke regeling kon echter in vele steden niet doorgevoerd worden: de gemeenschappelijke kas riep weerstand op bij de lokale burgerij en de Kerk, die hun macht over de instellingen wilden behouden. Ook keizer Jozef II zou er later niet in slagen het hospitaalwezen in de Oostenrijkse Nederlanden ten gronde te hervormen en te centraliseren.

Volgens Thompson en Goldin hebben hospitaalinstanties uit de periode van de 15^{de} tot de 18^{de} eeuw op architecturaal vlak gemeen dat ze gebouwd werden op basis van 'ontleende' grondplannen: voor hospitalen werd geen nieuwe specifieke architectuur ontworpen, maar men ontleende elementen uit bestaande bouwstijlen van kloosters, colleges en de landelijke architectuur. Het hospitaal kon een rechthoekig gebouw zijn, kon een U-vorm hebben of bestaan uit vier vleugels rond een binnenkoer. De gevel van het hospitaalgebouw werd in de stijl van de toenmalige periode gebouwd. Daardoor bestond een gebouwencomplex soms uit meerdere stijlen. Het hospitaal *Notre-Dame à la Rose* in Lessen bijvoorbeeld is een mengeling van laatgotiek, renaissance- en barokstijl.

Van de 15^{de} tot de 18^{de} eeuw bleef het aantal armen en marginalen in de maatschappij groeien. Om deze groep in de Spaanse Nederlanden, en later de Oostenrijkse Nederlanden, onder controle te houden werden in de 17^{de} eeuw, naar het voorbeeld van



◀ De kloostertuin van het hospitaal Notre-Dame à la Rose in Lessines (foto G. Focant © MRW)



◀ Het hospitaal Saint-Gilles in Namen (foto G. Focant © MRW)

▼
Achtergevel van
het hospitaal voor
ongeneeslijke zieken
(17^{de} eeuw)
in Doornik
(foto F. Dor
© MRW)



▲
Interieur van de
kapel van het Onze-
Lieve-Vrouwhospitaal
(1761)
van Geraardsbergen
(foto K. Vandevorst)

Engeland, Frankrijk en Oostenrijk, ordehandhavende instellingen, ook wel tuchthuizen genoemd, in Antwerpen, Brussel, Gent, Brugge, Mechelen en Mons opgericht. Dergelijke instellingen worden in dit boek niet behandeld, hoewel ze bepaalde sociale taken van de hospitalen overnamen.

Hoewel de 17^{de} en 18^{de} eeuw economisch zeer zwak waren, ontwikkelde de geneeskundige wetenschap zich door de vooruitgang in de natuurwetenschappen en het experimenteel onderzoek. Deze ontwikkelingen leidden tot een betere differentiatie en classificatie van ziekten. Voorlopers waren Andreas Vesalius die reeds in de 16^{de} eeuw een anatomieboek publiceerde en William Harvey die de bloedsomloop ontdekte. Jan Palfijn (1650-1730) vervulde een belangrijke rol in de ontwikkeling van de chirurgie en de obstetrie.

ZIEKENHUIZEN IN DE 19^{DE} EEUW

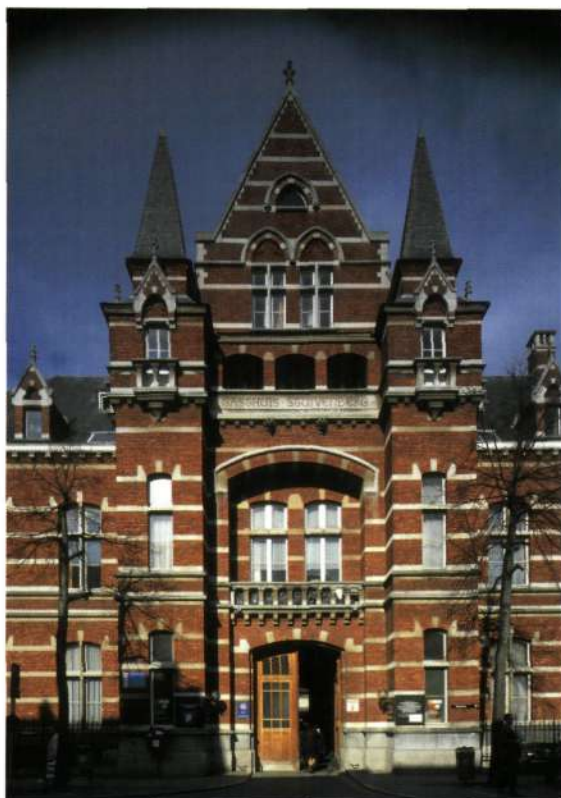
De Franse revolutie en de daarop volgende hervormingen tijdens de Franse periode van de Zuidelijke Nederlanden (1794-1814) maakten een einde aan talrijke bestaande structuren. Een Commissie voor burgerlijke godshuizen werd opgericht voor de verzorging van zieken, wezen en bejaarden. De hospitalen en godshuizen werden openbare instellingen, bestuurd door een gemeentelijke commissie. De religieuze orden werden afgeschaft in de periode 1797-1809. Het Bureel van weldadigheid stond in voor de ondersteuning van de armen aan huis. Deze toestand bleef behouden tot aan de oprichting van de Commissie van openbare onderstand in 1925 (in 1976 veranderde de naam in Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of OCMW).

In de 19^{de} eeuw leidden nieuwe inzichten en ervaringen tot een nieuwe hospitaalarchitectuur, namelijk de paviljoenhospitalen. Nadat paviljoenbouw reeds in de 17^{de} en 18^{de} eeuw in kastelen werd gebruikt, begon men deze nu voor hospitalen te ontwerpen en te bouwen. Paviljoenbouw hield decentralisatie van de gebouwen in om besmetting tegen te gaan. Voldoende licht en verse lucht, twee elementen die onvoorwaardelijk aanwezig moesten zijn om een positief klimaat voor de zieke te creëren, werden verzekerd door hoge vensters in de twee lange zijden van de paviljoenen, alsmede door de verspreiding van de gebouwen over een groot domein.

De barakken of tenten voor de verzorging van gewonde oorlogssoldaten, kunnen als de eigenlijke voorlopers van de paviljoenhospitalen beschouwd worden. Men had tijdens oorlogen opgemerkt dat het herstel van de zieke of gewonde soldaat vlotter verliep in een tent of een barak. De theorie ontwikkelde zich dat door voortdurende verluchting wondkoorts en andere epidemieën konden vermeden worden. Bij verschillende hospitalen werden in het



▲ Paviljoen van het Brugmannhospitaal (1923) in Brussel (foto O. Pauwels)



▲ Voorgevel van het monumentale hoofdgebouw van het Stuyvenberggasthuis (1878) in Antwerpen (foto K. Vandevorst)

kader van deze 'frisse-lucht-therapie' tenten of barakken gebouwd.

Het Sint-Janshospitaal in Brussel – gebouwd in 1843 en afgebroken in 1952 – was een paviljoenencomplex. De afstand tussen de gebouwen bedroeg 10 meter en de gebouwen bestonden uit twee verdiepingen. Het Brugmannhospitaal in Brussel (1923), ontworpen door Victor Horta is een laat en zeer esthetisch voorbeeld van paviljoenbouw.

Voortbouwend op de paviljoenstructuur werd geëxperimenteerd met nieuwe vormen. De architect Baeckelmans kreeg veel internationale bewondering voor zijn ontwerp van het Stuyvenberghospitaal te Antwerpen (1878). De ronde zalen, die het toezicht vergemakkelijkten en de luchtcirculatie bevorderden, werden gewaardeerd en kregen navolging in het buitenland. Totale decentralisatie had echter ook zijn nadelen: meer onderhoud, meer uitrusting, meer materialen, meer arbeid, meer financiële middelen.

Niet alle hospitalen uit de 19^{de}-begin 20^{ste} eeuw waren paviljoenhospitalen. Vele hospitaalarchitecten waren nog steeds geïnspireerd door grondplannen van kloosters of kastelen. Het Brusselse Groot Godshuis (later Pacheco Instituut genoemd), voltooid in 1827, werd opgetrokken rond twee binnenkoeren in neoclassicistische stijl. Het hospitaal Latour de Freins in Brussel, dat geopend werd in 1903, kreeg kritiek omwille van de kasteelallure van

► Sanatorium van
Borgoumont
(foto G. Focant
© MRW)



het gebouw en het feit dat er geen geneesheren bij het project betrokken waren.

Wetenschappers als Pasteur (1822-1895) en Koch (1843-1910) kregen inzicht in de bacteriologie, zodat desinfectiemethoden steeds belangrijker werden om infecties te vermijden. Men begon te beseffen dat onzuivere lucht niet de enige of belangrijkste boosdoener was en dat besmetting ook gebeurde

door direct contact met geïnfecteerde voorwerpen of ongewassen handen. Ondanks het inzicht van de bacteriologen en de nieuwe antiseptische en aseptische technieken en verbandmethodes, bleef de luchthygiëne lange tijd primordiaal en bleef men gedecentraliseerd bouwen tot in de 20^{ste} eeuw.

Het hospitaal als instituut was de bevoorrechte plaats om nieuwe diagnosemethoden en therapieën



▲
Binnentuin van het
Groot Godshuis
(1830), nu Pacheco
instituut in Brussel
(foto O. Pauwels)

te ontwikkelen en uit te testen. Onderzoek en sociaal engagement waren sleutelbegrippen. Hygiëne werd een basisprincipe: in 1849 werd door de Belgische regering de Hoge raad voor hygiëne opgericht voor een algemene controle op de hygiëne en de uitvoering van nieuwe inzichten. Hospitaalarchitecten experimenteerden met verluchting en verwarming van de gebouwen. De natuurwetenschappen waren een bijna onuitputtelijke bron voor vele

veranderingen in de dienst chirurgie en de dienst interne geneeskunde.

De operatiekamer werd steeds belangrijker, vooral nadat in 1846 de narcose werd ontdekt.

De medische faculteiten bemoeiden zich met de inrichting van het hospitaal of gingen samenwerken met reeds bestaande hospitalen. In het hospitaal kreeg de arts zijn opleiding en in de 19^{de} eeuw ontstond de universiteitskliniek. Het ziekenhuis begon voor alle lagen van de bevolking belangrijk te worden.

Een grote vernieuwing in de 19^{de} eeuw was zonder twijfel de groeiende specialisatie: er werden afzonderlijke en gespecialiseerde gebouwen opgetrokken voor krankzinnigen, voor herstellenden, voor tuberculoselidrs, voor kinderen. Vanaf 1800 werden gebouwen ontworpen en gebouwd waarin niet het lichaam maar de menselijke geest zou worden behandeld en genezen. Vóór de 19^{de} eeuw werden krankzinnigen meestal thuis verzorgd. Agressieve krankzinnigen werden opgenomen in dolhuizen of in gevangenissen: in Gent was er bijvoorbeeld vanaf 1191 het Sint-Jansgasthuis, ook Sint-Jan-ten-Dullen genoemd.

In Geel was er vanaf de 15^{de} eeuw een systeem van gezinsverpleging. Pas vanaf het begin van de 19^{de} eeuw ontstond onder invloed van de wetenschap, en meer specifiek in België onder invloed van dokter



▲ Achtergevel van het hospitaal Latour de Freins in Brussel (foto O. Pauwels)

Guislain en Joseph Triest, het psychiatrisch instituut. Interessante voorbeelden hiervan zijn te vinden in Brugge, Gent, Geel, Bierbeek, Melle, Zoersel, Ukkel, Luik, Lierneux, Welkenraedt.

Tuberculose, een longziekte die voornamelijk de arme lagen van de bevolking trof, zou aanleiding geven tot de bouw van imposante sanatoria met een eigen aangepaste architectuur, met aan de zuidkant de kamers van de patiënten en ligbalkons: zonnewarmte, verse lucht en zonlicht waren immers de voornaamste ingrediënten van de behandeling. Aan de noordkant waren gangen en functionele dienstenkamers.

De meeste sanatoria die in dit boek nader besproken worden, dateren uit het begin van de 20^{ste} eeuw: de sanatoria van Borgoumont (1903), La Hulpe (1905) en Overijse (1937). Met de toepassing van antibiotica (vanaf ongeveer 1950) in de strijd tegen de ziekte, zou er aan de ontwikkeling van dit bouwtype een einde komen.

▼ Skyline vanuit het zuidwesten van het Sint-Kamillusinstituut van Bierbeek (1931) (foto K. Vandevorst)

ZIEKENHUIZEN TIJDENS HET INTERBELLUM

Bouwtechnische verbeteringen lieten toe dat men tijdens het interbellum steeds meer zal opteren voor hoogbouw. Voorbeelden die uitgewerkt worden in het gidsgedeelte van dit boek zijn het Sint-Pieters-hospitaal (1926) in Brussel, het instituut Jules Bordet in Brussel (1939) en het UZ in Gent (1937, pas afgewerkt in 1970). Paviljoenbouw omwille van luchthygiëne was achterhaald: ventilatiesystemen en desinfectiemethoden zorgden voor een optimale hygiëne. Functionaliteit bepaalde de architectuur van het moderne ziekenhuis. Het Universitair Ziekenhuis in Gent is het jongste ziekenhuisgebouw dat besproken wordt in het gidsgedeelte van dit boek. Uiteraard werden ook nadien nog veel hospitalen met architecturale kwaliteiten gebouwd, maar deze vallen buiten het bestek van dit Cahier.



HET ZIEKENHUIS VANDAAG

De verzorgingsstaat die zich na de Tweede Wereldoorlog ontwikkelde, garandeerde aan alle burgers het bezit van sociale rechten, zoals ziekte-, ongeval- en ouderdomsverzekering. In 1963 werd de eerste ziekenhuiswet gestemd. In de periode van 1963 tot nu werd deze wet niet minder dan vijftig maal aangepast aan de noden en de ontwikkelingen van de Belgische samenleving. Op het vlak van diagnose en therapie kende de geneeskunde een grote expansie vanaf de vijftiger jaren. Door de media bleef de bevolking op de hoogte van nieuwe doorbraken en successen waardoor de verwachtingen van de patiënten groeiden. De hedendaagse ziekenhuizen zijn dan ook, meer dan vroeger, afgestemd op de rationele opvang van patiënten, met aparte gestructureerde eenheden voor raadplegingen, patiëntenverblijven, operatiekamers, medische beeldvorming, intensieve verzorging, steriele kamers, apotheekruimten, laboratoria, diensten voor fysio- en ergotherapie, voor revalidatie, enzovoort. Doch evenzo worden de ziekenhuizen reële bedrijven met afdelingen voor administratie en tarificatie, bedrijfsmanagement, keuken- en restaurantruimten en beheerseenheden.

De ziekenhuisbouw heeft zich dan ook in de laatste vijftig jaar aangepast aan deze nieuwe structuur. Meestal heeft men de gebouwen ingedeeld in zogenaamde patiëntenblokken en technische blokken. De eerste omvatten gebruikelijk de ziekenverblijven, meestal opgetrokken in een hoogbouwstructuur, waarbij de patiënten gehospitaliseerd worden in één- of meerpersoonskamers. In de tweede worden dan de overige diensten geconcentreerd. Het geheel heeft aanleiding gegeven tot vaak gigantische instellingen met soms meer dan duizend bedden voor patiënten. De rationalisering van deze



▲ Zuidwestkant van
het hoofdgebouw
van het Universitair
ziekenhuis van Gent
(foto K. Vandevorst)

bedrijven heeft geleid tot fusies van vele ziekenhuisinstellingen, teneinde een efficiënter gebruik van zogenaamde zware en meestal ook dure apparatuur en hoogtechnologische middelen mogelijk te maken. Vooral de universitaire ziekenhuizen zijn instellingen waar ook transplantatie-eenheden, onderzoekslaboratoria, auditoria, animalaria en andere gebouwen worden toegevoegd om tegemoet te komen aan de opleiding van jonge studenten en artsen, verpleegkundigen en ander gekwalificeerd personeel. Maar ook voor de andere regionale en supraregionale ziekenhuizen hebben de bouw en architectuur zich aangepast aan de doelstellingen en de functies van de diensten die er in werden ondergebracht.



►
Luchtopname van
het Universitair
ziekenhuis van Gent
(© UZ Gent)



OP WEG NAAR VIRTUELE ZIEKENHUIZEN?

Kritisch en creatief omgaan met waarden en inzichten uit het verleden en het heden, zou ons moeten in staat stellen de lange weg van hospitaal naar ziekenhuis op een positieve manier verder te zetten. In elk ziekenhuis keren problemen terug, waarmee mensen in het verleden reeds geconfronteerd werden.

Denken we maar aan het probleem van de ziekenhuisbacterie en de antibioticaresistentie. Moeten we terug naar decentralisatie? De zielenzorg zal in de toekomst misschien verdwijnen en vervangen worden door palliatieve zorgen voor de stervenden. Is er echter voldoende psychische en geestelijke bijstand voor de zieke, ook voor wie nog niet stervende is? Zal een psychosomatische benadering van de zieke, eerder dan een zuiver somatische benadering, in de toekomst aan belang winnen?

Ook nieuwe, meer recente problemen dienen zich aan en oplossingen hiervoor zullen moeten gevonden worden. Het hospitaal van vandaag en morgen wordt geconfronteerd met factoren die continu evolueren: demografie (veroudering van de bevolking

vanaf 2010), kennis van het menselijk lichaam en brein, technologieën, ziekten en dergelijke. Om de gezondheidsvoorzieningen in de toekomst maximaal te garanderen werkt de Federale overheidsdienst volksgezondheid aan een nieuw ziekenhuisconcept: er wordt afstand genomen van de klassieke ziekenhuisstructuur ten voordele van een interdisciplinaire en patiëntgerichte benadering. Deze dienst *“beschouwt het ziekenhuis niet langer als een infrastructuur, maar definieert het ziekenhuis, vertrekkende vanuit het begrip solidariteit, als een opdracht met een openbaar karakter, met name het op permanente basis aanbieden van medisch-specialistische zorg in een samenhangend en multidisciplinair verband”*.

Een fundamentele verandering, die zich vandaag reeds heeft ingezet, is het concept van zorgprogramma's. Eerder dan een patiënt op te nemen in een klassieke medische dienst, zullen deze programma's het optimale zorgtraject van de patiënt aangeven, waarin een multidisciplinair team zal instaan voor een holistische benadering van de patiënt en zijn lichaamsfuncties. Zorgtrajecten zijn niet gebonden aan de geïsoleerde structuur van het hospitaalggebouw, ook thuiszorg of diensten buiten het ziekenhuis maken er deel van uit. Belangrijk is dat een



◀ Gebouw van
het Universitair
ziekenhuis in Gent
(foto K. Vandevorst)

zorgcontinuüm gerealiseerd wordt binnen en buiten het ziekenhuis. Omwille van de stijgende kosten van technologische specialisatie zal samenwerking tussen hospitalen steeds belangrijker worden. Dit kan door middel van groeperingen, fusies, associaties, netwerken en zorgcircuits.

De ziekenhuisarchitectuur van morgen zal een maximum aan flexibiliteit moeten garanderen. Architecturaal gezien kan een ontwerp in principe al achterhaald zijn wanneer het gebouw er nog maar net staat. Het ziekenhuisgebouw zal moeten evolueren van een meer statisch naar een meer dynamisch concept.

Zorgprogramma's zijn niet noodzakelijk gebonden aan één ziekenhuisgebouw. Hoe complexer de ziekte, hoe complexer het zorgtraject en de zorgvoorzieningen. Zorgtrajecten zouden zo complex kunnen worden dat men op de lange duur zal kunnen spreken van 'het virtuele ziekenhuis', waar het

ziekenhuisgebouw zelf slechts een beperkt onderdeel van is, en de zorgvoorzieningen een computer-gestuurd programma volgen.

BIBLIOGRAFIE

THOMPSON J. en GOLDIN G., *The Hospital: a social and architectural History*, New Haven/London, 1975; IMBERT J. (red.), *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, 1982; MURKEN A., *Vom Armenhospital zum Grossklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart*, Keulen, 1995; *Annalen van de Belgische Vereniging voor hospitaalgeschiedenis I-IV*, Brussel, 1963-1966; DE SPIEGELER P., *Les hôpitaux et l'assistance à Liège (Xe-XVe siècles), Aspects Institutionnels et sociaux*, Parijs, 1987; *Patrimoine hospitalier. Un parcours à travers l'Europe. Ouvrage publié sous la direction de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris avec le soutien du programme Culture 2000 de l'Union européenne*, Parijs, 2001; IMBERT J., *Le droit hospitalier de l'Ancien Régime*, Parijs, 1993; JETTER D., *Das Europäische Hospital von der Spätantike bis 1800*, Keulen, 1986; Website Directoraat-generaal Organisatie gezondheidsvoorzieningen: www.health.fgov.be/vesalius/.

HOSPITALLEN TIJDENS DE MIDDELEEUWEN

► Miniatuur
(14de eeuw)
van de zieken-
verzorging bij het
reglement (1238)
van het
hospitaal Notre-
Dame in Doornik



Tot in de 11^{de} eeuw was het hospitaalwezen weinig ontwikkeld. De schaarse vermeldingen van hospitalen hebben betrekking op huizen die openstonden voor alle 'gasten' van het klooster of de kerk, voornamelijk pelgrims en reizigers, wat het woord hospitaal of gasthuis ook letterlijk betekent (*hospitare* = gasten ontvangen). Aan deze ontwikkeling was de benedictijnenregel niet vreemd die voorschreef dat alle gasten als Christus moesten worden ontvangen. Het waren geen ziekenhuizen in de huidige betekenis van het woord.

DE STICHTERS, HET CLIËNTEEL EN DE VERSPREIDING VAN HET MIDDELEEUWSE HOSPITAAL

De grote kentering, inherent verbonden aan de ontwikkeling van de steden, deed zich voor op het einde van de 11^{de} en vooral in de 12^{de} eeuw. Deze evolutie bracht nieuwe noden met zich mee evenals

het ontstaan van een nieuwe sociale bevolkingsgroep. Het initiatief tot de oprichting van nieuwe instellingen namen de burgers zelf. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat deze burgers rijke patriciërs waren zoals de Uten Hoves in Gent, of kooplui en ambachtslui zoals de smeden in Hoei. Zij hadden de financiële middelen om hospitalen op te richten en beschikten bovendien over de politieke macht in de steden.

Ook waar kerkelijke instanties een rol speelden, zoals in Sint-Truiden waar het gezag over het stedelijk grondgebied voor de helft in handen was van de abt van de gelijknamige abdij, of zoals in Doornik van het kapittel, was het aandeel van de burgers bij de realisatie fundamenteel. Zij brachten de materiële middelen bijeen voor de oprichting of de uitbreiding, zodat naast de reizigers en pelgrims nu ook zieken gedurende langere tijd konden worden opgenomen. Het hospitaalpatrimonium was er geen afgesplitst deel van het kapittelpatrimonium; de

abdij van Sint-Truiden doteerde het hospitaal niet. In kleinere steden was het soms de plaatselijke heersende familie die het initiatief nam zoals in Lessen de heren van Pamele-Oudenaarde. Graven en hertogen hielpen bij het verder uitbouwen.

De toegenomen mobiliteit bracht een behoefte aan onderdak met zich mee, nu niet alleen voor de traditionele pelgrims en gelegenhedsreizigers, maar ook voor een rondtrekkende groep van kooplui en leurders, nauw verbonden met de ontwikkeling van de steden. Aan die behoeften konden de kloosters en abdijen die vaak buiten de stedelijke agglomeraties waren gelegen niet meer voldoen, zo ze dit al wilden. Ook voor alleenstaande individuen die veel talrijker waren in de stad dan op het platteland en die tijdelijk door ziekte werden overvallen, moest onderdak voorzien worden. Bovendien telden de steden velen die in of op de rand van de armoede leefden. De toename aan arbeidskrachten vanuit het platteland deed niet alleen het loonniveau dalen maar deed tevens de werkloosheid stijgen. Ook ziek zijn veroorzaakte werkloosheid. Voor het grootste deel van de bevolking dat alleen via zijn arbeidskracht in zijn levensonderhoud kon voorzien, leidde werkloosheid al snel naar armoede en ellende.

Alle belangrijke steden beschikten zeker op het einde van de 12^{de} eeuw over een hospitaal dat een toevluchtsoord was voor deze hulpbehoevenden: *zwakken* (waarmee vaak bejaarden werden bedoeld), pelgrims, daklozen, reizigers en arme zieken. Dit was het geval voor Brugge met Sint-Jan waarvan de oudste vermelding van 1188 dateert (maar dankzij de studie van de archeologische resten weten we dat het reeds in 1150 bestond), Atrecht (1179), Ieper met het Onze-Lieve-Vrouwhospitaal (circa 1186), Luik (1189), Tongeren (1195), Gent (vóór 1196 met Sint-Jan), Brussel (circa 1186), Chièvres (einde 12^{de} eeuw).



◀ Luchtopname van Damme, met vooraan het Sint-Janshospitaal (© Sint-Janshospitaal Damme)



◀ Detail van het gebinte van de ziekenzaal van het Sint-Janshospitaal (1270-1285) in Damme (foto K. Vandevorst)

Besmettelijke zieken zoals leprozen werden er evenwel niet opgenomen. Omwille van het vermeende besmettingsgevaar werden de lijdens afgezonderd. Leprozerieën zijn vaak ouder dan de hospitalen: Sint Omaars (1106), Bourbourg (1132), Gent (1146-1149), Doornik (1153), Hoei (1160), Ieper (tussen 1128 en 1168), Brussel (1174), Luik (1176), Bergen (1182), Atrecht (1186) en Chièvres (tussen 1167 en 1181).

Voor in de eerste helft van de 13^{de} eeuw werden vele nieuwe hospitalen opgericht, zodat bijna elke stad of agglomeratie over een instelling beschikte die open stond voor de diverse noodgevallen: Oudenaarde, Lessen, Kortrijk, Dinant, Antwerpen, Deinze, Aalst, Dendermonde, Vilvoorde, Lier, Geraardsbergen, Damme (eerst naar Onze-Lieve-Vrouw genoemd, later naar Sint-Jan), Leuven, Herentals (het oudste in de Kempen), Geel, Diest, Hoogstraten, Turnhout en andere. Elders werden de bestaande hospitalen gevoelig uitgebreid zoals te Brugge en Brussel, of werden er meerdere opgericht zoals in Gent (Onze-Lieve-Vrouwhospitaal vóór 1204, het Wittoc- of Sint-Niklaashospitaal in het begin van de 13^{de} eeuw) en/of verhuisden ze naar een beter geschikte omgeving of ruimere site zoals hospitalen in Leuven, Ieper en Aalst.

◀ Interieur van de kapel van de leproserie (einde 12^{de} eeuw) van Chièvres (foto F. Dor © MRW)

► Broederklooster en buitengevel van de ziekenzaal van het Sint-Janshospitaal in Brugge (foto O. Pauwels)



In Gent werd het Onze-Lieve-Vrouwhospitaal de Bijloke. Om het functioneren te verzekeren kregen ze belangrijke inkomstenbronnen zoals markt-, kraan-, lepel-, vis-, erf-, tol- en andere rechten. Maar dan stokte de expansie van dit polyvalente type. Een uitzondering op deze regel is de oprichting van het Bavièrehospitaal te Luik in het begin van de 17^{de} eeuw.

DE VERSTREKTE ZORGEN

Deze ziekenhuizen functioneerden tot in de 19^{de} eeuw in het kader van de armenzorg en niet zozeer in dit van de ziekenzorg. Het middeleeuwse hospitaal verstreekte op de eerste plaats onderdak: men werd opgenomen omdat men arm en ziek was. Dat opgenomen mocht worden wie zo ziek was dat hij niet in de straten kon rondlopen om al bedelend van deur tot deur in zijn levensonderhoud te voorzien, bepaling vermeld voor vele hospitalen, laat hierover niet de minste twijfel bestaan. Op de tweede plaats kwam de zielenzorg: het hospitaal moest voorbereiden op de dood. De medische zorgen waren als het ware bijkomstig. De ziel primeerde op het lichaam. Dit blijkt uit het belang dat men hechtte aan het onthaal, aan de goede behan-

deling van de zieke en veel minder van de ziekte, aan de kwaliteiten waarover het personeel moest beschikken, de beperkte medische zorg en de daarentegen belangrijk geachte zielenzorg, en tenslotte, aan de architectuur.

