

# VELE HANDEN

Zorg en samenleving in heden en verleden

Alexia Coussement & Sarah Maya Vercruysse m.m.v. Peter Heyrman





# INHOUD

<b>INLEIDING</b>	5
<b>1. EEN HISTORISCH PERSPECTIEF OP ZORG</b>	9
1. Voorgeschiedenis: zorg in het ancien régime	9
2. Een vernieuwde zorg in de Franse tijd (1789-1815)	10
3. Schipperen tussen continuïteit en vernieuwing onder het Nederlands bewind (1815-1830)	12
4. Van eenheid naar ideologische verdeeldheid (1830-1884)	12
5. Een katholieke eeuwwisseling (1884-1914)	17
6. Verstaatsing en verzuiling van de zorg na vier crisisjaren (1914-1940)	20
7. Van een nationale zorgvraag naar de opkomst van de verzorgingsstaat (1940-1973)	25
8. De grenzen van de verzorgingsstaat (1973-2018)	28
<b>2. HISTORISCHE DEBATTEN OVER GEDEELDE VERANTWOORDELIJKHEDEN IN DE ZORG</b>	31
1. Samenwerking en rivaliteit tussen de openbare bijstand en de private liefdadigheid	31
2. Verantwoordelijkheden in de strijd tegen alcoholmisbruik	35
3. Spanningen rond de professionalisering van de ziekenzorg	40
4. Van armoedebestrijding naar een algemeen recht op ondersteuning	44
5. Mantelzorg, een benoemde vanzelfsprekendheid?	49
<b>3. BESLUIT</b>	52
<b>4. BIBLIOGRAFIE</b>	56



# INLEIDING

‘Vermaatschappelijking van de zorg’ vormt momenteel een belangrijk aandachtspunt binnen het Vlaamse zorg- en welzijnsbeleid. Dat begrip verwijst evenwel naar zeer uiteenlopende processen en fenomenen. Het *Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse taal* omschrijft het als “een proces waarbij men mensen met een beperking niet meer in speciale instellingen laat wonen, maar tussen andere burgers”.<sup>1</sup> ‘Vermaatschappelijking’ verwijst in die zin naar de de-institutionalisering van zorg, gericht op een betere sociale integratie en acceptatie van mensen met beperkingen, chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven enzovoort.<sup>2</sup> Toch is die transitie van residentiële zorg naar ‘informele zorg in de samenleving’ maar één van de vele ladingen die door deze vlag worden gedekt. Zo wordt het begrip ook vaak gehanteerd door zij die pleiten voor een activering, participatie, *empowerment* en zelfs responsabilisering van de burger-zorgvrager. ‘Vermaatschappelijking’ verwijst in dat perspectief naar een revalorisatie van zelfhulp en naar een pertinentere betrokkenheid – zelfs verantwoordelijkheid – van de omgeving en de informele netwerken bij de zorgverlening. Professionele – al dan niet commerciële – dienstverleners vullen die aan.<sup>3</sup>

## EEN KAPSTOKBEGRIJF

Aan de hand van die twee invullingen – die niet noodzakelijk complementair, maar evenmin elkaars tegenpool zijn – kunnen we het meervoudig gebruik van het begrip ietwat structuur geven. Toch wordt de term ook aangehaald in tal van andere, soms verwante debatten. We denken dan aan de oproep om de zorg meer op maat te organiseren, gestoeld op noden eerder dan op de in de verzorgingsstaat toegekende rechten. Nog een andere invulling van het begrip ‘vermaatschappelijking’ maakte opgang in de zorg voor mensen met een beperking. Uitgaande van het inzicht dat ‘handicaps’ *in se* sociale constructies zijn, verwijst de term er naar de collectieve verantwoordelijkheid van de samenleving om tegemoet te komen aan die als beperkingen benoemde kenmerken, bv. door het bijsturen van de beeldvorming, de maatschappelijke verwachtingen en patronen, de infrastructuur enzovoort.<sup>4</sup>

De onder de term vermaatschappelijking gevatte discussies worden niet louter in onze contreien gevoerd. Maar in zijn hierboven geschetste veelvoud van betekenissen maakte het begrip tijdens de voorbije decennia toch vooral in Vlaanderen en Nederland opgang. Het streven naar een de-institutionalisering van de zorg vindt zijn wortels in de late jaren 1950 en 1960. In zijn boek *Asylums* (1961) bekritiseerde de Canadese socioloog Erving Goffman (1922-1982) hoe de geïnstitutionaliseerde psychiatrische gezondheidszorg de patiënt isoleerde van de samenleving. Zijn pleidooi voor een tegenbeweging en een zoektocht naar alternatieven voor de traditionele residentiële zorg, vond later ook navolging in andere sectoren, zoals de bejaarden- en gehandicaptenzorg, de armoedebestrijding, de zorg voor kwetsbare jongeren en chronisch zieken, enzovoort. Die omschakeling wordt in de Angelsaksische wereld veelal gemerkt als *community care*, in de Franse als *soins communautaires*. In België vond deze beweging slechts in de jaren 1970 ingang met onder meer de oprichting van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (1975, CGG).<sup>5</sup>

Het Nederlandstalige begrip ‘vermaatschappelijking’ heeft dus een breder bereik. Soms lijkt het wel een container- of passpartoutbegrip waarmee heel diverse actoren uitdrukking geven aan hun wens tot hervorming en/of bijsturing van het zorglandschap.<sup>6</sup> De redenen daarvoor liggen voor de hand. Enerzijds worden participatie, sociale inclusie en meer gemeenschapsgerichte verbondenheid ingeroepen als een remedie voor enkele belangrijke hedendaagse maatschappelijke uitdagingen:

1 Van Dale, ‘Vermaatschappelijking’.

2 VAN AUDENHOVE, VAN HUMBEECK en VAN MEERBEECK, *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen*, 13; *Visienota-Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst*, 12; DEWAELE e.a., *Sociaal.Net*, ‘Vermaatschappelijking. Laveren tussen kansen en bedreigingen’; POELMAN en VAN AUDENHOVE, *Ontwikkeling van indicatoren in het kader van doelstelling 12 ‘Zorg’ van het Pact 2020*, 137.

3 FRET, *Sociaal.Net*, ‘De vermaatschappelijking voorbij’.

4 STEYAERT, ‘De meervoudige betekenis van vermaatschappelijking’, 13; HUBAR, *Sociaal.net*, ‘Wat als er geen netwerken zijn?’; EVERAERT, VANEMPTEN en VANHAEREN, *Sociaal.net*, ‘Vermaatschappelijking van zorg’.

5 ZIGANTE, *Informal care in Europe*, 7, 15; STEYAERT, *Canon sociaal werk*, ‘1961 Erving Goffman’; DE DIJN, ‘Vermaatschappelijking van de zorg’, 187; STEYAERT, ‘De meervoudige betekenis van vermaatschappelijking’, 12; DECRUYNAERE, *De kracht van het engagement*, 1; KWEKKEBOOM, *Vermaatschappelijking in de zorg*, 14; VAN AUDENHOVE, VAN HUMBEECK en VAN MEERBEECK, *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen*, 24.

6 DE DIJN, ‘Vermaatschappelijking van de zorg. In welke maatschappij?’, 194-195; SERRIEN, *Sociaal.net*, ‘Geen vermaatschappelijking zonder krachtig sociaal werk’.

individualisering, vereenzaming, groeiende diversiteit, vergrijzing enzovoort. Anderzijds stoot de zorgsector alsmaar nadrukkelijker op budgettaire en operationele limieten, terwijl de maatschappelijke zorgvraag toeneemt. Een pertinentere inbedding van de zorg in de samenleving – in welke zin dan ook begrepen – lijkt een uitweg te bieden uit die patstelling. In ieder geval biedt het begrip ‘vermaatschappelijking’ een kapstok waaraan de uiteenlopende debatten over de taakstelling en verantwoordelijkheden in de zorg samen kunnen worden opgehangen.

## EEN HISTORISCH PERSPECTIEF

Dit onderzoeksrapport hanteert een historische invalshoek. Dat is in de snel groeiende literatuur over het onderwerp beslist een uitzondering. De auteurs hebben niet de ambitie om oplossingen aan te reiken, laat staan om de terminologische onduidelijkheid rond het begrip vermaatschappelijking uit te klaren. Wel wil dit rapport de debatten die vandaag onder deze vlag worden gevoerd, verrijken door ze te confronteren met de resultaten van het historisch-wetenschappelijke onderzoek over de geschiedenis van zorg en welzijn in Vlaanderen/België. Dit rapport wil geen lessen trekken uit het verleden, maar hoopt de huidige discussies wel meer historische diepgang te geven. Want doorgaans ontbreekt vandaag dat langetermijnperspectief. Toegegeven, soms wordt vandaag weleens gerefereerd aan bijzondere historische praktijken en modellen, bijvoorbeeld het Geelse gezinsverplegingsmodel in de geestelijke gezondheidszorg<sup>7</sup> of de krachtige organisatie van de thuiszorgsector in Vlaanderen<sup>8</sup>. Dit rapport wil evenwel aanzetten tot een meer systematische en doordachte historische reflectie over het onderwerp.

Vanzelfsprekend werd ook in het verleden gediscussieerd over hoe zorg in de samenleving het best kon worden georganiseerd, over hoe behoeften en aanbod het best op elkaar konden worden afgestemd. Om dat brede themaveld te benoemen, hanteren de Britse historici Peregrine Horden en Richard Smith het begrip *locus of care*.<sup>9</sup> Dat begrip mag niet in enge zin worden vertaald als plaats of locatie. Termen als ‘modus operandi’ of ‘context’ drukken al wat beter uit wat wordt bedoeld, maar een evenwaardig Nederlandstalig concept is er niet. De ‘locus’ van de zorg behelst zowel door wie, waar, hoe en welke zorg wordt geboden. Het gaat dan over wie de actoren zijn, hun taakstelling, hun respectieve rollen en verantwoordelijkheden, maar ook over de motieven van zorgaanbieders, hoe ze omgaan met de zorgvrager en -ontvanger, de wijze waarop en de intensiteit waarmee ze samenwerken. Die vragen staan centraal in de verkennende historische analyse die dit rapport wil aanbieden.

## STRUCTUUR EN METHODOLOGIE

Het rapport is opgebouwd uit twee delen. Eerst bieden we een bondig historisch overzicht van de gezondheids- en welzijnszorg in onze contreien vanaf het ancien régime tot aan het begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw. In deze synthesetekst benoemen we de dominante en onderliggende trends en wijzen we op de voor het landschap bepalende sleutelmomenten. Dat kort chronologisch overzicht van de geschiedenis van zorg en welzijn in de negentiende en twintigste eeuw is niet exhaustief en laat ook weinig ruimte voor nuance. Het biedt de lezer wel een oriënterend raamwerk om de casestudies in het tweede deel van dit rapport beter te situeren. Daarin behandelen we telkens een historisch maatschappelijk debat waarin de ‘locus’ van de gezondheids- en welzijnszorg of althans enkele centrale aspecten ervan ter discussie stonden. Voor elk van die cases lichten we de grond of de aanleiding van het debat toe, duiden we de belangrijkste actoren, schetsen we hun argumenten en tonen we aan hoe de standpunten verankerd waren in welbepaalde maatschappijvisies en dus aansloten bij politieke agenda’s, ideologische en vaak ook religieuze visies. De belangrijkste scharnierpunten in het debat worden gededd, met aandacht voor de maatschappelijke krachten die het aanstuurden. Waar van toepassing vertellen we ook hoe het debat uiteindelijk zijn beslag kreeg.

In de vijf casestudies duiken spanningsvelden op die ook vandaag relevant zijn. Vanzelfsprekend werden ze in het verleden in andere termen geformuleerd, maar op de keper beschouwd kunnen er toch heel wat brugjes worden gelegd naar actuele hete hangijzers: de voorrang van private of publieke voorzieningen, zelfhulp versus recht op bijstand, institutionele versus familiale en gemeenschapszorg, formele/professionele versus informele/vrijwillige zorg en hoe die op elkaar afstemmen, enzovoort. Parallellen en continuïteiten tussen heden en verleden worden aangestipt, maar natuurlijk wordt ook gewezen op divergenties en zelfs contrasten. Want net zoals de in de historische cases aangehaalde discussies tijdgebonden waren, vindt ook het huidige debat plaats in een bijzondere maatschappelijke context.

De selectie van de cases, gespreid over de tijd en de verschillende zorg- en welzijnssectoren, gebeurde weloverwogen, in nauwe samenspraak met de stuurgroep van het project. De eerste handelt over het langlopende debat tussen private en publieke actoren in de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting tijdens de lange negentiende eeuw. De tweede casestudie beschrijft hoe vooral in de decennia rond 1900 werd nagedacht over hoe de strijd tegen alcoholisme en bij uitbreiding andere vormen van verslaving moest worden aangepakt. De graduele professionalisering en reglementering van de verpleegkunde vormt een

7 ROOSENS, *Geel, een unicum in de psychiatrie*.

8 BARE, *Het Wit-Gele Kruis*.

9 HORDEN en SMITH, ‘Introduction’.

derde case. Een vierde gevalstudie analyseert hoe de rechten op ondersteuning, welzijn ... vervat in de *Universele Verklaring van de Rechten van de Mens* (1948), langzaam maar zeker in de Belgische wetgeving werden verankerd, met als orgelpunt de OCMW-wet van 1976. De vijfde casestudie ten slotte handelt over mantelzorg, het ontstaan van het begrip en het beleid ter zake. We ronden dit rapport af met enkele conclusies en bedenkingen.

Zowel het chronologisch overzicht van de sector 'in vogelvlucht' als de vijf casestudies zijn gebaseerd op grondig literatuur- en bronnenonderzoek. De synthese die wordt geboden in het eerste deel, steunt voornamelijk op wetenschappelijke literatuur, bijvoorbeeld overzichtsstudies over de geschiedenis van de gezondheids- en welzijnszorg in Vlaanderen/België, maar ook op monografieën over de ontwikkelingen in specifieke zorg- en welzijnssectoren en de daarin actieve actoren. De lezer vindt daarvan een overzicht in de bibliografie. Die literatuur is omvangrijk, maar blijft in hoge mate organisatie- of instellingsgebonden. Ze vertoont bovendien in vergelijking met die voor andere landen nog heel wat thematische hiaten. Zo ontbreekt bijvoorbeeld een goede synthese van de geschiedenis van de bejaardenzorg in Vlaanderen/België. De geschiedenis van de liefdadigheid of van de informele zorg in familiekring of in lokale gemeenschappen werd ook nog nauwelijks bestudeerd. Die beide fenomenen ondergingen doorheen de tijd een grote evolutie. Sowieso zijn er weinig studies die de ontwikkelingen van onderuit, bv. vanuit het perspectief van de zorgverstrekkers of -ontvangers analyseren. Het genderperspectief blijft ook in hoge mate afwezig. We hopen dat dit rapport enkele wegwijzers kan plaatsen voor verder onderzoek.

Ook voor de vijf casestudies kon in belangrijke mate worden gesteund op de vigerende literatuur. Maar sommige onderwerpen of aspecten vergden wel verder en ook grondig onderzoek van contemporaine publicaties, bijvoorbeeld periodieken, congres- en jaarverslagen, parlementaire vertogen enzovoort. In beperkte mate werden ook archivalia geraadpleegd. Zoals altijd moesten keuzes worden gemaakt. Desondanks werd getracht om een brede waaier van bronnenmateriaal in de analyse te betrekken en zo de debatten op een genuanceerde wijze te behandelen. Een overzicht van de aangewende bronnen is opnieuw te vinden in de bibliografie.

Een bijzonder aandachtspunt in het hier gepresenteerde onderzoek was de in de sector gehanteerde terminologie. De voorbije twee eeuwen heeft die een grote evolutie ondergaan. Tijdens de aangehaalde historische debatten was de wijze waarop bijvoorbeeld zorgpraktijken en specifieke categorieën van zorgbehoevenden moesten worden omschreven, vaak mee voorwerp van discussie. Vanaf de jaren 1960 groeide zowel in de sector als in de bredere maatschappij ook meer en meer het besef dat die (soms erg pejoratieve) termen sociale constructies waren en dat de onderliggende ideeën, percepties en vooronderstellingen zelfs onderdeel waren van de benoemde problematiek. Naarmate die wetenschappelijke inzichten groeiden, verschoof ook de terminologie: oude begrippen werden geleidelijk vervangen door nieuwe termen. Hoger haalden we al het voorbeeld aan van 'handicap' en 'beperking'. Ook het woordgebruik gelieerd aan (kans)armoede onderging in de voorbije twee eeuwen een grondige verschuiving. In de negentiende eeuw werden personen met een psychische problematiek of met een mentale beperking zonder verpinken bestempeld als 'krank- of zwakzinnigen'. De lezer die louter vertrouwd is met de huidige woordenschat, zal daarom ongetwijfeld wat verbaasd opkijken bij de in het verleden gehanteerde concepten. Toch hebben we er bewust voor gekozen om die historische termen niet te vervangen door meer hedendaagse. Want in de geanalyseerde maatschappelijke debatten was het woordgebruik een belangrijke factor. Indien de gehanteerde termen echter vandaag niet langer gebruikelijk zijn en misschien zelfs aanstoot geven, worden ze wel tussen aanhalingstekens geplaatst.

## ONDERZOEK EN ERFGOED

Dit rapport, tot stand gebracht in een tijdspanne van één kalenderjaar, van 26 februari 2018 tot 1 maart 2019, kadert binnen het onderzoeksprogramma 2016-2021 van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG). Dat is een samenwerkingsverband tussen de KU Leuven, Universiteit Gent, Vrije Universiteit Brussel en Universiteit Antwerpen, met als doel het beleid te ondersteunen door middel van vernieuwend wetenschappelijk onderzoek.<sup>10</sup>

Dit rapport werd gerealiseerd door KADOC, het interfacultair Documentatie- en Onderzoekscentrum voor Religie, Cultuur en Samenleving van de KU Leuven. Deze erkende Vlaamse erfgoedorganisatie bewaart en ontsluit documentair erfgoed dat de neerslag vormt van de wisselwerking tussen religie, cultuur en samenleving in de negentiende en twintigste eeuw. KADOC stimuleert en onderneemt ook wetenschappelijk onderzoek over dit thema. Het centrum herbergt veel expertise over de geschiedenis en het erfgoed van de gezondheids- en welzijnszorg in Vlaanderen. Die dragen ongelooflijk rijke betekenissen in zich en bieden tal van mogelijkheden zowel voor onderzoek als maatschappelijke valorisatie. KADOC wil tijdens de volgende jaren in nauwe samenwerking met de sector vorm geven aan een duurzame erfgoedwerking rond dit thema. Zoals bijvoorbeeld bleek tijdens de Erfgoeddag 2017, is er op het terrein een groeiend erfgoedbewustzijn te bespeuren. Instellingen en voorzieningen vinden in hun geschiedenis en erfgoed vaak hefboomen voor een actualisering van hun maatschappelijke identiteit en missie. Vele vrijwilligers nemen hier vandaag verantwoordelijkheid voor op.

<sup>10</sup> *Steunpuntwvg, 'SWVG 2016-2021'; Steunpuntwvg, 'SWVG 3 onderzoekprogramma'.*

KADOC wil in een breed partnerschap en met een aangepaste dienstverlening inspelen op die dynamiek en opportuniteiten. Het is bijvoorbeeld de ambitie om een laagdrempelig aanspreekpunt te creëren, vorming en aangepaste instrumenten aan te reiken, praktijkvoorbeelden in de kijker te zetten en begeleiding te bieden. KADOC maakte in het kader van dit project ook werk van een systematische registratie van de vele actoren (instellingen, organisaties, voorzieningen allerhande) in de Vlaamse zorgsector, met bijzondere aandacht voor hun geschiedenis en het door hen bewaarde/nagelaten erfgoed. Het met dit rapport afgeronde SWVG-project liet toe om die inventaris, stafkaart of landschapstekening van de geschiedenis en het erfgoed van zorg en welzijn in Vlaanderen krachtig aan te vatten. KADOC gebruikt daartoe de contextuele web-databank ODIS ([www.odis.be](http://www.odis.be)). Dankzij een gedreven team van vrijwilligers wordt die inventaris duurzaam voortgezet. Het is vanzelfsprekend een werk van lange adem.

Om het erfgoed van zorg en welzijn in Vlaanderen nadrukkelijker in de kijker te zetten, werd in het kader van dit project ook een tentoonstelling voorbereid, met als titel 'Vele handen. Zorg en samenleving in heden en verleden'. Die vindt plaats in Sint-Truiden (Begijnhofkerk) van 23 april tot 30 juni 2019. De in dit rapport behandelde thematiek en de geanalyseerde cases worden er op een laagdrempelige wijze gepresenteerd en gevisualiseerd door middel van foto's, affiches, cartoons, bewegend beeld en (enkele) objecten. Na afloop van de tentoonstelling in Sint-Truiden zal op basis van dat geheel een afgeleide mobiele variant worden gerealiseerd. Die 'reizende expositie' zal kunnen worden uitgeleend bij het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Als onderzoekinstelling wil KADOC ook werk maken van verder wetenschappelijk studiewerk over het onderwerp. In het kader van dit project werd alvast een internationale workshop voorbereid, waar de resultaten van dit onderzoeksrapport zullen worden getoetst in internationaal-comparatief perspectief. Kunnen ook in andere (West-Europese) landen historische wortels van huidige debatten over de taakstelling en verantwoordelijkheden in zorg en welzijn worden gedetecteerd? Hoe verhouden die zich tot de dominante trends en breuklijnen in de geschiedenis van de betrokken sectoren? In welke mate kunnen in de debatten transnationale trends (zowel parallellen als divergenties) worden aangestipt? Deze workshop, met als titel *The Shared Responsibility of Care: Historical Debates on Health and Social Care Provision during the 19<sup>th</sup> and 20<sup>th</sup> Centuries*, zal plaatsvinden in Leuven van 3 tot 4 juni 2019.

## DANK

Graag willen we benadrukken dat de realisatie van dit onderzoeksrapport enkel mogelijk was door de inzet van diverse actoren en partners. Wij danken het Steunpunt, in het bijzonder Chantal Van Audenhove en Hilde Lauwers, voor de geboden kansen en de goede samenwerking. Een stuurgroep, samengesteld uit vertegenwoordigers van het kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG), het departement WVG, Zorgnet-Icuro, het Vlaams Welzijnsverbond en KADOC, volgde de werkzaamheden van dit intensief project nauwgezet op. De leden gaven waardevolle feedback op het onderzoeksplan, adviseerden bij de selectie van de cases, hielpen bij het lokaliseren van relevant bronnenmateriaal en lazen en becommentarieerden de ontwerpversies van de verschillende onderdelen van het rapport. Wij danken de voorzitter Wim Wouters, Veerle Audenaert, Mady Cochet, Eric Dekker, Sabine Jakiela, Lieve Dhaene en Ilse Luyten voor de tijd die ze vrijmaakten voor dit alles. Diverse KADOC-collega's boden ondersteuning, niet louter voor het lokaliseren en raadplegen van bronnen en literatuur, maar ook bij de verwerking en interpretatie van de onderzoeksresultaten, het uitschrijven en de iconografie van dit rapport. We vermelden in het bijzonder eindredacteur Lieve Claes en vormgever Alexis Vermeylen.



# 1 EEN HISTORISCH PERSPECTIEF OP ZORG



Schilderij van de Gasthuizusters-Augustinessen van Lier (1668).  
[Lier, Gasthuizusters]

## 1 VOORGESCHIEDENIS: ZORG IN HET ANCIEN RÉGIME

Op het grondgebied van het huidige Vlaanderen zijn al eeuwen bepaalde zorgstructuren aanwezig, gaande van armen- tot gezondheidszorg en van vondelingen- tot ouderenzorg. In het ancien régime (circa 1450-1789) was die hulpverlening interpersoonlijk of institutioneel van aard. Zo boden (doorgaans stedelijke) instellingen als gast- of godshuizen opvang aan hulpbehoevenden, armen, zieken en gewonden, ‘zwakzinnigen’, ouderen, wezen en vondelingen. Hoewel die vaak

de bijnaam ‘armenhuis’ kregen, konden ook welgestelde mensen, de zogenaamde proveniers, zich tegen betaling tijdelijk of permanent laten opnemen. Verschillende instanties, zoals congregaties, gilden of vermogende individuen, hebben dergelijke voorzieningen opgericht, maar de zorgverlening gebeurde nagenoeg uitsluitend door religieuzen.<sup>11</sup> Daarnaast konden behoeftigen ondersteund worden door middel van particuliere giften als aalmoezen, brood en kledij of konden ze een beroep doen op de Heilige Geesttafel. Die tafel of armendis was een vroege vorm van onderstand, waarbij het lokale bestuur een armenmeester aanstelde, die vervolgens materiële steun verleende aan de minderbedeelde parochianen.<sup>12</sup> Een volgend voorbeeld van hulpverlening was de zo-

<sup>11</sup> SUENENS en DE STAERCKE, *Eén van hart en één van ziel*, 88-89.

<sup>12</sup> DE ROUCK, *Armenzorg op het platteland*, 7-10.

genoemde armenbus, ingericht door gilden. In die vroegmoderne 'spaarkas' zamelden meesters en gezellen middelen in om beroepsgenoten en hun gezin te ondersteunen, bijvoorbeeld in geval van tijdelijke arbeidsongeschiktheid of om een begrafenis te bekostigen.<sup>13</sup>

Die initiatieven waren diep geworteld in de katholieke caritas. Thomas van Aquino (1225-1274) omschreef 'caritas' in het tweede deel van zijn *Summa Theologiae* (1265) als de vriendschap en de liefde van de mens voor God. Wie de noodlijdende bijstond, diende God. Door liefdadigheid kon de mens groeien in de geestelijke volmaaktheid en zijn eigen zielenheil verzekeren.<sup>14</sup>

De vroegmoderne Vlaamse zorgverstrekking kon lokaal sterk verschillen, bijvoorbeeld naargelang de beschikbare middelen en voorzieningen. Pogingen om die arbitraire praktijk te reguleren, kwamen er onder meer door Karel V (1500-1558). De Habsburgse keizer wilde het armenbeleid centraliseren binnen de lokale overheid, een idee dat hij overnam van de Spaanse humanist Juan Luis Vives (1492-1540). Met het Eeuwig Edict van 1531 verplichtte hij stadsbesturen tot de oprichting van een Gemene Beurs, een stedelijk financieel bijstandsfonds.<sup>15</sup>

Een ingrijpende transformatie van de maatschappelijke structuren gebeurde in de loop van de achttiende eeuw. Door de bevolkingstoename groeiden de steden, wat tal van sociale uitdagingen met zich meebracht.<sup>16</sup> Het was ook de eeuw van de verlichting. In Vlaanderen drongen de nieuwe ideeën voor het eerst door onder het verlicht absolutistisch, Oostenrijks bewind van keizerin Maria Theresia (1740-1780) en van haar zoon, keizer Jozef II (1780-1790). Die laatste voerde bijvoorbeeld een repressief beleid tegen landloperij en bedelarij.<sup>17</sup> Onder het Oostenrijks bewind werden ook enkele stappen gezet naar een verbetering van de gezondheidszorg. Er kwamen bijvoorbeeld inspanningen om de openbare hygiëne te verbeteren of om de opleiding tot arts, apotheker of vroedvrouw te reguleren. Ook probeerde Jozef II de caritatieve voorzieningen en instellingen efficiënter te organiseren, maar hij stootte daarbij op veel tegenkanting. Een vergaande herziening van het zorgbeleid kwam er pas na de annexatie van de Zuidelijke Nederlanden door het Franse revolutionaire regime.<sup>18</sup>

13 JOOSTENS, *Door zorg verbonden*, 59.

14 Caritas verwijst naar de zeven lichamelijke en geestelijke werken van barmhartigheid. Die hebben een lange traditie die teruggaat tot heilige teksten als de Tenach, de Thora en het Oude Testament: *Jesaja*, *Tobit*, *Ezechiël*, *Deuteronomium*, *2 Makkabeeën* en de *Mitzvah* van gastvrijheid, begraven en vergiffenis. In het latere *Mattheüs* (25: 35-36) vinden we zes van de lichamelijke werken van barmhartigheid. Het zevende werk, de doden begraven, kwam er in de middeleeuwen bij. BRANDON, 'The monastic tradition and community care', 113; DENIER, DHAENE en DEGADT, *Kiezen is winnen*, 36; STOCKMAN, *Pro Deo*, 9-10.

15 STEYAERT, *Canon social werk*, '1526 Juan Luis Vives'; PAYNE, *The origins of social work*, 17, 20; *Flandrica.be*, 'De subventionne pauperum, sive de humanis necessitatibus libri II'.

## 2 EEN VERNIEUWDE ZORG IN DE FRANSE TIJD (1789-1815)

Met de Franse Revolutie trad de moderne burgerlijke samenleving in de plaats van de absolutistische standenmaatschappij, met een strikte scheiding tussen kerk en staat. Op nagenoeg alle maatschappelijke terreinen bracht de revolutie een grote omwenteling teweeg. "De openbare hulpverlening is een heilige plicht. De maatschappij moet instaan voor het onderhoud van haar lijdende burgers (...)", zo stelde het artikel 21 uit de Verklaring van de Rechten van de Mens en de Burger (1793). Als gevolg van de wetten van het jaar V (1796) werden ook op het grondgebied van het huidige Vlaanderen de traditionele zorgstructuren uit het ancien régime op een nieuwe leest geschoeid. De publieke weldadigheid nam het roer van de private liefdadigheidsinitiatieven over en de kerk verloor haar bevoorrechte positie in de zorg.<sup>19</sup>

Er ontstonden twee nieuwe structuren onder de bevoegdheid van de gemeente. Het Bureel van Weldadigheid verleende huiselijke bijstand in de vorm van kleding, levensmiddelen, geneesmiddelen, verzorging aan huis enzovoort. De Commissie van Burgerlijke Godshuizen was verantwoordelijk voor alle vormen van institutionele zorgverlening. Beide instanties kregen daartoe een deel van het omvangrijke, door het regime aangeslagen kerkelijke patrimonium. Dat omvatte bijvoorbeeld gebouwen waar religieuzen van oudsher onderwijs of gezondheidszorg organiseerden, maar ook tal van andere eigendommen, stichtingen of fondaties waarvan de opbrengsten bestemd waren voor goede doelen.<sup>20</sup>

Hoewel de zorg nu officieel een overheidsbevoegdheid was geworden, bleven religieuze congregaties aanvankelijk instaan voor de dagelijkse werking van zorginstellingen en voorzieningen. Vanaf 25 november 1797 verstremde de Franse gezagvoerder zijn beleid, maar de vervanging van de religieuzen in de zorgsector door leken bleek al snel financieel en logistiek onhaalbaar. In 1804 schroefde het napoleontisch bewind de secularisatiepolitiek gedeeltelijk terug. Vijf jaar later kregen de zogenaamde hospitaalcongregaties het statuut van

16 DE ROUCK, *Armenzorg op het platteland*, 91, 95; VAN DAMME, *Armenzorg en de staat*, 266-271; SUENENS en DE STAERCKE, *Eén van hart en één van ziel*, 177.

17 SUENENS en DE STAERCKE, *Eén van hart en één van ziel*, 177-178.

18 SUENENS en DE STAERCKE, *Eén van hart en één van ziel*, 178; DEPUYDT, 'Gezondheidszorg van de middeleeuwen tot het einde van de 18<sup>de</sup> eeuw', 32-34.

19 WILS, *Van Clovis tot Di Rupo*, 97, 112; BRUNEEL, 'Bijstand aan de bevolking', 271; artikel XXI uit *Recueil des Lois sur l'État Civil des Citoyens, pour les neuf Départements réunis, par la Loi du 9 Vendémiaire, an 4*, Brussel, 1796.

20 WILS, *Van Clovis tot Di Rupo*, 287; MOEYS, *Subsidiary social provision before the welfare state*, 258; VERMEIREN en HANSEN, 'Het hospitaalwezen', 45-46; VELLE, 'Kerk, geneeskunde en gezondheidszorg', 40; DENIER, DHAENE en DEGADT, *Kiezen is winnen*, 37.





'De terugkeer van de gasthuiszusters in 1824' van J. Van Rooy (detail, 1828). Tijdens de Franse tijd nam de overheid het beheer van het Sint-Elisabethgasthuis in Antwerpen over, maar de religieuzen bleven er wel in actief. De spanningen liepen echter op en uiteindelijk verdwenen de zusters voor meer dan twintig jaar. In 1824 konden ze terugkeren. Het gasthuis bleef evenwel een openbare instelling. [Antwerpen, Gasthuiszusters]

'instellingen van openbaar nut', onder overheidscontrole.<sup>21</sup> De enkele gasthuizen of gestichten die arme bejaarden opvingen, beschikten niet over de expertise en middelen voor een gerichte zorgverlening. Tot ver in de negentiende eeuw kregen die vaak de negatieve benaming van *les antichambres du cimetière*. Kwetsbare groepen als hulpbehoevende ouderen, zieken, gehandicapten of 'geesteszieken' werden bij voorkeur opgevangen door familieleden of pleeggezinnen. Voor de staat was dat ook goedkoper. Wel decreteerde een keizerlijk besluit uit 1811 dat elk bestuurlijk arrondissement over een vondelingentehuis moest beschikken.<sup>22</sup>

De Franse overheid deed pogingen om de openbare hygiëne aan te pakken. Daarnaast reguleerde ze in 1803 het medisch onderwijs om onder meer kwakzalverij tegen te gaan. Artsen en apothekers dienden voortaan een officieel erkend diploma te behalen vooraleer ze aan de slag mochten gaan. Wel voorzag de overheid op het huidige Belgische grondgebied geen enkele universiteit met een medische opleiding. Als reactie richtte Antwerpen in 1804 de *École Primaire de Médecine de l'Hôpital Sainte-Elisabeth* op. Andere steden, zoals Brugge, Brussel, Gent en Luik, volgden. Ondanks de praktijk-

gerichte aanpak van die scholen ging de kwaliteit van het medisch personeel er tijdens de Franse tijd toch op achteruit.<sup>23</sup>

Hoewel de overheid sommige private caritatieve initiatieven uit het ancien régime tolereerde, waren hulpbehoevenden voornamelijk aangewezen op de openbare onderstand. Die pakte de armoede op gemeentelijk niveau aan via het Bureau van Weldadigheid en verleende hulp aan iedereen 'die door ongeluk of overmacht' zonder inkomen viel. De wetgever trad wel streng op tegen diegenen die in staat waren om te werken, maar terugvielen op bedelarij of landloperij. Werkhuizen, bedelaarsgestichten en zelfs gevangenissen dienden die bedelaars of landlopers 'te corrigeren'.<sup>24</sup>

De Franse gecentraliseerde overheid zette sterk in op een laïcisering van de welzijns- en gezondheidszorg, waardoor het private initiatief haar dominante positie verloor. Verder had de bewindvoerder aandacht voor de volksgezondheid, waarbij hij streefde naar een professionalisering en regulering van medische beroepen. Daarnaast genoot thuiszorg de voorkeur op institutionele zorg.

21 STOCKMAN, 'Het beheer van congregatieve gezondheidsinstellingen', 321; STEVENS, 'Les associations religieuses en Belgique pendant le 19<sup>e</sup> siècle', 193; DE MAEYER en DEFERME, 'Vrouwelijke religieuzen in de openbare en private gezondheidszorg', 11.

22 JOOSTENS, *Door zorg verbonden*, 37-39; BRUNEEL, 'Bijstand aan de bevolking en gezondheidsbeleid', 281-288. Gezonde kinderen die in de vondelingenschuif terecht kwamen, werden vaak op het platteland geplaatst, waar de pleegfamilies een vergoeding van de overheid voor hen kregen. Vanaf hun twaalfde gingen de kinderen in de leer of werden ze opgeleid tot landbouwer. Jongens konden

vanaf de leeftijd van zestien jaar opgenomen worden in het Corps des Pupilles de la Garde. VELLE, 'Kerk, geneeskunde en gezondheidszorg', 39-40.

23 BRUNEEL, 'Bijstand aan de bevolking en gezondheidsbeleid', 289-299; JASPERS, *De ontwikkeling van de pharmacie in Limburg gedurende de Franse tijd*, 21, 54; JOOSTENS, *Door zorg verbonden*, 42; SCHEPERS, *De opkomst van het medisch beroep in België*, 28-39.

24 BRUNEEL, 'Bijstand aan de bevolking en gezondheidsbeleid', 281-282.

### 3 SCHIPPEREN TUSSEN CONTINUÏTEIT EN VERNIEU- WING ONDER HET NEDER- LANDS BEWIND (1815-1830)

Na de Franse nederlaag werd met het Congres van Wenen in 1815 het Verenigd Koninkrijk der Nederlanden opgericht. De Zuidelijke en Noordelijke Nederlanden vormden een bufferstaat onder het gezag van de koning Willem I. Het nieuwe bewind moest in het kader van het welzijns- en gezondheidsbeleid aan de slag met een chaos van wetten en voorschriften uit zowel de Oostenrijkse als de Franse tijd. Ondanks de pogingen van de staat om een gecentraliseerd beleid te voeren, waren er grote contrasten tussen de werking van de noordelijke en de zuidelijke provincies. De overheid behield in het zuiden het Franse openbare zorgsysteem, met op lokaal niveau het Bureau van Weldadigheid en de Commissie van Burgerlijke Godshuizen. De kerkelijke actoren die hadden gehoopt op een restauratie van hun bevoorrechte positie in de zorgsector, voelden zich geketend aan het staatstoezicht. De overheid stond enkel aan congregaties die zich inzetten voor onderwijs en liefdadigheid toe om nieuwe leden te rekruteren.<sup>25</sup> Op het grondgebied van het huidige Vlaanderen kwamen ongeveer 50 hospitaalcongregaties tot stand, waarvan 34 een officiële erkenning kregen. In het Verenigd Koninkrijk der Nederlanden ontfermden in totaal 614 gasthuizen zich over bejaarden, zieken, gehandicapten, armen, vondelingen en weeskinderen.<sup>26</sup>

De Nederlandse overheid trok de gezondheidszorg naar zich toe, maar de concrete uitwerking liet vaak te wensen over. Ze verruimde en verbeterde wel het medisch onderwijs. Provinciale Commissies van Geneeskundig Onderzoek en Toezicht (1818) legden zich toe op de controle van de openbare hygiëne, de bestrijding van kwakzalverij, de vastlegging van tarieven voor medische diensten, de toekenning en controle van bevoegdheden van apothekers en artsen.<sup>27</sup> Daarnaast probeerde de centrale overheid enigszins zicht te krijgen op de zorgnood bij haar burgers. Jaarlijks ontving ze rapporten over 'de staat van het armenwezen'. Op basis daarvan trachtte ze, via een gerichte ondersteuning en bijsturing, de maatschappelijke integratie van de armen te bevorderen en de problematisch geachte landloperij en bedelarij terug te dringen.<sup>28</sup>

In tegenstelling tot de Franse tijd was er in deze periode geen sprake van baanbrekende veranderingen op zorgvlak. De Nederlandse overheid nam het Franse openbare zorgsysteem gedeeltelijk over en slaagde er weinig in om eigen hervormingen algemeen door te voeren. Daarnaast slaagde de kerk er niet in om haar prominente positie in de zorg terug in te nemen.