Bij zijn aankomst werd de zieke ontvangen door de verantwoordelijke ziekenzuster die oordeelde over de ernst en het besmettelijk karakter van de zieke. Niet iedereen werd immers aanvaard. Lijders aan besmettelijke ziekten zoals pest en lepra werden in principe geweigerd, al kan men tijdens epidemieën in de 16de eeuw pestlijders aantreffen. Ook gehandicapten zoals blinden, kreupelen, verlamden, lijders aan ongeneeslijk geachte kwalen en geesteszieken werden niet toegelaten. Zij zouden immers vlug beslag gelegd hebben op alle bedden. Wanneer voor hen betaald werd, was een uitzondering wel mogelijk.

Aan de gegadigden werd geen voorwaarde gesteld qua herkomst, behalve aan zwangere vrouwen. In het Brusselse Sint-Jan konden zij opgenomen worden indien zij nergens anders terecht konden. In de hospitalen van Aalst, Lessen, Geraardsbergen en Ninove bijvoorbeeld werden ze niet aanvaard. Na hun bevalling waren ze welkom indien ze wettig getrouwd waren en in de stad zelf geboren. Was dit

laatste niet het geval, dan werden ze slechts in uiterste nood aanvaard. Omdat vele vrouwen in het kraambed stierven, wou men op deze manier voorkomen om voor wezen van elders te moeten zorgen. In het Groothospitaal in Namen daarentegen werden de kraamvrouwen bijgestaan door de stadsvroedvrouw.

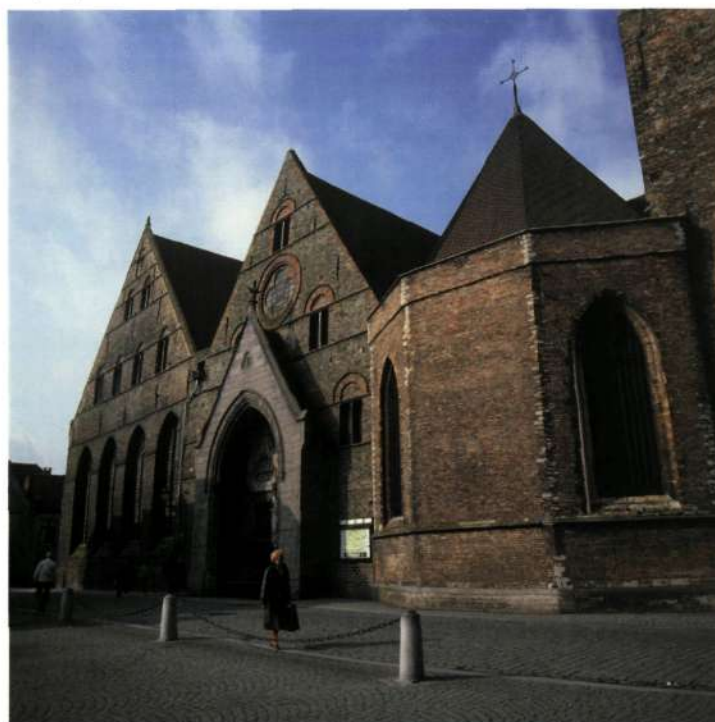
Daar een verblijf in een hospitaal vaak de laatste levensperiode inluidde, moest het hospitaal de zieken voorbereiden op hun dood. Daarvan getuigt de eenheid van ziekenzaal en altaar of kapel, zodat de bedlegerigen de eredienst konden volgen. Daarop wijst eveneens het feit dat de zieke, indien hij daartoe in staat was, bij zijn opname als eerste verplichting had te biechten. De toelating om een priester ter beschikking te hebben, die mocht biechthoren, de laatste sacramenten toedienen en missen opdragen, moest van de plaatselijke geestelijkheid worden bekomen. Omdat hieraan en vooral aan de begrafenisrechten heel wat financiële inkomsten vastzaten, verliep het verkrijgen van deze toelating niet van een leien dakje. De pogingen om dergelijke parochierechten voor het hospitaal te verkrijgen, hebben vele auteurs later vaak onterecht aanzien als een strijd over het recht liefdadigheidsinstellingen op te richten of te beheren.

Indien zijn toestand het toeliet werden bij het betreden van het ziekenhuis het gezicht, de handen en de voeten van de zieke gewassen. Het wassen van de voeten was trouwens eerder een religieuze reminiscentie aan Maria Magdalena die de voeten van Christus waste, dan een hygiënische maatregel. Eenmaal opgenomen werden nog alleen de handen gewassen. Stonden in het Brugse Sint-Jan badkuipen ter beschikking, na de Middeleeuwen was dit niet meer het geval. Water had een slechte reputatie gekregen. De bedden moesten dagelijks gedekt en de kussens opgeschud worden. Na de Middeleeuwen kwam ook het verversen van het bedlinnen en de nachthemden aan bod in de reglementen. Alleen maakten de beperkte hoeveelheden linnen een correcte uitvoering onmogelijk. Bij zijn opname ruilde de zieke zijn kleren voor een hospitaalhemd, althans vanaf het einde van de 15^{de} eeuw. Voordien lag hij naakt te bed op een hoofddoek na. Rond dezelfde tijd werden wellicht de afgesloten bedden ingevoerd. Klederen en schamele bezittingen werden opgeborgen. Als de zieke genas, dan kreeg hij alles terug. Onderdak, bed en voeding waren gratis. Overleed de zieke, dan bleven de bezittingen toebehoren aan de instelling, die ook instond voor de teraardebestelling op het kerkhof, in de onmiddell-



▲ Zuidgevel van de middeleeuwse ziekenzalen en van het zusterklooster van het Sint-Janshospitaal in Brugge (foto O. Pauwels)

▼ Oostgevels van de middeleeuwse ziekenzalen van het Sint-Janshospitaal in Brugge (© Stedelijke musea Brugge)





▲ Interieur van de middeleeuwse ziekenzalen van het Sint-Janshospitaal in Brugge
(© Stedelijke musea Brugge)

lijke omgeving van de ziekenzaal. Wie iets naliët, kon rekenen op een echte uitvaartdienst. Was dit niet het geval, dan werd men in het slechtste geval zonder enige ceremonie aan het gemeenschappelijke armengraf toevertrouwd.

DE ORGANISATIE VAN HET HOSPITAAL

Alle gegadigden werden ondergebracht in de ene grote ziekenzaal waar de bedden in lange rijen stonden opgesteld. Er werd weinig onderscheid gemaakt volgens de aard of de ernst van de ziekte. Als er al een onderscheid was, was dit tussen mannen en vrouwen. In Sint-Jan in Brugge was dit reeds in het begin van de 13^{de} eeuw het geval. De meeste instellingen volgden veel later. In het Antwerpse Sint-Elisabeth was dit bijvoorbeeld pas in 1510 het geval. En dit gasthuis was daarmee nog niet het laatste. *Notre-Dame à la Rose* in Lessen zou slechts in de 19^{de} eeuw volgen. Beddenaantal, bezetting en

sterftecijfers tijdens de Middeleeuwen zijn zelden gekend. Het Brugse Sint-Jan telde in de 15^{de} eeuw maximaal een honderdtal bedden. Dit was veel. Nog op het einde van de 18^{de} eeuw zou het daardoor tot de grotere behoren. De Bijloke beschikte over een veertigtal bedden. *Notre-Dame à la Rose* gaf onderdak aan veertien tot vijftien zieken. Een- en meerpersoonsbedden waren in gebruik. Zieken werden in de mate van het mogelijke alleen in een bed gelegd. Maar de vraag was vaak groter dan het aanbod. Zo werd het tijdens de oorlogsjaren op het einde van de 15^{de} eeuw in de Bijloke als uitzonderlijk aanvoeld twee of drie zieken in een bed te moeten leggen. Wat en hoeveel de zieken te eten kregen, is niet te berekenen. Wel werd in de statuten het belang van aangepast eten en drinken onderstreept. Aan de wensen van de zieken moest in de mate van het mogelijke worden tegemoet gekomen.

Bij de opname kwam geen geneesheer te pas. Was iemand zo ziek of leed hij aan een bijzondere ziekte

zodat hij een geneesheer nodig had, dan moest hij die zelf betalen. Indien hij de middelen niet had, dan kon het gasthuis eventueel tussenkomen in de kosten, zo staat bijvoorbeeld in de statuten van de hospitalen van Brugge, Brussel, Aalst, Geraardsbergen en Ninove. Geneeskundige verzorging was met andere woorden niet inherent aan een verblijf in het gasthuis. Universitair geschoolde geneesheren kwamen slechts sporadisch voor vanaf de 15^{de} en iets regelmatig in de 16^{de} eeuw. De oprichting van de universiteit van Leuven was daar niet vreemd aan. Chirurgen of heelmeeesters daarentegen waren al veel vroeger actief. In de grote instellingen stonden ze samen met de barbier op de loonlijst. In het Brugse Sint-Jan was dit vanaf 1280, in de Bijloke ten laatste in het begin van de 14^{de} eeuw. Bekend is de heelmeeester Jan Yperman, die actief was in het Ieperse Bellehospitaal. Alles wat zuiver intellectueel werk was en waarmee geen manuele handeling was gemoeid, was het werk van de geneesheer. Het uitvoeren van de behandeling was het werk van de chirurgijn of heelmeeester, zoals ook alles waar een instrument bij te pas kwam of een uitwendige handeling veronderstelde: breuken zetten, gezwollen genezen, behandelen van open wonden, amputeren van armen en voeten. Scheren, haarsnijden, aderlaten en tanden trekken deed de barbier. Zijn geneeskundige taken zal hij vanaf de 15^{de} eeuw aan de chirurgijn moeten afstaan. Aderlaten werd zowel preventief als curatief toegepast en dit voor zowat alle kwalen. Men was immers van oordeel dat zo het noodzakelijk evenwicht tussen de levenssappen (*humores*) kon worden behouden of hersteld. Onevenwicht was immers de bron van alle kwalen. Hetzelfde doel dacht men te bereiken met het zetten van lavementen.

In de 15^{de} eeuw werden medische zorgen al meer gemeengoed. In het Brusselse Sint-Jan was vanaf 1359 een chirurgijn met knecht verbonden en in de 15^{de} eeuw werden de zieken zelfs dagelijks bezocht door de stadschirurgijn en eenmaal per week door de stadsgeneesheer. In Herentals betaalde de stad een geneesheer voor het gasthuis, dat vanaf 1414 over een chirurgijn beschikte. De medische zorgen voor arme Gentse poorters in de Bijloke werden bekostigd door de stadsmagistraat. Voor patiënten van buiten de stad moest de instelling betalen. Pas in de 16^{de} eeuw werd beroep gedaan op een geneesheer. In kleine hospitalen zoals dit te Aalst bezocht in het begin van de 16^{de} eeuw nog steeds de chirurgijn de zieken en gekwetsten. Tegen het einde van de eeuw behoorde dit ook tot het takenpakket van de stadsgeneesheer. Maar op het einde van de 18^{de}



▲
Ziekenzaal
(15de eeuw)
in het Sint-
Elisabethgasthuis
van Antwerpen
(foto Ludo Boeij ©
OCMW Antwerpen)

eeuw was in het hospitaal te Lessen nog steeds geen geneesheer of chirurgijn in vaste dienst. Het loon van het geneeskundig personeel werd nu eens uitbetaald door het hospitaal, dan weer door de stadskas. Soms stond dit personeel ook in voor de zieken en gekwetsten in de stad, soms niet. Hospitaalapotheken duiken eerst vanaf de 17^{de} eeuw op. Voordien ging men zich bevoorraden bij de lokale *kruideniers* en/of apothekers voor zover de eigen kruidentuin niet het nodige voortbracht.

HET PERSONEEL VAN HET HOSPITAAL

Voor het dagelijks beheer van zowel de zieken als het patrimonium stonden mannen en vrouwen in, meestal broeders en zusters genoemd. Toen de hospitalen tot ontwikkeling kwamen en om de continuïteit van de initiatieven te verzekeren drong enige organisatie zich op. De statuten die vanaf het einde van de 12^{de} eeuw opgelegd werden, waren het werk van de plaatselijke overheid, stedelijke en kerkelijke. Ze werden talrijker ten gevolge van de concilies van Parijs in 1212 en Rouen twee jaar later. Het uitvaardigen van statuten voor de hospitalen en leprozerieën die voldoende omvangrijk waren om door een communautiteit bediend te worden, werd verplicht. Enkele principes van algemene aard moesten hierin opgenomen zijn: het afleggen van de drie geloften, het dragen van het geestelijke habijt en het beperken van het aantal personeelsleden. Er werd tevens gereageerd tegen de fel verspreide gewoonte om proveniers te aanvaarden. Dit waren gezonde personen die zich in ruil voor goederen van kost en inwoon verzekerden in het hospitaal.

Vele hospitaalgemeenschappen volgden de kloosterregel van de heilige Augustinus. Dit mag echter niet de indruk wekken dat zij alle tot één orde en één congregatie behoorden, onderworpen aan een gemeenschappelijke overste. De principes van de zogenaamde regel van sint Augustinus zijn zo algemeen dat ze door elke gemeenschap konden worden nageleefd. Deze regel liet toe de vele plichten en taken van hospitaalpersoneel te volbrengen, wat niet mogelijk zou zijn met een strenge kloosterregel. Toen het vierde concilie van Lateranen in 1215 nieuwe kloosterorden verbood en de verplichting oplegde genoeg te nemen met een bestaande orde en een beproefde kloosterregel, bood deze regel de mogelijkheid daaraan te beantwoorden zonder tot een echte orde te moeten toetreden. Dat een hospitaal toevertrouwd werd aan cisterciënzerinnen, zoals in de Gentse Bijloke, was zeer uitzonderlijk.

De statuten, opgesteld ten tijde van Walter van Marvis, bisschop van Doornik en gravin Johanna van Vlaanderen en Henegouwen, vertoonden een sterke dominicaanse inspiratie. Zo waren de statuten van het Comtessehospitaal in Rijsel (1244-1246) wellicht door de dominicanen van Rijsel opgesteld. Ze werden overgenomen door de hospitalen van Seclin (1246), Komen (1250), Thémolin bij Orchies (1264). Ook in het bisdom Kamerijk was de invloed van de dominicanen groot. Dit blijkt uit de vrijwel gelijkaardige statuten voor Geraardsbergen (1255), Aalst (1266) en Ninove (1268) en

deze voor Edingen (1319) en Merchtem (14^{de} eeuw).

De statuten van Sint-Jan in Brugge zijn beduidend ouder en werden opgesteld in 1188. In 1196 werden ze overgenomen door de gelijknamige instelling in Gent. Nog in 1268 nam het Onze-Lieve-Vrouwhospitaal van Ieper deze tekst over. Hier ging het om voorschriften van de plaatselijke overheid. Overal elders waren ze afkomstig van bisschop of kapittel. Ieper moet dus heel bewust dit stedelijke en niet bisschoppelijk voorbeeld hebben overgenomen, terwijl omgekeerd de bisschoppelijke statuten zich niet inspireerden op het oudere van het Brugse Sint-Jan.

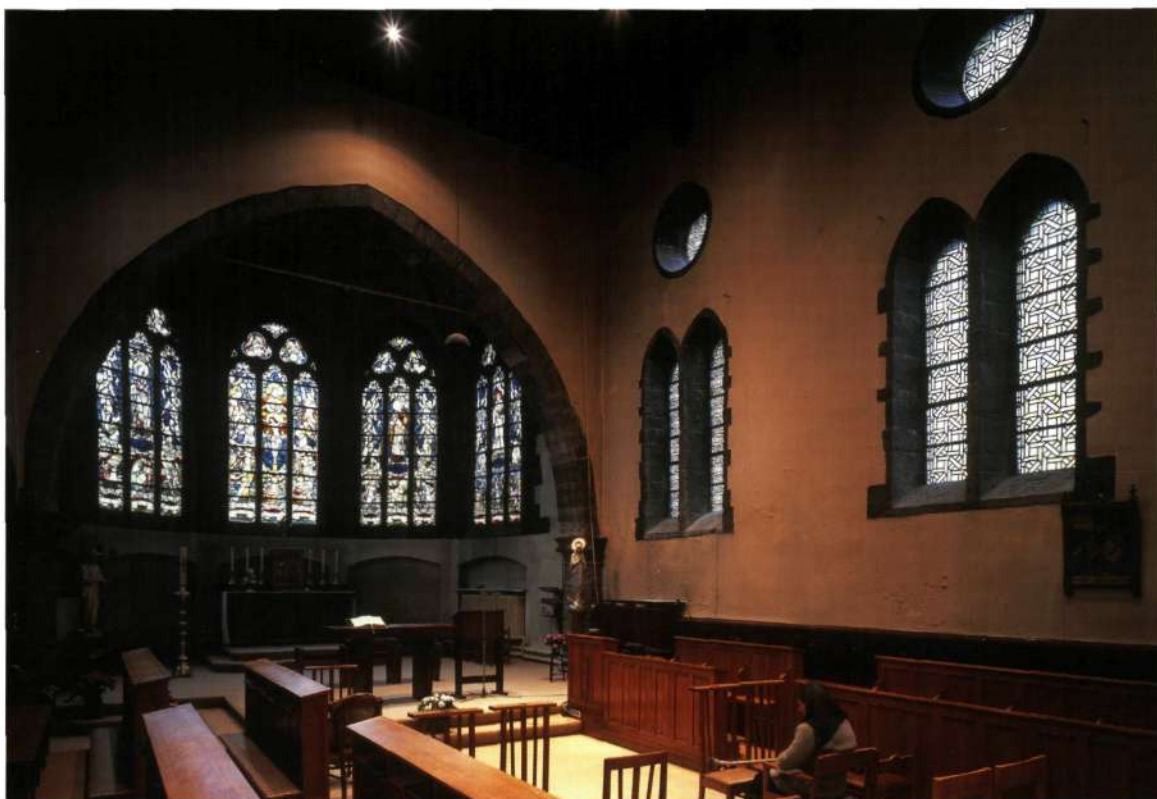
Globaal genomen was alles wat rechtstreeks met de zieken te maken had het werk van de zusters. Onder leiding van een meesteres stonden zij in voor de interne organisatie van de ziekendienst en de verzorging, eventueel bijgestaan door dienstpersoneel. Hoe meer de zusters zelf voor de zieken zorgden, hoe hoger de instelling aangeschreven stond. De broeders waren verantwoordelijk voor het beheer van het patrimonium en de relaties met de buitenwereld. Vroeg of laat verdwenen zij uit de hospitalen. Hun taken werden dan overgenomen door de zusters eventueel bijgestaan door een ontvanger. De taakuitvoering van de broeders en zusters werd gecontroleerd door de voogden, ook *bestierders* en *regierders* genoemd, in het Latijn *tutores* of *gubernatores*, in het Frans *mambours* en *proviseurs*. Zij verschenen in de loop van de 13^{de} eeuw, waren meestal met twee en moesten het belang van hun voogdij-instelling in het oog houden. Bijzondere aandachtspunten waren het toezicht op het financieel beleid en het aannemen van personeel. Zij werden aangeduid door en vertegenwoordigden de oppervoogdij of het oppergezag (*souverains mambours*). Indien zij geen leden van de stadsmagistraat waren, waren ze afkomstig uit aanzienlijke families. Andere beheersvormen waren zeldzaam. Een heel eigen beheersvorm treft men aan te Hoei. Daar oefende de commissie der *11 hommes*, samengesteld uit afgevaardigden van elk der ambachten, samen met de stadsraad, het toezicht uit op alle liefdadigheidsinstellingen.

DE HOSPITAALARCHITECTUUR

De middeleeuwse ziekenzalen, specifiek met dit doel opgericht, vertonen alle een hallenaanleg. Meestal gaat het om een oostwest-georiënteerde zaal met een lang rechthoekig grondplan en grote afmetingen. Soms, zoals in het Brugse Sint-Janshospitaal,

► Klooster, kapel en ziekenzaal van het hospitaal van Aalst (foto R. Vandevorst)





Interieur van de kapel van het Onze-Lieve-Vrouwhospitaal van Oudenaarde (foto K. Vandevorst)

taal, zijn het zelfs meerdere parallelle zalen, elk met eigen oost- en westgevels. Ze bestaan uit een benedenzaal en een zolderverdieping. Voor de oorsprong kan worden gewezen op de Germaanse woningbouw die zich verder ontwikkelde in de middeleeuwse stadswoning. De rechthoekige plattegrond met de smalle zijde aan de straatkant is aangepast aan de perceelsverdeling in de oude steden. De eerste infirmerieën bij de kloosters hebben dergelijke grote rechthoekige ruimten, terwijl het hallentype ook terug te vinden is bij bedrijfsgebouwen bij kloosters, zoals de schuur van Ter Doest in Lissewege. Andere auteurs benadrukken dan weer dat het creëren van ruimte waar de bedlegerigen, vooral dan de stervenden, konden deelnemen aan de godsdienstige plechtigheden, de bouwidee was die aan de basis lag. Een middeleeuws hospitaal diende immers evenzeer, indien niet meer, voor het welzijn van de ziel en het voorbereiden op de dood in het bijzonder, als voor het opnieuw gezond worden. Vandaar de eenheid van kapel of altaar en ziekenzaal, vandaar die grote afmetingen, wat dan eveneens tegemoet kwam aan de gotische ruimteopvattingen. Die hoge ruimten losten meteen het verluchttingsprobleem op, een van de weinige hygiënische problemen waarvan men zich wel rekenschap gaf. De grote en meestal hoge ramen konden immers niet worden geopend. In de kloosterinfirmerie van Ourscamp werd een oplossing gevonden

via een dubbele rij vensters, waarvan de onderste kleine ramen van op de grond konden geopend worden. Het hospitaal van Tonnerre vond een oplossing via een galerij, die behalve toezicht op de zieken ook het openen van de ramen mogelijk maakte. Het openen van de ramen bleef echter meestal problematisch, hetgeen het beperkt aantal



Kapel van het Sint-Elisabethgasthuis van Antwerpen, waarvan de oudste delen dateren van 1400 (foto K. Vandevorst)

bedden in deze nochtans grote ruimten verklaart. Wanneer een afzonderlijke kapel of kerk werd gebouwd, was dit parallel aan de ziekenzaal waardoor het ritme van de beuken herhaald werd, zoals in de Bijloke in Gent en de Potterie in Brugge. Maar ook dan bleef een altaar in de ziekenzalen behouden.

Was de ziekenzaal eventueel vergezeld van een kerk het meest imponerende bouwwerk, een hospitaal-complex omvatte noodzakelijkerwijze gebouwen om de broeders en zusters, het dienstpersoneel en de pastoor te huisvesten. Ook de diensten zoals keukens, bakkerij, brouwerij, opslagruimten en schuren vonden er onderdak.

▼
Buitengevels van
kapel en ziekenzaal
van het Gentse
Bijlokehospitaal
(foto K. Vandevorst)

►
De ziekenkapel
van het Sint-Jans-
hospitaal van
Brugge, heringericht
als museum
(© Hugo Maertens)



De nabijheid van een waterloop was noodzakelijk voor middeleeuwse ziekenhuizen. Dit vergemakkelijkte de aanvoer en de afvoer van het gebruikte water en van de toiletten. Soms liep een aftakking die fungeerde als een riool, onder de gebouwen door. Een veilige overtocht verzekeren bij een gevaarlijke waterloop, bijvoorbeeld via een brug zoals meer frequent voorkwam in de Rhônevallei, lag in onze streken zelden aan de basis van de oprichting van een hospitaal. Een uitzondering hierop was wellicht het Groot hospitaal in Namen, later Saint-Gilles genoemd.

BIBLIOGRAFIE

Bijdragen in *Annalen van de Belgische Vereniging voor Hospitaalgeschiedenis* I-XXVIII, 1963-1993; DEBRUYN R. (red.), *Hôpital Notre Dame à la Rose*, Lessines, 2003; *Een hart voor mensen. 300 jaar hospitaalzusters te Aalst*, Aalst, 1986; ELAUT L., *Het leven in de Gentse ziekenhuizen vanaf hun ontstaan tot op heden*, Gent, 1976; JETTER D., *Das europäische Hospital von der Spätantike bis 1800*, Keulen, 1986; LACROIX M.-Th., *L'hôpital Saint-Nicolas du Brille (Saint-André) à Tournai de sa fondation à sa mutation en cloître 1230-1611* (Public. de l'Institut d'études médiévales, 2^e série, 1), Louvain-La-Neuve, 1977; MARÉCHAL G., *Motieven achter het ontstaan en de evolutie van de stedelijke hospitalen in de XIIde en XIIIde eeuw*, in *Bijdragen tot de geschiedenis van de liefdadigheidsinstellingen te Ieper*, Ieper, 1976, p. 11-34; ID., *De sociale en politieke gebondenheid van het Brugse hospitaalwezen in de Middeleeuwen* (Standen en Landen, LXXIII), Kortrijk-Heule, 1978; ID., *Armen en ziekenzorg in de Zuidelijke Nederlanden*, in *Algemene Geschiedenis der Nederlanden*, II, Haarlem, 1982, p. 268-280, 514 en 547-548; MILIS L., *Kerkelijk en godsdienstig leven circa 1070-1384*, in *Algemene Geschiedenis der Nederlanden*, III, Haarlem, 1982, p. 165-211; MOLLAT M., *Les pauvres au Moyen Age*, Paris, 1978; MUS O., *Rijkdom en armoede. Zeven eeuwen leven en werken te Ieper*, in *Prisma van de Geschiedenis van Ieper*, Ieper, 1974, p. 1-27; PLATELLE H., *La vie religieuse*, in TRENARD L. (dir.), *Histoire de Lille*, Rijsel, 1970; *Sint-Janshospitaal Brugge 1188-1976*, Brugge, 1976; VAN DER MADE R., *Le Grand Hôpital de Huy. Organisation et fonctionnement (1263-1795)* (Standen en Landen, XX), Leuven-Parijs, 1960; *750 jaar gasthuis op 't Elzenveld 1238-1988. Het St.-Elizabethziekenhuis te Antwerpen*, Antwerpen, 1988.



▲ De heiligen Lucas en Stefanus op een muurschildering (eind 15^{de} eeuw) in de kapel van het Sint-Elisabethgasthuis van Antwerpen: Lucas was een geneesheer in

Antiochië en patroonheilige van de dokters; Stefanus met de stenen als attribuut, werd aanroepen voor nierstenen, steenpuisten en hoofdpijn (foto O. Pauwels)

DE MIDDELEEUWSE KLOOSTERINFIRMERIE: SYNTHESE VAN SPIRITUELE, MEDISCHE EN PRAKTISCHE BESCHOUWINGEN

► Oostelijke muur
van de infirmerie
van Villers
(© THOC)



Een abdij in de hoge Middeleeuwen is niet alleen een goed georganiseerde wereld, maar is ook bezorgd voor alle leden van haar gemeenschap, inclusief de zieken. Het is echter vooral een religieuze omgeving, waarin zowel de ziekte als de zorg voor de zieken een diepe spirituele betekenis krijgen. Omstreeks 550 wijdt de heilige Benedictus het 36^{ste} hoofdstuk van zijn Regel, de grondslag van de kloostertraditie, aan de zieke broeders. Hij definieert de spirituele dimensie van de relatie tussen zieke en verzorger: *“Vóór alles en boven alles zal men zorg wijden aan de zieken, zodat zij werkelijk als Christus in persoon worden gediend... De zieken van hun kant moeten eveneens begrijpen, dat zij ter ere Gods gediend worden”*. Men vindt er ook enkele praktische aanbevelingen, met name over de huisvesting en het voedsel.