25 VAN DE PERRE, 'Als eene zaak van hoog belang', 261-262; LAMBERTS, 'Liberal State and Confessional Accommodation', 104.

26 VELLE, 'Kerk, geneeskunde en gezondheidszorg', 41.

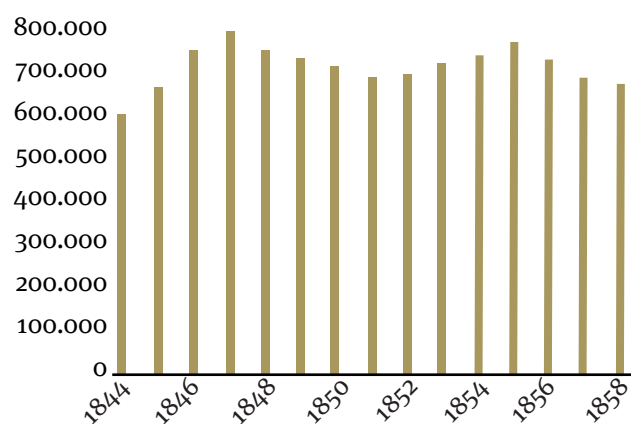
27 JOOSTENS, *Door zorg verbonden*, 45-46; SCHEPERS, *De opkomst van het medisch beroep in België*, 50-60.

### 4 VAN EENHEID NAAR IDEOLOGISCHE VERDEELDHEID (1830-1884)

Vanaf 1827 groeide het ongenoegen in de Zuidelijke Nederlanden en ontstonden allianties tussen katholieken en liberalen. De daaropvolgende revolutie maakte een einde aan het Nederlandse bewind. Na het uitroepen van de Belgische onafhankelijkheid kwam er in november 1830 een Nationaal Congres aan de macht. Katholieken en liberalen werkten strategisch samen, aangezien dat 'unionisme' nodig was om de jonge, fragiele natie te bestendigen: "L'union fait la force". Vanaf de jaren 1840 zou de revolutionaire eensgezindheid evenwel wegebben. De ideologische tegenstellingen tussen katholieken en liberalen namen toe en domineerden vanaf het midden van de jaren 1850 het politiek-maatschappelijk debat.<sup>29</sup>

Net als de Nederlandse overheid nam ook het Belgische bestuur het openbare zorgsysteem van het Bureau van Weldadigheid en de Commissie van Burgerlijke Godshuizen over. Het bureau verleende de armen zowel materiële, morele als medische ondersteuning. Het bezorgde hun onder meer voeding, kledij en brandstof, verzorgde hun huis en richtte werkplaatsen en bewaarscholen op. Daarnaast nam het in samenspraak met de overheid ook maatregelen om de leefomstandigheden en hygiëne in armere woonwijken te verbeteren. Armen die aangeboden werk weigerden, hun kinderen niet lieten vaccineren of niet naar school lieten gaan, ontvingen geen onderstand. De ondersteuningsmiddelen kwamen voornamelijk uit collectes, patrimoniumop-

**FIGUUR 1**  
AANTAL BEHOEFTEGEN ONDERSTEUND DOOR  
DE BURELEN VAN WELDADIGHEID (1844-1858)



Bron: *Statistique générale de la Belgique*, II, 70 en 72.

28 VAN DE PERRE, 'Als eene zaak van hoog belang', 285-288.

29 LAMBERTS, 'Liberal State and Confessional Accommodation', 105-107.





De vinctianen van Lede met de huisvaders die steun ontvingen (1916).  
[Leuven, KADOC-KU Leuven]

brengsten en gemeentelijke subsidies. Volgens de *Statistique générale de la Belgique* uit 1865 hielpen de Burelen van Weldadigheid tussen 1844-1858 gemiddeld 702.602 behoeftigen per jaar.<sup>30</sup> In 1846 en 1856 was dat respectievelijk 17% en 16% van de totale bevolking.<sup>31</sup>

Het bureel verwees behoeftigen die niet langer thuis verzorging konden krijgen door naar de Commissie van Burgerlijke Godshuizen. Die probeerde de opname in een zorginstelling te regelen en betaalde de kost en inwoon. Indien er bijvoorbeeld geen plaatsen beschikbaar waren, wendde de commissie alternatieve oplossingen aan, zoals het 'toevertrouwen' van behoeftige ouderen aan pleeggezinnen op het platteland.

De overheid bleef de eindverantwoordelijke voor de zorg, maar in overeenstemming met het grondwettelijk recht op vereniging, liet ze aan private actoren toe om sociale initiatieven te organiseren. Dergelijke actoren waren de kerk, lekencongregaties, filantropische verenigingen, adellijke dames, burgervrouwen enzovoort.<sup>32</sup>

Na de Belgische onafhankelijkheid probeerde de kerk haar traditionele positie in het onderwijs en de sociale voorzieningen te heroveren of althans te versterken. De opmerkelijke toename van het aantal hoofdzakelijk vrouwelijke religieuze congregaties bood daartoe een welkom instrument. Een deel van die congregaties legde zich toe op het onderwijs, andere waren actief in de zorgsector. Tussen 1830 en 1846 steeg het aantal reguliere vrouwelijke religieuzen van 3.000 tot 8.368, van wie 28% in de zorgsector werkte. De congregaties stichtten voornamelijk in stedelijke gebieden eigen instellingen, zoals gasthuizen, weeshuizen, 'ouderengestichten' en psychiatrische inrichtingen.<sup>33</sup>

Naast de traditioneel caritatieve zorginstellingen, droegen ook liefdadigheidsinitiatieven van leken hun steentje bij. Gedreven door wat historici een religieus reveil noemen (circa 1820-1850), steunde de katholieke burgerij enerzijds de caritatieve zorginstellingen door middel van schenkingen en erfenissen, anderzijds ondernamen zij ook zelf initiatieven. Zo legden bijvoorbeeld de vinctianenconferenties (1842) zich toe op de morele en materiële ondersteuning van arme

<sup>30</sup> *Statistique générale de la Belgique*, II, 70 en 72.

<sup>31</sup> Volgens de volkstellingen van 1846 en 1856 telde België ongeveer 4.337.000 inwoners in 1846. Tien jaar later was dat aantal gestegen tot 4.529.000 inwoners.

<sup>32</sup> JOOSTENS, *Door zorg verbonden*, 62; VERSCHAEREN, *Burgerlijke godshuizen, burelen van weldadigheid, commissies van openbare*

*onderstand en openbare centra voor maatschappelijk welzijn*, 53-55 en 62; DEPREEUW, *Landloperij, bedelarij en thuisloosheid*, 389 en 391.

<sup>33</sup> LAMBERTS, 'Liberal State and Confessional Accommodation', 110; VERMEIREN en HANSEN, 'Het hospitaalwezen', 56.

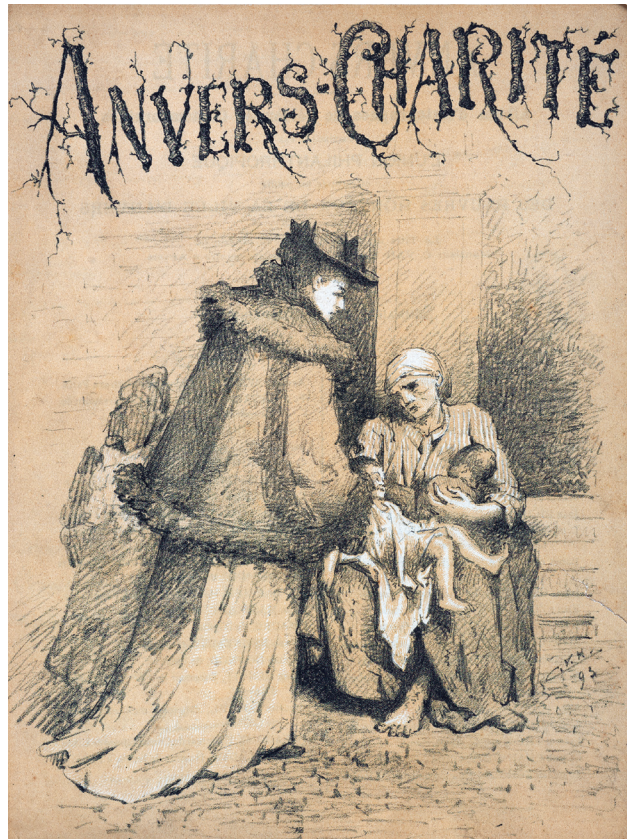


gezinnen. Door middel van huisbezoeken vergewisten ze zich van de zedelijke, materiële en religieuze situatie van deze gezinnen en verleenden ze een aangepaste dienstverlening in de vorm van moraliserende adviezen, ziekenzorg, voedselbonnen, kledij enzovoort. Vooral de bevoogding en herkerstening van de armen stonden daarin centraal. Tussen 1852 en 1863 steeg het aantal conferenties van 62 naar 378. Vanaf de jaren 1850 ontwikkelden ze ook een breed netwerk aan nevenstructuren, zoals scholen, patronaten, crèches en mutualiteiten. Hun armensecretariaten boden juridische en administratieve bijstand. Die liefdadige acties vertoonden sterke gelijkenissen met die van de officiële Burelen van Weldadigheid. De vincentianen wensten enerzijds een aanvulling te vormen op de openbare armenzorg, anderzijds waren ze overtuigd van de superioriteit van de christelijke liefdadigheid. Ze bekritiseerden daardoor de officiële structuren voor hun ontoereikendheid, logheid, complexiteit en gebrek aan terreinkennis.<sup>34</sup>

Ook de liberale burgerij bleef niet onbewogen. Voor haar maakte filantropie een wezenlijk deel uit van haar sociale verantwoordelijkheid. Zij die hoger op de maatschappelijke ladder stonden, dienden zich te ontfermen over de minderbedeelden. Daarmee bevestigde en bestendigde de burgerij haar eigen status en kon ze eventuele sociale onrusten intomen. In West-Europa schoten in de loop van de negentiende eeuw filantropische en caritatieve werken als paddenstoelen uit de grond. Conform de toen geldende normen vervulden vrouwen als ‘zorgzame wezens’ er vaak een belangrijke rol: “Le rôle des femmes est analogue à celui des anges gardiens: elles doivent conduire le monde, mais en restant invisibles comme eux”.<sup>35</sup> Ook vrijmetselaarsloges namen sociale initiatieven en creëerden bijvoorbeeld volkskeukens en volksbanken die goedkope leningen aanboden.<sup>36</sup>

De publieke en private initiatieven functioneerden niet volledig gescheiden van elkaar. In zekere mate werkten ze samen. Zo waren religieuzen ook actief in publieke zorginstellingen en ontvingen private instellingen eveneens tegemoetkomingen van de Weldadigheidsburelen.<sup>37</sup>

De toenemende katholieke invloed in onder meer het onderwijs en de zorgsector stuitte de liberalen tegen de borst. Zij wensten dat de kerk binnen haar levensbeschouwelijk domein bleef. De laïcisering van het onderwijs en van de sociale voorzieningen, maar ook hun financiering vormden in deze periode belangrijke strijdpunten. De Franse wet van 1796 had testamentaire schenkingen voor goede doelen uitdrukkelijk bestemd voor de publieke voorzieningen. Toch werden er in de jaren 1830-1850 giften aan kerkelijke actoren overgemaakt. Uit angst voor een terugkeer naar de praktijk van



Cover van *Anvers-Charité*, een brochure van een filantropische vereniging in Antwerpen (1893).

[Leuven, KU Leuven Bibliotheken, Artes; © Digitaal Labo KU Leuven]

de ‘dode hand’<sup>38</sup> eisten de liberalen vanaf 1849 een striktere navolging van de wet. De staat kreeg daardoor opnieuw het monopolie op die giften en erflaten, tot groot ongenoegen van de katholieken, die de schenkingsvrijheid wensten. De kwestie beroerde het maatschappelijk leven in de jaren 1850 en werd zowel in de pers, via publicaties van experts als op politiek niveau uitgevochten. Door het ontbreken van een wettelijke rechtsvorm tot 1921, konden religieuzen enkel via onderhandse constructies hun congregaties en instellingen beheren.<sup>39</sup>

Afgezien van die ideologische strijd bevond een groot deel van de bevolking zich halverwege de negentiende eeuw in een absolute noodsituatie. In 1846 brak een zware landbouwcrisis uit. Aan de basis daarvan lag ten eerste de bevolkingstoename op het platteland, waardoor de landbouwgronden versnipperd raakten. Daarnaast leidde de ondergang van de traditionele huisnijverheid, door de invoer van goedkope, gemechaniseerd textiel uit Engeland, tot een inkomensdaling. Vervolgens schoot ook de prijs van basisvoedsel de hoogte in

34 DE MAEYER en WYNANTS, ‘Inleiding’, 8; DE MAEYER, HEYRMAN en QUAGHEBEUR, ‘Een glorierijk verleden’, 285, 287-288; LORY en SOETE, ‘Implantation et affirmation (1845-1914)’, 51 en 82.

35 DE MAEYER, ‘Les dames d’œuvres’, 109-110.

36 DE MAEYER, ‘Les dames d’œuvres’, 109-110; TYSENS, *In vrijheid verbonden*, 10, 118-120, 135; TYSENS, ‘Schools of decency and discipline’, 158.

37 In 1858 zouden de private instellingen ongeveer 40.000 frank hebben ontvangen van de Burelen van Weldadigheid.

38 De dode hand heeft betrekking op een praktijk uit de middeleeuwen waarbij goederen en bezittingen die tot een religieuze instelling behoorden niet erfbaar en onvervreemdbaar waren, waardoor ze ten eeuwigden dage aan die instelling waren gebonden.

39 MOEYS, *Subsidiary social provision before the welfare state*, 118, 121, 214; LAMBERTS, ‘Liberal State and Confessional Accommodation’, 112; GUBIN en NANDRIN, ‘Het liberale en burgerlijke België 1846-1878’, I, 240, 296-297.





'Misère des Flandres', tekening uit *La Renaissance illustrée* (1848-1849).  
[Leuven, KU Leuven Bibliotheken, Artes]

door misoogsten. Vanaf 1848 had de crisis een weerslag op de volledige economie, waardoor de verpaupering van de bevolking zich verder voltrok. Het voormalig economisch sterke Vlaanderen werd nu 'arm Vlaanderen'. De tussenkomst van de regering was noodzakelijk, maar de maatregelen bleven beperkt en weinig effectief.

Gelijktijdig met de verzwakking van de Vlaamse landbouwsector, nam de industrialisering in de steden toe. Hoewel Wallonië in de eerste helft van de negentiende eeuw een sterkere industriële ontwikkeling kende dan Vlaanderen, kon bijvoorbeeld Gent zich ontwikkelen tot een centrum van katoennijverheid. Steden als Antwerpen en Brussel zouden geleidelijk aan volgen. Het industrieel kapitalisme ontwikkelde zich en kon putten uit de arbeidsreserve die op het platteland vrijkwam. Om de nieuwe werkkrachten te huisvesten, werden heel wat arbeiderswoningen opgetrokken in de nabijheid van de fabrieken. Arbeiders leefden en werkten veelal in erbarmelijke omstandigheden. Enkele industriëlen probeerden daaraan te verhelpen via allerlei paternalistische voorzieningen, zoals sociale woningen en spaar- en verzekeringskassen. Die dienden in grote mate als drukmiddel om arbeiders aan ondernemingen te binden en om sociale onrust te vermijden.<sup>40</sup>

De nationale overheid liet ondertussen grotendeels begaan. Ze voerde een uitermate liberaal economisch beleid en onderschreef het burgerlijk verzoeken dat het moreel verval van

de fabrieksarbeiders aan de basis van de wantoestanden lag. Datzelfde discours moedigde ook spaarzaamheid en vooruitzindheid aan. Binnen dat kader maakte de regering op 3 april 1851, met de eerste wet op maatschappijen van onderlinge bijstand, de erkenning van mutualiteiten mogelijk. In 1850 waren er ongeveer tweehonderd actief in België, met samen circa 68.000 leden. Daarnaast werd in 1865 de Algemene Spaar- en Lijfrentekas (ASLK) opgericht. Die moest het vrijwillig pensioensparen aanmoedigen. Tot aan het begin van de twintigste eeuw hadden de lagere volksklassen daar weliswaar bijna geen financiële ruimte voor.<sup>41</sup>

Hoewel de overheid nauwelijks een sociaal beleid voerde, richtte ze zich wel op de volksgezondheid, voornamelijk om epidemieën te voorkomen. Door de toenemende verstedelijking staken infectieziekten als cholera en tuberculose immers alsmat vaker de kop op. Die eisten voornamelijk slachtoffers onder de lagere klassen. In medische kringen en bij staatstheoretici heerste de opvatting dat ziekte ongeluk en armoede bracht en als gevolg daarvan de fysieke kracht en rentabiliteit van zowel het individu als van de staat ondermijnde. De overheid voelde zich dan ook genoodzaakt in te grijpen en liet zich daarvoor bijstaan door geneesheren, soms ook wel hygiënisten genoemd. Tijdens de cholera-epidemie van 1831 werd de Conseil Supérieur de Santé opgericht, een adviesorgaan dat de minister van Binnenlandse Zaken bijstond. Tien jaar later werd die vervangen door de Académie Royale de Médecine de Belgique. Vervolgens ontstond in 1849 ook de Conseil su-

40 VANTHEMSCHE, *De beginjaren van de sociale zekerheid*, 20-21.

41 VANTHEMSCHE, *De beginjaren van de sociale zekerheid*, 20-21; VAN DAMME, 'Industrialisering en sociale politiek', 182.



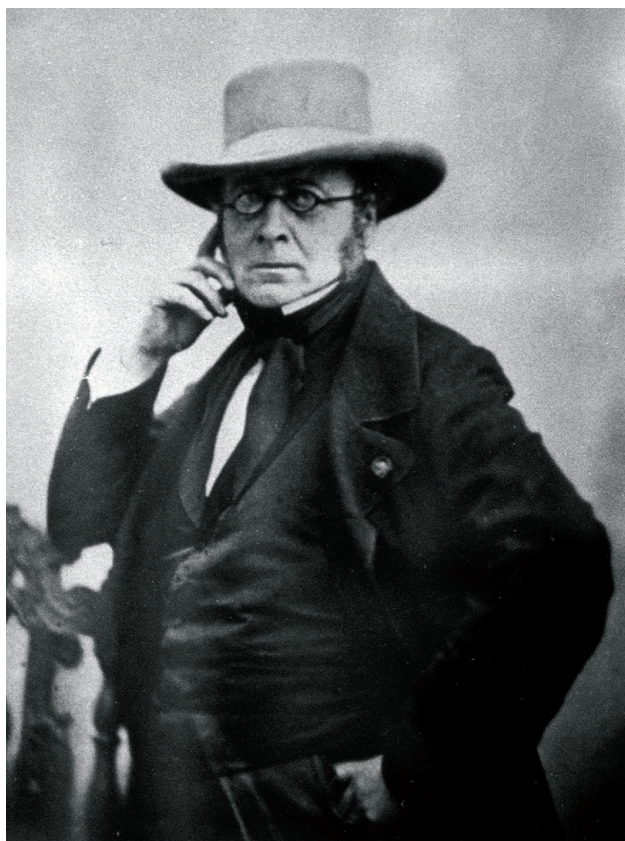


Foto van dokter Joseph Guislain (1797-1860), vernieuwer van de psychiatrische gezondheidszorg en stichter van het huidige Guislaininstituut in Gent.

[Gent, © Collectie Universiteitsarchief Gent]

périer d'hygiène publique (de Hoge Gezondheidsraad). Die raad van geneesheren speelde een belangrijke rol in de vormgeving van het Belgische gezondheidsbeleid. Hij adviseerde bij de bouw van de sociaal-medische infrastructuur en schreef richtlijnen rond preventieve gezondheidszorg en hygiëne.<sup>42</sup>

De lokale overheden behielden de meeste bevoegdheden op het vlak van volksgezondheid en armoede. Zo bestonden tal van stedelijke initiatieven voor hygiëne, sanitaire voorzieningen en geneeskundige verzorging. Soms werd ook gepeild naar de noden van de lokale bevolking. Over het algemeen bleven al die inspanningen beperkt en boekten ze weinig wezenlijke successen. De slechte hygiëne en ondervoeding bleven in de loop van de negentiende eeuw problematisch.<sup>43</sup>

Ook in de zorg voor 'geesteszieken' en voor jonge delinquenten vonden verregaande ontwikkelingen plaats. In de loop van de negentiende eeuw groeide in Europese landen als Nederland, Frankrijk en België de belangstelling voor een meer humane behandeling van 'krankzinnigen'. Instellingen moesten die personen niet langer louter isoleren van de maatschappij, maar hen ook beschaven aan de hand van

een morele behandeling. Zo konden zij vervolgens terugkeren naar de samenleving. In België was de Gentse arts Jozef Guislain (1797-1860) een spilfiguur in de hervorming van de 'krankzinnigenzorg'. Gestoeld op zijn advies en naar internationaal voorbeeld, kwam in 1850 de eerste 'krankzinnigenwet' tot stand. Die bood psychiatrische patiënten een juridisch kader en legde ook de organisatie van instellingen vast. Het initiatief en het beheer van een psychiatrische instelling bleven een privézaak, maar de overheid hield aan de hand van een georganiseerde inspectie wel een oogje in het zeil. Ook in de zorg voor jonge criminelen kwam de nadruk te liggen op dat beschavingsaspect. Hoewel de nieuwe jeugdgevangenissen en heropvoedingsscholen strafinstellingen waren, beoogden ze in grote mate de moralisering en heropvoeding van veroordeelde jongeren.<sup>44</sup>

Na de Belgische onafhankelijkheid nam de rol van de private (armen)zorgvoorzieningen opnieuw toe en kon de kerk haar quasi-monopolie op dat terrein herstellen. De overheid hield zich ondanks de economische crisis grotendeels afzijdig van de sociale problematiek. Haar aandacht voor de volksgezondheid nam daarentegen geleidelijk toe.

42 VELLE, *De nieuwe biechtvaders*, 35; VELLE, 'De overheid en de zorg voor de volksgezondheid', 135-136; TOLLEBEEK, 'Epiloog', 300; BRUYNEEL, *De Hoge Gezondheidsraad*, 22, 24-25.

43 JOOSTENS, *Doorzorgverbonden*, 56.

44 STEYAERT, *Canon sociaal werk*, '1850 Eerste krankzinnigenwet'; GODDERIS, 'De geesteszieken: nieuwe inzichten en instellingszorg', 61 en 67; DE VOS, *Institutionalisering van een pedagogische paradox*, 21-22.

## 5 EEN KATHOLIEKE EEUW- WISSELING (1884-1914)

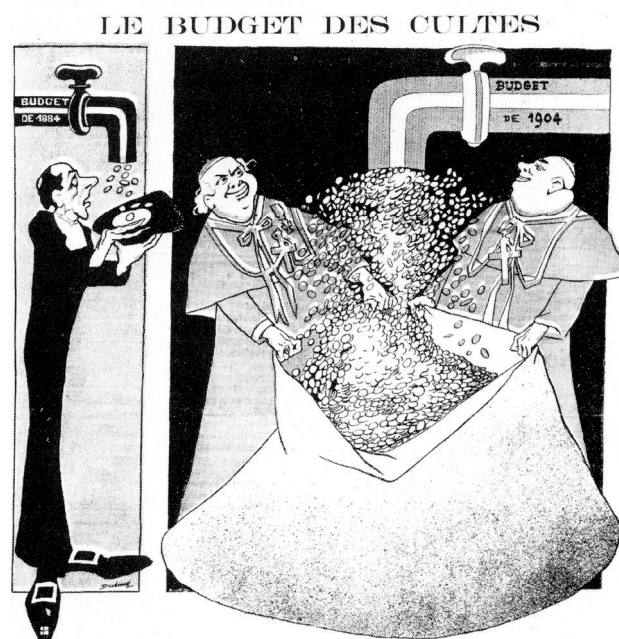
De belle époque was aan de ene kant een tijd van expansie en vernieuwing, waarin technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen uit de tweede industriële revolutie nieuwe inzichten brachten. Aan de andere kant was het ook een woeelige periode waarin groeiende tegenkrachten in confrontatie kwamen met de gevestigde orde. In de nasleep van de eerste schoolstrijd (1878-1884) namen de levensbeschouwelijke spanningen tussen de katholieken en liberalen verder toe. Met de oprichting van de Belgische Werkliedenpartij (BWP) op 5 april 1885, verschenen ook de socialisten op het politieke strijdtoneel. Ondanks interne verdeeldheid binnen de katholieke strekking, kon zij voor een periode van dertig jaar de macht behouden (1884-1916). Ze kon dan ook een sterke stempel drukken op de Belgische sociale politiek.<sup>45</sup>

Door de grote stakingsgolf van 1886 was de sociale kwestie definitief op de politieke agenda gezet. In 1891, met de encycliek *Rerum Novarum*, groeide ook in katholieke kringen de aandacht hiervoor. De opeenvolgende katholieke regeringen voerden een voorzichtig sociaal beleid, maar de lijst van sociale wetten bleef beperkt. Ze voerden onder meer een reglementering door betreffende de kinderarbeid (1889), het arbeidscontract (1900), het ouderdomspensioen (1900), de verantwoordelijkheid bij arbeidsongevallen (1903), de zondagsrust (1905) en de leerplicht (1914). Veel meer dan door een wettelijk raamwerk, geloofden de katholieken dat werk, eigendom, onderwijs en 'voortuitziendheid' door sociale verzekeringen, hefbomen konden bieden tot een duurzame sociale emancipatie. Om die instrumenten te creëren, werd een snel ontwikkelend middenveld van volksorganisaties en diensten ingeschakeld. Zo kon ook de groeiende socialistische beweging worden ingedijkt. De regeringen stimuleerden bijvoorbeeld de sociale woningbouw (1889) en de vorming van onderlinge zieken- en pensioenkasen (1894, 1898). Volgens het systeem van gesubsidieerde vrijheid, gaven ze die voorzieningen toelagen, mits een zekere overheidscontrole. Met de herziening van de wet op ziekenfondsen in 1894 en 1898 konden mutualiteiten zich bijvoorbeeld met overheidsgeld en een zeer beperkte staatsinmenging organiseren. In 1886 telden de 220 erkende mutualiteiten 32.113 effectieve leden. Vier jaar later was het ledenaantal gegroeid tot 54.347. Na de invoering van de nieuwe wet in 1894 steeg het aantal maatschappijen van onderlinge bijstand naar 715, met in totaal 97.591 aangeslotenen. In 1906 waren de 2.559 ziekenfondsen goed voor 286.639 leden. In 1913 ten slotte telden de 3.956 maatschappijen niet minder dan 510.252 leden.<sup>46</sup>

45 DENECKERE, 'Nieuwe geschiedenis van België 1878-1905', I, 453.

46 DENECKERE, 'Nieuwe geschiedenis van België 1878-1905', I, 566, 573 en 578; VAN MEULDER, 'Mutualiteiten en ziekteverzekering in België, 1886-1914', 105-106; DE MAEYER en DHAENE, 'Sociale emancipatie en democratisering', 156.

47 VERMOTE e.a., *Gezondheid. 75 jaar Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten*, 49-53; VAN ACKER, *Kroniek van een overleving*, 12-14; GERARD, *De christelijke arbeidersbeweging in*



Spotprent uit het antiklerikale tijdschrift *Les Corbeaux* (1904). Dankzij het systeem van gesubsidieerde vrijheid kenden katholieke middenveldorganisaties een sterke ontwikkeling. Antiklerikalen waren hier echter niet over te spreken. [Leuven, KU Leuven Bibliotheken, Bijzondere Collecties]

Parallel met de snel groeiende diensten van de katholieke volksorganisaties bouwden ook de socialisten en liberalen hun voorzieningen verder uit, bijvoorbeeld via coöperaties, ziekenfondsen en pensioenkasen. De grondvesten van de verzuijing werden daarmee gelegd. Vanaf 1913 overkoepelde het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten de socialistische gezondheidsvoorzieningen en verdedigde het hun belangen bij de overheid.<sup>47</sup>

Het medisch aanbod zou tussen 1875 en 1900 duidelijk toenemen. Socialisten namen het voortouw bij de oprichting van openbare gezondheidscentra, dispensaria en volkshospitelen. Ondertussen werden er ook door katholieke actoren tal van nieuwe en gespecialiseerde voorzieningen opgericht, zoals psychiatrische instellingen, ouderentehuizen en weeshuizen. De voorzieningen waren wel erg ongelijkmatig verdeeld over stad en platteland.<sup>48</sup>

De groei van het aantal medische en sociale voorzieningen rond de eeuwwisseling ging gepaard met een verdere professionalisering van de zorgsector. Het aantal artsen steeg exponentieel. De medische kennis en het gezag van de geneeskunde als wetenschap groeiden. Artsen slaagden er steeds vaker in om patiënten succesvol te behandelen, waardoor het vertrouwen in hun deskundigheid toenam. Via de

België, 97-99; LAMBERTS, 'L'influence du catholicisme politique sur la société belge (1830-1995)', 15 en 17; SCHEPERS, 'Een wereld van belangen: Artsen en de ontwikkeling van de openbare gezondheidszorg', 204.

48 LAMBERTS, 'L'influence du catholicisme politique sur la société belge (1830-1995)', 17; DENECKERE, 'Nieuwe geschiedenis van België 1878-1905', I, 589; VERMEIREN en HANSEN, 'Het hospitaalwezen', 56.

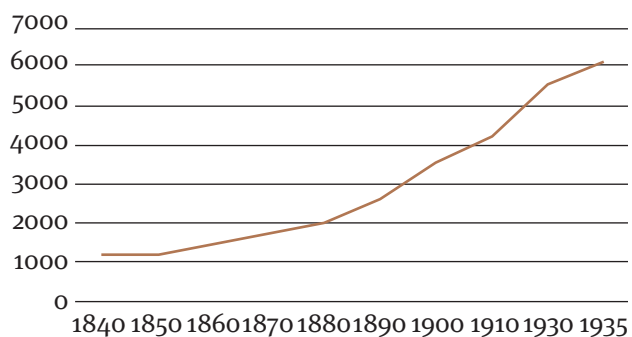




Foto van de verzorgingsgalerij in het sanatorium Mont-sur-Meuse van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (1925). [Leuven, KADOC-KU Leuven]

artsensyndicaten, de *Fédération Médicale Belge* (1863) en andere artsenverenigingen kregen ze ook meer gehoor bij de overheid. Ze werden eveneens betrokken bij maatschappelijke vraagstukken inzake nationale opvoeding, criminaliteit en andere. In 1907 schreef *La Revue Médico-sociale* in haar eerste nummer: “De maatschappij vertrouwt aan de arts toe wat haar het meest dierbaar is: haar kinderen in de crèches, haar vrouwen in de kraaminrichtingen, haar arbeiders in de hospitalen [...]. Niemand is bekwaamder dan hij om door middel van geschriften en voordrachten het alcoholisme, allerhande excessen en gebreken, onuitputtelijke bronnen van ziekte, miserie en schaamte uit de wereld te helpen.”<sup>49</sup> Door het toenemende belang en aanzien van de geneeskunde als wetenschap kregen problemen of onregelmatigheden sneller een medische oorzaak toegekend. Zo was in 1900 bijvoorbeeld

## FIGUUR 2 AANTAL ARTSEN IN BELGIË (1840-1935)



Bron: VELLE, *De nieuwe biechtvaders*, 348.

49 VELLE, *De nieuwe biechtvaders*, 224.

50 VELLE, ‘Kerk, geneeskunde en gezondheidszorg’, 45; DE ROOY, ‘Het steigerwerk van spencer’, 394; VERMEIREN en HANSEN, ‘Het hospitaalwezen’, 56.

één op 411 burgers gediagnosticeerd als ‘geestesziek’, terwijl dat in 1824 nog één op 994 was.<sup>50</sup>

Hoewel de Belgen een groter geloof kregen in de arts en soms ook al een beperkte ziekteverzekering genoten, bleven de kosten hoog en deden velen nog steeds een beroep op traditionele middelen en kwakzalverij. De medische vooruitgang en professionalisering verhoogden ook het spanningsveld tussen wetenschap en religie. Religieuzen volgden de ontwikkelingen met argusogen, aangezien die hun gezag en positie in de voorzieningen ondermijnden. Meer dan eens leidde dat ook tot conflicten.<sup>51</sup>

De overheid werd door de toenemende medicalisering dan weer gestimuleerd tot meer investeringen in preventie en hygiëne, bijvoorbeeld via inenting tegen de pokken en difterie, zuigelingenverzorging en de strijd tegen tuberculose. De gewone staatsuitgaven voor die gezondheidszorg stegen gestaag van 1,3 miljoen frank in 1870, naar 4,8 miljoen frank in 1900 en naar 6 miljoen frank in 1910.<sup>52</sup>

Naast de wetenschappelijke evoluties kende de belle époque ook grote sociale angsten. Door onder meer de dalende nataliteit, de stijgende armoede en de toename van het aantal ‘ontaarden’, groeide het geloof in het lichamelijk en moreel verval van de samenleving. Sommige intellectuelen zagen de maatschappij als een ziek lichaam. Om opnieuw een gezonde natie en een sociale orde te bekomen, moesten die problemen op verschillende maatschappelijke domeinen bestreden worden.<sup>53</sup>

51 JOOSTENS, *Door zorg verbonden*, 125

52 VELLE, ‘De overheid en de zorg voor de volksgezondheid’, 141.

53 VELLE, ‘De misdaad als kwaal: het succes van de criminele antropologie’, 333; DENECKERE, ‘Nieuwe geschiedenis van België 1878-1905’, I, 471.



Een van de grote maatschappelijke problemen uit die periode was het alcoholmisbruik. Alcoholverslaafden vormden in de ogen van de maatschappelijke elites een bedreiging voor de welvaart en voor de vooruitgang van de natie. Anti-alcohol- en sensibiliseringscampagnes van verenigingen als de Ligue Patriotique contre l'Alcoolisme (1884) en het Nationaal Anti-alcoholisch Comité (1912) probeerden de bevolking te sensibiliseren en eisten maatregelen. De overheid probeerde het drankverbruik al decennialang met allerlei fiscale instrumenten te keren. Langzaam maar zeker wilde ze ook regulerend optreden, bijvoorbeeld met een verbod op de verkoop van absint (1906). De wet-Vandervelde, die de detailhandel in sterkedrank aan banden legde, vormde in 1919 het sluitstuk van die evolutie.<sup>54</sup>

Daarnaast groeide bij progressieve denkers de overtuiging dat erfelijkheid, milieu en klasse bepalend waren voor criminaliteit. Criminelen moesten in hun visie niet enkel bestraft, maar ook heropgevoed worden. Die behandeling moest uiteindelijk bijdragen tot hun re-integratie in de samenleving. Dat gold eveneens voor landlopers en bedelaars. De overheid liet met de wet tot beteugeling der landloperij en bedelarij (1891) toe om die personen op te sluiten in *établissements de correction*. Ook daar stond de heropvoeding als doelstelling centraal. Tussen 1900 en 1910 werden jaarlijks 6.300 tot 9.000 mensen veroordeeld voor landloperij en vervolgens opgesloten in dergelijke inrichtingen. Bovendien was een preventieve interventie bij de opvoeding van kinderen belangrijk om 'ontaarding' te voorkomen. Door de wet op de kindbescherming uit 1912 kende de staat zich ook het recht toe om jongeren uit hun 'schadelijk', 'immoreel' milieu te halen en hen in een *école de bienfaisance* herop te voeden.<sup>55</sup>

Dat cultuurpessimisme had ook een zekere invloed op de ontwikkeling van de kinderopvang. Katholieke caritatieve en liberale filantropische verenigingen stichtten in deze periode, al dan niet met staatssubsidies, zuigelingenraadplegingen, *crèches* en bewaarscholen. Daarmee wilden ze een antwoord bieden op de hoge kindersterfte, maar trachtten ze ook kinderen te beschermen tegen de schadelijke invloeden van de samenleving en van hun omgeving. Volgens hoogleraar gezinspedagogiek Michel Vandenbroeck stonden veel arbeidervrouwen wel argwanend tegenover die georganiseerde kinderopvang en verkozen zij opvang bij familie, burens of kennissen.<sup>56</sup>



Foto van de kinderkribbe Marie-Henriëtte in Antwerpen (einde negentiende eeuw).

[Antwerpen, FelixArchief-Stadsarchief]

Aan het einde van de negentiende eeuw kenden de katholieke regeringen een grotere verantwoordelijkheid toe aan het privaat initiatief en bevorderden ze de uitbouw ervan. Door middel van wettelijke erkenningen en het systeem van gesubsidieerde vrijheid ontwikkelden zich allerlei middenveldorganisaties, zoals mutualiteiten en coöperaties. Die zorgden, samen met de toenemende medische kennis, voor de verdere uitbouw en institutionalisering van het zorgaanbod. Er ging eveneens een professionalisering van de sector mee gepaard. Daarnaast zette de overheid zich met behulp van de middenveldorganisaties sterker in voor de preventieve gezondheidszorg om grootschalige problemen als alcoholmisbruik, tuberculose en de hoge kindersterfte tegen te gaan.

54 VLEUGELS, *Narratives of drunkenness*, 113, 118, 127, 132-133; DENECKERE, 'Nieuwe geschiedenis van België 1878-1905', I, 571.

55 DE VOS, *Institutionalisering van een pedagogische paradox*, 37 en 42-43; VELLE, 'De misdaad als kwaal: het succes van de criminele antropologie', 344; DENECKERE, 'Nieuwe geschiedenis van België

1878-1905', I, 568-570; VERCAMMEN en VANRUYSEVELDT, 'Van centraal beleid naar lokale praktijk', 125.

56 VANDENBROECK, *In verzekerde bewaring*, 32-33, 41 en 317; HUMBLET, *Analyse et évaluation de la mise en œuvre du programme de l'Œuvre Nationale de l'Enfance pour les milieux d'accueil de jeunes enfants*, 75 en 78.