Een fundamentele bron voor de geschiedenis van kloosterinfirmen is het Plan van Sankt-Gallen

van omstreeks 825, vervaardigd in de context van de Karolingische kloosterhervorming. Dit theoretisch ontwerp bepaalt de verschillende functies van een abdij en stelt een ideale inrichting van een infirmerie voor. Rond een klein kloosterpand ten oosten van de abdijskerk situeren zich de vleugels met de slaapzalen van de zieken, een kamer voor de besmettelijke zieken, een kapel, een refter en de kamer van de magister. De latrines zijn bereikbaar vanuit de slaapzalen. Vlakbij bevinden zich in drie afzonderlijke gebouwen de keuken en de baden, de zaal voor aderlatingen, de kamer van de arts en de kamer van de ernstig zieken.

In de nabijheid vindt men nog een tuin met medicinale kruiden. De iets afgezonderde plaatsing van de infirmerie ten oosten van de andere abdijgebouwen, vlakbij het noviciaat en het kerkhof, is betekenisvol. De aanwezigheid van baden en een keuken is conform de aanbevelingen van de Regel.

DE ORGANISATIE VAN DE INFIRMERIE EN DE GENEESKUNDIGE KENNIS

In de abdij vormt de infirmerie of *fermerie* een afzonderlijk geheel, waar men de monniken aantreft die de fysieke en geestelijke strengheid van de kloostergemeenschap niet meer kunnen naleven. Er zijn drie belangrijke redenen voor het verblijf van een monnik in de infirmerie: ouderdom, ziekte of ongeval, en aderlating (*minutio*). Soms is dit slechts een verblijf van enkele dagen, totdat de monnik hersteld is, terwijl anderen er verblijven voor de rest van hun leven. Dit betekent niet dat de infirmerie een 'verbanningsplek' is: het verblijf in de infirmerie is geen straf en de zieke blijft deel uitmaken van de gemeenschap. Anderzijds mag men de infirmerie ook niet beschouwen als een plaats van comfort en ontspanning.

De medische kennis, gebaseerd op Hippocrates en Galenus, is in de 12^{de} en 13^{de} eeuw dezelfde in monastieke en in stedelijke middens: de medische behandeling is summier en inefficiënt. De hulp van God wordt belangrijker gevonden dan de bijstand van een arts of een ziekenbroeder! De kloosterreglementen, zoals de *Ecclesiastica officia* voor de cisterciënzers uit de 12^{de} eeuw, vermelden buiten aangepaste voeding en aderlatingen, geen andere medische handelingen. Aderlatingen, die in de Middeleeuwen gebruikelijk zijn, krijgen in de abdijen een bijna liturgische dimensie. Volgens een nauwkeurig ritueel moet elke monnik viermaal per jaar een aderlating ondergaan om het 'overtollig bloed' uit zijn lichaam te verwijderen. De abt beslist wanneer een monnik de aderlating moet ondergaan en hij bepaalt eveneens de hoeveelheid af te tappen bloed. De rol van de verpleegkundige (*infirmarius* of *fermerier*) is blijkbaar beperkt tot de materiële organisatie van de ziekenvertrekken en de disciplinaire controle binnen de infirmerie.

Doet de abdij beroep op lekenartsen? Worden de besmettelijke zieken gescheiden van de bejaarden? Wat is het niveau van de geneeskundige kennis van de monniken en hun praktijken in de Middeleeuwen? Het groot aantal medische boeken in de bibliotheken van de cisterciënzers in Engeland doet David Bell besluiten dat hun belangstelling voor de geneeskunde niet mag onderschat worden. De aanwezigheid van de *fysicus* of *medicus*, met andere woorden van lekenartsen als getuigen bij het opmaken van charters in Engelse cisterciënzerabdijen – het enige onderzoeksthema van die aard dat werd

onderzocht – toont aan dat de cisterciënzers van de 13^{de} eeuw geïnteresseerd waren in de deskundigheid van specialisten van buiten hun milieu. Voor de vroege Middeleeuwen zijn er rekeningen van kloosterinfirmerieën bewaard, die ter zake zeer precieze bronnen vormen. Uit de rekeningen van de Gentse Sint-Pietersabdij uit de 15^{de} eeuw bijvoorbeeld blijkt dat de abdij geen eigen apotheek had en dat recepten besteld werden bij lekenapothekers. Archeologisch onderzoek van afval- en beerputten levert belangrijke gegevens over de voedingsgewoontes in infirmerieën. De combinatie van al deze onderzoeken vanuit een multidisciplinaire invalshoek is de enige manier om de kennis inzake medische praktijk in de Middeleeuwen uit te diepen.

De infirmerie van de monniken bevindt zich vrijwel altijd ten oosten van de abdijgebouwen, vlakbij het kerkhof aan het koor van de kerk, zoals trouwens reeds getekend op het plan van Sankt-Gallen. Die situering binnen de clausuur is het resultaat van spirituele, geneeskundige en praktische overwegingen. Het oosten staat symbool voor de plaats waar Christus verrees is, voor de overwinning van het leven op de dood, van het licht op de duisternis. Deze spirituele betekenis bepaalt de algemene oriëntering van de gebouwen: het oosten is het meest gewijde deel van de abdij, waar zich het koor van de kerk, de kapittelzaal en het kerkhof bevinden.



▲ De kapel van de begijnhof-infirmerie in Borgloon (foto C. Vanthillo)



▲
Infirmierie van de
Duinenabdij ten
oosten van het
hoofdgebouw,
op het schilderij
(1580) van
Pieter Pourbus
(© Stedelijke
musea Brugge)

Bovendien beantwoordt die plaatsing aan het geloof in de helende krachten van een bepaalde oriëntering, zoals Hippocrates ze beschrijft in zijn traktaat over de lucht, het water en de lokalisaties *“de warmte en de kou zijn er meer gematigd, de opgaande zon werkt zuiverend en het water, gericht naar de opgaande zon, is helderder, zoeter en smakelijker. De mensen die aan die kant verblijven hebben een fijnere huid, een helderdere stem en een opgeruimder temperament. Ze zijn intelligenter en minder vaak ziek”*.

ZIEKENZALEN EN KLOOSTER-INFIRMERIEËN IN DE 12^{DE} EN 13^{DE} EEUW

Het architecturaal type van de ziekenzaal is vastgelegd vanaf de eerste helft van de 12^{de} eeuw. Alle kloosterinfirmierieën en stedelijke hospitalen nemen dat type over, uiteraard met variaties in grootte en structuur. De infirmierieën van abdijen vormen dus geen geïsoleerd fenomeen. Een aantal bewaarde ziekenzalen in cisterciënzerabdijen behoren tot de mooiste voorbeelden van de hospitaaltypologie, met

hun één of meerdere beuken en een houten of stenen overkluizing: Ourscamp in Frankrijk, Aduard in Nederland, Eberbach in Duitsland en Fossanova in Italië. De meeste middeleeuwse infirmerieën werden echter vanaf de 16^{de} eeuw vernield, herbested of grondig gewijzigd. Er werden er weinig opgegraven, behalve dan in Groot-Brittannië (Fountains, Rievaulx, Tintern, Beaulieu, Kirkstall, Furness en andere).

De uitzonderlijke ziekenzaal van de Gentse Bijloke (1251-1255) is geen kloosterinfirmerie, maar een stedelijk hospitaal dat door cisterciënzerinnen werd bediend. Voor de rest is er in België weinig bewaard uit de Middeleeuwen en de restanten zijn moeilijk interpreteerbaar. We vermelden de fundamenten van diverse gebouwen en bijgebouwen die aan het licht kwamen bij opgravingen van de Sint-Pietersabdij in Gent (1972-1975), de abdij van Boudelo in Klein-Sinaai (1984) en de abdij van Enname (1990-1991), en niet te vergeten de overwelfde kelders van het infirmeriegebouw van de abdij van Floreffe, evenals enkele muren van de infirmerie van de abdij van Villers, beide uit de 13^{de} eeuw. Dit is uitzonderlijk pover wanneer we weten dat er op het huidige grondgebied van België honderden abdijen hebben bestaan die allemaal één of meer infirmerieën binnen hun muren bezaten. Bij de infirmerieën, die in de Nieuwe Tijd heropgebouwd werden, zijn deze van de cisterciënzerinnen van Herkenrode (1685) en van Roosendaal (pesthuis, 17^{de} eeuw) wellicht de meest illustratieve voor de evolutie van de monastieke hospitaaltypologie van na de Middeleeuwen. In beide gevallen is er geen gemeenschappelijke ziekenzaal meer, maar wel individuele kamers.

De oriëntering van de ziekenzaal verschilt per geval, omdat die afhankelijk was van de plaatselijke topografie en vooral van de watervoorziening, die uitzonderlijk belangrijk was wegens de behoefte aan zuiver water. Ook al staat de infirmerie wat terzijde, ze is niet geïsoleerd. Opgravingen en iconografische bronnen tonen aan dat de ziekenzaal vaak via een galerij met de andere kloostergebouwen verbonden was. Soms is er zelfs een volledig kloosterpand tussen het gebouw van de monniken en de infirmerie. Er is dan sprake van een *klein pand* of een *infirmeriepand*, zoals afgebeeld op het schilderij van de abdij Ter Duinen (1580), en zoals werd opgegraven in Enname.

Als architecturaal principe moest een ziekenzaal beschikken over een groot volume aan zuivere lucht, gemakkelijk te verluchten en met een grote lichtin-

val. In tegenstelling tot de slaapzalen waren de infirmerieën de hele dag bezet en hadden ze een meer sacraal karakter. Enerzijds vormen zuivere lucht en verluchting de grondslag van de middeleeuwse geneeskunde gebaseerd op Hippocrates en Galenus. Anderzijds symboliseert het licht, dat uit de vensters in de vorm van kerkramen binnenstroomt, het licht van Christus in zijn verrezen lichaam. John Thompson en Grace Golding analyseren het opmerkelijke systeem van de infirmerieramen van Ourscamp: *"de roosvensters en de rijzige lancetten eronder kunnen niet open en dienen om de grote overwelfde zaal te verlichten zoals een kerkgebouw, terwijl de drie kleine benedenvensters, die zich op manshoogte bevinden, open kunnen en voor verluchting zorgen. Deze 'gewijde' en 'profane' ramen vertegenwoordigen de dubbele functie van een ziekenzaal. Zieken zijn eerst en vooral menselijke wezens: ze voeden en ontlasten zich, ze zijn in verband gewikkeld, ze braken en schreeuwen het uit van de pijn, maar terzelfder tijd zijn het potentiële heilskandidaten, op weg naar het paradijs"*. Vanuit hun bed moeten deze hoge vensters op de zieken een hemelse aanblik gegeven hebben. De spitsboogvensters van de infirmerie van Villers (midden 13^{de} eeuw) zijn eenvoudiger: ze hebben geen bovenniveau en combineren verlichting met verluchting.

In het metselwerk tussen elk venster is een spaarnis met kleine geverniste tegels en een houten tablet op halve hoogte. Ter hoogte van elk bed was er een dergelijke nis.

Zoals de stedelijke hospitalen beschikten ook de kloosterinfirmerieën over een georiënteerde kapel, ofwel in het verlengde van de ziekenzaal, ofwel ervan gescheiden. De erediensten in de kapel waren alleen bedoeld voor de bedlegerige patiënten, vermits de nog mobiele zieken zich naar het ziekenkoor van de kerk moesten begeven. In kapellen van kloosterinfirmerieën werd blijkbaar niet begraven. Alle leden van de gemeenschap, zowel de monniken als de lekenbroeders, met uitzondering van de abten, werden op het kerkhof begraven.

Wat de bijgebouwen betreft, suggereren de reglementen het voorzien van een spreekkamer, tafels voor de maaltijden, een haard, een keuken, en zelfs een refter, baden en een lokaal voor het afleggen van de overledenen, dit alles apart van de ziekenzaal. Volledige opgravingen van enkele infirmerieën in Britse abdijen bevestigden de aanwezigheid van een reeks bijgebouwen. De latrines en de keukens kunnen dankzij het ondergronds riolenstelsel gemakkelijk worden gelokaliseerd. Naar de functie van de



Binnen de abdijmuren bevonden zich nog andere infirmerieën, maar dit onderwerp is nog maar matig bestudeerd. Geschreven bronnen en overblijfselen van gebouwen zijn zeer schaars. Voor zover het kleine aantal Britse voorbeelden ons toelaat dit te bevestigen blijkt de ligging van de infirmerie voor de lekenbroeders in cisterciënzerabdijen sedert het einde van de 12^{de} eeuw systematisch bepaald te zijn. In Villers bestond de infirmerie van de lekenbroeders uit twee beuken van zes traveeën, die waarschijnlijk overwelfd waren. Parallel met de slaapzaal van de lekenbroeders, was de infirmerie ermee verbonden door een latrinegebouw, dat pal boven de rivier was gebouwd. In de 15^{de} eeuw tot abtswoning omgevormd – er waren toen geen lekenbroeders mee – werd het geheel in het begin van de 18^{de} eeuw afgebroken.

DE ONDERVERDELING VAN DE GROTE ZALEN IN CELLEN IN DE 14^{DE} EN 15^{DE} EEUW

Vanaf het einde van de 13^{de} eeuw bemerkt men een nieuw sociaal fenomeen, namelijk een algemeen verlangen naar meer privacy. De redenen voor deze evolutie zijn zowel sociaal als epidemiologisch. In een abdij had dit vooral te maken met een verlangen naar individualisering en meer intimiteit binnen de kloostergemeenschap. Dit bleef niet beperkt tot de ziekenzaal, want ook de slaapzalen in kloosters werden onderverdeeld, terwijl de abten voor zichzelf persoonlijke verblijven bouwen buiten de kloostermuren.

Het zijn vooral opgravingen in Groot-Brittannië, die ons inlichten hoe en wanneer de infirmerieën in de abdijen werden onderverdeeld. De structuur zelf van deze hallen liet een dergelijke onderverdeling toe. Aparte kamertjes werden gevormd door de modules van elke travee van de zijanten met muren of tussenschotten af te zonderen, terwijl de middenbeuk vrij bleef voor de erediensten en de andere gemeenschappelijke activiteiten. Soms wijst de aanwezigheid van trappen erop dat bepaalde grote zalen ook in twee bovenliggende niveaus werden onderverdeeld. De kamers zijn uitgerust met open haarden en soms individuele latrines. Peter Fergusson en Stuart Harrison vatten deze evolutie naar meer comfort en privacy in een knappe formule samen: *"the evolution from hall to house"*, hetgeen tegelijkertijd de evolutie van de architectuur en die van de medische zorg uitdrukt. Die situeert zich in een abdij van de 14^{de} eeuw op een individuele en huiselijke schaal en gaat deel uitmaken van de nieuwe vormen van kloosterspiritualiteit, die meer innerlijk georiënteerd is en gebaseerd op werk, studie en persoonlijke devotie. Die evolutie verliep niet zonder moeilijkheden en werd in een eerste fase door de religieuze overheid afgekeurd.

▼
Infirmerie van het
Groot Begijnhof
in Leuven
(foto K. Vandevorst)



Het onderzoek van de infirmerie van Villers stelde dezelfde evolutie vast. De oudste delen van het gebouw – ontlastingsbogen en steunberen, kleine lancetvensters die afwisselen met muurkasten – zijn zeer fragmentarisch. Toch volstaan ze om hun algemeen uitzicht te begrijpen en ze te dateren in het tweede kwart van de 13^{de} eeuw. De kroniek van Villers vermeldt dat rond 1300 een bovenzaal werd ingericht met daaronder kamers voor de zieken (*aula superior et sub ea camere infirmantium*). Door de grote ziekenzaal in twee niveaus in te delen met individuele kamers op het gelijkvloers, ligt Villers perfect in de lijn van de evolutie van de hospitalen en de abdijen in de 14^{de} eeuw.

De *fermerie* van de Duinenabdij staat afgebeeld op het zicht op de abdij in vogelperspectief, geschilderd door Pieter Pourbus in 1580. De legende vermeldt expliciet de kapel evenals de zieken en de bejaarden: *"16. Daer naer de fermerie die lanck is 154 voeten van binnen de meuren. En de wijde van deze is 356 voeten seer schoone met een torre en diergelijck cieraet van binnen met een koor daer in met een altaer. Ende dobbel gestoelte ende een afsluijsel over beijde de zijden van 't een eijnde tot 't ander eijnde al camers voor de siecken ende ouderlijngen"*. De site van de infirmerie en het kleine kloosterpand (*cleene pand*) ten oosten van de kloostergebouwen is nog niet archeologisch onderzocht.

INFIRMERIEËN VAN BEGIJNHOFEN

In de middeleeuwse stad beschikken de meeste mannen- en vrouwenkloosters over een infirmerie, die zich bij kleine gemeenschappen beperkt tot één of twee kamers. De begijnhoven met hun grote populaties van soms meerdere honderden vrouwen, worden op een andere schaal met ouderdom en ziekte geconfronteerd. Ook behoeftige lekenvrouwen worden opgevangen in de infirmerie van een begijnhof, die geleid wordt door een overste die een specifieke boekhouding hield en de arts of chirurgijn aanwees. De begijnen-ziekenverzorgersters of *firmarijstusteren* zijn verbonden met de infirmerie, terwijl andere begijnen in de stadsgodshuizen helpen of de mensen thuis gaan verzorgen.

Behalve een kapel in Borgloon is er geen enkele middeleeuwse begijnhofinfirmerie bewaard, maar wel enkele interessante voorbeelden uit de tweede helft van de 16^{de} eeuw (Leuven, Tienen en Diest), uit de 17^{de} eeuw (Tongeren, Turnhout, Dendermonde en Gent: Groot en Klein Begijnhof) en uit

de 18^{de} eeuw (Lier en Sint-Truiden). Die infirmerieën vervangen waarschijnlijk de middeleeuwse infirmerieën op dezelfde plaats en ze bevinden zich meestal in de nabijheid van de kerk en het kerkhof.

De infirmerie van het Groot Begijnhof in Leuven verdient bijzondere aandacht omwille van de resultaten van de opgravingen in 1965-1966 en het archiefonderzoek. De infirmerie, gelegen tegenover de kerk, had een grote ziekenzaal of *beyaert* met een kapel met veelhoekige apsis, toegewijd aan sint Catharina en gewijd in 1294. Er waren geen haarden in de zaal, maar deze werd verwarmd door vuurpotten waarvan de kuipen in de bodem werden teruggevonden. Aan de zaal was het verblijf van de begijnen-ziekenverzorgsters aangebouwd, een omsloten tuin of *susterhof*, een keuken en dienstlokalen. Deze vermoedelijke vakwerkgebouwen werden rond 1545-1546 volgens een gelijkaardig plan in baksteen heropgebouwd.

De nieuwe ziekenzaal was verdeeld in dertien alkooven met een middengang en telde meerdere verdiepingen. Bij de restauratie werden de ruimte en de houten dakstoel vrijgemaakt om de indruk te krijgen van een grote zaal, thans gebruikt als restaurant.

Door hun deels religieus, deels seculier karakter volgen de infirmerieën van begijnhoven de typologie van de stadshospitalen. Vaak hoort hier een opvanghuis voor armen bij, gekend onder de naam van Heilig-Geesttafel.

BESLUIT

Meer dan andere sociale groepen in de Middeleeuwen beschouwden de monniken de zieken van hun gemeenschap met veel welwillendheid. De grote kloosterinfirmerieën, die vooral uit de 13^{de} eeuw stammen, zijn daar het tastbare bewijs van. De uitzonderlijke afmetingen van sommige van deze overwelfde zalen kunnen alleen begrepen worden omdat hun sacrale karakter dat van een kerk benadert. Net als de twee andere gebouwen die een abdij domineren, de kerk en de refter, heeft de kloosterinfirmerie eveneens een figuurlijke betekenis. Terwijl de kerk het offer van Christus herdenkt en de refter naar het laatste avondmaal verwijst, vertegenwoordigt de infirmerie de vage grens tussen de materiële wereld en die van de eeuwigheid. De infirmerie is de plaats van de definitieve overgang naar het hemelse Jeruzalem waarvan de abdij reeds de aardse voorafspiegeling wil zijn. De heilige Benedictus formuleert dat



duidelijk in het voorwoord van zijn Regel: "*Laten wij ons dus nooit aan Gods leiding onttrekken, maar in zijn leer tot de dood in het klooster volharden, om door ons geduld aan Christus' lijden deel te nemen, en zo te verdienen deelgenoten te worden van zijn rijk*".

Meer dan in welke andere ruimte kon de zieke monnik in de infirmerie delen in het lijden van de gekruisigde Christus (inbegrepen door de aderlatingen). In de infirmerie gaat de monnik van dit leven naar het hiernamaals, en dat volgens een ritueel dat geen enkel twijfel laat bestaan over de betekenis van de plaats. Wanneer een zieke op het punt stond te sterven, plaatste de ziekenbroeder hem op de grond,



◀ Luchtfoto van de archeologische site van Ename, met infirmerie. In het midden onderaan: het langwerpige gebouw in twee delen, onder de kleine binnentuin met waterput (© VIOE)

op een groot laken of op as in de vorm van een kruis. Dan riep hij de gemeenschap samen door vier maal de klok te luiden. Dan kwamen de broeders onmiddellijk naar de infirmerie om de stervende door hun aanwezigheid en hun gebeden bij te staan. Het spreekt voor zich dat in de ogen van de middeleeuwse monnik God, die het Begin en het Einde is, de enige echte geneesheer is.

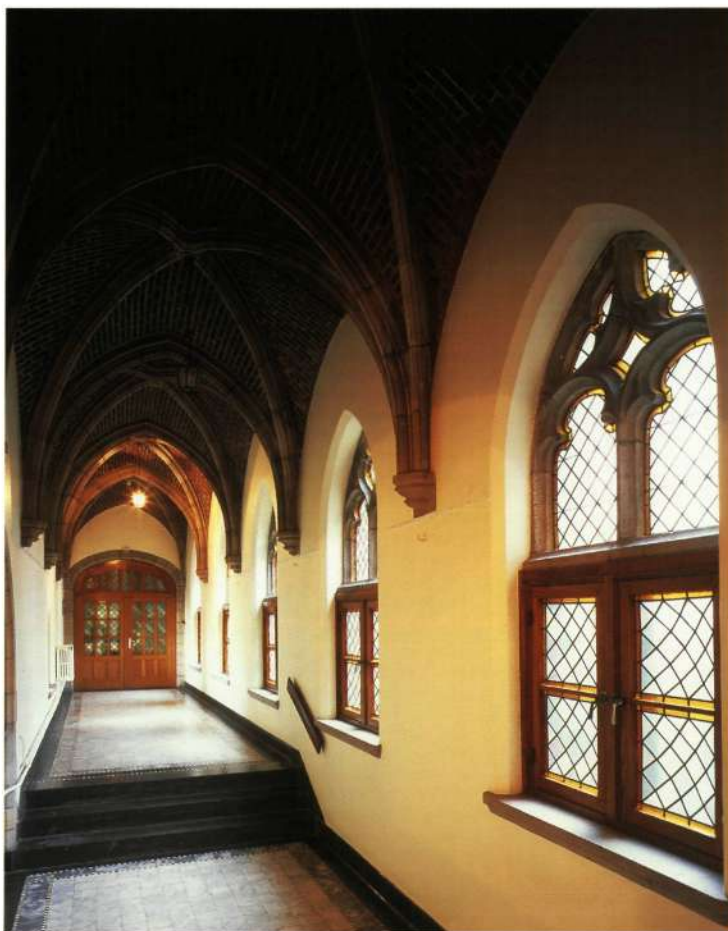
BIBLIOGRAFIE

BELL D.N., *The English Cistercians and the Practice of Medicine*, in *Cîteaux Commentarii Cistercienses*, 40, 1989, p. 139-174; ID., *The Siting and Size of Cistercian Infirmeries in England and Wales*, in LILLICH M. (ed.), *Studies in Cistercian Art and Architecture*, 5 (Cistercian Studies

Series, 167), Kalamazoo, 1998, p. 211-237; BAILLEUL B., LALEMAN M.C. e.a., *De Sint-Pietersabdij te Gent. Historisch en archeologisch onderzocht* (Archeologische monografie, 1), Gent, 1979; CASSIDY-WELCH M., *Monastic Spaces and Their Meanings. Thirteenth-Century English Cistercian Monasteries* (Medieval Church Studies, 1), Turnhout, 2001, p. 133-165; CHOISSELET D. en VERNET P., *Les 'Ecclesiastica officia' cisterciens du XII^e siècle*, (La Documentation Cistercienne, 22), Reiningue, 1989, cap.92 (*de infirmis qui sunt in infirmitorio*) et 116 (*de infirmario*); COOMANS Th., *L'abbaye de Villers-en-Brabant: construction, configuration et signification d'une abbaye cistercienne gothique* (Studia et Documenta, 11), Brussel-Brecht, 2000, p. 411-428 en 431-448; ID., *De la salle commune à la chambre individuelle: l'évolution des infirmeries monastiques (XII-XV siècles)*, in *Archaeologia Mediaevalis* 25 ans, actes du colloque (Études et Documents, série Fouilles), Namen, Division du patrimoine, 2005 (in voorbereiding); CRAEMER U., *Das Hospital als Bautyp des Mittelalters*, Keulen, 1963; DE BACKER M., *Farmacie te Gent in de late middeleeuwen. Apothekers en receptuur*, Hilversum, 1990, p. 79; DEVLIEGHER L., *De Duinenabdij te Koksijde. Ikonografie en Archeologie*, in *Biekorf. Westvlaams archief voor geschiedenis, oudheidkunde en folklore*, 61, 1960, p. 193-228 (in het bijzonder p. 224-225); DIMIER A., *Infirmeries cisterciennes*, in CHAUVIN B. (ed.), *Mélanges à la mémoire du père Anselme Dimier*, 2, Arbois, 1982, p. 804-825; FERGUSSON P. en HARRISON S., *Rievaulx Abbey: Community, Architecture, Memory*, Londen/New Haven, 1999, p. 131-132; GILLET-MIGNOT P. en WARZÉE G. (ed.), *L'ancienne abbaye de Floreffe, 1121-1996* (Études et Documents, série Monuments et Sites, 2), Namen, 1996, p. 146-153; HORN W. en BORN E., *The Plan of St Gall. A Study of the Architecture & Economy of, & Life in Paradigmatic Carolingian Monastery*, 3 vol., Berkeley/Los Angeles/Londen, 1979, p. 313-321; LALEMAN M.C., RAVESCHOT P. en VAN DE WALLE R. (ed.), *De Sint-Pietersabdij te Gent. Het rijke leven van zieke monniken. Twee afvalputten uit de infirmerie 1600-1780* (Archeologische monografie, 2), Gent, 1985; LEMAIRE R.M., GENICOT L.F., VAN THIENEN R. en MATTHYS A., *L'infirmerie du Grand Béguinage de Louvain*, in *Bulletin de la Commission royale des Monuments et Sites*, 16, 1965-1966, p. 7-178; SCHMITZ Ph. (ed.), *Règle de saint Benoît. Texte latin, traduction et concordance*, 5^e éd., Turnhout, 1987, cap. 36 (*De infirmis fratribus*); SIMONS W., *Cities of Ladies: Beguine Communities in the Medieval Low Countries, 1200-1565*, Philadelphia, 2001; THOMPSON J. en GOLDIN G., *The Hospital: a Social and Architectural History*, New Haven/Londen, 1975.

HET GASTHUISWEZEN IN DE NIEUWE TIJD

► Pandgang van
kloostervleugel
(1661) van het
Onze-Lieve-
Vrouwhospitaal van
Geraardsbergen
(foto K. Vandevorst)



Om in de Nieuwe Tijd de nood van de hulpbehoevenden te lenigen, bestonden er diverse instellingen. De Heilig-Geesttafel, die parochiaal georganiseerd was, kwam tegemoet aan de behoeften van de armen door het uitdelen van materiële goederen of steungelden. Krankzinnigen werden opgevangen bij particulieren in Geel, maar ook in specifieke instellingen. Veelal waren het de alexianen en in Velzeke de zusters penitenten, die zich over geesteszieken ontfermden. Voor ouderlingen bestonden er talrijke godshuizen in de steden en ook in de grote dorpen. Het ging veelal om kleine instellingen waar meestal

niet meer dan een twintigtal bedden beschikbaar waren. Pelgrims en onbemiddelde reizigers, waarvan het aantal in de Nieuwe Tijd fel was afgenomen, konden terecht in passantenhuizen, meestal bediend door lekenpersoneel en soms ook door hospitaalzusters. Waar passantenhuizen nog bestonden, genoten ze vaak een slechte naam en de autoriteiten veroordeelden ze tot plaatsen waar vagebonden en leeglopers schuilden.