Foto van een geïmproviseerde kruidenierswinkel in opdracht van het Brusselse hulp- en voedingscomité (1914-1918).  
[Gent, AMSAB-ISG]

## 6 VERSTAATSING EN VERZUILING VAN DE ZORG NA VIER CRISIS- JAREN (1914-1940)

De oorlog en zijn gevolgen troffen elke bevolkingslaag. Voor het merendeel van de Belgen die niet in de buurt van het front verbleven, vormden honger en ziekte de grootste bedreiging. Om tegemoet te komen aan de behoeften van de minstbedeelden, werd hoofdzakelijk op lokaal niveau naar oplossingen gezocht. Op nationaal vlak kwam in 1914 het Nationaal Hulp- en Voedingscomité (NHVC) tot stand. Dat gebeurde onder impuls van Emile Francqui, toenmalig directeur van de Société Générale, en de industrieel Ernest Solvay. In een geest van nationale eenheid werkten katholieken, liberalen en socialisten er samen. In circa vierduizend lokale comités coöpererden openbare diensten en private partners. Het NHVC, dat enigszins fungeerde als een officieuze regering, had in totaal ongeveer 125.000 onbezoldigde medewerkers.<sup>57</sup>

Het comité bestond uit twee grote afdelingen. De afdeling Hulpverlening stond vluchtelingen, daklozen en oorlogsinvaliden bij met giften. Werklozen ontvingen aanvankelijk werklozensteun, want “men mocht de arbeider immers niet ontmoedigen, door hem als een traditionele behoeftige te behandelen”.<sup>58</sup> Wanneer de ‘algemene verarming’ van de bevolking zich in de loop van de oorlog doorzette, verdween het onderscheid in de steunbedeling voor arbeiders en voor de ‘traditionele behoeftigen’.<sup>59</sup>

57 *Boter bij de vis*, ‘Het Nationaal Hulp- en Voedingscomité redt de bevolking’.

58 VANTHEMSCHE, *De werkloosheid in België*, 22.

59 VANTHEMSCHE, *De werkloosheid in België*, 19-23.

60 NATH, *Brood willen we hebben!*, 15 en 45; DE MAEYER en DHAENE, ‘Sociale emancipatie en democratisering’, 157-158; *Het Virtuele Land*, ‘Landbouw en voeding tijdens de Eerste Wereldoorlog’.

De afdeling Voedselvoorziening kreeg voornamelijk goederen van de Amerikaanse Commission Relief for Belgium en verkocht die vervolgens aan de bevolking. Na de oorlogsverklaring van de Verenigde Staten in 1917 stonden Nederland en Spanje, via het Comité Hispano-Néerlandais, in voor de bevoorrading van België. Hoe langer de oorlog aansloopte, hoe meer de groeiende behoeften de geboden voedselhulp overstegen.<sup>60</sup>

Door de dalende weerstand van de Belgen eisten epidemieën als tuberculose en de Spaanse griep steeds meer slachtoffers. Het Belgische Rode Kruis speelde een belangrijke rol in de hulpverlening en de bevoorrading van de hospitalen. Het NHVC richtte een kosteloze medische farmaceutische dienst op die gedeeltelijk tegemoet kwam aan het geneesmiddeltekort.<sup>61</sup> Het comité legde zich ook toe op de preventieve gezondheidszorg. Zo verschaftte het financiële steun aan de Belgische Nationale Bond tegen Tuberculose, die hiermee nieuwe sanatoria en dispenaria kon bouwen en voedsel kon uitdelen aan de zieken. Daarnaast zette het zich in voor de bestrijding van de hoge zuigelingen- en kindersterfte. Zo richtte het in zijn schoot de Hulp en Bescherming aan de Werken voor Kinderwelzijn op.<sup>62</sup>

De werking van het NHVC luidde de groeiende ‘verstaatsing’ van de zorg tijdens het interbellum in. De eerste drie naoorlogse regeringen waren een tripartite van katholieken, liberalen en socialisten. Dat was een precair evenwicht berustend op een breed compromis tussen de partijen. Door de aanwezigheid van de socialisten en de christendemocraten in het parlement verschenen sociale hervormingen bovenaan op de politieke agenda. Zo keurde de overheid in 1921 de sta-

61 Vanaf 1916 was het NHVC ook bereid om samen te werken met bestaande mutualiteiten.

62 VANDENBERGE red., *Een eeuw kindzorg in de kijker*, 14-15; VELLE, ‘De overheid en de zorg voor de volksgezondheid’, 149; SOUVEREYNS, *Solidair in gezondheid*, 137.



kingsvrijheid goed en voerde ze de achturenwerkdag in. Onder druk van de BWP breidde ze de sociale wetgeving verder uit met de invoering van het verplicht ouderdomspensioen (1924), de wet op de verzekering tegen beroepsziekten (1927) en de wet op de kinderbijslag (1930).<sup>63</sup> Een andere belangrijke bepaling was de bekrachtiging van de vzw-wet in 1921. Die wet bood, door de toekenning van rechtspersoonlijkheid, voor het eerst een flexibel wettelijk kader aan private sociale organisaties en aan religieuze instituten. Ze bevorderde ook de oprichting van tal van andere sociale voorzieningen en initiatieven door het middenveld.<sup>64</sup>

Naast sociale hervormingen leverde de overheid ook op grote schaal inspanningen voor de verbetering van de volksgezondheid. Ze wilde een ware “kruistocht voor de volksgezondheid voeren” en daarmee “den oorlog verklaren aan de ziekte, aan den teegenspoed, aan de lichamelijke en moreele kwalen die op onze bevolking nog drukken”.<sup>65</sup> Ze ging daarvoor samenwerken met middenveldorganisaties, zoals mutualiteiten en vrouwenbewegingen, die inzetten op de preventieve gezondheidszorg. Doordat de overheid die neutrale en zuilgebonden organisaties sterk ging financieren, vormde het interbellum de bloeiperiode van het systeem van gesubsidieerde vrijheid. Het domein van de gezondheidszorg werd dan ook structureel verder opgenomen in de ideologische compartimentering van het maatschappelijk leven, ‘van de wieg tot het graf’.<sup>66</sup>

De regeringen verleenden bijvoorbeeld een grote financiële steun aan het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn (NWK, 1919), een voortzetting van de initiatieven van het NHVC tegen de zuigelingensterfte tijdens de oorlog. De organisatie werkte van in het begin sterk samen met andere middenveldorganisaties. Daarbij nam ze de regie en de kwaliteitsbewaking op zich, maar stonden de ziekenfondsen, vrouwenorganisaties en dergelijke in voor de effectieve uitvoering.<sup>67</sup> Die sociale organisaties voorzagen in onder meer melkbedelingen, thuisbezoeken door verpleegsters aan jonge moeders en consultatiediensten. De parallele werking tussen de katholieke en socialistische vrouwenbewegingen bracht een ideologische concurrentiestrijd teweeg waarbij elke organisatie vrouwen trachtte te overtuigen om te kiezen voor haar raadplegingen.<sup>68</sup> Naast het NWK stuurde de overheid ook aan op de oprichting van andere nationale werken, zoals het Nationaal Werk voor Oorlogswezen (1919), het Nationaal Werk voor Oorlogsinvaliden (1919), het Nationaal Werk tot Bestrijding der Tuberculose (1929). Ook in sociale huisvesting werd geïnvesteerd, met als belangrijkste instrumenten de Nationale Maatschappij voor Goedkope Woningen en Woonvertrekken (1919) en de Nationale Maatschappij voor de Kleine Landeigendom (1935).

63 VELLE, ‘De overheid en de zorg voor de volksgezondheid’, 159; GERARD, ‘De democratie gedroomd, begrensd en ondermijnd: 1918-1939’, II, 922, 934. Het kosteloos maken van het basisonderwijs was al wettelijk goedgekeurd in 1914, maar het zou pas voor het eerst in de praktijk worden gebracht in 1921.

64 STROBBE en SUENENS, *Zusters Kindsheid Jesu*, 129; STEVENS, ‘Les associations religieuses en Belgique pendant le 19<sup>e</sup> siècle’, 201-202; DEPREEUW, *Landloperij, bedelarij en thuisloosheid*, 466-467.



Affiche van het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn die moeders aanspoort om naar zuigelingenraadplegingen te gaan (1919). De organisatie hoopte op die manier de kindersterfte aan te pakken. [Leuven, KADOC-KU Leuven]

Naast de organisatie van prenatale en zuigelingenconsultaties ijverden vrouwenbewegingen en mutualiteiten ook voor een betere financiële ondersteuning van moeders en gezinnen, door bijvoorbeeld geboortepremies, een tegemoetkoming bij de bevalling en een rustvergoeding. In 1924 richtte de christelijke arbeidsvrouwenbeweging daarvoor een Nationale Moederkas op. Vanaf 1926 verkreeg ze daar een aantal jaren ook staatstoelagen voor. Zowel socialistische als christelijke mutualiteiten en vrouwenorganisaties organiseerden in het interbellum eveneens sociale vakanties voor kinderen en gezinnen. Dat kaderde in de preventie tegen tuberculose en in een opkomend sociaal toerisme.<sup>69</sup>

De mutualiteiten zouden na de Eerste Wereldoorlog sterk groeien. De christelijke mutualiteiten evolueerden bijvoorbeeld van 113.367 leden in 1919 naar 397.509 leden in 1939. De socialistische mutualiteiten groeiden van 283.484 leden tot

65 BARE, *Het Wit-Gele Kruis*, 34; DE MAEYER en DHAENE, ‘Sociale emancipatie en democratisering’, 159-160.

66 DENIER, DHAENE en DEGADT, *Kiezen is winnen*, 46.

67 VELLE, ‘De overheid en de zorg voor de volksgezondheid’, 149.

68 DE MAEYER en DHAENE, ‘Sociale emancipatie en democratisering’, 164.

69 DE MAEYER en DHAENE, ‘Sociale emancipatie en democratisering’, 164-166; CHRISTENS en DE DECKER, *Vormingswerk in vrouwenhanden*, II, 81.



Affiche van de Gentse socialistische mutualiteit Bond Moyson met een overzicht van de verschillende vormen van bijstand (1928).  
[Gent, AMSAB-ISG]

549.307 leden.<sup>70</sup> Tijdens het interbellum vormden de ziekenfondsen de motor van de uitbouw van een volwaardige, gedemocratiseerde gezondheidszorg met krachtige medische voorzieningen binnen het financiële bereik van de bevolking. Ze breidden hun dienstverlening uit inzake curatieve en preventieve gezondheidszorg, zoals heelkunde, thuisverpleging, tuberculose- en kankerbestrijding. Ze kregen daarvoor ook bijkomende subsidies. De socialistische mutualiteiten trachtten de gezondheidszorg voor de arbeidersklasse drastisch te verbeteren. In hun poliklinieken en mutualistische ziekenhuizen vervingen medische specialisten en groepsgeneeskunde de zorg van de 'armendokter'. Naast die stedelijke instellingen werden op regionaal niveau bijkomende dispensaria voorzien en moesten voldoende buurtdokters de zorg voor arbeidersfamilies verzekeren.<sup>71</sup>

70 JOOSTENS, *Door zorg verbonden*, 151.

71 VERMOTE e.a., *Gezondheid. 75 jaar Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten*, 49-53; VAN ACKER, *Kroniek van een overleving*, 12-14; GERARD, *De christelijke arbeidersbeweging in België*, 97-99.

72 VELLE, 'De overheid en de zorg voor de volksgezondheid', 161.

73 VAN ACKER, 'De achtergrond: België en Antwerpen tijdens het interbellum', 96.

74 De school was een afdeling van het Algemeen Secretariaat van Christelijke Sociale Vrouwenwerken.

Hoewel in de loop van het interbellum steeds meer Belgen zich aansloten bij een ziekenfonds, bleven er ook velen niet verzekerd. Zo waren er in 1931 ongeveer één miljoen arbeiders die niet aangesloten waren.<sup>72</sup> Over een verplichte ziekteverzekering werd in de tussenoorlogse periode geen consensus bereikt. De socialisten waren immers voorstander van een eenheidsstructuur met paritair beheer, de katholieken verdedigden de keuzevrijheid en de pluralistische opbouw van het landschap. De liberalen wantrouwden elk voorstel door de 'zwakkere positie' van hun mutualiteiten. Het debat bleef tot aan de oorlog aanslepen.<sup>73</sup>

Doordat het aantal hulporganisaties die zich inzetten voor preventie en dienstbetoon na de oorlog sterk toenam, groeide de nood aan gediplomeerd personeel. Om die professionalisering mogelijk te maken, kwam er een wettelijk kader voor de erkenning van een beperkt aantal sociale scholen. De eerste opleidingen startten in januari 1920 in de Brusselse École de Service Social. In twee jaar tijd kwamen in België acht sociale scholen tot stand, die elk een duidelijke ideologische kleur hadden, zoals de liberale School voor Maatschappelijk Dienstbetoon, de katholieke Sociale Normalschool voor vrouwen<sup>74</sup> en de socialistische École Ouvrière Supérieure. De scholen leidden tussen 1920 en 1939 ongeveer 1.200 maatschappelijk werkers op. De eerste specialisaties waren gericht op de ondersteuning in kindercare, bijstand, weldadigheidsinstellingen, nijverheid, maatschappelijke verzekeringen en bibliotheken.<sup>75</sup>

Een mijlpaal in de toenemende staatstussenkomst was de oprichting van het ministerie van Volksgezondheid in 1936. Dat ministerie ontstond uit een samenvoeging van drie organen, namelijk het Bestuur van de Onderstand, het Bestuur voor Volksgezondheid en de Hoge Raad voor de Lichamelijke Opvoeding en de Sport.<sup>76</sup> Aan katholieke zijde werd verontwaardigd gereageerd op wat ze de toegenomen 'verstaatsing' van de gezondheidszorg noemde. Zij richtte in 1932 de Katholieke Dienst voor Hygiëne en Hulpbetoon op. In 1936 werd die, naar internationaal voorbeeld, omgevormd tot Caritas Catholica. De organisatie deed dienst als coördinatiorgaan van de katholieke instellingen die actief waren in de gezondheidszorg. In december 1937 telde ze 1.642 aangesloten leden, waaronder 1.290 instellingen en 352 particulieren.<sup>77</sup> De kerk wilde daarmee de werking van haar instellingen beter op elkaar afstemmen en ook haar positie in de gezondheidszorg bestendigen en versterken. Caritas Catholica organiseerde eveneens vakantiekolonies, speelpleinwerking en thuisverpleging. Het Wit-Gele Kruis (1937) zou in 1963 de thuisverplegingsdiensten van Caritas Catholica en van de Christelijke Mutualiteit (CM) overnemen.<sup>78</sup> In 1938 ontstond binnen de

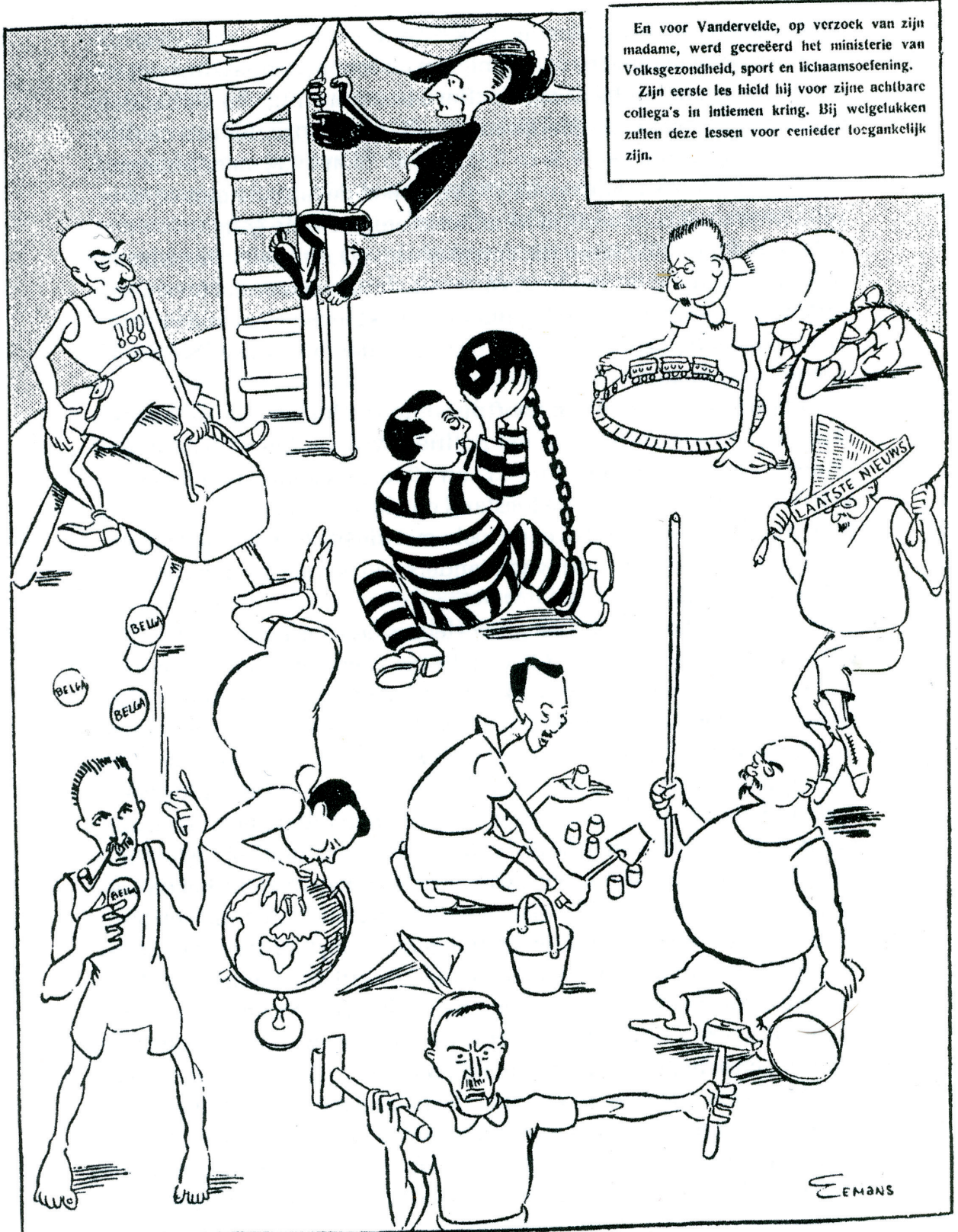
75 MILH, 'Opleiden tot katholieken van de daad', 44; VERZELEN, *Canon sociaal werk*, '1920 Sociale scholen'; COENEN, *La formation des travailleurs sociaux*, 5.

76 'Kruistocht voor de volksgezondheid. Provincie Antwerpen', *Bulletin van het Ministerie van Volksgezondheid*, 2 (1937) en 3 (1938); VELLE, 'De overheid en de zorg voor de volksgezondheid', 137.

77 *Jaarverslag 1937*, Caritas Catholica, 1.

78 BARE, *Het Wit-Gele Kruis*, 95-96.





Spotprent over de oprichting van het eerste onafhankelijke ministerie van Volksgezondheid, onder leiding van Emile Vandervelde (1936).