Dan waren er nog leprozerieën waar besmette zieken werden opgevangen, maar aangezien dit soort

ziekten in deze periode nog zelden chronisch voorkwam, leefden de ziekenzusters er gewoon ten laste van de gedoteerde goederen. Tenslotte waren er nog de gasthuizen – in Vlaanderen meestal hospitalen genoemd, zoals het Sint-Janshospitaal in Brugge, en in Brabant gasthuizen zoals het Sint-Jansgasthuis in Brussel – waar arme zieken werden verzorgd door gasthuiszusters of grauwezusters. Deze hospitalen leunden nog in veel opzichten aan bij hun middeleeuwse voorgangers. Ze lagen meestal in de steden, uitzonderlijk op het platteland. Ze waren gelegen

schuur, stal, wagenhuis en aanpalende dienstgebouwen.

Waar in de Middeleeuwen de infirmerie één geheel vormde met de gebedsruimte zodat de patiënten vanuit hun bed de mis konden bijwonen, werden deze in de Nieuwe Tijden gescheiden door een muur op te trekken of door een belendende gasthuiskapel te bouwen. Er bleven dan wel muuropeningen uitgespaard zodat de zieken ten minste de mislezer konden horen. Voor zover dit nog na te gaan is, zijn er in de Nieuwe Tijd nergens grondige



◀ Infirmerie van de zusters in het hospitaal Notre-Dame à la Rose in Lessines (foto G. Focant © MRW)

aan de hoofdstraat, vaak nabij de stadspoort. Het gebouwencomplex van een gasthuis, zeker als het bediend werd door kloosterzusters, week in zijn grote onderdelen niet af van een klooster. Men trof er een gedeelte aan voor de zusters: kapel en kloosterpand met kapittelzaal, keuken en refter, infirmerie van de zusters en de lokalen van de overste. Daarnaast had men een gastenkwartier met ziekenzaal, een apotheek met bijbehorende kruidentuin, een linnenkamer, een wasserij en het landbouwgedeelte – een gasthuis moest zoveel mogelijk in zijn eigen behoeften voorzien – met

vernieuwingen in de gasthuisbouw gebeurd. Een ziekenhuis, zoals het *hôpital Saint-Louis* in Parijs dat in 1607 is gebouwd onder leiding van architect Claude Vellefraux en tot in de 19^{de} eeuw als model gold, treffen we bij ons niet aan. Noch de godsdiensttroebelen noch de verwoesting door de legers van Lodewijk XIV, noch brand of overstromingen, waren een reden om het middeleeuwse gasthuiscomplex tot op de grond af te breken en te vervangen door een ziekenhuis gebouwd volgens de nieuwe inzichten. Het bleef bij aanpassen, bijbouwen, afbreken of vernieuwen.

ZORGWEKKENDE TOESTANDEN

Een onderzoek naar de toestand van de gasthuizen in de tweede helft van de 18^{de} eeuw toonde nochtans aan in welke trieste omstandigheden de zieken er waren gehuisvest. Het Sint-Jansgasthuis in Brussel is daar een treffend voorbeeld van. De gebouwen die, na het bombardement in 1695 door maarschalk de Villeroy, op dezelfde plaats werden heropgebouwd, voldeden al lang niet meer aan de noden. Schepen Simon François de Valeriola onderstreepte in 1776 de zorgwekkende toestand: het aantal zieken overtrof voortdurend het aantal bedden waardoor zij bijna altijd met twee en soms met drie in één bed moesten worden gelegd of, in afwachting van hun opname, de nacht op straat moesten doorbrengen of vroegtijdig werden ontslagen. In de ziekenzaal sloot het hoofdeinde van het ene bed aan bij het voeteinde van het volgende waardoor de zieken slechts met moeite gewassen en verzorgd konden worden. Door het groot aantal deuren en de te hoge binnenruimte was het er in de winter ijsig koud. De zieken kenden te weinig rust door het drukke verkeer in de Gasthuis- en Violettenstraat en door het veelvuldige in- en uitgaan van patiënten en bezoekers. Alle chirurgische ingrepen, de amputaties uitgezonderd, gebeurden in dezelfde ziekenzaal. Het terrein lag midden in de stad, was veel te klein, liet geen uitbreiding toe en kon, zo een besmettelijke ziekte de stad teisterde, niet worden afgezonderd; de natuurlijke afwatering was er trouwens ook onvoldoende. Elders in de Zuidelijke Nederlanden was

het niet beter gesteld. Plannen werden er wel gemaakt om een nieuw ziekenhuis op te trekken, maar de Brabantse revolutie, gevolgd door de Franse bezetting, was er waarschijnlijk de oorzaak van dat ze niet werden uitgevoerd. Ook de poging van keizer Jozef II om, zoals in Wenen, in de belangrijkste steden van de Zuidelijke Nederlanden een algemeen hospitaal op te richten met naast het ziekenhuis een afdeling voor kraamvrouwen, voor wezen, voor invaliden, voor krankzinnigen en voor andere uitgestoten, liep op niets uit.

DE ZIEKENZAAL

Slechts in enkele gasthuizen bestonden er twee ziekenzalen, één voor mannen en één voor vrouwen. In de meeste was er echter maar één gemeenschappelijke *beyaert* of ziekenzaal voor arme zieken. Betaalende zieken daarentegen werden gewoonlijk in een afzonderlijke ziekenkamer gelegd. Vaak was er ook nog een sterfkamertje waarin de ongeneeslijken in afwachting van hun dood werden ondergebracht. De grote zaal van Sint-Jan in Brussel was 49 meter lang en 25 meter breed en geleek dus enigszins op die van het Sint-Janshospitaal in Brugge waarvan een schilderij van Jan Beerblock uit 1778 ons een zicht op de binneninrichting geeft. In de andere gasthuizen was de ziekenzaal kleiner: in Aalst bijvoorbeeld was de vrouwenzaal 8 meter op 29 meter en de mannenzaal 10 meter op 18 meter, in Mechelen was de *beyaert* 12,5 meter breed en 24 meter

▼ Gezicht van de oude ziekenzalen van het Sint-Janshospitaal op een schilderij (1778) van Jan Beerblock (© Stedelijke musea Brugge)





lang. Veel bedden konden in deze al te kleine ziekenzalen dus niet geplaatst worden en aangezien per stad slechts één gasthuis bestond, was de nood aan ligplaatsen hoog. De inrichting van deze ziekenzalen was precair te noemen. Op een schilderij van Karel van der Sluyse van rond 1790 kan men zien hoe in het Sint-Pietersgasthuis in Leuven de beddekoetsen in de lengterichting langs de muren waren opgesteld. Volgens een reglement uit het midden van de 18de eeuw moesten de bedden daar gesigneerd worden met de *“letteren van A B C D etica. ende dan voorts metten dobbelen AA BB CC DD oft deur getallen van 1, 2, 3, 4 enz”* en dit om te voorkomen dat verkeerde geneesmiddelen aan de verkeerde patiënt werden toegediend. Voorbeelden van een dergelijke inrichting treffen we nog aan in het *Hôtel-Dieu* in Beaune, in het Sint-Pieter- en Bloklandgasthuis in Amersfoort, op een schilderij van Jan Beerblock in het Sint-Janshospitaal van Brugge en op een trapeziumvormig schilderijtje in het Centraal Museum in Utrecht met een zicht op de ziekenzaal in het Sint-Catharijnengasthuis in 1635. Wanneer de breedte van de zaal het toeliet, zoals te zien is op de tekening van de grote ziekenzaal in het Onze-Lieve-Vrouwegasthuis in Mechelen door Jan Baptist de Noter, werd eventueel ook een dubbele middenrij geplaatst. Wanneer er slechts één ziekenzaal was, werd de mannen- van de vrouwenafdeling gescheiden door een gordijn of een houten schutsel. Slecht verluchte latrines en de overbezetting van patiënten zorgden er soms voor een ‘verpestende’ stank. Het ledikant bestond uit een beddenbak, een matras gevuld met stro, een paar lakens, een hoofdpeluw en een oorkussen en een paar wollen dekens. De hemelbedden waren aan de voorzijde behangen met gordijnen en bovenaan open.

OPNAMECAPACITEIT

In de Zuidelijke Nederlanden lag de gemiddelde opnamecapaciteit op anderhalf bed per 1000 inwoners. Veelal was dit onvoldoende voor de noden,

zodat het frequent gebeurde dat twee, uitzonderlijk zelfs drie patiënten in één bed moesten worden gelegd. Uiteraard verschilde deze opnamecapaciteit van stad tot stad. Een paar voorbeelden moge dit illustreren. Het Sint-Elisabethgasthuis te Antwerpen telde in 1784 106 bedden: 81 voor arme zieken en 25 voor betalende patiënten, wat toeliet 187 zieken op te nemen. Dit betekent dat daar één bed per 260 inwoners voorhanden was of 3,84 per 1000 inwoners. Het Sint-Janshospitaal van Brugge beschikte over 112 bedden waar de zieken nooit met twee in één bed werden gestopt, wat neerkomt op 1/275 (of 1/137 wanneer men er toch twee per bed zou leggen). In het Sint-Jan in Brussel telde men in 1776 slechts 77 bedden voor ongeveer 70 000 inwoners, dit is 1,1 per 1000 inwoners. De nood was er zeer groot. De ‘wereldreiziger’ Derival schrijft dat in 1766 één van zijn correspondenten zag dat een zieke arme vrouw zich omstreeks 22.30 u neerlegde aan de gasthuispoort in de hoop de volgende dag opgenomen te worden. De zusters



Barokdeurtje van het Onze-Lieve-Vrouwehospitaal van Kortrijk (foto K. Vandevorst)

Westelijke vleugel
van het hospitaal
Notre-Dame à la
Rose (17^{de} eeuw)
in Lessines
(foto G. Focant
© MRW)



waren vaak verplicht half genezen zieken te ontslaan om anderen op te nemen die grotere nood hadden.

Maar in de Nieuwe Tijd blijkt enerzijds dat niet iedereen in de gasthuizen werd opgenomen en anderzijds dat men er niet terecht kon voor alle zieken. Welgestelden gaven meestal de voorkeur aan thuisverzorging door zwartzusters, en meden wegens het grote besmettingsgevaar een gasthuis 'als de pest'. Gaan we na tot welke sociale groepen de gasthuispatiënten behoorden, dan blijkt dat voornamelijk eenvoudige handarbeidende lieden en onbemiddelde armen een opname in het gasthuis wensten. Het aantal bedden dat per 1000 inwoners beschikbaar was, zou dus in werkelijkheid hoger liggen dan bovenvermelde getallen die gebaseerd zijn op de totale bevolking. Het aantal door de armentafel ondersteunde personen wordt in 1755 voor heel Brabant geschat op 25 à 35 %. Het aantal bedden per 1000 inwoners zou dus met drie à vier mogen vermenigvuldigd worden.

In de meeste gasthuizen werden de te lage inkomsten opgegeven als reden om het kleine aantal ziekbedden te rechtvaardigen. Om aan deze nood te verhelpen gingen de gasthuiszusters in Diest, Mechelen en Leuven, net als de zwartzusters, ook zieken in de stad verzorgen en de lijken van vooraanstaande personen opbaren. Bovendien voerden de zusters ook aan dat ze met te weinig gezonde

religieuzen waren om een groter aantal, laat staan alle mogelijke zieken op te nemen en te verzorgen. De toestand in de Zuidelijke Nederlanden is zeker niet slechter dan elders in Europa. Alleen in Brussel, en in mindere mate ook in Gent, was de opnamecapaciteit opvallend laag en kan men spreken van een nijpend tekort. Dat zo weinig bedden beschikbaar waren had dus in de eerste plaats te maken met de beschikbare ruimte die op verre na niet voldeed aan de behoeften en slechts in tweede instantie met de financiële middelen en met het aantal gezonde zusters.

WIE WORDT ER OPGENOMEN IN HET GASTHUIS?

Om in een zogenaamde *beyaert* of gemeenschappelijke zaal van een ziekengasthuis te worden verzorgd moest de patiënt in principe behoeftig zijn en door ziekte niet meer in staat om van huis tot huis te gaan bedelen. Verder mocht zijn kwaal niet van blijvende aard en niet besmettelijk zijn en eisten de statuten dat de zieke een inwoner van de gemeente of stad was waar het gasthuis was gelegen. Meermaals hebben de gasthuizen die beweerden alleen ter beschikking van de ingezetenen te staan, in noodgevallen en vaak gedwongen, ook vreemdelingen opgenomen, met name reizende passanten en soldaten. Het zou fout zijn te veronderstellen dat deze zieken aan een bepaald gasthuis de voorkeur



◀ Straatgevel van het hospitaal Saint-Jacques in Le Roeulx (foto G. Focant © MRW)

gaven wegens de faam van de geneeskundige verzorging of dat het ging om inwijkelingen of dienstpersoneel van de een of andere heer. Mag een aantal zeker tot deze laatste twee categorieën worden gerekend, een tweede groep betrof rondtrekkende lieden: voerlieden, leurders, speellieden, zwervers, pelgrims, reizigers die onderweg ziek waren geworden en naar het dichtstbijzijnde gasthuis werden gebracht. De moeilijkheid daarbij is dat haast niet kan uitgemaakt worden hoeveel van deze elders geboren zieken op doorreis waren of zich mettertijd in de stad hadden gevestigd.

Het was ook gebruikelijk dat vondelingen en zwangere vrouwen werden doorgezonden. Enerzijds beweerden de zusters dat vondelingen opnemen een taak was van het vondelingentehuis en anderzijds dat barende vrouwen bijstaan niet betaamde aan religieuzen. In de meeste gasthuizen werden aanstaande moeders daarom gewoonlijk geweigerd. Men wou er voorkomen dat, zo de ongehuwde moeder stierf in het kraambed, het gasthuis zou moeten instaan voor de kosten van opvoeding en onderhoud van de boreling. In het St.-Jansgasthuis te Brussel werden zwangere vrouwen wel opgenomen. Volgens de statuten van 1652 was er een zuster belast met het bijstaan van de *kinderbedt vrouwen* in de kraamafdeling. Of de zusters deze taak nog op zich namen in de 18^{de} eeuw, is twijfelachtig. In 1759 verklaarde de overste, zuster Constantia

Moreau, dat ze niet gehouden waren *grootgaende vrouwen ofte dochters* te ontvangen.

HET VERBLIJF IN HET GASTHUIS

Zieken werden gewoonlijk ten huize afgehaald in een kar of draagstoel. Bij aankomst moesten ze aangemeld worden bij de overste of bij de verantwoordelijke verpleegzuster, om te controleren of de zieke wel in aanmerking kwam voor opname in het gasthuis. Vervolgens werd, wanneer er zekerheid bestond dat de zieke tot de categorie te aanvaarden patiënten behoorde, geïnformeerd naar de identiteit en de woonplaats van de patiënt ten einde deze te noteren in het ziekenboek. Spoedig na zijn opname moest de ziekenpastoor verwittigd worden om de biecht van de zieke te horen. Wie dit niet wilde, mocht door de zusters worden geweigerd ofschoon zij, zeker in de 18^{de} eeuw, toleranter werden ten opzichte van protestanten, die ze evenwel poogden te overhalen om zich te bekeren tot de Roomse geloofsovertuiging. Voor zover nog bedden beschikbaar waren, werden arme ingezetenen in een ziekengasthuis gratis verzorgd. Als tegenprestatie gold al van in de Middeleeuwen dat de goederen van wie gratis werd verzorgd en in het gasthuis kinderloos stierf, voor de instelling waren. Dat was gebruikelijk in de Zuidelijke Nederlanden, al is dit erfrecht vaak betwist geweest en werden er herhaaldelijk proces-

► De historische apotheek van het Sint-Janshospitaal in Brugge, ingericht in 1643
(© Stedelijke musea Brugge)



► Het gasthuis van Poperinge uit de 17^{de} en 18^{de} eeuw
(foto K. Vandevorst)



sen om gevoerd. Voor de arme zieken die boven het gestelde aantal werden opgenomen betaalde de Heilig-Geesttafel van zes tot negen stuivers daags. Vreemdelingen en gegoeden betaalden veel meer voor dagelijkse verblijfkosten. Een hoofdzuster en een aspirant-verpleegzuster, of meerdere zusters naar gelang de capaciteit van de ziekenzaal, zorgden voor de dagelijkse hygiëne en de voedselverdeling. Elke zuster had daarbij, naar gelang de opnamecapaciteit van het hospitaal, 3 tot 18 ziekbedden onder haar hoede. Zij werden overdag en 's nachts afgelost door anderen en bijgestaan door twee knechten voor het ziekentransport, waarvan er één de ziekenzusters bijstond voor de verpleging van de mannen.

Zeker al van in de 16^{de} eeuw werd in de grote ziekenhuizen, in opdracht van de stad van wie hij een salaris genoot, de diagnose toevertrouwd aan de stadsgeneesheer, die tot tweemaal per dag zijn ronde deed in de *beyaert* en naar wiens oordeel de zusters en de chirurgijn moesten handelen. Medicamenten daartoe werden betrokken uit de eigen gasthuisapotheek met bijbehorende kruidentuin, waar de apotheekzuster met haar assistente instond voor de bereiding van de geneesmiddelen. Wat niet voorhanden was in de gasthuisapotheek kochten de zusters aan bij een apotheker in de stad. Voor uitwendige letsels zoals zweren, kwetsuren, been- en armbreuken en brandwonden, of gekende inwendige stoornissen als spijsverteringsziekten en koortsen, bestond remedie. In de overlijdensregisters van het Sint-Jansgasthuis in Brussel kan men lezen dat patiënten werden opgenomen met kneuzingen, breuken, beroerten, nierstenen of koudvuur en verder vrouwen wegens de gevolgen van een kraambled, en zelfs besmette zieken die aangetast waren door dysenterie, pokken of tyfus. Daaronder treffen we mannen en vrouwen aan van alle leeftijden, maar opvallend weinig kinderen. Ondanks deze minimale geneeskundige zorg, konden zeker 60 % van de patiënten binnen een maand het hospitaal verlaten; 10 à 20 % zelfs binnen een week. Overlast van zieken, onwetendheid en soms ook gierigheid waren oorzaak dat de patiënten soms onvoldoende werden verzorgd. Anderzijds werd de inzet van de zusters bij epidemieën door de magistraat zeer geprezen.

Niet iedereen had het geluk het hospitaal genezen te verlaten. Te Brussel werden in 1725 in totaal 1241 zieken opgenomen, 983 of 79 % verlieten het gasthuis genezen, 258 of 21 % werden naar hun graf gedragen. In het Sint-Janshospitaal in Brugge stierf in 1783 21 % van de patiënten, in de Bijloke te



◀ Hospitaal Le Balloir
(16^{de}-17^{de} eeuw)
in Luik
(foto G. Focant
© MRW)



◀ Het verbouwde koor
van de 17^{de}-eeuwse
kapel van het
hospitaal Saint-
Julien de Boussoit
in La Louvière
(foto F. Dor
© MRW)

◀ Veelzijdig koor van
de laatgotische
kapel (17^{de} eeuw)
van het hospice
in Rebecq
(foto F. Dor
© MRW)





▲ 17^{de}-eeuwse traphal
van het hospitaal
voor ongeneeslijke
zieken in Doornik
(foto F. Dor
© MRW)

Gent in de jaren 1780-1797 gemiddeld 18 % zieken; in Herentals noteerde men in 1788 acht overlijdens, dit is 16 % van de ingekomen zieken. In het Sint-Elisabethgasthuis te Antwerpen stierven 20 % van de opgenomen zieken.

BIJKOMENDE ACTIVITEITEN

Om hun inkomsten wat te verhogen namen alle gasthuizen ook commensalen op. Als de 'gast' geen opschudding verwekte en een bedrag betaalde, soms tot 1500 gulden hoog, werd contractueel overeengekomen dat het gasthuis zou instaan voor het levensonderhoud van deze kostgangers. Daarenboven fungeerden de gasthuizen soms ook als logement voor reizende geestelijken en als verplichte verblijfplaats voor gestrafte nonnen en leken. Minder welgekomen gasten waren de militairen die niet aarzelden om te foerageren of inkwartiering te eisen op kosten van het gasthuis of zelfs het hospitaal te plunderen en te verwoesten. Dit belette niet dat de zusters zich hebben ontfemd over de gewonde soldaten die meermaals al de bedden innamen, zodat de verzorging van de arme zieken in het gedrang kwam en de verzorgingskosten de inkomsten overtroffen.

Tenslotte stellen we vast dat in enkele kleine gasthuizen, zoals Ninove, Turnhout en Asse in de Nieuwe Tijd ook onderwijs is gegeven. Eén of twee zusters waren er belast met aan negen tot vijftien jaar oude meisjesleerlingen van de kostschool les te geven in lezen, schrijven, naaien en andere handvaardigheden. Voor de gasthuiszusters betekende het houden van een kostschool niet alleen een aanvullende bron van inkomsten en een uitbreiding van hun sociaal engagement, de overste kon er ook de beste elementen rekruteren voor de kloostergemeenschap.

SLOT

De betekenis van de gasthuizen in de Nieuwe Tijd ligt in het feit dat ze de enige toevlucht in nood waren voor de arme noodlijdende zieke. De kloosterlingen die in de gasthuizen werkzaam waren, werden dan ook in 1783 door keizer Jozef II ongemoeid gelaten, precies omdat zij zich ten dienste van de medemens stelden. Waar de Franse revolutionairen in 1796 alle abdijen en kloosters nationaliseerden en hun bewoners op straat joegen, ongeacht hun uitstraling in de voorbije eeuwen op godsdienstig, economisch of cultureel gebied, werden de ziekenverzorgende congregaties gespaard. Zij, en zij alleen, mochten hun caritatieve taak voortzetten. Zij waren ook de eersten die door Napoleon vanaf 1809 opnieuw officieel werden erkend en aan wie werd toegelaten zich te organiseren.

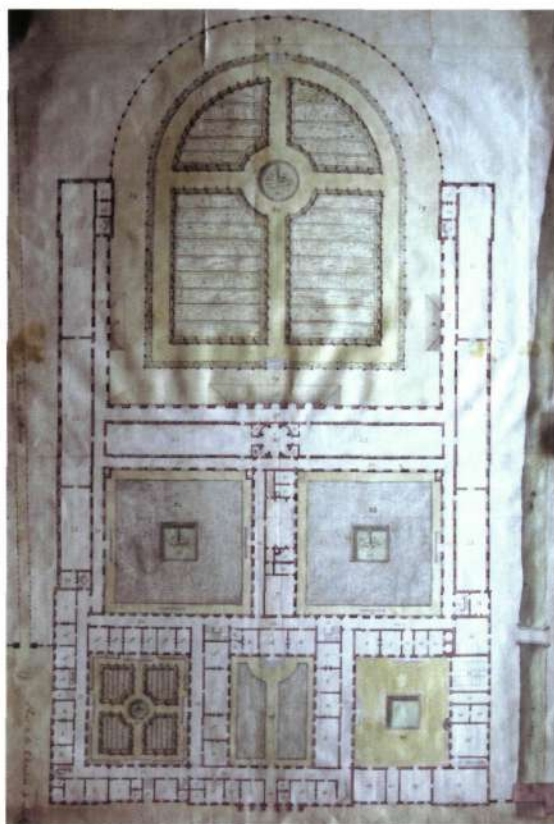
BIBLIOGRAFIE

ALBERDINGK-THIJM P.P.M., *De gestichten van liefdadigheid in België van Karel den Grooten tot aan de XVIe eeuw (Mémoires couronnés et mémoires des savants étrangers, publiés par l'Académie royale des sciences, lettres et des beaux-arts de Belgique, dl. 45)*, Brussel-Leuven, 1883; BONENFANT P., *Le problème du paupérisme en Belgique à la fin de l'Ancien Régime*, in *Académie Royale de Belgique. Classe des lettres et des sciences morales et politiques*, 2e reeks, 35, 1934; IMBERT J., *La centralisation administrative des hôpitaux et de la bienfaisance dans les communes du département de la Dyle*, in *Tijdschrift voor Rechtsgeschiedenis*, 19, 1951, p. 58-104 en 296-335; *Les Hôpitaux en France (Que sais-je?, dl. 795)*, Parijs, 1974; *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, 1982; OCKELEY J., *De Gasthuiszusters en hun Ziekenzorg. Bijdrage tot de studie van de actieve vrouwencongregaties in het aartsbisdom Mechelen in de 17^{de} en 18^{de} eeuw*, 2 dln., Brussel, 1992; QUERIDO A., *Godshuizen en gasthuizen. Een geschiedenis van de ziekenverpleging in West-Europa*, Lochem, 1974.

ARCHITECTUUR DIE HEELT

PAVILJOENZIEKENHUISBOUW IN HET 19^{DE} EEUWSE BELGIË

► Niet uitgevoerd ontwerp (1784) van Louis Montoyer voor een gelijkvloers van een hospitaal aan de Paardenmarkt in Brussel (Parijs, Archives Nationales, Cartes et Plans, N/III/Dyle/10.1)

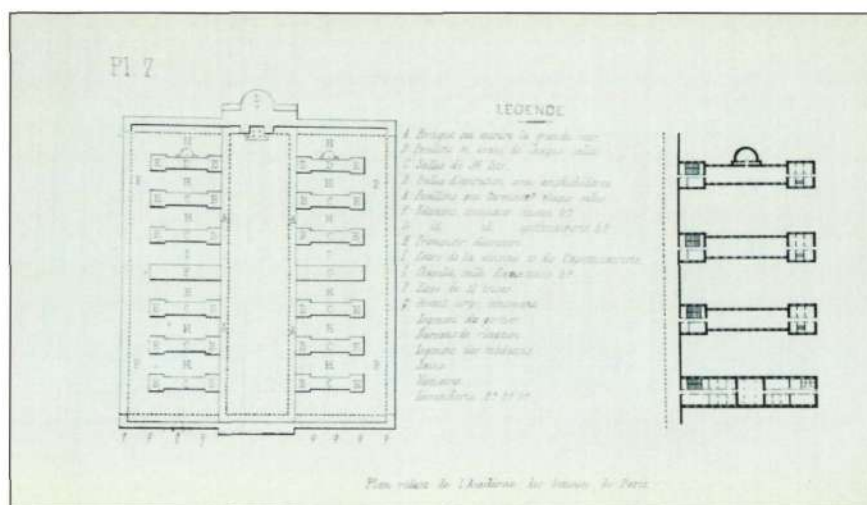


Vanaf de hervormingen van Jozef II (1780-1790) tot de Eerste Wereldoorlog, verwierf het gasthuis/hospitaal in de Zuidelijke Nederlanden langzaam zijn eenduidige betekenis van ziekenhuis: een plaats waar zieken worden verpleegd door medisch geschoold personeel in een speciaal hiervoor ontworpen gebouw. De emancipatie van de belangrijkste actoren bij de bouw van het hospitaal – de overheid, de geneesheren/chirurgen en de architecten/ingenieurs – speelde een hoofdrol in dit proces, samen met de opkomst en uitbouw van de moderne staat, de evolutie van de geneeskunde en de 'verwetenschappelijking van het bouwen'. De medische en hygiënische adviescommissies van de gemeentelijke, provinciale, maar vooral van de centrale overheid

integreerden de nieuwe medische inzichten, voornamelijk betreffende mechanismen van ziekteoverdracht, en de technische uitrusting van verwarming en ventilatie, in een voortdurende typologische bijsturing van het ideale hospitaal. Centraal hierbij stond het geloof dat een goed geconstrueerd gebouw, als een *machine à guérir*, kon bijdragen tot het genezingsproces.