[Leuven, KADOC-KU Leuven]

organisatie het Verbond der Verplegingsinstellingen (VVI). “Daar de neigingen tot etatisatie meer en meer tot uiting kwamen op het terrein van de verpleging, was de oprichting buitengewoon dringend.” Dat verbond stond in voor de belangenverdediging van de katholieke zorginstellingen.<sup>79</sup>

De gezondheidszorg verbeterde tijdens het interbellum aanzienlijk. Dat kwam niet louter door de inspanningen van de overheid en van middenveldorganisaties, maar ook door een grote vooruitgang in de internationale medische wetenschap. Zo werden er nieuwe middelen ontdekt en toegepast, zoals het hormoon insuline (1921) en het eerste bruikbare antibioticum, penicilline (1928). Ook vond een verdergaande professionalisering plaats van artsen, verpleegsters en vroedvrouwen. In de jaren 1930 werd een wetsontwerp ingediend over de oprichting van de Orde der Geneesheren. Het Koninklijk Besluit van 23 mei 1939 bekrachtigde de oprichting van de orde, maar die zou pas na de Tweede Wereldoorlog in werking treden.<sup>80</sup>

Ondertussen was het ook duidelijk dat de oude (Franse) wetgeving die de ‘openbare armenzorg’ organiseerde, niet meer voldeed. Reeds in de jaren 1890 had de Commission de Bienfaisance (1895) nagedacht over een mogelijke hervorming. Haar voorstel kwam echter pas na de oorlog op de parlementaire werktafel terecht. De uiteindelijke wet van 1925 fuseerde de lokale Burelen van Weldadigheid en Commissies van Burgerlijke Godshuizen in één onderstandscommissie: de Commissie van Openbare Onderstand (COO). Aan de lokale autonomie werd niet getornd, maar er kwamen wel provinciale fondsen en een centrale inspectie. De nieuwe wet vertoonde nog veel pijnpunten en vanaf 1937 werden er opnieuw hervormingen voorgesteld.<sup>81</sup>

De economische crisis van de jaren 1930 zette een zware druk op de nog primitieve sociale voorzieningen en verzekeringen in België. Behoeftigen konden naast de openbare onderstand ook nog steeds rekenen op de klassieke katholieke private liefdadigheid. Die beleefde in de crisisjaren een belangrijke heropleving. Zo riepen de Belgische bisschoppen in december 1931 op om parochiale hulpcomités voor behoeftigen op te richten. Die hulpcomités organiseerden initiatieven voor niet-verzekerden, zoals geldomhalingen tijdens de mis, benefietbijeekkomsten, ‘adoptie’ van een behoeftige werklozenfamilie door katholieke bedrijfsleiders enzovoort. Daarnaast deed ook koningin Astrid in februari 1935 een oproep om de noodlijdende Belgen ter hulp te komen. Onder haar bescherming kwam een nationaal hulpcomité tot stand dat materiële giften deed aan behoeftige families. Uit socialistische hoek weigerde men wegens het caritatieve karakter van die organisaties medewerking te verlenen.<sup>82</sup>

De diepe economische crisis en slechte budgettaire situatie van de Belgische overheid zetten in de jaren 1930 een domper op het sociaal beleid. Toen de Belgische regering onder leiding van Paul Van Zeeland (1893-1973) in maart 1935 het deflatoire pad inruilde voor een devaluatie van wel 28% en een actief relancebeleid, was er nog even hoop op beterschap. Ondanks dat succes groeide het ongenoegen bij de bevolking. Die wrevel bood een opstapje voor de opkomst van meer extremistische partijen die een totale ommezwaai beloofden. Naar het einde van de jaren 1930 namen de internationale spanningen toe.

Het NHVC nam tijdens de oorlogsjaren de zorgtaak voor de noodlijdende bevolking op zich. In het interbellum groeide het actieterrein van de Belgische overheid inzake welzijns- en gezondheidszorg. Ze zette sterk in op een verbetering van de volksgezondheid en liet zich daarin bijstaan door nieuwe middenveldorganisaties. Naast die toenemende ‘verstaatsing’, zorgde de financiering van zowel neutrale als ideologische organisaties voor een toenemende verzuiling van het zorglandschap.

79 DHAENE, ‘Stichting van Caritas Catholica en de eerste werkingsjaren’, 63, 66; *Jaarverslag 1937*, Caritas Catholica, 1; *Aide et soins à domicile*, ‘Thuishulp en -zorg van gisteren tot vandaag’; *Jaarverslag 1938*, Caritas Catholica, 2.

80 PORTER red., *Geschiedenis van de geneeskunde*, 201; MEUL en SCHEPERS, ‘De opkomst en consolidering van medische specialisten in België’, 32.

81 DEPREEUW, *Landloperij, bedelarij en thuisloosheid*, 472; VERSCHAREN, *Burgerlijke Godshuizen, Burelen van Weldadigheid*, 89; VAN OVERBERGH, *Réforme de la Bienfaisance en Belgique*, 39-40.

82 VANTHEMSCHE, *De werkloosheid in België*, 78-79.



## 7 VAN EEN NATIONALE ZORG- VRAAG NAAR DE OPKOMST VAN DE VERZORGINGSSTAAT (1940-1973)

Net als tijdens de Eerste Wereldoorlog was er in de Tweede Wereldoorlog sprake van een nationale zorgvraag. Onder het strenge bezettingsregime heerste er weerom een grote voedselproblematiek. De bezetter eiste een deel van het geproduceerde voedsel op en door de Engelse blokkade was buitenlandse hulp zeer beperkt. Het waren magere jaren, gekenmerkt door rantsoening en handel op de zwarte markt. In 1940 richtte de overheid de Nationale Landbouw- en Voedingscorporatie op voor de reglementering van en de controle op de landbouwproductie en de voedselverdeling. Daarnaast ontstond in datzelfde jaar, op aandringen van de *Militärverwaltung*, Winterhulp België. Die organisatie stond onder meer in voor de voedselvoorziening van de armste bevolkingsklassen. Tijdens de oorlog bekommerde ze zich, net zoals het NWK, ook sterk om de gezondheid van kinderen en richtte ze bijvoorbeeld kinderkolonies op. Haar middelen kwamen van bedrijven, loterijen, collectes, maar voornamelijk uit de Belgische schatkist. Iedere Belg moest een solidariteitsbijdrage betalen in verhouding tot zijn inkomen. Behoeftigen konden, naast Winterhulp, ook terecht bij de COO. Het aantal gezinnen dat op die onderstand een beroep deed, nam tijdens de bezetting en vooral tijdens de laatste oorlogsjaren spectaculair toe.<sup>83</sup>

Ook werkgevers breidden hun maatschappelijke diensten uit om hun personeel te ondersteunen. Aangezien de lonen bevroren waren en die de hoge levenskosten niet langer konden dragen, deelden zij voordelen in natura uit, zoals voedingswaren en kledingstukken. Daarmee trachtten ze eveneens de productiviteit van hun werknemers te verzekeren en sociale onrust te voorkomen.<sup>84</sup>

Gewonden, invaliden, zieken, ouderen en kinderen konden ook terecht bij het Rode Kruis België. Die organisatie was van groot belang in de coördinatie van medische voorzieningen. Ze had aan het begin van de oorlog de militaire hospitalen overgenomen en nieuwe hospitalen opgericht. Door akkoorden met plaatselijke ziekenhuizen kreeg ze ook de nodige lokalen, uitrusting en het vereiste medisch en verpleegkundig personeel ter beschikking. De noodtoestand zorgde er weliswaar voor dat die zorgvoorzieningen snel overbevolkt raakten.<sup>85</sup>

83 DUJARDIN en VAN DEN WIJNGAERT, 'Land zonder koning', II, 1180-1182.

84 DUJARDIN en VAN DEN WIJNGAERT, 'Land zonder koning', II, 1185; JACQUEMYS, *België in de Tweede Wereldoorlog*, 62.



Affiche van Winterhulp die de bevolking oproept tot solidariteit (1942).

[Leuven, KADOC-KU Leuven]

De ellende waarmee de Belgische bevolking tijdens de oorlog werd geconfronteerd, speelde een rol in de totstandkoming van de sociale zekerheid. Vanaf 1941 dachten politici, vakbondsleiders en werkgevers reeds na over de organisatie ervan. De overeenkomst die daaruit zou voortvloeien, vormde de blauwdruk van de naoorlogse sociale verzekering.<sup>86</sup> Kort na de bevrijding trad het zogenaamde Sociaal Pact in voege door de besluitwet 'betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders'. De oorspronkelijke doelstelling van die 'grote sprong voorwaarts' was de bescherming van de loontrekkende bevolking tegen de materiële onzekerheid van haar levenssituatie, die afhankelijk was van haar inkomen. Om dat zo efficiënt en eerlijk mogelijk te realiseren, steunde het pact op het solidariteits- en verzekeringsprincipe. Het systeem kon enkel werken als iedereen eraan bijdroeg. De oprichting van de Rijksdienst voor Maatschappelijke Zekerheid (RMZ, 1944), de huidige Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ), vloeyde daaruit voort. Dankzij het pact werden

85 JOOSTENS, *Door zorg verbonden*, 195; DHAENE, 'Stichting en uitbouw van het V.V.I.', 89; JACQUEMYS, *België in de Tweede Wereldoorlog*, 62.

86 VANTHEMSCHE, *De beginjaren van de sociale zekerheid*, 49-50 en 76; RAUS red., *Onze sociale zekerheid bedreigd?*, 27.

risico's op invaliditeit en werkloosheid gedekt, pensioenen gefinancierd, betaalde vakanties geïntroduceerd en werd er voorzien in kinderbijslag.<sup>87</sup>

De jonge verzorgingsstaat was bij zijn geboorte nog niet 'volmaakt'. De overheid creëerde met de besluitwet een sociaal vangnet, maar dat vertoonde nog vele mazen waar 'vergetenen', zoals 'gehandicapten', ouderen, weduwen, minderjarigen en 'vreemdelingen', door vielen. De Belgische economie en samenleving maakten vanaf het expo-jaar 1958 een gouden tijd mee, waarin de welvaart voor de meesten bijzonder toenam. In de loop van de jaren 1960 zou de overtuiging groeien dat de volledige Belgische bevolking moest kunnen meegenieten van die welvaart en van de toegenomen medische voorzieningen. Bovendien zouden een stijgende koopkracht en een goede gezondheidszorg bijdragen tot een verdere economische groei. Om de mazen in het vangnet te dichten, voerde de overheid geleidelijk aan hervormingen door. Met betrekking tot de ziekteverzekering liet de wet-Leburton (1963) een uitbreiding toe tot de zelfstandigen, het personeel in de overheidsdiensten en de studenten. Daarnaast kende ze meer voordelen toe aan 'invaliden', gepensioneerden, wezen en weduwen. Om dat mogelijk te maken, wijzigde de structuur van de verzekering grondig. Op vlak van de sociale bijstand kregen bejaarden en mindervaliden als eerste 'inactieve' bevolkingsgroepen in 1969 recht op een gewaarborgd inkomen. Daarbij ging het, tot 1976, om hetzelfde forfaitair jaarbedrag, dat tussen 36.629 en 58.920 frank per persoon lag. Een volgende uitbreiding kwam er in 1971 met de gewaarborgde gezinsbijslag. Dat was een aanvullende regeling voor kinderen die op geen enkele andere vorm van kinderbijslag recht hadden. De wet op het bestaansminimum (1974) en de wet op de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (1976) vormden samen het sluitstuk van de verzorgingsstaat. Het bestaansminimum kwam er "voor iedere Belg, die zijn burgerlijke meerderjarigheid heeft bereikt, zijn werkelijke verblijfplaats in België heeft en die geen toereikende bestaansmiddelen heeft, noch in staat is deze hetzij door eigen inspanning, hetzij op een andere manier te verwerven."<sup>88</sup> De instelling van dat recht had een bijzondere betekenis, aangezien het elke persoon erkende als een volwaardig wezen dat moest beschikken over voldoende bestaansmiddelen, ook indien hij niet bijdroeg aan de economie. Dat recht vormde de brug naar de wet op de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) van 8 juli 1976. Aan die wetgeving ging een jarenlang politiek debat vooraf.<sup>89</sup>

De verzorgingsstaat kon er dus komen door de oorlog, die tabula rasa had gemaakt met de maatschappelijke structuren. Ook leidde de oorlog tot belangrijke verschuivingen in de (internationale) gezondheidszorg. In 1946 definieerde de pas opgerichte Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) van



de nieuwe z.i.v.-regeling

Karikatuur uit het katholieke weekblad *De Linie* (1963). Die verscheen op dezelfde dag als de goedkeuring van de wet en verwijst naar het delicate karakter ervan.

[Leuven, KADOC-KU Leuven]

de Verenigde Naties, 'gezondheid' als: "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États. Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils en peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées."<sup>90</sup> Kortom, 'gezondheid' werd een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn waarvoor de overheid moest instaan. Die opvatting drong ook in België door, waar de overheid meer aandacht kreeg voor bepaalde 'omgevingsrisico's' die het welzijn van de burger bedreigden. Dat leidde tot de oprichting van verschillende nieuwe diensten binnen het ministerie van Volksgezondheid. Zo kwam er bijvoorbeeld een Bestuur Volksgezondheid dat instond voor de inspectie van eetwaren, vleeshandel, farmacie en dergelijke meer. Daarnaast kon de overheid geen effectieve 'goede gezondheid' voor haar burgers garanderen, waardoor ze haar beleid in de eerste plaats richtte op een gelijke toegang tot een (aan)gepaste zorg en tot uitkeringen – zoals de bovenvermelde ziekteverzekering. De Belgische overheid nam na de oorlog de beleidsvoering van de gezondheidszorg op zich, maar de concrete uitvoering liet ze in grote mate opnieuw over aan het privaat initiatief. Die publiek-private samenwerking verschilt bijvoorbeeld erg van Groot-Brittannië, waar tot op vandaag

87 DAMBRE en VAN DEN BRANDE, 'De invloed van het Sociaal Pact op regering en parlement', 195-209.

88 DE CLERCQ, 'Totstandkoming en doelstelling van de wet van 7 augustus 1974', 3.

89 SENAËVE, 'De organieke wet van 8 juli 1976', 1216; VANTHEMSCHE, *De beginjaren van de sociale zekerheid in België*, 123-159; VERBRUG-

GEN, *Van 'ziektrok' tot 'integrale welzijnszorg'*, 25; GERARD, 'De christelijke mutualiteiten', 120-123; SENAËVE, *Bestrijding van de armoede in België*, 292; RAUS red., *Onze sociale zekerheid bedreigd?*, 155; *Vijf generaties kinderbijslag*, 18.

90 CALLAHAN, 'The WHO definition of "health"', 79.



met de National Health Service, de volledige gezondheidszorg in handen is van de staat.<sup>91</sup>

Om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te vergroten, zette de Belgische overheid in op een uitbreiding van het aanbod. Dat resulteerde in een grootschalige expansie en modernisering van de ziekenhuissector. Zo ontvingen openbare instellingen vanaf 1949 en private ziekenhuizen vanaf 1953 bijvoorbeeld bouwsubsidies. Globaal genomen steeg het aantal ziekenhuisbedden in België tussen 1948 en 1958 van circa 29.000 naar 40.000. In de jaren 1950 en 1960 nam het aantal bedden per jaar gemiddeld met 697 toe. Het totale aantal algemene ziekenhuizen nam daarentegen stelselmatig af, door een aanhoudende daling van het aantal (verouderde) private ziekenhuizen. Zo waren er in 1951 483 algemene ziekenhuizen, in 1955 waren dat er nog 404 en in 1967 367. Het aantal openbare ziekenhuizen bleef daarentegen stabiel.<sup>92</sup> De ziekenhuiswet van 23 december 1963 speelde verder in op de uitbouw van de ziekenhuissector door vier welomschreven doelen te stellen: (1) het bewerken van een kwaliteitsverbetering van de verzorgingsinstellingen door middel van verplichte normen; (2) de sanering van de financiën in de verzorgingssector; (3) de kostenloosheid van de ziekenhuisverpleging voor sociaal verzekerden; (4) het opzetten van een nationale ziekenhuisplanning, wat de oprichting, uitbreiding of verbouwing van ziekenhuizen moest toelaten. In de jaren 1960 keerde de overheid jaarlijks ongeveer 200 miljoen frank uit aan de ziekenhuiszorg. In 1973 was dat bedrag opgelopen tot 3,3 miljard frank. Die verregaande expansie werd op termijn onhoudbaar.<sup>93</sup>

Parallel met de uitbreiding, professionalisering en modernisering van de gezondheidszorg nam het aantal religieuzen dat daarin actief was duidelijk af. Dat gebeurde enerzijds door de toenemende secularisering. Anderzijds besloten enkele verzorgingscongregaties om zich meer te richten op de armenzorg en het missiewerk en minder op het werk in de zorginstellingen. In deze moderniseringscontext verkondigde het Tweede Vaticaanse Concilie (1962-1965) dat leken volwaardige partners waren in de zorgsector, zowel op verzorgend als op bestuursniveau, wat soms tot spanningen leidde.<sup>94</sup>

Het voortbestaan van de oude private zorginstelling kwam daarnaast in het gedrang doordat de overheid strengere voorwaarden stelde op vlak van hygiëne, veiligheid en comfort. Dat was onder meer het geval voor vele bejaardentehuizen. Door de vergrijzing groeide de groep ouderen vanaf

de jaren 1950 snel aan. Zo telde België begin 1959 1.077.900 burgers ouder dan 65 jaar, wat ongeveer 12% van de totale bevolking was. Als gevolg daarvan nam het aantal bejaardentehuizen spectaculair toe, van 548 eenheden in 1956 naar 858 eenheden in 1963.<sup>95</sup> In veel gevallen waren de tehuizen verouderde gebouwen die niet voldeden aan de vereisten. De overheid diende maatregelen te nemen. Op 12 juli 1966 vaardigde ze een wet uit die de erkenning van de rusthuizen afhankelijk maakte van een degelijke huisvesting. De wet miste echter kracht doordat 'ongeschikte' tehuizen open bleven vanwege een tekort in het totale aanbod. De wet van 22 maart 1971 trachtte dat probleem op te lossen door subsidies te voorzien voor de bouw en verbouwing van private rusthuizen.<sup>96</sup>

Aan het begin van de jaren 1970 verhoogde de overheid, onder invloed van het NWK, ook de investeringen in de kinderczorg. Met de stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen nam de vraag naar meer kinderopvang namelijk toe.<sup>97</sup>

Terwijl de zieken- en rusthuissector en de voorzieningen in de kinderczorg sterk uitbreidden, kregen inrichtingen voor psychiatrische patiënten steeds meer kritiek. De afbouw van de intramurale psychiatrie zou zich vanaf de jaren 1960 internationaal inzetten. Een wegbereider in die beweging was de Canadese socioloog Erving Goffman. Hij uitte in zijn boek *Asylums* (1961) zijn ongenoegen over de werking van de psychiatrische instelling. De Italiaanse psychiater Franco Basaglia werkte de idee van een democratische psychiatrie uit en vormde daarmee de voorbode van de zogenaamde 'vermaatschappelijking', met het zelfstandig wonen van de latere jaren 1970. Italië en Engeland schaften de psychiatrische inrichtingen zelfs af. Ook in België kregen die instellingen geleidelijk aan een meer open karakter. De doorbraak van psychofarmaca in de jaren 1950 maakte in grote mate de deinstitutionalisering van de psychiatrische patiënt mogelijk.<sup>98</sup>

Daarnaast kwam er in België ook toenemende kritiek op de institutionalisering van probleemjongeren. Zo werd de kwaliteit van de zorg in de instellingen sterk in vraag gesteld, onder meer door het bekend raken van mishandelingen en misbruiken in het rijksopvoedingsgesticht Saint-Hubert in 1954. De aandacht verschoof steeds meer naar een behandeling van het kind in het eigen gezin of een pleeggezin. De kritiek op de institutionalisering van personen met een beperking zou pas omstreeks 1980 ontstaan. In die periode begon men na te denken over een alternatief voor de residentiële zorg, aangezien die langzamerhand als 'onnatuurlijk' werd ervaren.<sup>99</sup>

91 DOMS en HERTECANT, 'Het gezondheidsbeleid', 273; VAN DEN BOSCH en WILLEMÉ, *De maatschappelijke betekenis van de gezondheidszorg*, 14; VAN WANSEELE, 'Het beleidskader inzake gezondheidszorg', 5-6.