EEN AANZET TOT EEN NIEUW BELEID

De zorg voor de armen en hulpbehoevenden zoals zieken en bejaarden in de samenleving was sinds de



Ontwerp van B. Poyet, voorgesteld door de Parijse Académie des sciences in 1786 (in UYTTERHOEVEN A., Notice sur l'hôpital Saint-

Jean de Bruxelles, ou étude sur la meilleure manière de construire et d'organiser un hôpital de malades, Brussel, 1862, pl.7)

late Middeleeuwen in de Zuidelijke Nederlanden het onderwerp van een bijzondere samenwerking tussen de overheid en de private sector. Gemeenten en/of rijke particulieren stonden in voor de huisvesting (infrastructuur) en de materiële middelen (patrimonium), religieuzen namen de dienstverlening op zich. In de tweede helft van de 18^{de} eeuw nam de interesse van de staten en de centrale regering voor deze materie toe. Men streefde, vaak tevergeefs, naar een rationalisatie met een specifiek beleid voor elke doelgroep en naar een centralisatie per gemeente, onder provinciaal of centraal beheer; zo werden er bijvoorbeeld in de strijd tegen de bedelarij en landloperij door de Staten van Vlaanderen en Brabant provinciale correctiehuizen opgericht.

Zoals ook de Engelse reiziger en hospitaal- en gevangenishervormer John Howard getuigde, was rond 1770 de toestand in de Zuid-Nederlandse hospitalen ronduit bedroevend. De meeste hospitalen beschikten slechts over één à twee ziekenzalen. Dit liet, eventueel met behulp van een tussenschot, een scheiding per sekse toe, maar van enige groepering van de patiënten volgens de aard van de aandoening was geen sprake. Besmettelijke zieken lagen naast geopereerden en gekwetsten, in regel met meerdere in één bed. Operaties gebeurden in de ziekenzaal zelf; baden waren vaak afwezig. Kortom, een verblijf in een hospitaal sorteerde voor veel armen niet het gewenste effect.

In het Oostenrijkse weldadigheidsbeleid van Jozef II stond het *hôpital général* centraal. De Weense instelling telde 2000 bedden, en onder andere een aparte vleugel met kraamkliniek en bijgebouwen voor ongeneeslijken, zwakzinnigen en vondelingen. In de Zuidelijke Nederlanden liep een gelijkaardige

ambitieuze hospitaalhervorming, met een waar Hospitaaldepartement binnen de Commissie van liefdadigheidsinstellingen, die sinds 1786 het patrimonium van de liefdadigheidsinstellingen beheerde, echter stuk op de Brabantse omwenteling door aarzelend overheidsoptreden en een manifeste onderfinanciering. De belangrijkste realisatie was de oprichting in het voormalige Brusselse Sint-Pietersklooster van een 'voorlopig hospitaal', dat onder leiding van het Hospitaaldepartement werd uitgebreid met een kraaminrichting, en afdelingen voor gekken, zwakzinnigen en ongeneeslijken. Het werd aldus het eerste staatsziekenhuis van de Zuidelijke Nederlanden, dat uitgroeide tot de omvang van het Brusselse Sint-Janshospitaal. Het ontwerp uit 1784 van architect Louis-Jozef Montoyer voor een nieuw hoofdhospitaal aan de rand van de hoofdstad voorzag ruime aan elkaar geschakelde ziekenzalen en een neopalladiaans gevelfront, maar werd nooit uitgevoerd.

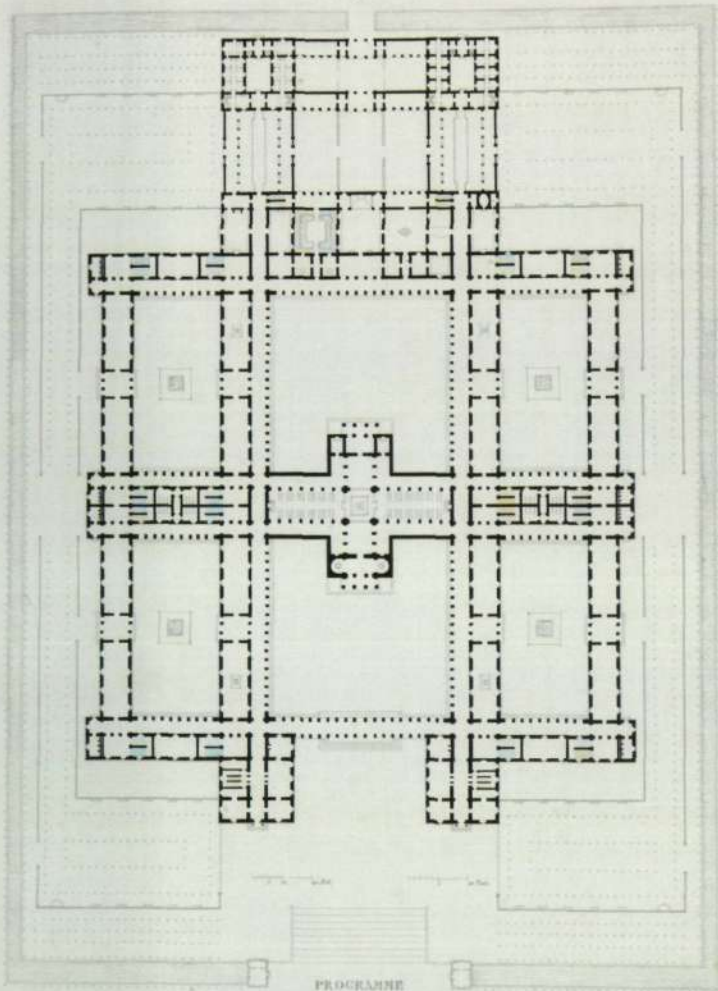
EEN NIEUWE TYPOLOGIE

De fascinatie van Jozef II voor de ziekenhuisbouw beïnvloedde mogelijk ook de Franse hervormingsvoorstellen. Bij een bezoek in 1781 aan zijn schoonbroer Lodewijk XV kaartte Jozef II in elk geval de slechte hygiënische toestand van het Parijse *Hôtel-Dieu* aan, dat sinds een brand in 1772 in het centrum van de openbare en wetenschappelijke belangstelling stond. De voorkeur van de Franse *Académie des sciences* voor een nieuwbouw met paviljoenen, naar het voorbeeld van het Engelse marinehospitaal Stonehouse in Plymouth, gebouwd door architect Rovehead in 1756-1764, werd internationaal toonaangevend.

HOSPICE CENTRAL.

Premier Grand Prix remporté en 1812 par M. Suys.

Pl. 33.



Le hospice central est destiné à recevoir tous les indigents de la ville, pour qu'ils puissent être soignés et instruits. Il sera divisé en deux parties principales : une pour les hommes et une pour les femmes. Chaque partie sera subdivisée en plusieurs sections, chacune affectée à une catégorie spécifique de patients. Le plan ci-dessous illustre la disposition générale de l'établissement, avec ses entrées, ses cours et ses diverses ailes.

▲
Ontwerp (1812) van
T.-F. Suys voor een
hospice central
(in VAUDOYER A. en
BALTARD L., Grands
Prix d'Architecture.

Projets couronnés
par l'Académie
royale des Beaux-
Arts de France, Luik,
1842, pl.83)

Het door architect Bernard Poyet uitgewerkte academievoorstel van 1786 bestond uit een aantal ziekenzalen ondergebracht in aparte paviljoenen, geschakeld in twee parallelle opstellingen, en van elkaar gescheiden door een wandeling met de breedte van een paviljoen. Een gelijkvloerse galerij omheen die wandeling verschaftte toegang tot de paviljoenen. Deze architecturale vertaling van de toen gangbare medische opvatting dat ziekten door 'uitwasemingen' (miasmen) van het zieke lichaam via de lucht werden overgedragen, werd de canon.

DE CREATIE VAN EEN INSTITUTIONEEL KADER EN DE LAÏCISERING EN MILITARISERING VAN DE FRANSE TIJD

Het centraliserende en laïciserende beleid van het Franse Nouveau Régime (1794-1814) realiseerde in één slag de ambities van het einde van het Ancien Régime. Zieken- en armenzorg werden een expliciete overheidstaak, toevertrouwd aan de gemeenten.

In tegenstelling tot Frankrijk werden de goederen en inkomsten van de Zuid-Nederlandse hospitaal- en weldadigheidsinstellingen niet genationaliseerd of verkocht, maar hun beheer werd aan de gemeenten overgedragen en geschillen werden op departementeel niveau beslecht, materies van algemene orde op nationaal niveau. Voor hun beheer werden gemeentelijke administratieve commissies opgericht: de Commissies der burgerlijke godshuizen en de Burelen van weldadigheid: ze telden elk vijf leden, benoemd door de gemeenteraden. De Commissies stonden in voor de opvang en verzorging van arme zieken, bejaarden, wezen en andere behoeftigen in de gods- en ziekenhuizen, de Burelen zorgden voor de bedeling bij de armen thuis. Prefect Doulcet-Pontécoulant dreef de centralisatie nog iets verder door: voor elk van de Dijlearrondissements werd een *Conseil général des hospices et secours* opgericht, dat op vrij korte termijn zowel de hospitaalcommissies als de weldadigheidscommissies in deze arrondissementen opslokte. Hiermee was de basis-administratieve structuur voor de Hollandse en Belgische tijd uitgetekend, die slechts gewijzigd zou worden in 1925.

▼
Gevel van het
kloostergebouw van
de abdij Saint-
Laurent in Luik
(foto G. Focant
© MRW)



De moeizame relatie tussen deze gemeentelijke commissies en het religieuze verplegende personeel – uitdrijvingen, verplichte eed van trouw aan de republiek, en andere – kwam na het Concordaat van 1801 enigszins tot een normalisatie, maar de geestelijken bleven slechts onderaannemers in gemeentelijke dienst.

De omgeschoolde armen- en ziekensector moest het stellen met weinig extra middelen, van nieuwbouw was er nauwelijks sprake. Het patrimonium werd zo goed en zo kwaad het kon aan de nieuwe normen, mede geformuleerd door de centrale architectuur-administratie, het *Conseil des bâtimens civils*, aangepast: scheiding van diverse categorieën van patiënten, ventilatie, latrines. Bovendien leidde de kwalijke reputatie van het ziekenhuis uit het Ancien Régime tot een absolute beleidsvoorkeur voor thuisverzorging. Interessante ontwerpen voor burgerlijke hospitalen bleven onuitgevoerd. Zo stond tijdens de voortgezette architecturale vorming van Zuid-Nederlandse leerlingen aan de Parijse *Ecole spéciale d'architecture*, ook het burgerlijke hospitaal op het

programma. De Romewedstrijd van 1812 had als onderwerp “*un hospice central, destiné à recevoir 1000 indigens de plusieurs départemens, valides ou non-valides, de tous les âges, de tous sexes, sur un terrain de 80.000 mètres de superficie*”. Tilman-François Suys won met een ontwerp waarin “*iedre zwakheden kon afgezonderd woenen*”. Hoewel de algemene lay-out van zijn ontwerp in eerste instantie de typologie van een paleis/klooster oproept, bestond het ontwerp in essentie uit losse ziekenzalen, bediend door open galerijen.

Gezien de militaire agenda van het Franse regime, was het niet verwonderlijk dat er in de militaire hospitalen wel serieus werd geïnvesteerd. Zo werden bijvoorbeeld oude kloosterpanden zoals het voormalige jezuïetencollege in Antwerpen en de abdij

▼
 Traphal in Lodewijk
 XV-stijl, gelegen in
 het abdijcomplex
 van Saint-Laurent
 in Luik, in 1793
 omgevormd tot
 militair hospitaal
 (foto G. Focant
 © MRW)



van Saint-Laurent in Luik, in aller ijl omgevormd tot militaire hospitalen. Dat het principe van de paviljoenbouw hier niet zomaar kon worden toegepast is evident. Voor de oprichting van een groot marinehospitaal te Antwerpen, koos men, in overeenstemming met de toen gangbare opvatting over de ideale locatie van een hospitaal, dan ook voor een plaats buiten de stad: de voormalige Sint-Bernardusabdij in Hemiksem. Louis-Charles Boistard, hoofd

PAPIEREN PAVILJOENEN: HET NIEUWE ELAN VAN DE ZIEKENHUISBOUW IN HET KONINKRIJK DER NEDERLANDEN

De herstelde rust en welvaart, vooral vanaf de jaren 1820, in het Koninkrijk der Nederlanden gaf het volksgezondheidsbeleid een nieuw elan. Voor de gemeentelijke overheid, de arts en de architect kwam het burgerlijke stedelijke hospitaal hierbij in het centrum van de belangstelling te staan.

Het onderwerp van de architectuurwedstrijden georganiseerd naar aanleiding van de stedelijke kunsttentoonstellingen lag steeds vaker in de ziekenhuissector: "*un hôtel des invalides pour mille hommes*" in 1818 en "*un hôpital civil propre à contenir mille lits, avec toutes ses dépendances*" in 1819. Bourla's bekroonde en nog bewaarde ontwerp uit 1819 integreert op een interessante wijze de oplossing van de *Académie des sciences* in een kruisvormige compositie. De directie- en dienstruimten met operatiekwartier werden gegroepeerd op één as, loodrecht op de Parijse standaardoplossing met twee parallelle rijen paviljoenziekenzalen en galerij.

Ter voorbereiding van de nieuwbouwplannen voor het Brusselse Sint-Janshospitaal werd in 1821 een commissie opgericht om de recente ontwikkelingen in de Europese ziekenhuisbouw te bestuderen aan de hand van de beschikbare literatuur en studiereizen. De commissie telde schepenen, artsen, een ingenieur en een architect. Hun rapporten getuigen van een grote eruditie en van hun voorkeur voor Plymouth en het voorstel van de Franse *Académie des sciences*. De architect bezocht Duitsland, Italië, Frankrijk, en later ook Engeland. In de Hollandse tijd bleven de bouwwerkzaamheden echter nog beperkt tot de oprichting van 1824 tot 1827 van het Groot Godshuis naar ontwerp van architect Henry Partoes. Dit gebouw op rechthoekig grondplan met twee binnenkoeren zou lang Brussels grootste bejaardentehuis blijven.

In het Koninkrijk der Nederlanden werd met de publicatie *Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés* van Joseph Guislain een beslissende stap gezet in de verzelfstandiging van de psychiatrische inrichting. Zijn ontwerpen tonen zeer duidelijk aan dat voor een psychiatrische instelling andere ontwerpprincipes gelden dan voor een ziekenhuis: niet het besmettingsgevaar of de problematiek van het operatiekwartier staan hier centraal, maar wel de isolatie van bepaalde categorieën patiënten en specifieke therapieën. Mede door zijn



▲ Straatgevel van het Groot Godshuis, later Pacheco Instituut in Brussel (foto O. Pauwels)

van de maritieme werken van de haven van Antwerpen en Vlissingen, bouwde het complex om tot één grote aaneengeschakelde ziekenzaal, met centrale doorgang geflankeerd aan weerszijden met ziekenbedden. Deze reconversie volgens een vrij verouderde typologie werd in het eerste maar niet uitgevoerde ontwerp uit 1810 echter wel aangevuld met paviljoenen voor de wasserij en een school voor geneeskunde met dodenhuis. De voorkeur voor de paviljoentypologie bij militaire hospitalen, trouwens zeer verwant aan de traditionele kazerneopbouw, bleef ook in de Hollandse en Belgische tijd duidelijk aanwezig, zoals in de militaire hospitalen van Beverlo, Brussel, Antwerpen, Beveren-aan-de-IJzer.

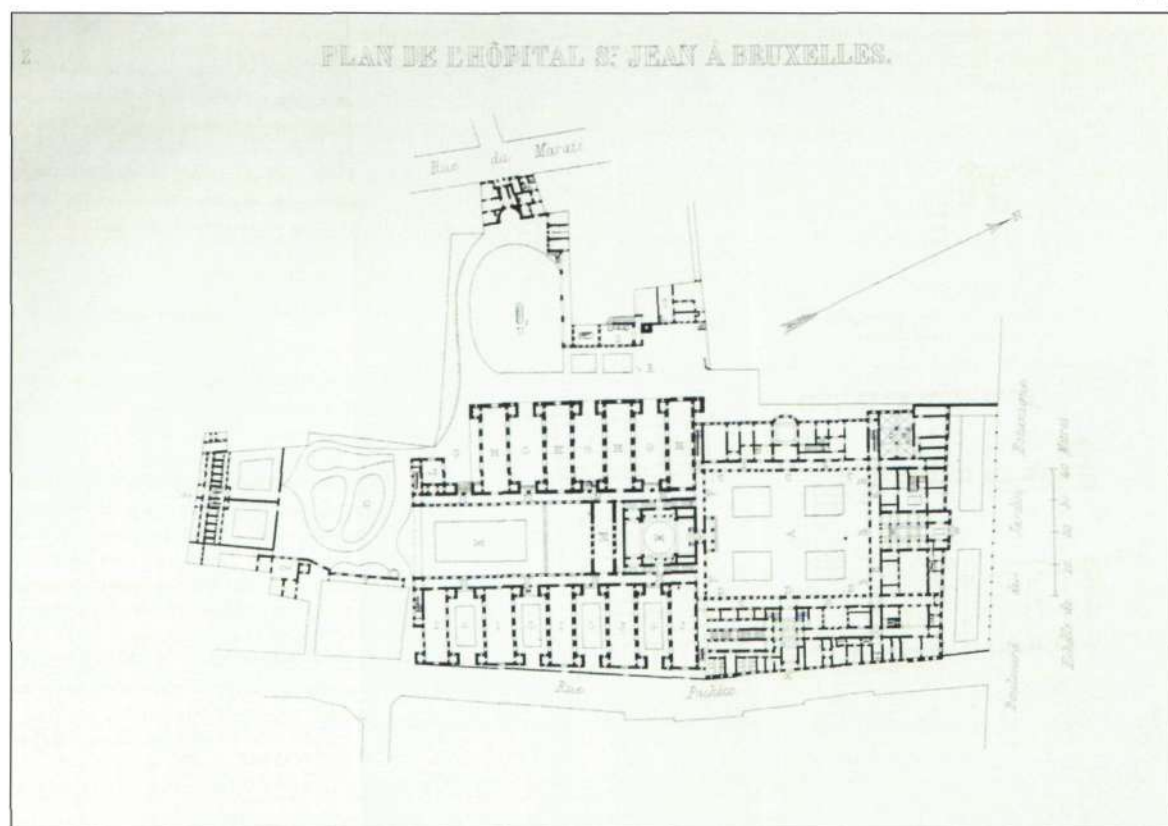
inzet voor de erkenning van de institutionele psychiatrie, met de arts in een sleutelrol, zal de architectuur van de psychiatrische instellingen een eigen evolutie ondergaan, die lang schatplichtig blijft aan de kloostertypologie. Het Guislaininstituut van 1851-1857 naar ontwerp van architect Louis Roelandt en Adolph Pauli in Gent is hiervan een interessant voorbeeld.

STENEN PAVILJOENEN: DE EERSTE PAVILJOENBOUW NA 1830

In de eerste jaren van het Belgische Koninkrijk werd dan eindelijk het eerste hospitaal naar het model van de Parijse *Académie des sciences* van 1783 gebouwd. Het nieuwe Sint-Janshospitaal te Brussel van 1837-1843, nu afgebroken, telde negen paviljoenen, verbonden door een galerij van twee bouwlagen, voorafgegaan door een administratie- en dienstenvleugel, overdekte wandelplaats en kapel in Italiaanse renaissancestijl. Mannen en vrouwen hadden elk hun eigen bouwlaag, en per sekse werden de *geblesseerden* van de *besmettelijken* en de *koortsigen* gescheiden. Aan het ingenieuze aanwenden van natuurlijke ventilatie, bouwmaterialen en het verwarmingssysteem werd tevens veel aandacht besteed. Het te nauwe binnenplein, de te korte tussenafstand

van de paviljoenen, de tussen de paviljoenen geprangde kapel en overdekte wandeling van de Brusselse realisatie, alle het gevolg van het te kleine bouwterrein, kregen echter wel kritiek, onder andere van de hoofdchirurg van het Brusselse Sint-Janshospitaal, André Uytterhoeven. Niettemin loofde hij deze instelling ook als "*un des plus beaux hôpitaux de notre époque, qui fait, à juste titre, l'admiration des nombreux étrangers qui viennent le visiter*". In de tweede uitgave van zijn *Notice sur l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles, ou étude sur la meilleure manière de construire et d'organiser un hôpital de malades* prees de auteur ook het nieuwe Parijse Louis-Philippehospitaal van 1839, het latere La Ribouisièrehospitaal. De auteur loofde ook de onmiskenbare voordelen van het paviljoenhospitaal ten opzichte van het vierkante type, waar zalen in elkaar overlopen en waar zeker in de hoeken de zalen te dicht bij elkaar liggen, het dubbele koertype waar moeilijk verschillende soorten zieken van elkaar te scheiden vallen, het kruisvormige type, met dezelfde problemen, en het uitwaaiende of stervormige type, dat voor

▼ Plan van het nu afgebroken Brusselse Sint-Janshospitaal (1837-1843) van H. Partoes (in UYTTERHOEVEN A., *Notice sur l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles, ou étude sur la meilleure manière de construire et d'organiser un hôpital de malades*, Brussel, 1862, pl. 2)

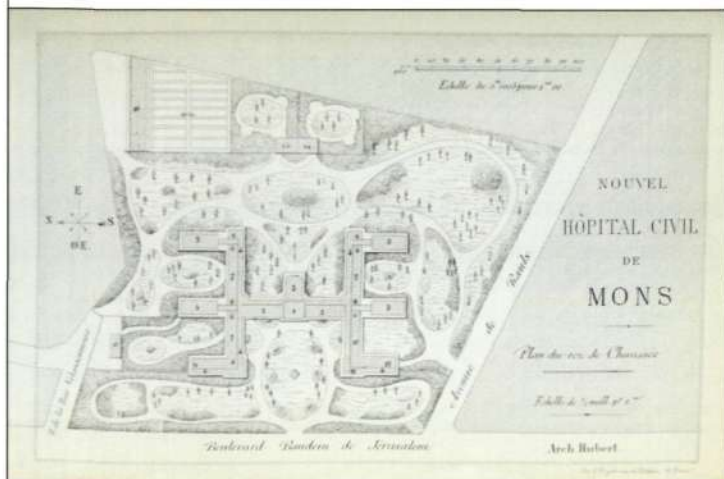


problemen zorgt waar de vleugels samenkomen. De ideale scheiding van de verschillende klassen van zieken in perfecte isolatie, ruim omgeven door luchtcirculatie en winden, was voor Uytterhoeven enkel realiseerbaar door het paviljoenentype. Een niet door de auteur vermeld type, het open-koertype met U-vormig grondplan, geopend naar de straatzijde, komt reeds enigszins tegemoet aan deze kritiek. Het nieuwe Sint-Pietershospitaal te Leuven van 1840-1848 was op deze Parijse en Londense hospitaal-koertypes gebaseerd. *Hospices*, waar de scheiding van de verschillende categorieën zich niet zo stringent stelde, en de in 19^{de} eeuw nog zeer gemengde *hospices-hôpitaux*, verzaakten in principe aan de vrij dure oplossing van de paviljoenbouw.

GEÏSOLEERDE PAVILJOENEN: DE BELGISCHE HOSPITAALBOUW EN DE HOGE RAAD VOOR HYGIËNE

Met de Hoge raad voor hygiëne trad de Belgische gasthuis- en hospitaalbouw een nieuw tijdperk in. Binnen deze raad beoordeelde het Hospitaalcomité alle nieuwbouw-, restauratie- en uitbreidingsplannen van gemeentelijke ziekenhuizen, gasthuizen en weeshuizen. Op basis van een ontwerp-dossier met plannen, eventueel aangevuld met een plaatsbezoek, vormde de Hospitaalcommissie zich een oordeel. Hierbij werden de inplanting, oriëntatie, typologie, technische inrichting, bestek en meetstaat aan een nauwgezet onderzoek onderworpen. Deze volgorde had een methodologisch karakter: een ongunstige inplanting maakte immers elke verdere analyse van het ontwerp nutteloos. De basisfilosofie, zoals geformuleerd door Uytterhoeven, vinden we ook terug bij het Hospitaalcomité. Hygiëne komt vóór economische kortzichtigheid of architecturale pretentie.

▼ Hospitaal van Bergen (1857-1869) (in Conseil supérieur d'hygiène publique, Rapports adressés à MM. les Ministres de l'Intérieur et de la Justice, V, 1874-1876, p.224)



▲ Hoofdingang van het Brugmannhospitaal in Brussel (foto O. Pauwels)

Sterker nog, stilistische beschouwingen waren niet aan de orde, en financiële bekommernissen speelden alleen een rol als met minder middelen dezelfde doelstellingen konden worden bereikt, en dus een soberdere architectuur kon aangewend worden.

Naar aanleiding van de bouw van het burgerlijke hospitaal van Bergen (1857-1869) ontwikkelde de Hoge raad voor hygiëne een Belgische standaard: het systeem van de volledig geïsoleerde paviljoenen. Dit systeem werd het ideaal vanuit zuiver hygiëne-standpunt en werd de norm in de latere reglementen van 1884 en 1898. Het hospitaal van Bergen telde vier paviljoenen van twee bouwlagen, die met een loopbrug verbonden zijn met de dienstgebouwen. Alle grote burgerlijke hospitalen volgden dan ook deze principes: Verviers, Schaarbeek met acht paviljoenen verbonden door een open galerij en een ondergrondse dienstgang, het nieuwe *hôpital Bavière* in Luik tot het Brugmannhospitaal van Victor Horta.

Naast het algemene typologische opzet, gaf het hospitaalbouwreglement van 19 februari 1884, de *Instruction pour la construction et l'arrangement intérieur des hôpitaux et des hospices*, uitvoerige ontwerp-richtlijnen inzake oriëntatie van de paviljoenen, afmetingen van zalen, bedden, gangen, vensters, ventilatie en verwarming. Het is doorspekt met een aantal sleutelbegrippen: "architecture simple, exempte d'ornements superflus, meilleures règles de l'art de bâtir, solidité, économie, sûreté, salubrité, assèchement, matériaux incombustibles".

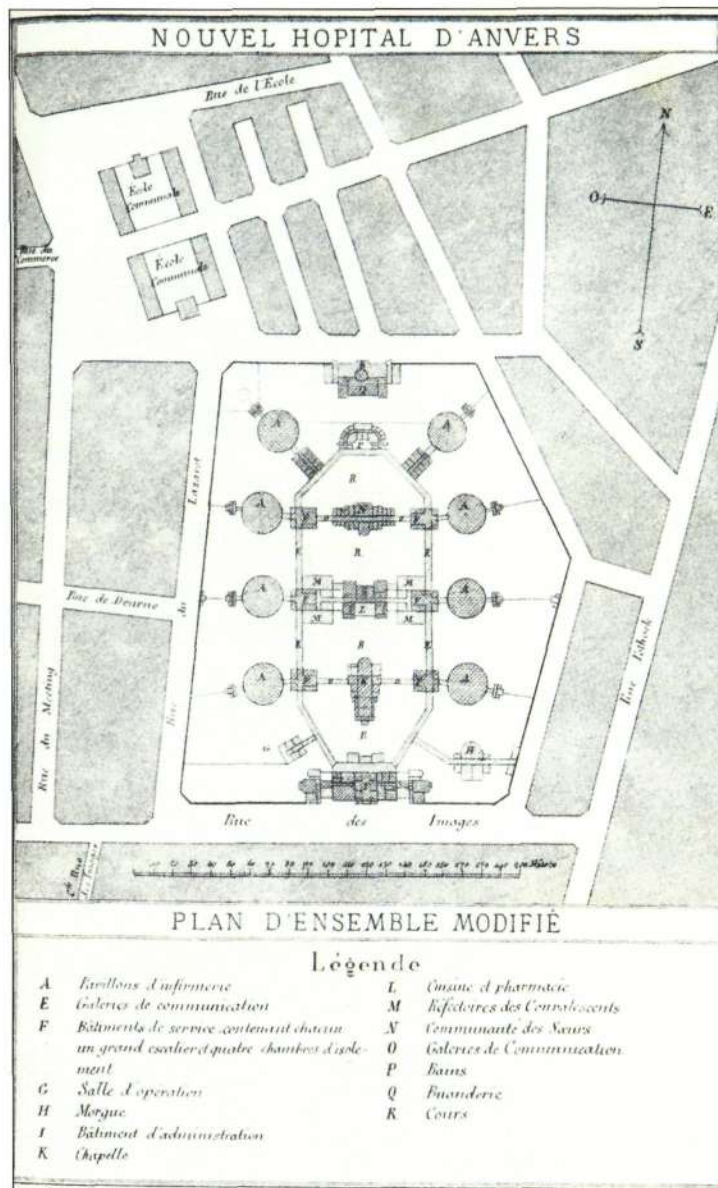


▲ Paviljoenen van
het Brusselse
Brugmannhospitaal
(foto O. Pauwels)

Binnen de paviljoenhospitalen waren ook de ziekenzalen op zich aan een belangrijke evolutie onderworpen. Het ideale aantal patiënten kent een duidelijke dalende trend. Telden de ziekenzalen van het Brusselse Sint-Janshospitaal nog 24 bedden, dan stelde het reglement van 1884 al de duidelijke maximum norm van 20; het reglementaire intergemeentelijke ziekenhuis van 1897 telde 12 bedden, net als het vroeg 20^{ste}-eeuwse Brugmannziekenhuis.

De dienstruimten van een ziekenzaal in het Brusselse Sint-Janshospitaal telden een kabinet voor de ziekenzuster, een badkabinet, een toilet en een onderzoekskamer. In het begin van de 20^{ste} eeuw waren de bijgebouwen al zo omvangrijk geworden, dat hun totale oppervlakte zelfs deze van de ziekenzaal overtrof. Architect Horta ontwikkelde dan ook voor het Brugmannhospitaal een typepaviljoen met een toegang in het midden, waarrond de nevenfuncties, goed voor de bediening van twee ziekenzalen, werden geschikt. Ook de technische uitrusting kende een toenemende specialisering.

Ook op de gangbare rechthoekige vorm van de ziekenzaal kwam variatie. Het prijswinnend ontwerp voor het Stuyvenberghospitaal (1878-1885) in Antwerpen stelde paviljoenen voor met cirkelvormig grondplan in een radiale opstelling. Dit was een vrij radicale toepassing van een aanbeveling van het Hospitaalcomité om de hoeken van ziekenzalen af te ronden om stagnerende lucht te voorkomen. De



▲ De gecorrigeerde versie van het ontwerp voor het Antwerpse Stuyvenberghospitaal (1878-1885)

van L. Baeckelmans, J. Bilmeyer en J. Van Riel (in Conseil supérieur d'Hygiène publique, Rapports adressés à MM. les Ministres de l'Intérieur et de la Justice, IV, 1867-1873, p.174)

architect prees de cirkelvormige paviljoenen om hun maximaal geïsoleerde positie, maximale lichtinval, betere ventilatie, efficiënte bediening en eenvoudige surveillance. De Hoge raad voor hygiëne zag echter vooral nadelen aan de ronde ziekenzalen: duur, moeilijk verwarmbaar en moeilijk uitbreidbaar. Eigenlijk verkoos ze een ander ontwerp dat meer aansloot bij haar 'Belgische typeoplossing', het Bergense burgerlijke hospitaal. Deze interne Belgische kritiek had verder weinig invloed op de hoge internationale vlucht die de cirkelvormige ziekenzalen zouden nemen.

►
Voorgevel van
het hoofdgebouw
van het
Stuyvenberggasthuis
in Antwerpen
(foto K. Vandevorst)



▲
Interieur van de
cafeteria in één
van de ronde zalen
van het Antwerpse
Stuyvenberggasthuis
(foto K. Vandevorst)

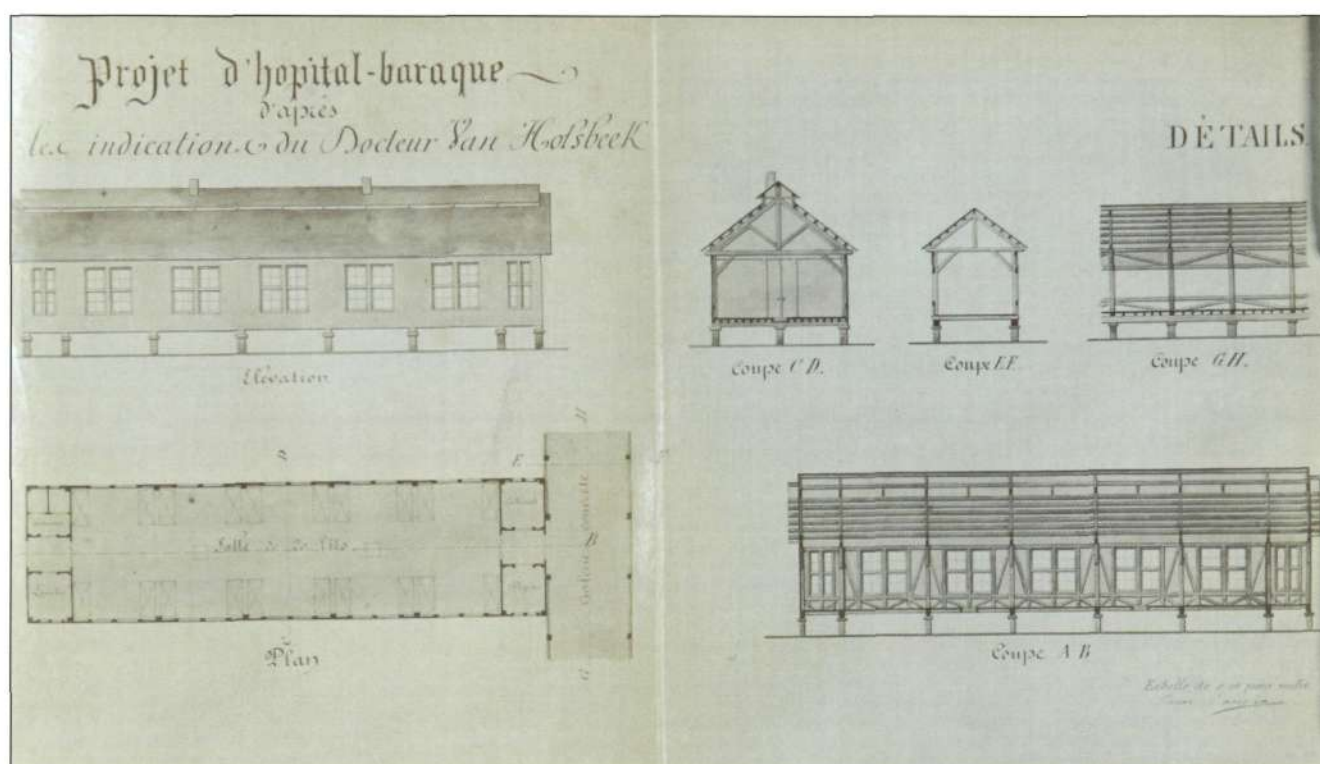


▲
Een ronde
zaal van het
Stuyvenberggasthuis
in Antwerpen
(foto K. Vandevorst)

KLEIN EN RURAAL?

In de jaren 1864 en 1884 brachten internationale statistieken met sterftcijfers in hospitalen de grote overbevolkte ziekenhuizen ernstig in diskrediet. De lagere mortaliteit in kleine rurale hospitalen, en de welig tierende hospitaalziekte in de grotere stedelijke, bracht tevens een discussie over 'permanente hospitalen' op gang. Verschillende voorstellen van

de hand van geneesheren en hygiënisten voor snel op te richten voorlopige *hospitaux volants* of *hospitaux-baragues* dateren uit deze periode, en richtten zich niet alleen meer tot het leger. Het *hôpital-baraque*, ontworpen door arts Van Holsbeek en uitgewerkt door architect Oscar Lacroix, is hiervan een voorbeeld. De wet van 6 augustus 1897 regelde de oprichting van intergemeentelijke ziekenhuizen, waarvan Beirendrecht één van de eerste was.



▲ Een 'hôpital-baraque' en temps de paix
ontworpen door et en temps de
arts H. Van Holsbeek guerre. Dissertation
en uitgewerkt door avec plans d'un
architect hôpital-baraque,
O. Lacroix (in hun Brussel-Parijs-Leipzig,
L'hospitalisation 1876)

DE HYGIËNISCHE REVOLUTIE

Deze discussie over het klein en rurale versus groot en stedelijke hospitaal, die nog volop woedde in het begin van de 20^{ste} eeuw, werd door de medische wetenschap beslecht. De ontdekking van de microbe in 1856 door Pasteur, en de toepassing op wondbehandeling door Joseph Lister vervingen de vage 'miasmen' door een dreigend organisme. De anti-septische wondbehandeling van de Glasgowsse professor doodde lokaal de bedreigende microscopische organismen. De Duitse bacterioloog Robert Koch bewees Listers theorie door het leggen van een één-duidig verband tussen bepaalde bacteriën en bepaalde infecties. Hij wees hierbij vooral op het gevaar van contactoverdracht door handen en instrumenten van medisch personeel. Pasteur en Lister waren er nog van overtuigd dat de bacteriën zich voornamelijk via microscopische stofdeeltjes in de lucht verplaatsten. Naast en na de antisepsis (het ontsmetten van de wonde) kwam zo de asepsis: het voorkomen van besmetting door een nauwgezette

sterilisatie van alles wat met de plek van de operatie in aanraking komt. De nieuwe methoden hadden een revolutionaire invloed op de hospitaalbouw met spectaculaire effecten op de mortaliteitscijfers. Het idee van stof als transmissieagent leidde tot het bestrijden en vermijden van stofophopingen. De afgeronde hoeken kregen nu een andere bestaansreden; weg met profielen aan poorten en meubels, en met poreuze of doordringbare materialen. Kortom een medische onderbouw voor het functionalistische materiaalgebruik van het modernisme: glas, steen, gepleisterde of geglazuurde baksteen, metaal. De asepsis maakte een wetenschappelijk gefundeerd preventief bouwen mogelijk. In de hospitalen werden ontsmettingscellen geïnstalleerd. Naast de opdeling mannen en vrouwen, werden de ziekenhuizen vanaf nu opgedeeld in een septisch en een aseptisch deel. Het algemene bezwaar tegen permanente en stedelijke hospitalen verloor zo aan kracht. De *hospitaux légers/baraqués* bleven enkel voor noodsituaties zoals oorlogen en epidemieën behouden. Duitse ervaring had ondertussen trouwens geleerd dat de tijdelijke hospitalen, gebouwd met minderwaardige materialen, hoge restauratiebudgetten opslokten en niet compatibel waren met het vereiste patiëntencomfort. De ultieme consequentie van deze medische evolutie, en van de introductie van de lift, namelijk de economische superioriteit van de verdiepingshoge blokken op de paviljoentypologie, zou echter pas met het nieuwe

Brusselse Sint-Pieter een eerste Belgische toepassing krijgen, en dit sterk tegen de zin van de Hoge raad voor hygiëne. Met de ontwikkeling van de bacteriologie werd in het laatste decennium van de 19^{de} eeuw ook een toenemende scholing van het verplegend personeel noodzakelijk. Paramedische beroepen werden door de overheid erkend, en verschenen ook buiten de strikt kerkelijke invloedssfeer. Het Koninklijk besluit van 4 april 1908 maakte de opleiding van verpleegkundigen, ook van kloosterzusters, verplicht.

herstelziekenhuizen, sanatoria voor tuberculosepatiënten, lazaretten, poliklinieken voor oog-, oor-, neusziekten, gynaecologie, geslachtsziekten; de Gentse universitaire polikliniek van architect L. Cloquet, kleine medische centra in de stad zoals aan de Schuitenaai in Brussel, elk met hun eigen vereisten en hun eigen typologie. Ook binnen de algemene ziekenhuizen van het paviljoentype was de typologie er op gericht de specifieke categorieën van zieken te isoleren.

Sint-Pietershospitaal
(1935) in Brussel
(© OCMW Brussel)



SPECIALISERING EN DECENTRALISERING

Specialisering en decentralisering zijn een andere rode draad doorheen de evolutie van de 19^{de}-eeuwse hospitaalbouw. In het eerste staatshospitaal van het Ancien Régime kregen zwakzinnigen en kraamkliniek reeds een specifieke plaats. Enkele decennia later werden speciaal hiervoor ontworpen gebouwen opgericht, zoals de kraamkliniek in Gent naar ontwerp van architect Pauli. Veel bijzondere hospitalen volgen: hospitalen voor besmettelijke ziekten, lichte hospitalen of hospitaalbarakken voor gewonden,

BESLUIT

In de 'lange' 19^{de} eeuw van 1780 tot 1914 voltrekt zich in de Belgische ziekenhuisbouw een regelrechte revolutie. Overheid, medici en architecten spelen hierin een cruciale rol. Aan het Franse fundament van de gemeentelijke/arrondissementale ziekenhuiscommissies werd vanaf 1850 een controlerende en normerende centrale administratie toegevoegd. In fase met de steeds wisselende medische inzichten, trachtten de medici en architecten van de Hoge raad voor hygiëne een architectuur te creëren die heelde. De typologie van het paviljoenhospitaal

werd gedurende de ganse beschouwde periode gaandeweg geperfectioneerd en als het juiste antwoord beschouwd op elke medische ontwikkeling.

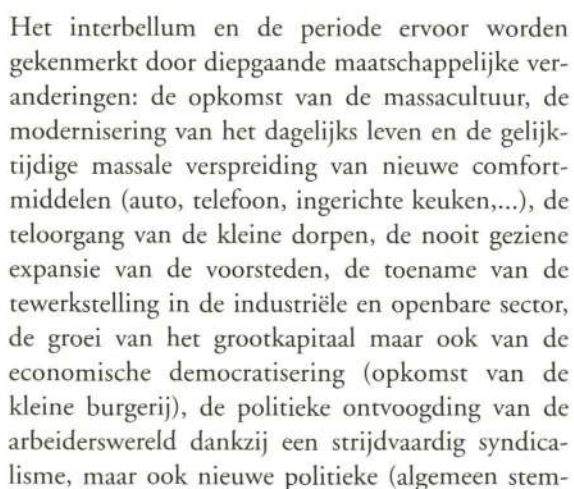
Met het specifieke Belgische beleidsinstrument, de Hoge raad voor hygiëne, verdient België dan ook een plaats in de internationale geschiedschrijving van de hospitaalbouw, en niet alleen als duidelijke internationale voorloper of inspiratiebron.

BIBLIOGRAFIE

Annalen van de Belgische Vereniging voor Hospitaalgesciedenis; BONENFANT P., *Le problème du paupérisme en Belgique à la fin de l'Ancien Régime*, Brussel, 1934; Conseil supérieur d'hygiène publique, *Recueil des rapports*, Brussel, 1849-1914; CLOQUET L., *Traité d'architecture*,

Parijs-Luik, 1900, dl. 4; DEPAGE A., VANDERVELDE P. en CHEVAL V., *La construction des hôpitaux. Etude critique*, Brussel-Leipzig, 1912; DEPUYDT J., DHAENE L., SCHUYTSE K. en VELLE K., *Het verbond der verzorgingsinstellingen 1938-1988. Vijftig jaar ten dienste van de caritasverzorgingsinstellingen*, Leuven, 1988; DE MAYER J., DHAENE L., HERTECANT G. en VELLE K., *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, 1998; LOMBAERDE P., *Louis-Charles Boistard bouwt voor Napoleon een ziekenhuis. De Sint-Bernardsabdij als Frans marinehospitaal (1809-1814)*, in *750 jaar Sint-Bernardusabdij*, Deurne, 1996, p. 55-65; IMBERT J., *La centralisation administrative des hôpitaux et de la bienfaisance dans les communes du département de la Dyle*, in *Tijdschrift voor Rechtsgeschiedenis*, XIX, 1951, p. 58-104 en 296-335; VAN DE VIJVER D., *Ingenieurs en architecten op de drempel van een nieuwe tijd (1750-1830)*, Leuven, 2003, p. 94-98, cat.nr. 30-31.

Onze-Lieve-
Vrouwhospitaal
in Ieper, Hospitalia,
nr. 4-5, 1942



M&L

nog een monumentale en stedelijke architectuur, dan krijgt het interbellumziekenhuis duidelijk een meer individuele en functionele dimensie dankzij de specialisering van de geneeskunde en de daaruit voortvloeiende rationalisering van de ruimte. Het ziekenhuis verlaat de sfeer van de monumentaliteit om uit te groeien tot een collectieve voorziening die aan de spits van de wetenschap en in dienst van de zieken staat. Het wordt een echte *machine à guérir*.

TYOLOGISCHE EVOLUTIE

Aan het einde van de 19^{de} en het begin van de 20^{ste} eeuw is de paviljoenvorm nog algemeen verspreid. De belangrijkste reden hiervoor behoort nog tot de typisch 19^{de}-eeuwse ideeën over hygiëne. Het interbellum schrijft echter de centralisatie en de verticale rationalisering van de ziekenhuisfuncties voor en kiest voor de blokvorm. De paviljoenvorm vertoont namelijk al snel beperkingen voor de nieuwe ruimtelijke en organisatorische behoeften. De kosten bedragen ongeveer het dubbele van die voor een blokvormig ziekenhuis en de oppervlakte en de afstanden die het personeel en de zieken moeten afleggen, zijn te groot. Toch worden tijdens het interbellum nog meerdere instellingen in paviljoenvorm gebouwd. Voorbeelden hiervan zijn Onze-Lieve-Vrouw in Ieper en het Frans hospitaal koningin Elisabeth in Sint-Agatha-Berchem. Psychiatrische ziekenhuizen worden vanwege hun bijzondere behoeften nog altijd in paviljoenvorm gebouwd, zoals dat van Eupen. Het eerste hospitaal dat echt beantwoordt aan het principe van de blokvorm, is het Sint-Pietershospitaal in Brussel. Architect Jean-Baptiste Dewin laat zich inspireren door de nieuwste ziekenhuizen in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten. Het universitair ziekenhuis van Gent is dan weer een combinatie van de blok- en paviljoenvorm. Het ontwerp is het resultaat van een nauwe samenwerking tussen professor Frans Daels en het College van architecten van het academisch ziekenhuis onder leiding van Henry van de Velde. De sanatoria houden rekening met oriëntatievoorwaarden en de scheiding van circulaties en functies. Ze richten zich in de breedte en de hoogte naar de zon voor een maximale bezonning zoals bijvoorbeeld in Jauche, Brasschaat en Tombeek.

ARCHITECTURAAL KADER

De architectuur van het interbellum zet zich in voor sociale modernisering. Idealen die breken met de



▲ Het Franse hospitaal koningin Elisabeth in Sint-Agatha-Berchem (foto K. Vandevorst)

▼ Schets van architect Dewin van het Sint-Pietershospitaal in Brussel





▼
Het sanatorium
(1935) van architect
Léon Mercenier
in Jauche (in *Bâtir*,
nr. 33, 1935, p.322)

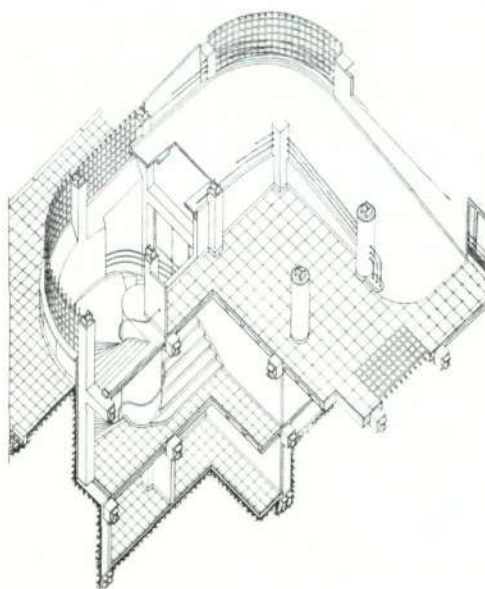


burgerlijke en historiserende architectuur maken opgeld rond de eeuwwisseling en pleiten voor het opgeven van het ornament en voor de rationalisering van architectuur en stedenbouw. Industrialisering en standaardisering worden mogelijk dankzij de technische vooruitgang in de industriële architectuur en de ontwikkeling van nieuwe bouwmaterialen in de 19^{de} eeuw zoals beton, glas en ijzer. De bouw van ziekenhuizen staat volledig in het teken van functionalisme, ruimtelijke organisatie en strikte hygiënische beperkingen. De kostenbesparing, de constructielogica en het functionalisme van de industriële esthetiek dienen als leidraden voor de architecten die ziekenhuizen ontwerpen zoals Marcel Leborgne, Gaston en Maxime Brunfaut, Edouard Van Steenberghe, Jean-Baptiste Dewin, Léon Mercenier, Gustave Maukels, Joseph Moutschen en Henry van de Velde.

Rond de eeuwwisseling specialiseert de ziekenhuisbouw zich. Architect Jean-Baptiste Dewin kan als een baanbreker worden beschouwd. In 1903 bouwt hij de kliniek van dokter Antoine Depage in Elsene waarbij hij de principes toepast van *La Construction des hôpitaux. Etude critique*. Deze verhandeling legt eenvoudige principes vast zoals de noodzaak van samenwerking tussen arts en architect, de verdeling van het aantal bedden en de verhouding tussen de oppervlakte van het hospitaal en het aantal bewoners, de classificatie van de medische bestemmingen en hun specifieke behoeften, en de evaluatie van de verschillende soorten paviljoenbouw. Ze pleit voor het gebruik van moderne materialen en voor afgeronde hoeken met het oog op een betere hygiëne.

Van de vele hospitaalarchitecten speelt Gaston Brunfaut een uiterst belangrijke rol voor de verspreiding van de algemene principes achter de organisatie van volksgezondheid en ziekenhuizen. Hij stelt typemodellen voor en inspireert zich hiervoor op de verhandeling over moderne hospitaalarchitectuur *Krankenhausbau in neuer Zeit* van Heinrich Schmieden (1930). In vele artikelen in de architectuurtijdschriften *Bâtir*, *Tekné*, *La Cité*, *Le Document* en *L'Emulation* verdedigt hij een extreme centralisatie en rationalisering, evenals een spreiding volgens demografische criteria. Hij omschrijft nauwkeurig de verschillende functies van het ziekenhuis, de indeling van de lokalen, de splitsing van de verkeersstromen, de standaardisering en de bouw van een betonnen en metalen skelet om de bouwkosten te beperken. In het Héger-Bordet Instituut, dat hij samen met Stanislas Jasinski ontwerpt, past hij deze principes letterlijk toe. De afstand tussen de pilaren vormt de basis voor de kamers en bepaalt het con-

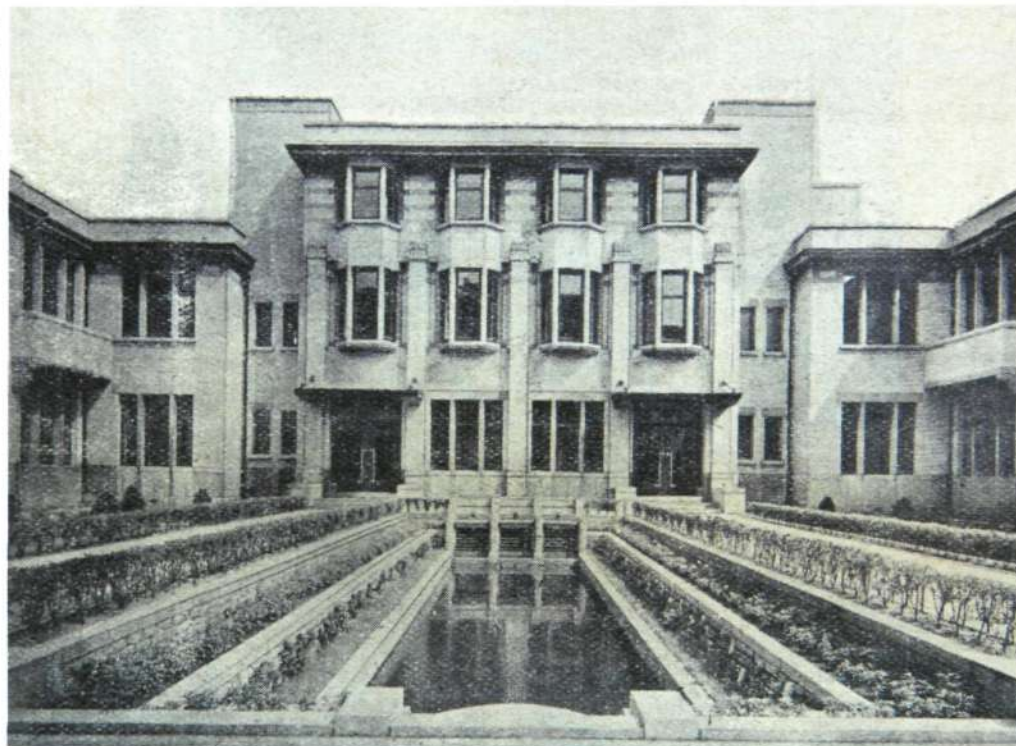
▼
Instituut Héger-Bordet in Brussel
(in *La Technique des Travaux*, maart 1939, p.121)



structieve fundament. Bovendien is de structuur zo ontworpen dat er nog vier verdiepingen aan het gebouw kunnen worden toegevoegd zonder structurele versteviging. De verticale communicatie, in de beglaasde rotonde op de hoek van de twee vleugels van het gebouw, kenmerkt zich door een brede spiraalvormige helling.

Maxime Brunfaut, neef van Gaston Brunfaut, gebruikt dezelfde principes voor het Sanatorium van de sociale verzorging in Tombeek. De constructie wordt gekenmerkt door een betonnen skelet, aangepast aan de basis voor de grote kamers. Dankzij de toepassing van dit regelmatige constructiesysteem kon men de ruwbouw afwerken in slechts vijf maanden tijd en was het gebouw in dertien maanden klaar. Maxime Brunfaut, een overtuigd marxist, maakte hier zijn favoriete werk; hij kon werken zonder stedenbouwkundige en ruimtelijke beperkingen, het ontwerp in alle vrijheid en bijna zonder budgettaire limieten bepalen, en een sociaal geïnspireerde totaalarchitectuur uitwerken. Dit gebouw, dat als een van de manifesten van de modernistische architectuur in België wordt beschouwd, staat al jarenlang te vervallen. Het sanatorium De Mick in Brasschaat van Edouard Van Steenberghe en de *Maternité Reine Astrid* in Charleroi, het belangrijkste werk van Marcel Leborgne, worden eveneens

►
 Instituut voor
 tropische
 geneeskunde
 in Antwerpen
 (in *Het Ziekenwezen*,
 nr. 2, 1936, p.23)



gekenmerkt door een constructief rationalisme en een uiterste besparing op de middelen.

De hierboven geciteerde voorbeelden maken deel uit van het modernisme van de *International Style* of pakketbootstijl. Andere ziekenhuizen daarentegen reflecteren de verschillende architecturale stromingen uit het interbellum: art deco, regionalisme, traditionalisme, Hollandse invloed, monumentalisme. Sommige voorbeelden lijken strenge kazernes in een sobere monumentale art deco zoals het sanatorium in Sijsele, het Instituut voor tropische geneeskunde in Antwerpen, het sanatorium in Lemberge of de meer traditionele sanatoria Georges Brugmann in Alsemberg en *Rose de la Reine* in Buzingen. Voor het Franse hospitaal koningin Elisabeth in Sint-Agatha-Berchem gebruikt Gustave Maukels de *beaux arts*-stijl naar het voorbeeld van François Mansart. In andere gebouwen vindt men het functionalisme en de baksteenarchitectuur terug zoals bijvoorbeeld in de Sint-Jozefkliniek in Essen.