92 DHAENE en TIMMERMANS, 'De privé-ziekenhuizen', 335, 339.

93 BARE, *Het Wit-Gele Kruis*, 106; SEGERS, *Zusters in het wit*, 158, 166, 192; DHAENE, 'Stichting en uitbouw van het V.V.I.', 113-115; DEPUYDT, 'Ontplooiing van het V.V.I.', 114.

94 STOCKMAN, 'Het beheer van congregationale gezondheidsinstellingen', 324; SEGERS, *Zusters in het wit*, 135, 137, 147, 191; DEPUYDT, 'Ontplooiing van het V.V.I.', 152-154.

95 SEGERS, *Zusters in het wit*, 174.

96 PRIMIS, 'Inleiding', 11-17; SEGERS, *Zusters in het wit*, 172, 174-175, 194-195; DEPUYDT, 'Ontplooiing van het V.V.I.', 139-140; ROORYCK, *Bejaardenhuisvesting*, 3.

97 VANDENBROECK, *In verzekerde bewaring*, 136, 193, 197 en 239.

98 Canon sociaal werk, '1961 Erving Goffman'; VANSANT, 'Mensen horen niet thuis in instituten', 22; ROOSENS, *Geel, een unicum in de psychiatrie*, 9; EGHIGIAN red., *From madness to mental health*, 333-345, 352-356; NYS, FOETS en MERTENS, *Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen*, 259.

99 DE VOS, *Institutionalisering van een pedagogische paradox*, 70; VAN LANDSCHOOT, *Sluit ze op*, 228-229; BURGER, *Verplegen van verstandelijk gehandicapten*, 7.

Tijdens de Duitse bezetting groeide de behoefte van de bevolking sterk aan en was het medisch aanbod ontoereikend. Na de crisisjaren nam de staat de leidinggevende rol inzake de welzijns- en gezondheidszorg verder op zich. Ze bouwde de sociale zekerheid uit, stimuleerde de groei en de modernisering van het zorgaanbod en hervormde de openbare onderstand. Daarnaast vond een verdere professionalisering van de sector plaats. Het aandeel van het lekenpersoneel in de zorginstellingen groeide, terwijl dat van de religieuzen afnam. Ondanks de toenemende institutionalisering kwam er in een aantal domeinen meer en meer kritiek op de intramurale zorg.

## 8 DE GRENZEN VAN DE VERZOR- GINGSSTAAT (1973-2018)

Het merendeel van de Belgen kon in de dertig jaar na de oorlog door een algemene welvaartsstijging genieten van een ware 'gouden tijd'. Daarnaast creëerde de overheid een sociaal vangnet en breidde ze het zorglandschap uit. Aan die droom van ongelimiteerde vooruitgang kwam halverwege de jaren 1970 een einde. Door de economische crisis nam de werkloosheid snel toe. Omstreeks 1983 telde België meer dan een half miljoen werklozen. Die deden een beroep op een uitkering en bleven gebruik maken van de terugbetaalde gezondheidszorg. Daarnaast steeg het aantal gepensioneerden dat financieel ondersteund moest worden, onder meer door de invoering van het brugpensioen. Dergelijke factoren zorgden samen voor een grote overheidsschuld van tientallen miljarden Belgische franken. Zo liep het begrotingstekort in 1981 op tot 16% van het bruto binnenlands product (bbp). Het besparingsbeleid kwam met de devaluatie van de Belgische frank in 1982 echt op gang. Die maatregel moest België op termijn uit het economische slop halen.<sup>100</sup>

De anticrisismaatregelen inzake welzijns- en gezondheidszorg hadden ook een duur prijskaartje. De sociale vergoedingen namen af, de remgelden voor medische prestaties verhoogden en de kinderbijslag, de pensioenen en het vakantiegeld verlaagden. Pogingen om de besparingsmaatregelen zo gespreid mogelijk te implementeren, maakten de wetgeving rond de sociale zekerheid nog complexer dan ze al was. Hervormingen werden zowel op financieel als structureel vlak noodzakelijk: "Vanaf de jaren 1980 gaat het accent naar kostenbeheersing en alle beleidsaandacht naar budgetcontrole en financiële responsabilisering van alle betrokken actoren."<sup>101</sup>

Niet enkel de economische crisis, maar ook de moeizame tweede staatsvorming uit 1980 beïnvloedde het zorglandschap in deze periode. Daarmee kregen de gemeenschappen culturele, taalkundige en persoonsgebonden bevoegdheden, waaronder die over welzijn, volksgezondheid en gezin. Volksgezondheid bleef wel voor een groot deel een federale bevoegdheid. In de jeugdbescherming zorgde deze hervorming voor jarenlange onduidelijkheden en bevoegdheidsconflicten tussen de federale en de gemeenschapsoverheden. In 1984 richtte de Vlaamse overheid de huidige Vlaamse instelling 'Kind en Gezin' op ter vervanging van de federale instelling 'Nationaal Werk voor Kinderwelzijn'.<sup>102</sup>

Vanaf de jaren 1980 waren de dominante trends binnen de zorg- en welzijnssector: rationalisering, een toenemende aandacht voor integrale en kwaliteitsvolle zorg op maat, een grotere inzet op informele zorg en zelfhulp en de toename

<sup>100</sup> GELDHOF en LUYTEN, '20 jaar OCMW's', 25; SENAËVE, 'De organieke wet van 8 juli 1976', 1214, 1216; RAUS, *Onze sociale zekerheid bedreigd?*, 26.

<sup>101</sup> BEYEN en DESTATTE, 'Een ander land van 1970 tot vandaag', III, 1590-1591; RAUS red., *Onze sociale zekerheid bedreigd?*, 26, 61;

NUYSENS, DE RIDDER en ANNEMANS, 'Brief aan de beleidsvoerders', 223.

<sup>102</sup> BEYEN en DESTATTE, 'Een ander land van 1970 tot vandaag', III, 1750; DOMS en HERTECANT, 'Het gezondheidsbeleid', 282.

van het aantal commerciële initiatieven. Die trends vonden hun oorsprong in de wens om enerzijds de verzorgingsstaat in stand te houden en anderzijds het welzijn van de zorgvrager te verzekeren. Beide doelstellingen speelden ook op elkaar in en zouden de vorm en inhoud van het huidige zorglandschap bepalen.

Op vlak van rationalisering ging de Vlaamse overheid in de jaren 1980 over tot een algemene blokkering van nieuwe voorzieningen in de kinderzorg. Daarnaast zette de federale overheid in op de herstructurering van ziekenhuizen. Zo kwam er een afbouw van het aantal bedden per ziekenhuis en moest een snellere doorstroom van patiënten plaatsvinden. De intramurale zorginstellingen richtten zich sinds het midden van de jaren 1980 ook op het afsluiten van onderlinge samenwerkingsovereenkomsten. Door fusies konden ze hun regionale positie versterken en efficiënter te werk gaan. De nieuwe ziekenhuiswet van 1986, die de uitdijning van de zorgsector wilde indammen, zette hen daartoe aan. Daardoor ontstonden grotere ziekenhuiscampussen met een breed aanbod aan diensten, zoals geriatrie, verloskunde, neurologie enzovoort. Dat leidde ook tot een verandering in de zorgverlening. Patiënten moesten steeds vaker via 'klinische paden' van de ene afdeling naar de andere en zagen daarbij heel wat ziekenhuismedewerkers, die elk hun eigen taak hadden. Die wijziging droeg verder bij tot de specialisatie van de zorg, wat de kwaliteit ten goede kwam.<sup>103</sup>

Ook de ambulante zorg ontwikkelde zich verder, met onder meer de oprichting van daghospitaal en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Daarbij waren niet enkel rationalisering, maar ook een grotere inzet op preventie en extramuraal zorg belangrijke factoren.<sup>104</sup>

Sinds de jaren 1970 steeg eveneens de aandacht voor het concept *quality of care*, kwaliteitszorg met een bijhorende kwaliteitsevaluatie en -verbetering. In de jaren 1980 ontstond vervolgens het begrip 'integrale kwaliteitszorg'. Dat zorgsysteem plaatste de patiënt centraal en evalueerde en beoordeelde de zorgverlening systematisch met als doel die continu te verbeteren. Binnen dat kader kwam er op 31 januari 1997 een eerste decreet over de 'integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen'.<sup>105</sup>

Vanaf de jaren 1970 veranderde ook de gezagsverhouding tussen de arts en de patiënt. De maatschappelijke ontwikkelingen maakten van de onderdanige patiënt, die weinig kennis had van zijn lichaam en zich volledig overgaf aan de zorgen van de arts, geleidelijk aan een mondige cliënt. Die geëmancipeerde 'cliënt' documenteerde zich over zijn toestand, eiste beter geïnformeerd te worden en wenste inspraak in zijn behandeling. Dat zorgde, samen met de stijgende zorgvraag en



Actuele luchtfoto van campus Gasthuisberg van het UZ Leuven. Het ziekenhuiscomplex bevat nog drie andere campussen, met name Pellenberg, Sint-Pieter en Sint-Rafaël. Het telt in het totaal 1.995 bedden en is daarmee een van de grootste ziekenhuizen van België.

[© UZ Leuven]

de toenemende complexiteit van de zorg, voor een belangrijke verschuiving in de organisatie van de gezondheidszorg.<sup>106</sup> Patiënten verlangden steeds vaker een zorg die aangepast was aan hun specifieke noden en behoeften. Ook de overheid speelde op deze 'zorg op maat' in, door te streven naar een grotere zelfbeschikking en keuzevrijheid voor de patiënt. Ze beoogde een herdefiniëring van het zorgaanbod, waarbij de patiënten zelf konden beslissen over de ontvangen zorg. Als gevolg daarvan evolueerde de aanbodgestuurde zorg stelselmatig naar een meer vraaggestuurde zorg. De toenemende participatie van patiënten zorgde vanaf de jaren 1980 ook voor een bloei van zelfhulpgroepen en patiëntenverenigingen. Die laatste kwamen voor een groot deel tot stand door de behoefte van zorgvragers aan contacten met lotgenoten, door de onvrede over hun behandelingen, alsook door de wens beter geïnformeerd te worden. Patiëntenverenigingen stelden zich vanaf die periode ook professioneler op, waardoor ze een evenwichtiger aanbod hadden tussen professionele deskundigheid enerzijds en ervaringsdeskundigheid anderzijds.<sup>107</sup>

In de welzijnssector zorgde de groeiende eis voor een 'zorg op maat' eveneens voor een verdere specialisering en differentiatie in het aanbod. Zo kwamen in de jaren 1970 en 1980 gespecialiseerde, ambulante initiatieven tot stand, zoals jongerenadviescentra, centra voor daklozen en vluchthuizen voor mishandelde vrouwen. Teneinde het overzicht te behouden en de kwaliteit te verzekeren, verzamelde de Vlaamse overheid die werkvormen in 1991 onder de koepel van het Algemeen Welzijnswerk (AWW). De honderden kleine private welzijnsorganisaties, die al dan niet een rijke geschiedenis hadden, werden samengevoegd in 26 regionaal georganiseerde Centra voor Algemeen Welzijn (CAW).<sup>108</sup> De CAW's hebben vandaag nog steeds een doorverwijsfunctie

103 VANDENBROECK, *In verzekerde bewaring*, 136, 193, 197 en 239; DEWALLENS, 'Het functioneel samenwerkingsverband en de ziekenhuisassociatie', 126 en 129; SEGERS, *Zusters in het wit*, 203.

104 PEERS, 'Professionalisering, democratisering en rationalisatie van de ziekenhuissector', 287.

105 VANDER AUWERA red., *Handleiding bij het kwaliteitsdecreet*, 4; VERHAEGEN, DEWOLF en RIGA, 'Integrale kwaliteitszorg', 303-304.

106 PEERS, 'Professionalisering, democratisering en rationalisatie van de ziekenhuissector', 291; TEGENBOS, 'Beter geïnformeerd en iets mondiger', 44-46.

107 VOGELS, *Het welzijnsbeleid in Vlaanderen*, 19, 21 en 23; GIELEN, *Zelfhulpgroepen*, 23; LEYS, REYNTENS en GOBERT, *Patiëntenparticipatie in het gezondheidszorgbeleid*, 72.

108 Sinds 2014 bestaan er nog elf regionale CAW's.



Tekening uit *Kontakt van het Wit-Gele Kruis* (1982). Ze illustreert het ideaalbeeld van de eerstelijnszorg door huisartsen, thuisverpleegkundigen, kinesisten, apothekers enzovoort. [Leuven, KADOC-KU Leuven]

en omvatten een heel diverse werking. Zo bundelen ze diensten als psychosociale begeleiding, relatiebemiddeling, budgetbeheer, opvangcentra voor daklozen, jongerenadviescentra (JAC) enzovoort. Ook de centra voor teleonthaal maken daar deel van uit. Hoewel de OCMW's reeds actief waren in het Algemeen Welzijnswerk, wenste de Vlaamse overheid de cliënten op die manier de keuzevrijheid te laten tussen het openbaar en het privaat initiatief. Daarnaast zouden de CAW's, door hun minder stigmatiserend imago, een 'restgroep' hulpbehoevenden kunnen aanspreken en helpen. Ze vullen met hun dienstverlening ook de hiaten in de publieke sector op, waardoor beide organisatievormen elkaar aanvullen. OCMW's en CAW's maken daarbij afspraken over wie welke diensten voor welke doelgroep ontwikkelt.<sup>109</sup>

Door de besparingsmaatregelen van de overheid en de toenemende zorgvraag, kwamen er in de loop van de jaren 1980 tevens steeds meer commerciële initiatieven in de (in)formele hulpverlening en verzorging. Diverse bedrijven begonnen met het aanbieden van zorg-gerelateerde producten en diensten, zoals de levering van warme maaltijden aan huis, de abonnering op een persoonlijke alarmknop voor ouderen, de ontwikkeling van hightech beeldschermen voor operatiezalen. Die 'vermarkting' van de gezondheidszorg leidde tot spanningen tussen de commerciële, publieke en private partners in de zorg- en welzijnssector. Aan de ene kant stelt de vraag zich of er in de sociale sector wel ruimte is voor commerciële actoren. Hun winststreven lijkt haaks te staan op de principes van de verzorgingsstaat. Aan de andere kant verwijten bepaalde commerciële initiatiefnemers de overheid

concurrentievervalsing, doordat ze een meer gunstige wetgeving voorziet voor de gesubsidieerde sector.<sup>110</sup>

Commerciële initiatieven als warme maaltijden aan huis of een alarmknop creëren meer mogelijkheden om de zorg thuis te ontvangen, maar volstaan vaak niet om een volledige zelfstandigheid van de zorgvrager te bekomen. In veel gevallen is er aanvullende zorg door professionelen (ambulante zorg) of medeburgers (informele zorg) nodig. De zorgverstrekking door familie, vrienden, burens enzovoort was tot ver in de twintigste eeuw een onbenoemde vanzelfsprekendheid. Door maatschappelijke verschuivingen als de individualisering en de toenemende beroepsarbeid van vrouwen nam de informele thuiszorg vanaf de jaren 1960 sterk af. Een toename van de professionele institutionele zorg compenseerde dat in de daaropvolgende jaren. Aangezien die ontwikkeling een duur prijskaartje had en nadelige gevolgen leek te hebben op het welzijn van de zorgvrager, zette de overheid sinds de jaren 1980 sterk in op de bevordering van de eerstelijnszorg, waar 'mantelzorg' een wezenlijk deel van uitmaakt.<sup>111</sup>

Er kwamen belangrijke verschuivingen in het zorglandschap door de economische crisis, de tweede staatshervorming en door de stijgende participatie van zorgvragers. De overheid rationaliseerde de intramurale zorgvoorzieningen en zette in op extramurale zorg. De zorgvrager evolueerde naar een mondige cliënt die inspraak, keuzevrijheid en een kwaliteitsvolle zorg wenste. Daarnaast nam ook het aantal commerciële initiatieven in de zorg toe.

109 VERSCHUERE en HERMANS, *Welzijn in Vlaanderen*, 145-146, 151, 155, 157; *Besluit van de Vlaamse Regering betreffende het algemeen welzijnswerk*; BAERT, 'Welzijnswerk in veranderende relaties', 491.

110 VOGELS, *Het welzijnsbeleid in Vlaanderen*, 30.

111 VOGELS, *Het welzijnsbeleid in Vlaanderen*, 11; LAMMERTYN, *De welzijnszorg in de Vlaamse gemeenschap*, 440.

112 MOEYS, *Subsidiary social provision before the welfare state*, 212.



# 2 HISTORISCHE DEBATTEN OVER GEDEELDE VERANT- WOORDELIJKHEDEN IN DE ZORG

De ontwikkeling van het Belgische zorglandschap kende geen rechtlijnig verloop. De visie op zorg wijzigde doorheen de tijd, naarmate het mensbeeld veranderde, de politieke en maatschappelijke context verschuivingen doormaakte en er wetenschappelijke en technische innovaties plaatsvonden. Daardoor stelden diverse actoren herhaaldelijk de organisatie, of taakstelling, van de welzijns- en gezondheidszorg in vraag. De debatten die daaruit voortvloeiden, reikten alternatieve paden aan die al dan niet bewandeld werden. Dit hoofdstuk belicht vijf van die historische spanningsvelden, met bijzondere aandacht voor continuïteiten en divergenties. De vraag naar de verantwoordelijkheid van de zorg, naar wie er (samen) voor moet instaan, hoe en waarom, vormt de rode draad.

## 1 SAMENWERKING EN RIVALITEIT TUSSEN DE OPENBARE BIJSTAND EN DE PRIVATE LIEFDADIGHEID

Deze eerste casus behandelt de relatie en wisselwerking tussen openbare en private voorzieningen en structuren in de zogenaamde ‘armenzorg’. Van de Franse Revolutie tot vandaag stak de rivaliteit tussen beide actoren geregeld de kop op. Die concurrentiestrijd, maar ook hun samenwerking en zoektocht naar een evenwicht hebben de huidige vorm van het welzijnslandschap duidelijk beïnvloed en gekleurd.

In het midden van de negentiende eeuw woedde een hevig maatschappelijk debat over de organisatie van de Belgische ‘armenzorg’, meer bepaald over de plaats en de invloed van enerzijds de publieke en anderzijds de private voorzieningen en initiatieven. De katholieken en religieuze congregaties trachtten op dat terrein hun traditionele positie van vóór de Franse Revolutie te herstellen. De liberalen ijverden daarentegen voor een verdere laïcisering van die zorg. Hoewel het debat aan de oppervlakte handelde over het overwicht en de verantwoordelijkheid van specifieke instellingen en struc-



Ziekenzaal voor vrouwen in het O.L.V. Hospitaal in Kortrijk [Kortrijk, Stichting de Bethune]

turen, ging de fundamentele discussie toen over het maatschappelijk gezag van kerk en staat.<sup>112</sup> Controle over de lokale zorgvoorzieningen betekende immers politieke invloed en macht. De sociale en economische crisis zorgde voor een toenemende druk op de sociale werken en maakte de kwestie nog acuter.<sup>113</sup> Het debat werd op het scherp van de snede gevoerd en maakte in 1857 een einde aan de politieke samenwerking tussen liberalen en katholieken die de Belgische Revolutie had geschraagd.<sup>114</sup>

Tijdens de Franse tijd verdwenen de traditionele zorgstructuren uit het ancien régime. Het revolutionaire bewind sloot abdijen, kloosters en seminaries, verbood elk uiterlijk teken van eredienst en hief kerkelijke hospitalen en liefdadigheidsinstellingen op. Het vertrouwde de ondersteuning van de armen en andere randgroepen toe aan de lokale Burelen van Weldadigheid en de Commissies van Burgerlijke Godshuizen. Officieel werd de hulpverlening dus een publieke aangelegenheid, maar op het terrein veranderde er vaak weinig. Het napoleontisch regime schroefde de seculariseringspolitiek enigszins terug en verleende in 1809 rechtspersoonlijkheid aan vrouwelijke hospitaalcongregaties. Het Nederlandse bewind nam het Franse openbare zorgsysteem over, inclusief de erkenning van vrouwelijke reguliere congregaties die zich inzetten voor onderwijs en liefdadigheid.<sup>115</sup>

Na de Belgische onafhankelijkheid maakten onder meer de grondwettelijke vrijheden van vereniging en van religie

<sup>112</sup> MOEYS, *Subsidiary social provision before the welfare state*, 212.