MEDISCH KADER

Het einde van de 19^{de} en het begin van de 20^{ste} eeuw worden gekenmerkt door een toename en specialisering van de medische disciplines. Deze specialisaties verplichten eveneens tot een grotere onderlinge afhankelijkheid en dus ook tot het

samenbrengen van de verschillende ziekenhuisdiensten, wat voor ruimtelijke reorganisaties zorgt. De overtuiging dat de afstand tussen de diensten de beste manier was om ongezonde omgevingen te vermijden, wijzigt radicaal met de ontdekkingen op het gebied van de bacteriologie en de microbiologie. Het werk van Louis Pasteur, Joseph Lister en vooral Robert Koch toont aan dat het grootste infectiegevaar afkomstig is van microben die door contact worden overgebracht. De principes van luchthygiëne en de afstand tussen de diensten hebben afgedaan. Het inzicht wint veld dat het bestrijden van concentraties van microben en een onverbiddelijke hygiëne in de verschillende ziekenhuisfuncties de beste middelen zijn om infecties te vermijden. Nieuwe materialen zoals linoleum, glas, metaal, porseleinglazuur beantwoorden volledig aan deze voorwaarden. Het medisch tijdschrift *L'assistance hospitalière/Het Ziekenhuiswezen* (het latere *Hospitalia*) publiceert talrijke artikels over architectuur in het buitenland en in België en pleit voor een nauwe samenwerking tussen architect en arts.

POLITIEK EN INSTITUTIONEEL KADER

In de 19^{de} eeuw werden op het terrein van de volksgezondheid verschillende instellingen opgericht, maar het is vooral de Hoge raad voor hygiëne, opge-



▲
Sanatorium Sint-
Elisabeth in Sijsele
(foto K. Vandevorst)



▲
Tandheelkundig
instituut George
Eastman (1935)
van architect Michel
Polak in Brussel
(foto K. Vandevorst)

▲
De Maternité Reine
Astrid in Charleroi
(in Hospitalia, nr. 8,
1939, cover)

richt in 1849, die grote invloed zal uitoefenen op de keuzes voor volksgezondheid en ziekenhuisbouw. Tijdens het interbellum pleit de Raad nog altijd voor de paviljoenvorm, tegen de mening van artsen en ziekenhuisarchitecten in, die voorstander zijn van het ziekenhuis in blokvorm. De Algemene raden der godshuizen, opgericht in het begin van de 20^{ste} eeuw, zijn verantwoordelijk voor de bestelling van nieuwe openbare inrichtingen en de organisatie van de ziekenhuiszorg. In 1925 worden deze raden de Commissies van openbare onderstand.

De eerste vier decennia van de 20^{ste} eeuw worden gekenmerkt door een grote vooruitgang van de sociale verworvenheden en door de democratisering en de specialisatie van de geneeskunde. Sociale modernisering en democratisering van de gezondheidszorg zijn de stokpaardjes van de socialistische beweging die pleit voor onderlinge solidariteit. Het toenemende belang van de socialisten in de politiek, hun eerste regeringsdeelnames, de reorganisatie van talrijke verenigingen uit de arbeiderswereld in machtige federaties en de efficiënte organisatie van

vakbonden en ziekenfondsen dragen allemaal bij tot de verwezenlijking van dit sociaal programma.

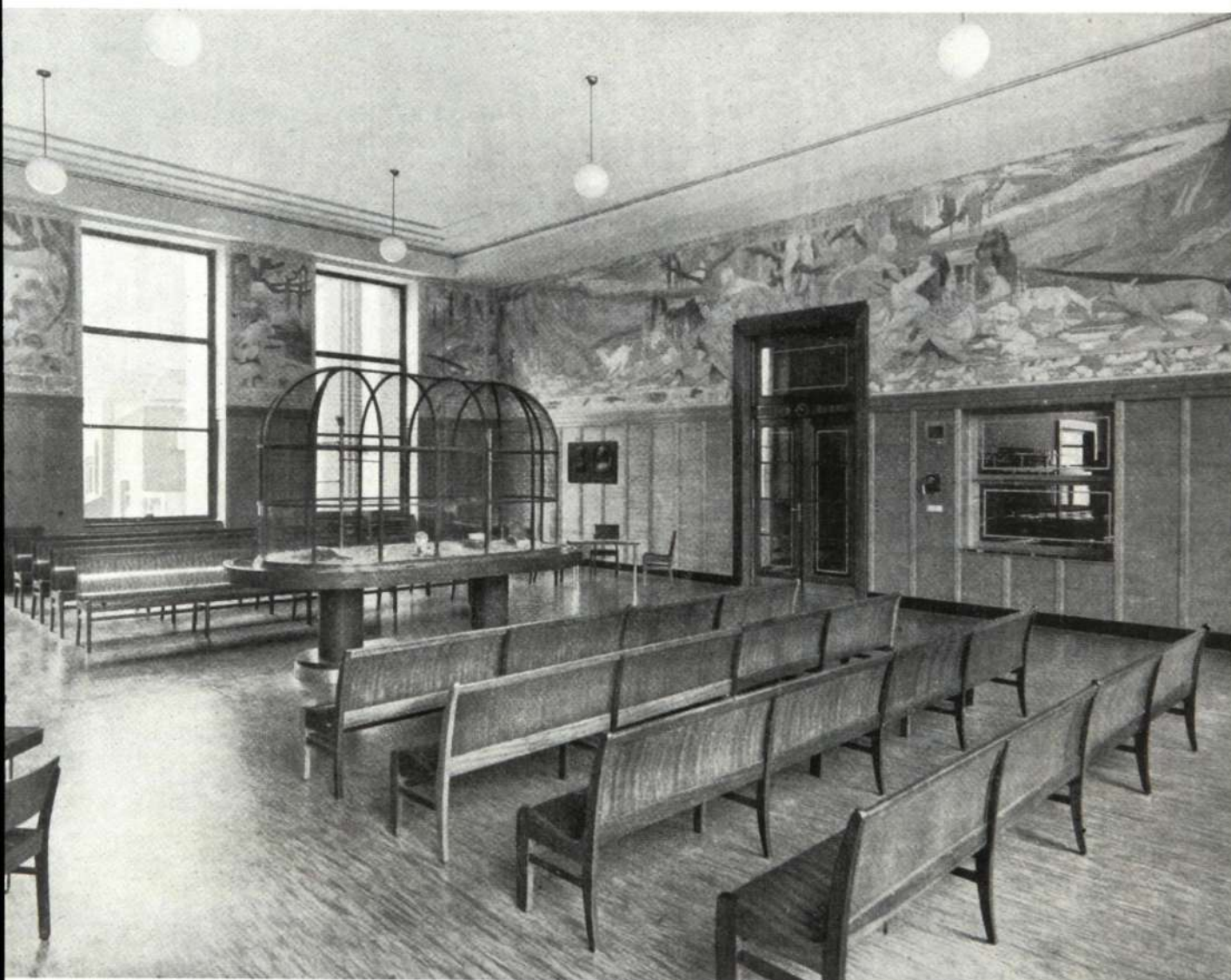
Tijdens het interbellum komt de volksgezondheid geleidelijk onder de controle van de staat terecht. In de 19^{de} eeuw concentreerde het overheidsbeleid inzake volksgezondheid zich vooral op de strijd tegen epidemieën door middel van hygiënische voorschriften en grote vaccinatiecampagnes. Tijdens het interbellum gaat de aandacht uit naar grootschalige preventieve geneeskunde, de bevordering van een democratische gespecialiseerde geneeskunde en de organisatie van de ziekenfondsen. In 1920 laat de socialistische minister van arbeid, Joseph Wauters, een wet goedkeuren die staatssubsidies toekent aan de ziekenfondsen en hun actieterrain uitbreidt. Deze responsabilisering van de verenigingskassen en de ziekenfondsen bevordert de democratisering en de centralisatie van de gezondheidszorg, en leidt tot de organisatie van een uitgebreid netwerk van gezondheidscentra die eigendom zijn van de ziekenfondsen, om aan zoveel mogelijk mensen gespecialiseerde en goede preventieve en curatieve medische verzorging te bieden. Zo bouwt de socialistische architect en politicus Fernand Brunfaut het César De Paepe ziekenhuis in Brussel en het nu afgebroken hospitaal voor de Bond Moyson in Gent. Leidende principes hierbij zijn ruimtelijke rationalisering en kostenbesparing, maar ook het creëren van goede arbeidsvoorwaarden voor het medische personeel en een optimaal comfort voor de patiënten. De bedoeling is inderdaad om een seriële geneeskunde te organiseren waar *"alles verenigd moet worden om een snelle en geordende dienstverlening te verzekeren"*.

In 1936 wordt eindelijk een afzonderlijk Ministerie voor volksgezondheid opgericht, tijdens de regering Paul Van Zeeland, dat de vroegere verspreide diensten overkoepelt. De eerste titularis van dit nieuwe ministerie is niemand minder dan Emile Vandervelde, vurig verdediger van de sociale geneeskunde. In 1936 verklaart hij: *"Mijn basisprincipe is dat de werking van de ziekenhuis- of verzorgingsinstellingen alleen op overheidssteun kunnen rekenen als zij voor iedereen toegankelijk zijn"*. Onder de belangrijkste initiatieven van het ministerie vermelden we hier de invoering van het preventief kankeronderzoek vanaf 1936, de oprichting van het Witgele kruis in 1937 maar vooral de bouw van talrijke verzorgingscentra. De Dienst voor economisch herstel stimuleert vanaf 1935 inderdaad via subsidies de bouw en modernisering van diverse verzorgingscentra. Niet alle werken worden beëindigd door gebrek aan middelen of door het uitbreken van de oorlog. De toeëigening

door de staat en de verambtelijking van de preventieve en curatieve geneeskunde wordt aangeklaagd door de vereniging van vrije geneesheren die geleidelijk de diagnostiek en de behandeling uit handen moet geven, met als meest hevige en invloedrijke verdediger dokter Henri Schwes. Pas in 1938 krijgen zij een officieel statuut met de oprichting van de Orde van geneesheren.

DE STRIJD TEGEN DE TUBERCULOSE

De strijd tegen de tuberculose kan worden beschouwd als de oorsprong van het moderne volksgezondheidsbeleid. Deze strijd was al heel lang een politieke prioriteit. Aan het einde van de 19^{de} eeuw nam deze ziekte rampzalige proporties aan: ongeveer 12% van het totale sterftecijfer in België was te wijten aan tuberculose. Het is dokter Gustave Derscheid die in 1897 in Brussel de eerste gratis consultatie voor tuberculose opricht. In 1898 sticht hij het Werk tegen tuberculose en begint hij met de organisatie van de opsporing. De hoofddoelstelling van de Bond tegen tuberculose, in 1900 opgericht door Eugène Dewez, en van het Werk voor de bescherming van het kind tegen tuberculose, in 1911 opgericht door professor Jules Bordet, is de oprichting van consultatiebureaus, preventoria en sanatoria. Architect Masure van de dienst architectuur van de Bond ontwerpt een typemodel en pleit voor een functionele en resoluut moderne stijl. Voorbeelden zijn de consultatiebureaus van Wandre en Seraing van de Luikse architect Joseph Moutschen in een stijl die art deco combineert met baksteenmodernisme. De Bond bouwt een twintigtal preventoria en een dertigtal sanatoria. Het merendeel bevindt zich op het platteland, in de Ardennen of langs de kust en beantwoordt aan de voorwaarden van goede oriëntatie en luchthygiëne. Deze gebouwen worden over het algemeen gebouwd in een traditionele en inheemse stijl, zoals het Georges Bornpreventorium in Wenduine of Vrolijk verblijf in Klemskerke, hoewel sommige ook een modernistische inslag hebben zoals Sint-Jozef in Pulderbos, Léon Porinot in Biez en Edouard Pécher in Sint-Idesbald. De verschillende diensten en departementen belast met volksgezondheid publiceren talrijke rapporten over de bouw van sanatoria. Zo pleiten de architecten Putzeys en Maukels in *Construction et Aménagement des Sanatoriums* voor kostenbesparing door standaardisering, en voor het gebruik van nieuwe bouwtechnieken en materialen om een coherent bouwbeleid op nationaal niveau te stimuleren.



▲
Kinderwachtzaal in
het Tandheelkundig
instituut Georges
Eastman in Brussel
met geschilderde

fries van Camille
Barthélèmy en
bronzen vogelkooi
(in *Hospitalia*, nr. 3,
1939, p. 55)



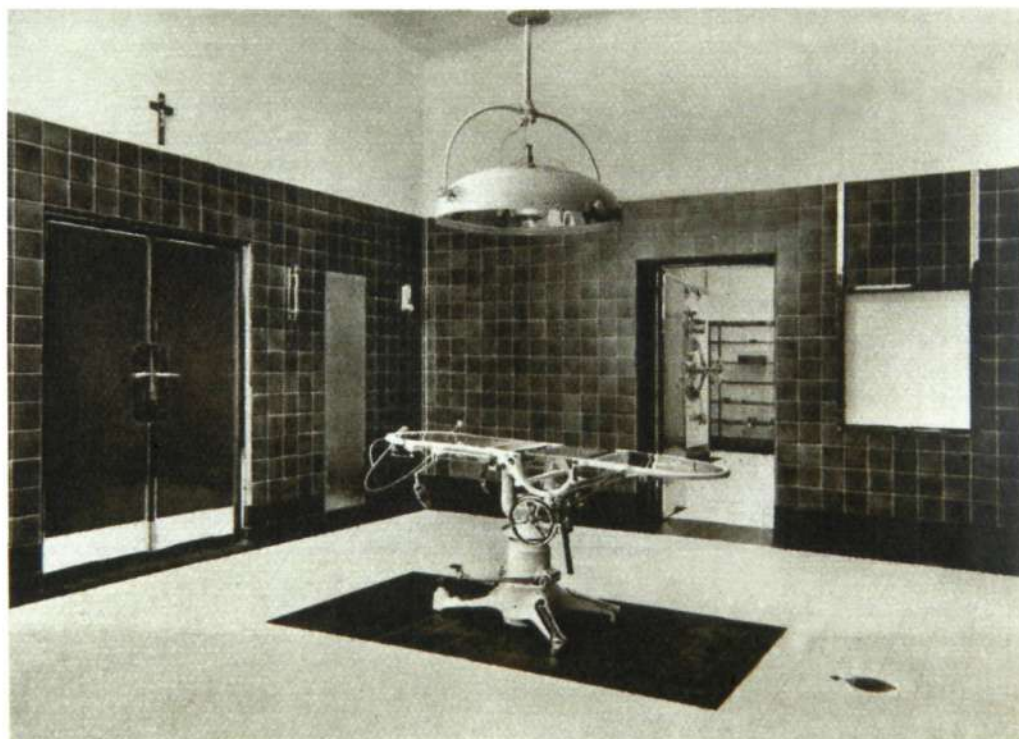
▲
Zeepreventorium
in Den Haan (1933)
van architect
Georges Dedoyard
(foto K. Vandevorst)

BESLUIT

De evolutie van de hospitaalbouw tijdens het interbellum is afhankelijk van de evolutie van de geneeskunde, van de manier waarop de staat de volksgezondheid organiseert en van de evolutie van de bouwtechnieken en architectuurstijlen. Verschillende architecten en dokters specialiseren zich in deze typologie die uiterst belangrijk is voor de sociale modernisering; zij werken samen en ijveren voor de rationalisering van de ziekenhuizen. De blokvorm doet geleidelijk zijn intrede, ook al wor-

den de meeste gebouwen nog gekenmerkt door de paviljoenstructuur. De strijd tegen de tuberculose en de bouw van een uitgebreid netwerk van verzorgingscentra illustreren perfect de heersende dynamiek en het gebruik van nieuwe bouwtechnieken. In dat opzicht kan de ziekenhuisarchitectuur worden beschouwd als een voorloper in de toepassing van de verworvenheden van het modernisme en verdient zij een ereplaats in de geschiedenis van de architectuur tijdens het interbellum.

►
Operatiezaal van
het Instituut Sint-
Jan en Elisabeth
in Brussel (in Bâtir,
nr. 18, 1934, p.702)



BIBLIOGRAFIE

BALTHAZAR H. (ed.), *Les années 30 en Belgique. La séduction des masses* (tent.cat.), Brussel, 1994; BONENFANT-FEYTMANS A.M., *L'Evolution des Hôpitaux à Bruxelles*; BRIDGMAN R., *L'hôpital et la cité*, Parijs, 1963; CHEVAL V., DEPAGE A. en VANDERVELDE P., *La construction des hôpitaux. Etude critique*, Brussel, 1912; DELORE P., *L'hôpital humanisé*, Paris, 1959; DEMANET M. et HENNAUT E., *Le visage de la médecine. Un siècle d'architecture hospitalière 1820-1940*, in *Art et architecture publics*, Sprimont, 1999, p. 80-87; HALIOUA B., *Histoire de la médecine*, Parijs, 2001; HOËT T., *L'hôpital confronté à son avenir. Actualiser l'hôpital et le préparer au XXI^e siècle*, Parijs, 1993; KREMER J.-F., *Une analyse critique de la démarche architecturale de Marcel Leborgne* (onuitg.verh. La Cambre), Brussel, 1988; PEIREN L., *César De Paepe. De l'utopie à la réalité*, Brussel, 1990; *L'Exécution du Plan du Travail*, Antwerpen, 1935; RULOT H., *Rapport concernant la construction des hôpitaux*, Ministère de l'Intérieur et de l'Hygiène, Brussel, 1922; SAND R., *Les perspectives de la Santé publique en Belgique*, in *Le Progrès Social*, 46, 1937; SCHMIEDEN H., *Krankenhausbau in neuer Zeit*, Kirchhain, 1930; SONDERVORST F.-A., *Geschiedenis van de geneeskunde in België*, Brussel, 1981; VAN DEN EECKHOUT P. en VANTHEMSCHE G., *Bronnen voor de studie van het hedendaagse België, 19^{de}-20^{de} eeuw*, Brussel, 2001; VAN LERBERGE R., *De geschiedenis van Bond Moyson. De betekenis van de mutualiteit in de ontwikkeling van de Gentse arbeidersbeweging*, Gent, 1979; VELLE K., *Arts, geneeskunde en samenleving: medicalisering in België in de 19^{de} en de 20^{de} eeuw* (doct.verh.), RUGent, 1988; VELLE K., *Bronnen voor de medische geschiedenis: de Belgische medische pers (begin XIX^{de} eeuw - 1940)*, in *Annalen van de Belgische Vereniging voor de Geschiedenis van de Hospitalen en de Volksgezondheid*, 1988, p. 68-117; VERHOEVEN W., *Sanatoriumbouw in het Interbellum. Een vergelijkende studie naar de bouw en de verdere evolutie van sanatoria uit de Belgische interbellum* (onuitg.lic.verh.), VUBrussel, 2001; *Patrimoine hospitalier. Un parcours à travers l'Europe*, Parijs, 2001.

TIJDSCHRIFTEN

Architecture d'Aujourd'hui, *L'Assistance Hospitalière / Het ziekenhuiswezen*; *Bâtir*, *Hospitalia*; *Techniques des Travaux*, *L'Emulation*.



▲ Oorspronkelijke
ingang van de
Héger-kliniek, hoek
Wolstraat-Breughel-
straat
(in *L'Emulation*,
jg. 59, nr. 4, 1939,
p. 53)

GESCHIEDENIS VAN DE SANATORIA IN BELGIË

► Luchtopname van
het sanatorium Sint-
Elisabeth in Sijsele
(© Elisabeth-
ziekenhuis Sijsele)



In de 19^{de} eeuw was tuberculose een over de hele wereld verspreide plaag met een indrukwekkend aantal doden. De verbetering van de sociaal-economische omstandigheden op het einde van de 19^{de} eeuw is ongetwijfeld een belangrijk element geweest bij het terugdringen van de tuberculose-endemie.

De meeste fysiologen bevestigen dat de rustkuur en de hygiënisch-diëtische kuur in een sanatorium voor bepaalde tuberculosepatiënten de enige kans boden op genezing.

De idee om tuberculosepatiënten een hygiënisch-diëtische behandeling te laten ondergaan en ze bijkomende geneesmiddelen te laten slikken, dateert van de 18^{de} eeuw. De eerste die op het idee kwam van een hygiënische-diëtische kuur in een gesloten ziekenhuisinstelling, was Herman Bremer die in 1854 te Gerbersdorf in Duitsland het eerste sanatorium oprichtte. Dethweiler, één van zijn assistenten, voegde aan die behandeling een rustkuur in ligzetels toe in open galerijen. Hij richt in 1876 het sanatorium van Falkenstein op.

In België werd het eerste sanatorium in 1896 te Bokrijk in Limburg geopend. Vervolgens werden er over heel België een dertigtal sanatoria opgericht door religieuze, publieke, privé- of ziekenfondsorganisaties. Ze hadden allemaal hetzelfde doel, namelijk de tuberculosepatiënten in de mogelijkheid stellen de enige behandeling te genieten die toentertijd resultaat opleverde: afzondering in zuivere lucht, absolute rust en het inachtnemen van een zekere hygiëne onder medisch toezicht. Om die doelstellingen te halen, werden sanatoria buiten de steden in een beboste omgeving gebouwd, voor de longtuberculosepatiënten vaak op een zekere hoogte en voor de bottuberculosepatiënten aan zee. De galerijen, bedoeld voor de rustkuren in ligzetels, waren op het zuiden gericht. De kamers moesten op ruime, goed verlichte en verluchte gangen uitgeven. De eerste sanatoria waren luxueus, vooral bedoeld voor gegoede tuberculosepatiënten. Ze staken fel af tegen de soberheid van de volkssanatoria. Deze laatste waren vaak opgericht dankzij de edelmoedigheid van gegoede zieken of edelmoedige schenkers.



▲
Postkaart van het
sanatorium van
Borgoumont
in Stoumont
(collectie P. Dierckx)



▲
Postkaart van het
sanatorium Les
Pins in La Hulpe:
paviljoen voor
mannen
(collectie P. Dierckx)

▲
Sanatorium Joseph
Lemaire van
Tombeek in Overijse
(in *Technique des
Travaux* n°1, 1938)

De taak van de arts was in de meeste sanatoria beperkt tot het doen naleven van een bepaalde discipline, met name de uurregeling voor de rustkuren in de ligzetels, alsmede hygiëneregels zoals het gebruik van spuwbakken of het waken over de verluchting van de kamers. De arts of vaak de student geneeskunde had tijdens de kuren het toezicht op de patiënten. Hij had ook tot taak het verblijf van de zieken aangenamer te maken zodat ze niet teveel last hadden van hun afzondering. De ontdekking van antituberculeuze antibiotica (streptomycine in 1945, isoniazide in 1950) zou het einde betekenen van de sanatoria in hun strijd tegen tuberculose. Momenteel zijn verschillende sanatoria omgevormd tot verzorgingsinstellingen voor bejaarden.

BIBLIOGRAFIE

PRAET G., *La Lutte Antituberculeuse en Belgique*, Brussel, 1943;
KNOPE S.A., *Les sanatoria. Traitement et Prophylaxie de la Physie Pulmonaire*, 2de uitg., Parijs, 1900.

DE MILITAIRE ZIEKENHUIZEN

► De abdij Saint-Laurent te Luik functioneerde als militair hospitaal in de periode 1792-1993 (foto G. Focant © MRW)



"A peste, fame et bello, libera nos, Domine"

Van pest, hongersnood en oorlog, verlos ons, Heer

Een oorlogsramp is altijd een groot onheil, omdat de mens er even machteloos tegenover staat als tegen epidemieën en hongersnood. Het helpen van gewonde soldaten is altijd een taak van het leger geweest. Of dit rudimentair was of goed geregeld, hing af van de organisatie van de legereenheden, maar vooral van de bekommernis en de financiële mogelijkheden van de krijgsheer, en van de stand van de medische en heelkundige wetenschappen. Het Romeinse leger beschikte al over een medische dienst. De belangrijke garnizoenen, die de rijksgrenzen langsheen de Rijn bewaakten, hadden ook hun eigen hospitalen. Tezamen met het instorten van het Romeinse rijk ging ook deze organisatie verloren. Bij de opkomst van het feodaal stelsel, beantwoordden de roversbenden nu niet bepaald aan de nodige vereisten voor het uitbouwen van hospitalen. Alleen het volk en de kloosters toonden enig mededogen met het lijden van gewonde mensen. Het was Isabella van Castilië, grootmoeder van Karel V, die in 1476 het eerste mobiel veldhospitaal opzette. Deze idee werd overgenomen door de legers van keizer Karel. Na zijn dood overwoog

Margaretha van Parma in 1567 om een permanent militair hospitaal in te richten in het Hof van Saksen van Bernard de Merode in Mechelen. Sommige burchten, zoals in Philippeville, beschikten over rudimentaire medische eenheden, bemand door barbiers! Alexander Farnese besloot in 1585 een koninklijk militair hospitaal op te richten onder de Mechelse Sint-Romboutskathedraal, dat in functie bleef tot 1701. Om aan deze ongelegen sluiting te verhelpen werd een koninklijke ambulance opgericht in het klooster van de zwartzusters in Bergen.

Toen de macht van het Spaanse leger in de Nederlanden begon te tanen, vonden de Franse ideeën ingang. Geschokt door het zicht van oude, verminkte en in lompen gehulde rondzwervende soldaten, wilde graaf Jean-Baptiste de Brouchoven de Bergeyck, weliswaar op kleinere schaal, het voorbeeld navolgen van het *Hôtel des Invalides* van Lodewijk XIV (1638-1715), door in Gent een invalidenhuis te stichten, maar dit idee vond geen navolging. In 1706, na zijn overwinning in Ramilies, nam de hertog van Marlborough de macht over in Gent. Van 1701 tot 1713, richtten de Britse troepen in de steden permanente militaire ziekenhuizen in. Zo kregen de versterkte vestingen van Brugge, Diks-

muide, Gent, Leuven, Luik, Mechelen, Namen en Tienen hun hospitalen. Door het verdrag van Utrecht in 1715, kwamen de Nederlanden onder het gezag van Karel VI. De forten van Dendermonde, Doornik, Ieper, Knokke, Menen, Namen, Veurne en Warneton, kregen elk hun ziekenhuis.

In 1744 kwam de Franse dreiging opzetten. De Engelsen trokken sommige troepen terug uit Duitsland naar de Nederlanden. Zij richtten er veldhospitalen op in kloosters die voor dit doel werden opgeëist, zoals gebeurde in Antwerpen, Bergen, Brussel, Doornik en Gent. Karel VI wou de vrijgevigheid van Lodewijk XIV evenaren en opende een *Hôtel des Invalides* in Wenen. Toen Maria-Theresia van Oostenrijk keizerin werd, kreeg zij advies om te decentraliseren. Een invalidenhuis ontving zijn eerste gasten in een gedeelte van het oud militair koninklijk hospitaal van het Spaanse leger in Mechelen, van 1751 tot 1775. In dat jaar werd ook het voormalig jezuïetenklooster in het Keizershof gelast met de opvang van invaliden en de inrichting van een hospitaal. In 1792 bewerkstelligde de overwinning van generaal Dumouriez in Jemappes de aanhechting van de Oostenrijkse Nederlanden en het prinsbisdom Luik.

Naast de vijf grote militaire hospitalen van het Belgische leger in 1830 (Antwerpen, Brussel, Gent, Leuven, Luik), dienen ook de negen andere vermeld te worden die opgericht werden ten tijde van de Conventie (Ath, Brugge, Doornik, Mechelen, Namen, Sint-Truiden, Tienen, Tongeren). Er werd toen ook begonnen met de bouw van nieuwe militaire hospitalen, vaak voorlopers voor hun tijd, zoals dat van Beverlo (1841), Brussel (1882 en 1974), Doornik (1886), Antwerpen (1898) en Oostende (1910).

Na de afbraak van het Brusselse militair hospitaal aan de Kroonstraat en de sluiting van andere hospitalen in de jaren 90 als bekrachtiging van een politiek van 'Nooit meer oorlog!', wordt thans het militair hospitaal van Neder-Over-Heembeek ontmanteld. Nochtans schreef Cicero: "*Si vis pacem para bellum*" (wie vrede wil, bereide de oorlog voor)!

BIBLIOGRAFIE

EVARD E., *Esculape aux Armées*, Brussel, 1997.



◀ Militair hospitaal uit de 19^{de} eeuw in Antwerpen (foto K. Vandevorst)



◀ Het Paedagogium Falconis (De Valk) van de Leuvense universiteit, aan de Tiensestraat, heeft een lang militair verleden (foto K. Vandevorst)



◀ Detail van het militair hospitaal van Philippeville, L-constructie uit de tweede helft van de 18^{de} en de 19^{de} eeuw (foto F. Dor © MRW)

Patrick Allegaert en René Stockman

DE GEBOORTE VAN HET PSYCHIATRISCHE GESTICHT

► De voorgevel van
de kapel van het
Bethaniënhuis
in Zoersel
(foto K. Vandevorst)



“Voor het einde van de 18^{de} eeuw bestond er geen psychiatrie”, schrijft de Canadese historicus Edward Shorter. Er waren wel individuele artsen die zich sinds de Griekse oudheid hadden beziggehouden met de zorg voor krankzinnigen. Er waren handboeken over geschreven. Maar er was hoegenaamd geen sprake van psychiatrie als term noch als praktijk of vakgebied waaraan zich een groep artsen met een gemeenschappelijk gevoel van identiteit had toegewijd. Er bestonden geen psychiatrische gestichten in de medische betekenis van het woord. Toch heeft men altijd geestelijke stoornissen gekend. De Griekse heilmeester Hippocrates formuleerde het vijf eeuwen voor Christus zo: *“Het zijn de herse-*

nen waar zich de zetel bevindt van waanzin en krankzinnigheid, van de angsten en verschrikkingen die ons bestormen.” Omdat psychiatrische ziekten voor een deel een biologische en genetische oorzaak kunnen hebben, zijn ze zo oud als de mensheid. De maatschappij heeft altijd psychiatrische ziekten gekend, en ook altijd weer manieren gezocht om er mee om te gaan.

THUIS

Krankzinnigen vallen van oudsher onder de verantwoordelijkheid van hun familie. Plato schreef in *De*

Wetten: "Als iemand gek is, mag hij niet vrij rondlopen in de stad, maar moet zijn familie hem zo goed mogelijk onderhouden en behoeden." Maar dit 'onderhouden en behoeden' verliep zeker niet probleemloos. Men kan het best elk romantisch idee over krankzinnigen in vroegere tijden laten varen: er heerste een vrij sterke onverdraagzaamheid tegenover iedereen die niet conform de geldende sociale normen was. De familie moest zich van een weinig gewaardeerde taak kwijten. De Britse historicus Roy Porter schrijft: *"Krankzinnigen en 'dorpsgekken' werden in de regel toevertrouwd aan de zorg – lees, in veel gevallen: aan de onachtzaamheid en de wreedheid – van hun huisgenoten, die hen in een kelder verstopten of opslootten in een varkenskot, soms onder toezicht van een bediende. Families schaamden zich diep voor krankzinnigheid, omdat ze geassocieerd werd met bezetenheid door de duivel of met een erfelijke afwijking."*

Rond 1200 ontstaan de eerste stedelijke hospitalen waar in eerste instantie armen en zieken worden opgevangen. Sommige instellingen weigeren uitdrukkelijk mensen die lijden aan *uysinnichheit*. In andere hospitalen worden voor de *dollen* speciale huizen, soms verplaatsbare *dolhuisjes* opgericht. Ze dienen voor mensen die tijdelijk afgezonderd moeten worden, zware dronkaards, nachtverstoorders, onrustzaaiers. De stad nam wel de last op zich om de afzondering mogelijk te maken. Er wordt verondersteld dat in die dolhuisjes ook geesteszieken, voor wie de thuissituatie onmogelijk werd, terecht kwamen.

René Stockman, conservator van het Museum dokter Guislain wijst op de voorname taak van kloosters in de zorg voor geesteszieken. Hij legt een link met de in de 13^{de} eeuw ontstane armoedebeweging. *"In onze streken valt de verschuiving naar de armoedebeweging samen met het ontstaan van de steden, zodat de leden van die orden ook wel stadsmonniken worden genoemd. In de steden zelf groeien, als antwoord op de recent ontstane noden, een aantal nieuwe vormen van kloosterleven die ook een rol spelen in de zorg voor geesteszieken(...)* In Gent zouden er reeds hospitaal-zusters betrokken zijn bij het Sint-Janshuis in 1191". Figuren als Johannes de Deo (1495-1550) inspireerden broeders in Spanje, Portugal en Italië tot het starten van de zorg voor arme zieken en krankzinnigen. Het Gentse psychiatrische gesticht Sint Jan de Deo is naar deze heilige genoemd. In dit kader kan de orde van de alexianen of cellebroeders worden vermeld, een beweging die ontstaan is in de 14^{de} eeuw en die zich bezig hield met verschillende apostolische werken, met als centrale doelstelling de zorg voor de zieke en lijdende mens. Bij de eerste

▼ Het kasteel van Ruyff-Baelen (17^{de} -18^{de} eeuw) in Welkenraedt, vanaf 1875 psychiatrisch ziekenhuis geleid door alexianen (foto G. Focant © MRW)



gemeenschappen stond de verzorging van pestlijders en het begraven van de doden centraal. Vanaf de 16^{de} eeuw echter, aangezien de zorg van pestlijders eigen was aan bepaalde periodes, hebben de alexianen ook onderdak gegeven aan geesteszieken. Veel Belgische kloosters van de alexianen groeiden in de 19^{de} eeuw uit tot verzorgingsinstituten van geesteszieken.

Een bijzondere vorm van opvang, die reeds dateert uit de 15^{de} eeuw, vindt men in Geel: krankzinnigen worden niet opgesloten in instellingen, maar geplaatst bij pleeggezinnen.

HANDEL IN KRANKZINNIGHEID

De nood aan het 'opbergen' van krankzinnigen moet groot geweest zijn, het aantal plaatsen onvoldoende. In het verstedelijkte Europa van de 17^{de} eeuw was de opkomst van het private, dikwijls religieus geïnspireerde gesticht niet zozeer het gevolg van optreden van de staat als wel een neveneffect van de commercialisering en professionalisering van de maatschappij. Het was gebaseerd op een nood. De oprichting van deze private krankzinnigengestichten is dus zeker niet de vrucht van een centraal beleid, maar het resultaat van een gecompliceerd onderhandelingsproces waarin behoeften, rechten en verantwoordelijkheden van verschillende partijen een rol speelden. Opsluiting (en het ontslag) waren steeds het resultaat van vrij ingewikkeld gemarchandeerd tussen familie, plaatselijke autoriteiten, een rechterlijke instantie en de directeur van het gesticht zelf. Er was hier geen sprake van een officiële procedure, maar eerder van willekeur. De sfeer en kwaliteit van het leven van deze privé-gestichten zijn moeilijk te achterhalen: zowel de familie van patiënten als de directie was gehecht aan geheimhouding. Er zijn scherpe aanklachten tegen geformuleerd in verband met harteloosheid, hebzucht en smerigheid. Maar tegelijkertijd waren er pleidooien ten voordeel van deze private gestichten.

De particuliere gekkenhuizen uit de 18^{de} eeuw, weliswaar deels ontstaan uit commerciële motieven, vormden toch ook een kweekplaats voor de ontwikkeling van de psychiatrie als vaardigheid en wetenschap: "Gestichten werden niet opgericht voor de uit-

oefening van de psychiatrie. Eerder was het zo dat de psychiatrie tot ontwikkeling kwam als een manier om met de patiënten aldaar om te gaan." De rechtstreekse omgang van artsen en andere eigenaren van deze tehuizen met krankzinnigen was er niet in theorie, maar was getekend door een concrete zoektocht naar manieren om met psychisch zieke mensen om te gaan.

BEHANDELBAAR

Men zag gekken lange tijd als een soort wilde dieren, die brutaal getemd moesten worden en zo werden sinds mensenheugenis stereotiepe therapieën en geneesmiddelen toegepast: fysieke dwangmethoden, aderlaten, braak- en purgeermiddelen. Maar aangemoedigd door een betere praktische omgang, dankzij de ervaringen in gestichten, ontstond er optimisme. Algemeen werd nu beweerd dat een goed ontworpen en goed geleid gesticht hét instrument was om krankzinnigen hun psychische gezondheid terug te geven. De Britse arts William Battie schrijft in zijn *Treatise on Madness* uit 1758 "Krankzinnigheid is evenzeer behandelbaar als andere kwalen."

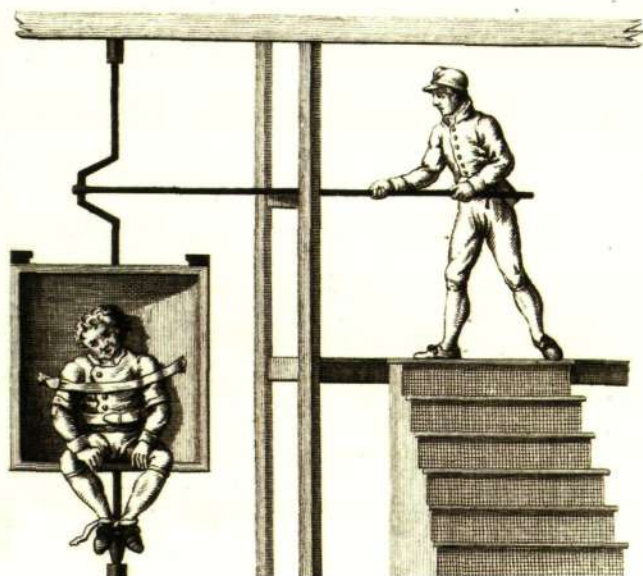
Meer en meer verlaat men de strikt medisch-primitieve behandeling en zoekt men een oplossing in de moreel-psychologische aanpak, die er op neer komt dat men het leven in de gestichten probeerde te enten op gemeenschapsleven in een huiselijke omgeving. Het personeel woonde, werkte en at samen met de patiënten. Hun genezing werd gestimuleerd met lof en blaam, beloningen en straffen.

Veruit de meeste aandacht trokken de hervormingen van de Franse arts Philippe Pinel die in de Parijse ziekenhuizen Salpêtrière en Bicêtre werkzaam was. Hij ontleent zijn inspiratie aan de idealen van de Franse Revolutie: vrijheid, gelijkheid, broederlijkheid. In 1793 ontdoet hij patiënten in figuurlijke (wellicht ook letterlijke) zin van hun ketenen. Krankzinnigheid is voor Pinel een psychische stoornis, die dus ook met psychologische middelen te verhelpen is. Psychiatrie moest rede en zedelijk bewustzijn reanimeren.

MAAKBAAR

Een verbeterde en vernieuwde praktische omgang, de ideeën van Franse Revolutie en het optimisme van de Verlichting markeerden een radicale vernieuwing in de zorg voor de geesteszieken. Het kaderde in een bredere visie. Erwin Mortier schrijft hierover:

▼ Rotatiestoel
(in GUISLAIN J., *Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés*, Amsterdam, 1826)
(collectie Museum dr. Guislain)





▲
Foto van dokter
Joseph Guislain
(© Museum
dr. Guislain Gent)

“De Verlichting beschouwde de maatschappij als een maakbaar gegeven, en dat gold ook voor de burger, die opvoedbaar werd geacht. De mens, ieder mens, kon vrijwel letterlijk tot rede worden gebracht.(...) De moderne psychiatrie was bij uitstek een ‘verlichte’ discipline. De voormalige ‘gek’, voorheen een wezen dat uit de maatschappij werd geweerd, kreeg de status van zieke, wat de mogelijkheid tot behandeling en genezing inhield.”

De kritiek op de bestaande private dolhuizen leidt niet tot afschaffing, maar tot een wedergeboorte als psychiatrisch gesticht. In de Code Napoléon en in de wet uit 1838 worden in Frankrijk de departementen verplicht, ofwel openbare gestichten op te richten, ofwel voor voldoende voorzieningen te zorgen. Twaalf jaar later is dit in België ook het geval.

Deze wet die op 18 februari 1850 van kracht wordt, is voornamelijk voorbereid door Joseph Guislain (Gent, °1797) en Edouard Ducpétiaux (Brussel, °1804). Ducpétiaux als inspecteur-generaal van het Belgisch gevangeniswezen, weldadigheidsinstellingen

en verbeteringsscholen, is vol lof over de praktijk die Joseph Guislain samen met de broeders van liefde van kanunnik Triest ontwikkelt. De arts en de hoge ambtenaar voorzien in de wet volgende zaken: er is morele behandeling, waarbij de geneesheer de centrale rol vervult. Vervolgens is er de hospitalisatie in een gesticht, welke als voorkeurplaats wordt omschreven om aan de opgenomen patiënt de kans te geven zich af te keren van de wereld waarin hij onderhevig is aan ziekmakende invloeden. Belangrijk hierbij is de indeling van de zieken volgens symptomatologie, waarbij men spreekt van ‘rustigen’, ‘onrustigen’, ‘ongeneeslijken’ en ‘epileptici’. Ook het belang van een goede isolatie wordt aangegeven. Men hecht veel belang aan therapie, met de nadruk op een zachte behandeling en een afkeuring van agressieve dwangmiddelen. De wijze van opname in de instelling wordt geregeld. Is er sprake van verplichte opname of collocatie dan gebeurt dit door een samenspel van de betrokken familieleden, de huisarts en de burgemeester, waarbij de verantwoordelijke ‘oppergeneesheer’ van het gesticht na een nauwkeurige observatie de collocatie kan uitspreken. Men probeerde hiermee de willekeur van uit de gemeenten tegen te gaan.

Dwangmiddelen worden meer en meer vervangen door overtuiging, ketenen worden weggestopt, res-



◀ Grote gang in
het Onze-Lieve-
Vrouwenziekenhuis
in Brugge

pect voor de geesteszieke als mens wordt het nieuwe credo. Er worden aan de universiteit dokters gevormd (*aliénistes*), gespecialiseerd in de behandeling van geesteszieken. Katholieke congregaties, zoals de broeders van liefde van kanunnik Triest, zorgen voor de organisatie van de verzorging. Guislain en Triest zijn beiden overtuigd dat een samengaan van wetenschappelijke benadering én religieuze overtuiging en organisatie de beste kwaliteit garandeert. Dat dit niet in dank wordt afgenomen door verschillende instellingen, getuigt onder andere de hevige repiek van kanunnik Maes, directeur van het Sint-Juliaansgesticht in Brugge en stichter van de zusters van bermhertigheid Jesu die zich bewust volledig blijft afsluiten van iedere medische inmenging in de instelling. Onnodig te vermelden dat dit conflict zal beslecht worden in het voordeel van hen die de medische deskundigheid wel degelijk een plaats gaven. Maar dit duurt soms tot na de Tweede Wereldoorlog.

▼
19^{de}-eeuwse
voorgevel van
het Onze-Lieve-
Vrouweziekenhuis
in Brugge, geleid
door de zusters van
Bermhertigheid Jesu
(foto K. Vandervorst)



VERTROUWEN IN GEBOUWEN

De sterke groei naar meer psychiatrische ziekenhuizen past ook zeer sterk in de opvattingen van positivisten, bureaucraten, utilitaristen, medici en juristen om in het algemeen een groot vertrouwen te stellen in institutionele oplossingen – en zelfs heel concreet in gebouwen. Scholen, gevangenissen, ziekenhuizen en gestichten werden geacht de sociale problemen die ontstaan door demografische evoluties, door verstedelijking en industrialisatie, beheersbaar te maken en op te lossen.

Dat men de functie van een gebouw kan aflezen, lijkt vanzelfsprekend. Toch is er in de evolutie van architectuur en stedenbouw een fase aan te wijzen die als de oorsprong geldt van de opvatting dat men, alvorens een gebouw te ontwerpen, eerst alle facetten van zijn bestemming op bijna wetenschappelijke wijze moest analyseren. “*Die overtuiging brak voor het eerst door in het laatste kwart van de achttiende eeuw, voor het eerst in Frankrijk, en voor het eerst bij het ontwerp van ziekenhuizen.*”, schrijft de Nederlandse architectuurhistorica Noor Mens.

Het is van het hoogste belang bij het nadenken over de architectuur van de gestichten om maximale veiligheid, ruimschoots voldoende ventilatie, doelmatige riolering en optimale observatiemogelijkheden maximaal te garanderen. De Britse filosoof Jeremy Bentham, een van de grondleggers van het utilitarisme, zal omstreeks 1750 het *Panopticum* als model voorstellen. Docent stedenbouw Bruno De Meulder schrijft: “*Het principe van het panopticon is even eenvoudig als schrander: een ringvormig gebouw met in het centrum een toren die via grote vensters uitzicht geeft op de binnenzijde van de ring. De ring zelf bestaat uit een aantal cellen, die aan beide wanden een glaswand bezitten. Dikke muren onderscheiden de cellen onderling en isoleren ze volkomen van elkaar. Het licht doorzeeft ieder cel en vanuit de toren kan altijd het silhouet (...) gezien worden. Omgekeerd bestaat de zichtbaarheid niet, waardoor het automatisch functioneren van de macht verzekerd wordt.*” Hoewel eigenlijk weinig psychiatrische gestichten volgens Benthams blauwdruk werden gebouwd, is zijn visie op machtsuitoefening doorheen de architectuur van het gesticht, zeer invloedrijk geweest. Toegepast op het psychiatrische gesticht wordt de hoofdtaak van de architectuur, losgerukt uit zijn traditioneel kunstidoom, het functioneel en ruimtelijk organiseren van allerlei taken en instellingen. Zo is het voor het denken over het nieuwe psychiatrische gesticht erg belangrijk de classificatie en de ordening aan te brengen. Bijvoorbeeld: het scheiden



◀ Ziekenzaal
in Caritas te Melle
(collectie Caritas
Melle)



◀ Het bestuursgebouw
en de watertoren
van het Universitair
psychisch
centrum Sint-
Kamillus in Bierbeek
(foto K. Vandevorst)

en verluchting, de schikking van de ziekenbedden, de afmetingen van deuren, ramen, trappen en dergelijke meer. Eddy Muyllaert spreekt in dit verband zelfs van de dienende rol van de architect. *“Nu drukken ontwerpers hun persoonlijk stempel op hun ontwerp. In de 19^{de} eeuw heeft de architect een dienende rol tegenover de opdrachtgever, ten opzichte van de functie van het gebouw, ten opzichte van de maatschappij die er ten slotte toch blijvend mee geconfronteerd werd.”* We werken in beknopt bestek enkele typische voorbeelden van eerste ‘psychiatrische architectuur’ -modelgestichten- uit. Zo wordt ook deze vorm van ‘interdisciplinaire samenwerking’ avant la lettre duidelijk.

PARIJS: **CHARENTON – CARRÉ ISOLÉ**

van mannen en vrouwen, ongeneeslijke en geneeslijke patiënten, gewelddadige en ongevaarlijke, propere en smerige.

Daarnaast is er het probleem van de ‘kwalijke lucht’. De dichtbevolkte, stinkende wijken zijn voedingsbodem voor de meeste ziekten. De reden is kwalijke ‘miasmen’ die de juiste verhouding der lichaamssappen bedreigen. Dit gaat terug op de inzichten van Galenos uit de 2^{de} eeuw na Christus. Het letterlijk wegblazen van al dat kwalijks is de beste remedie. Ziekenhuisprojecten zijn op te vatten als ‘reusachtige luchtverversingsinstallaties’. Het bouwen, buiten of aan de rand van de stad, van afzonderlijke gebouwen dient om een leefomgeving te creëren met genezende werking.

Het is vermeldenswaard dat er een sterke samenwerking ontstaat tussen dokters en architecten. Architecten en medici buigen zich over vragen omtrent de ideale vorm van deze gebouwen, hun verlichting

Er spelen heel wat therapeutische overtuigingen een rol in de keuze van de plaats voor het oprichten. Philippe Pinel is overtuigd van het belang van isoleren van de oorzaak van de krankzinnigheid, het platteland lijkt in dit opzicht de beste plaats. Dit biedt nog meer voordelen: het beoefenen van landarbeid bijvoorbeeld. Als aanhanger van de romantische geneeskunde hecht hij daarenboven veel waarde aan contact met de natuur. Zijn opvolger Esquirol bouwt met Emile Gilbert het nieuwe Charenton, dit binnen het kader van de wet van 1838. Het *carré isolé* vormt de basiseenheid, die werd vermenigvuldigd tot een symmetrisch complex ontstond. Dat gebeurde in Charenton op grote schaal: twee maal vier aaneengeschakelde carrés, met patiëntenverblij-

ven aan drie kanten en één opengelaten kant. Tussen de twee rijen loopt een soort servicestraat. Het centrale deel dat beide reeksen carrés verbindt, heeft servicegebouwen en midden in het bovenste terras, een kapel. Links zijn de mannenverblijven, rechts de vrouwenafdelingen. Binnen elke hof is verdere differentiatie mogelijk. Er is zelfs centrale verwarming.

"Charenton bevindt zich, wat de stijl betreft, op het snijvlak van een rijk classicisme en economische utilitaire opvatting van architectuur." De vriendschap tussen Emile Gilbert en Guillaume-Abel Blouet (verantwoordelijk voor de restauratie van de thermen van Caracalla in Rome) zit daar wellicht tussen: Blouet blonk uit in wat toen als de hogeschool van het classicisme gold. Beide vrienden zullen vroeg in jaren dertig van de 19^{de} eeuw overstappen naar de denkbeelden van Saint Simon en naar een

puur functionalistische opvatting van architectuur, die zij echter verenigen met het klassieke idioom.

GENT: JOSEPH GUISLAIN EN ADOLPHE PAULI

De Gentse arts Joseph Guislain kiest voor een nieuwbouw. Het is de enige conclusie die hij uit zijn voorafgaandelijk onderzoek, uit zijn praktijkervaring als vernieuwer, kan trekken. Bij zijn doorlichting van de bestaande gestichten in België komt hij tot de conclusie dat er geen enkel instituut voldoet aan de minimale voorwaarden voor de behandeling van geesteszieken. Qua inplanting kiest hij voor een open, landelijk gebied, aan de stadsrand. Hij vormt met de Gentse stadsarchitect Adolphe Pauli een goed team. Beide heren zijn overtuigde rationalisten

▼
Voorgevel van het
Instituut dr. Guislain
in Gent
(foto K. Vandevorst)



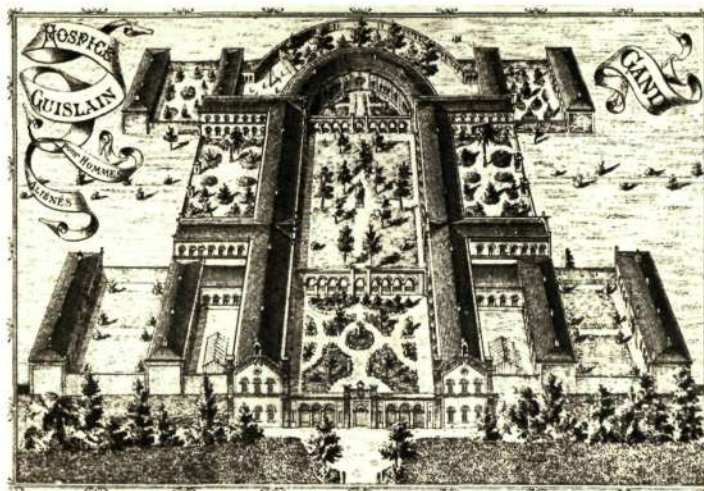
op het vlak van architectuur. Pauli stelt duidelijk dat de architectuur meer rekening moet houden met de wetenschap. Het plan is een typisch voorbeeld van een rationalistisch-functionalistisch systeemplan, gemaskerd achter een aankleding die zich inspireert op een historiserend repertoire. Over de basisopvattingen en hoofdlijnen van dit plan gaan we in een aparte bijdrage in dit boek grondiger in. Het is voor Guislain zonder meer duidelijk dat de architectuur het onvolprezen gereedschap moet vormen voor de nieuwe therapeutische benadering. Adolphe Pauli heeft hem daarin moeiteloos gevolgd. Het later naar Guislain genoemde instituut heeft op meerdere vlakken gewerkt als 'modelgesticht'.

SLOT

De 19^{de} eeuw begint met een sterk optimisme over de behandeling van geesteszieken. Men vindt het een morele plicht dit te doen, het kadert in een bredere controle over mens en samenleving. Hervormers zoals ambtenaren, dokters, juristen en architecten liggen aan de basis van deze hervorming. Misschien was er wel van bij het begin enige scepsis. Zo wijst Guislain in zijn *Leçons orales sur les phrénopathies* op het gevaar van een opstapeling van mensen in armenhuizen, gevangenissen en gestichten: "De ene helft van de natie heeft zich bewapend tegen de andere". Tijdens de laatste decennia van de 19^{de} eeuw (in België eerder het begin van de 20^{ste} eeuw) slaat dit echter om in een nieuw pessimisme: het gesticht is geen wondermiddel, zie bijvoorbeeld de tegenvallende cijfers voor ontslagen patiënten. De psychiaters waren slachtoffers van hun eigen propaganda: de rehabilitatie van geesteszieken is problematischer dan gedacht. Het klimaat in het gesticht wordt als negatief ervaren: er is de overbevolking, er is een inhoudloos drilsysteem, er is de financiële nood en een routinematige toediening van medicijnen.

Dit alles zal zeker niet resulteren in het afschaffen van het psychiatrische gesticht, maar in de loop van de 20^{ste} eeuw zullen meer en minder radicale alternatieve praktijken ontwikkeld worden. Men zoekt nieuwe therapieën. Zo wordt in Sleidinge bijvoorbeeld op het einde van de 19^{de} eeuw de hydrotherapie, of Kneippmethode geïntroduceerd in de psychiatrische instelling. "Overal waar nog mogelijkheid bestaat van te genezen, zal 't water de gezondheid herstellen". Maar het psychiatrische gesticht als model, als architectuur ook, zal pas in de tweede helft van de 20^{ste} eeuw op een meer radicale manier bekritiseerd worden.

▼
Litho van
F. Giele met het
grondplan van het
Guislaininstituut
in Gent
(collectie Museum
dr. Guislain)



BIBLIOGRAFIE

- SHORTER E., *Een geschiedenis van de psychiatrie. Van gesticht tot Prozac*, Amsterdam, 1997; KOPLAND R. en VAN DEN HOOFD-
AKKER R.H., *De psychiater en zijn patiënt*, in KOPLAND R., VAN
DEN HOOFD-
AKKER R.H., *Twee ambachten*, Amsterdam, 2003;
PORTER R., *Waanzin. Een korte geschiedenis*, Amsterdam, 2003;
STOCKMAN R., *Van nar tot patiënt. Een geschiedenis van de zorg voor
geesteszieken*, Leuven, 2000; ALLEGAERT P., CAILLIAU A. en MOR-
TIER E., *Met recht en rede. Waanzin tussen wet en kabinet*, Gent, 1997;
ALLEGAERT P., CAILLIAU A. e.a., *Rede en waanzin. Het Museum
Dr. Guislain in beeld en tekst*, Gent, 2001; STOCKMAN R., *De kerk
en het verstoorde leven. De plaats van de religieuzen in de geestelijke
gezondheidszorg*, Tielt, 1988; MENS N., *De architectuur van het psychi-
atrisch gesticht*, Wormer, 2003; LAMOTE L., *De architectuur van de
psychiatrische inrichting. Sporen van internationale theorie in Belgische
voorbeelden uit de negentiende eeuw*, Universiteit Gent, Academiejaar
2002-2003, Faculteit letteren en wijsbegeerte; DE PAUW N., *Een
brokje geschiedenis (over psychiatrisch ziekenhuis in Sleidinge)*, z.p.,
z.d.