<sup>113</sup> MOEYS, *Subsidiary social provision before the welfare state*, 210. In 1841 kreeg een kwart van de Belgen hulp van de armenzorg. In 1850 was dat al de helft.

<sup>114</sup> LAMBERTS, *Kerk en liberalisme in het bisdom Gent (1821 - 1857)*, 454; MOEYS, *Subsidiary social provision before the welfare state*, 240; VAN DIJCK en SUENENS, ‘La Belgique charitable’, 154.

<sup>115</sup> VERMEIREN en HANSEN, ‘Het hospitaalwezen’, 46; VAN DIJCK en SUENENS, ‘La Belgique charitable’, 154-155. Tussen 1801 en 1830 is er slechts sprake van 13 nieuwe religieuze stichtingen.

een groei van het aantal caritatieve en filantropische voorzieningen mogelijk. De meeste hadden geen rechtsvorm of juridisch statuut, waardoor zij wettelijk gezien geen bezittingen konden verwerven of andere juridische acties konden uitvoeren. Desondanks liet de overheid tussen 1830 en 1849 oogluikend toe dat private actoren het beheer van schenkingen of nalatenschappen op zich namen. Voornamelijk de kerk kon daardoor haar positie op het sociale veld en in het onderwijs herstellen en zelfs uitbreiden.<sup>116</sup>

Het aantal, vooral vrouwelijke, congregaties dat zich toelegde op sociale voorzieningen, gezondheidszorg en onderwijs nam fors toe. Tal van religieuze gemeenschappen creëerden volksscholen, vingen zieken en bejaarden op en zorgden voor onder meer daklozen, vondelingen, wezen, 'krankzinnigen' en 'kreupelen'. Dat gebeurde in grote mate in samenspraak met de bisschoppen en parochieclerus, onder bescherming van adellijke of burgerlijke donateurs. Op het platteland moesten de religieuze van caritatieve infrastructuur vaak nog volledig uit de grond stampen. Daar groeide veelal opnieuw een min of meer geformaliseerde vorm van publiek-private samenwerking, aansluitend bij de situatie van voor de Franse Revolutie. Gemeente- en stadsbesturen ondersteunden de congregaties en schakelden bewust (goedkoop) religieus personeel in om de lokale sociale voorzieningen te bemannen. Historicus Vincent Viaene noemde dat snel groeiende katholiek netwerk "an empire by invitation".<sup>117</sup> Gedreven door wat historici een 'religieus réveil' noemen, nam vanaf de jaren 1840 eveneens de liefdadige inzet van de katholieke stedelijke burgerij een hoge vlucht, bijvoorbeeld in de zogenaamde vinciantienconferenties. Ook het aantal liberale filantropische initiatieven groeide. Die private initiatieven opereerden volledig autonoom, zonder controle van overheidswege. Ze vulden de officiële voorzieningen aan, maar hadden ook aandacht voor vergeten kansengroepen, bijvoorbeeld verlaten en/of mishandelde kinderen, werkende moeders en adolescente meisjes, dienstplichtigen en werkloze jongeren. In zowel de katholieke als liberale liefdadigheid namen burgerdames of zogenaamde *femmes d'œuvres* belangrijke en zelfs coördinerende verantwoordelijkheden op.<sup>118</sup>

In de negentiende-eeuwse literatuur worden de termen weldadigheid (*bienfaisance*), liefdadigheid (*charité*) en filantropie (*philanthropie*) regelmatig door elkaar gebruikt en zowel verbonden met private als met publieke voorzieningen.<sup>119</sup> Toch houden die begrippen een belangrijk onderscheid in:

**De private liefdadigheid (Charité privée).** Deze hulpverlening heeft een religieuze, katholieke connotatie en is gelinkt aan de christelijke caritas. Volgens de katholieke geloofsleer kan die 'deugd' zowel individueel als in samenwerking met anderen worden uitgeoefend.<sup>120</sup>

**Filantropie (Philanthropie).** De filantropie bestaat uit private liefdadige acties die trachten het menselijk lijden aan te pakken vanuit een niet-religieuze, rationele, soms zelfs bijna wetenschappelijke benadering.<sup>121</sup> Filantropie was een concept dat in de negentiende eeuw vooral werd gehanteerd in liberale, burgerlijke middens.

**De openbare weldadigheid (Bienfaisance publique).** Deze term verwijst naar de publieke bijstand die de overheid op lokaal-gemeentelijk niveau organiseert. Tot 1925 waren de centrale actoren de lokale/gemeentelijke Burelen van Weldadigheid, die voornamelijk huiselijke bijstand verleenden en de Commissies van Burgerlijke Godshuizen, die verantwoordelijk waren voor de institutionele zorgverlening. In 1925 werden beide structuren gefuseerd tot de Commissies van Openbare Onderstand (COO). In 1976 groeiden die uit tot de huidige Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW).

De toenemende katholieke invloed in de (armen)zorg vormde een doorn in het oog van de antiklerikale liberalen. Zij wensten de maatschappelijke impact van de bisdommen en religieuze instituten in te tomen en eisten een doorgedreven seculariseringsbeleid. Om de publieke opinie achter zich te krijgen, speelden ze in op de vrees voor de 'dode hand', de oncontroleerbare groei van de kerkelijke rijkdom en macht door de accumulatie van niet verder erfbare schenkingen, erfenissen en belastingen.<sup>122</sup> In 1849 kende de liberale regering-Rogier I (1847-1852) de openbare sociale instellingen het exclusieve recht toe om het armenpatrimonium te beheren. Schenkingen en nalatenschappen voor liefdadige doelein-

116 VAN DE PERRE, 'Public Charity and Private Assistance in Nineteenth-Century Belgium', 116; DENECKERE, *Geuzengeweld*, 39; MOEYS, *Subsidiary social provision before the welfare state*, 117 en 230.

117 VIAENE, *Belgium and the Holy See from Gregory XVI to Pius IX (1831-1859)*, 177.

118 VIAENE, *Belgium and the Holy See from Gregory XVI to Pius IX (1831-1859)*, 173-174 en 180-181; MOEYS, *Subsidiary social provision before the welfare state*, 227-228; VAN DE PERRE, 'Public Charity and Private Assistance in Nineteenth-Century Belgium', 118; VAN DIJCK en SUENENS, 'La Belgique charitable', 155 en 174.

119 VAN DE PERRE, 'Public Charity and Private Assistance in Nineteenth-Century Belgium', 105.

120 LENTZ, *Des institutions de bienfaisance et de prévoyance en Belgique, 1850 à 1860*, 1; VAN DE PERRE, 'Public Charity and Private Assistance in Nineteenth-Century Belgium', 106.

121 VAN DE PERRE, 'Public Charity and Private Assistance in Nineteenth-Century Belgium', 106.

122 VANDENBERGHE, *Van liefdadigheid naar verplichte sociale zekerheid*, 36.



Publicaties uit de periode van de 'liefdadigheidskwesitie' (1854 en 1857). Met boeken en brochures gingen de verschillende ideologische strekkingen met elkaar in debat. Belangrijke actoren waren de liberale politicus Walthère Frère-Orban (alias Jean Van Damme), de Brugse bisschop Jean-Baptiste Malou en de inspecteur-generaal van het gevangeniswezen en de weldadigheidsinstellingen Édouard Ducpétiaux.

[Leuven, KADOC-KU Leuven]

den moesten exclusief naar die openbare instituten vloeien, maar in de praktijk bleven veel katholieken (testamenteaire) schenkingen doen aan religieuze initiatieven.<sup>123</sup>

Het maatschappelijk debat over de zogenaamde 'liefdadigheidskwesitie' kwam in de jaren 1850 tot een hoogtepunt. Zowel liberalen als katholieken probeerden via de pers en allerhande vlugschriften de publieke opinie van hun standpunten te overtuigen.<sup>124</sup> Binnen de antiklerikale strekking was de liberale volksvertegenwoordiger Walthère Frère Orban (1812-1896) de voornaamste woordvoerder. Onder de alias van Jean Van Damme hekelde hij in *La mainmorte et la charité* de groei van de private religieuze voorzieningen en de zogenaamde machtslust van de kerk.<sup>125</sup> In zijn ogen kon enkel de publieke bijstand de 'armenzorg' op een efficiënte wijze organiseren.<sup>126</sup>

Aan conservatieve zijde was de Brugse bisschop Jean-Baptiste Malou (1809-1864) een belangrijke pleitbezorger van het privaat initiatief.<sup>127</sup> Hij benadrukte de superioriteit van de religieuze liefdadigheid, want louter die vloeide voort uit de christelijke naastenliefde. De kerk had ook een eeuwenoude

expertise op dat vlak. Malou ervaaarde de inperking van de private caritas door de liberale seculariseringspolitiek als een inbreuk op de godsdienstvrijheid en op de vrijheid van vereniging. "Wij bestrijden dit systeem als strijdig met onze wetten, onze rechten en ons geloof."<sup>128</sup> De oplossing van de kwestie lag volgens hem niet in de opbouw en bestendiging van een muur tussen de publieke en de private netwerken, maar in een samenwerking tussen beide.<sup>129</sup>

Niet enkel Malou haalde die gedeelde verantwoordelijkheid en complementariteit van private en publieke voorzieningen aan. Ook de liberale politicus Charles de Brouckère (1796-1860) en de inspecteur-generaal van het gevangeniswezen en weldadigheidsinstellingen Édouard Ducpétiaux (1804-1868) waren van mening dat het privaat initiatief de kern van de armenzorg moest uitmaken, terwijl de openbare onderstand een aanvullende en ondersteunende rol kon spelen.<sup>130</sup> "De private, vrije liefdadigheid is het leger; de openbare bijstand is het reservekorps", zo vatte Ducpétiaux in 1858 zijn visie kort samen.<sup>131</sup>

123 Het aantal schenkingen aan de Burelen van Weldadigheid steeg van 18 miljoen frank tussen 1831 en 1850, naar 22 miljoen frank tussen 1850 en 1860; MOEYS, *Subsidiary social provision before the welfare state*, 209, 231-232; LAMBERTS, *Kerk en liberalisme in het bisdom Gent (1821-1857)*, 453; WITTE, 'The battle for monasteries, cemeteries and schools: Belgium', 110; STEVENS, 'Les associations religieuses en Belgique pendant le 19<sup>e</sup> siècle', 199.

124 LAMBERTS, *Kerk en liberalisme in het bisdom Gent (1821-1857)*, 454.

125 VAN DAMME [FRÈRE ORBAN], *La main-morte et la charité*, I.

126 VAN DAMME, *La main-morte et la charité*, I, 24, 78-79, en 164; LAMBERTS, *Kerk en liberalisme in het bisdom Gent (1821-1857)*, 455.

127 MALOU, *De la liberté de la charité en Belgique*.

128 "Nous combattons ce système comme contraire à nos lois, à nos droits et à notre foi"; MALOU, *De la liberté de la charité en Belgique*, 26.

129 MALOU, *De la liberté de la charité en Belgique*, 26, 47-49 en 55; GUBIN en NANDRIN, *Het liberale en burgerlijke België 1846-1878*, 297.

130 DE BROUCKÈRE, *La charité et l'assistance publique*; DUCPÉTIAUX, *Esquisse d'un projet de loi sur l'assistance publique et privée*.

131 DUCPÉTIAUX, *La question de la charité et des associations religieuses*, 19. Zie ook: *Congrès international de bienfaisance de Francfort-sur-le-Main*, 311-312; MOEYS, *Subsidiary social provision before the welfare state*, 123, 210-211.





Foto van de leden van het hulp- en voedingscomité van de gemeente Bazel (1918).  
[Leuven, KADOC-KU Leuven]

Een jaar eerder was de laatste unionistische regering De Decker (1855-1857) ten val gekomen, na hevig verzet en straatprotest tegen een wetsontwerp op de liefdadige stichtingen. Die tekst voorzag een wettelijk raamwerk voor private voorzieningen en onderschreef de schenkingsvrijheid. Hoewel het voorstel compromissen bevatte en een openbare controle voorzag, interpreteerden de antiklerikalen het als een poging om de religieuze instituten te legaliseren en hun macht te consolideren. De liberale oppositiecampagne leidde tot een ware 'brochureoorlog' tussen voor- en tegenstanders van de zogenaamde 'kloosterwet' en mondde uit in straatgeweld.<sup>132</sup>

Het liefdadigheidsdebat kwam in 1859 tijdelijk tot een einde door de vrijheid van private schenkers wettelijk aan banden te leggen, ten voordele van de publieke weldadigheidsinstellingen. Private initiatieven en sociale werken kregen ook geen rechtsvorm toegekend, waardoor ze jarenlang een beroep moesten doen op stromannen en allerlei schimmige constructies om hun sociale voorzieningen en de daaraan gelieerde onroerende goederen te beheren.<sup>133</sup>

De taakverdeling tussen de publieke en de private voorzieningen bleef ook tijdens de volgende decennia een belangrijk spanningsveld in de Belgische samenleving. Door de groeiende kritiek op de inefficiëntie van de openbare bijstand, richtte de overheid in 1895 een hervormingscommissie op. Die moest op basis van grondig onderzoek aanbevelingen doen. Hoewel de meningen over de predominantie van de publieke bijstand tegenover de private liefdadigheid en filantropie nog steeds verdeeld waren, groeide naar internationaal voorbeeld de bereidheid om tot een grotere samenwerking te komen. Het eindverslag van 1900 pleitte bijvoorbeeld voor een fusie van de lokale publieke weldadigheidsinstellingen en een wettelijke erkenning van de private initiatieven. Door de aanhoudende politieke gevoeligheid van de kwestie bleef de hervorming evenwel dode letter.<sup>134</sup>

De Eerste Wereldoorlog stelde de armenzorg uitdrukkelijk op de proef. In het semiofficiële Nationaal Hulp- en Voedingscomité (1914, NHVC) werkten publieke en private actoren nauw samen om de noodlijdende bevolking in bezet België te ondersteunen.<sup>135</sup> Met de vzw-wet van 1921 ontstond er een

<sup>132</sup> Documents parlementaires et discussions concernant le projet de loi sur les établissements de bienfaisance, III, 185; MULLER, *La querelle des fondations charitables en Belgique*, 189 en 207; LAMBERTS, *Kerk en liberalisme in het bisdom Gent (1821 - 1857)*, 456 en 460-461; MOEYS, *Subsidiary social provision before the welfare state*, 209. Zie ook *L'indépendance belge*, mei 1857; *Journal de Gand: politique, industriel, commercial et littéraire*, mei 1857; *Le Bien Public*, mei 1857; *Journal de Bruxelles*, mei 1857.

<sup>133</sup> LAMBERTS, *Kerk en liberalisme in het bisdom Gent (1821 - 1857)*, 472; MOEYS, *Subsidiary social provision before the welfare state*,

<sup>232</sup>; GUBIN en NANDRIN, *Het liberale en burgerlijke België 1846-1878*, 299.

<sup>134</sup> MOEYS, *Subsidiary social provision before the welfare state*, 253-255; VAN DE PERRE, 'Public Charity and Private Assistance in Nineteenth-century Belgium', 93 en 122; VAN OVERBERGH, *Réforme de la bienfaisance en Belgique*.

<sup>135</sup> VAN MOLLE en DE MAEYER, 'Das ausbalancieren von öffentlicher und privater Initiative auf dem Markt der Wohltätigkeit', 278-279.



flexibel juridisch kader voor het beheer van de vele sociale voorzieningen die private actoren als religieuze instituten en middenveldorganisaties hadden opgericht en beheerden. De uiteindelijke hervorming van de openbare armenzorg kwam er met de wet van 10 maart 1925. Daardoor smolten de lokale Burelen van Weldadigheid en Commissies van Burgerlijke Godshuizen samen tot één lokale Commissie van Openbare Onderstand (COO).<sup>136</sup> Die vernieuwing bestendigde het privaats-publieke spanningsveld in de sociale voorzieningen. Tijdens het interbellum bleef de kwestie sluimeren. In 1936 werd een ministerie van Volksgezondheid opgericht. Liberalen en socialisten ijverden voor een versterking van de openbare voorzieningen. De argwaan aan katholieke zijde groeide, in het bijzonder over de neutrale initiatieven op het vlak van de preventieve geneeskunde.<sup>137</sup>

Ook toen in 1976 de OCMW-wet tot stand kwam, was het oude ideologische spanningsveld nog altijd voelbaar. Voorstanders van de openbare onderstand vonden dat de OCMW's alle dienstverlening zelf moesten organiseren. Aanhangers van het, hoofdzakelijk christelijk, vrij initiatief waren van mening dat de openbare sociale instellingen een aanvullende, subsidiërende en faciliterende rol moesten spelen. De OCMW-wet vormde een compromis dat de samenwerking tussen private en publieke instellingen bevorderde. Openbare voorzieningen zouden zelf zorginstellingen kunnen oprichten, maar ook overeenkomsten kunnen afsluiten met private partners.<sup>138</sup>

Vandaag werken private en publieke actoren, zoals OCMW's en CAW's, regionale overheden en private organisaties, eveneens samen in de maatschappelijke welzijnsvoorziening. Hoewel die coöperatie soms tot spanningen leidt en ook een continue evenwichtsoefening vergt, streven de actoren doorgaans naar een hecht partnerschap. De druk op het eerstelijns sociaal werk neemt de laatste jaren sterk toe door de stijgende bestaansonzekerheid en armoede van de bevolking, de asielcrisis enzovoort. Daarnaast zorgt de toenemende vraag naar meer samenlevingsgerichte oplossingen voor bijkomende uitdagingen. Om al die ontwikkelingen in goede banen te kunnen leiden, benadrukten de CAW's en OCMW's nog in 2017 de dringende noodzaak om de concurrentiële verhoudingen te overstijgen en hun krachten te bundelen, en dat niet louter onderling, maar ook met andere actoren in de eerstelijnszorg. Alleen door samenwerking en synergie op het lokale niveau – dicht bij de mensen – kunnen de groeiende sociale problemen duurzaam worden aangepakt.<sup>139</sup>

## 2 VERANTWOORDELIJKHEDEN IN DE STRIJD TEGEN ALCOHOL- MISBRUIK

In de negentiende eeuw werd alcoholmisbruik vooral beschouwd als een uiting van individuele zwakte. Slechts langzaam groeide het inzicht dat het een 'sociale ziekte' was die collectief diende bestreden te worden. De overheid nam enkele maatregelen, maar ook het middenveld en de bevolking werden uitdrukkelijk gemobiliseerd. Tal van groepen en comités engageerden zich in de strijd tegen de 'drankduivel'. Die mobilisatie maakte ook deel uit van een bredere beweging die het belang van preventieve gezondheidszorg onderlijnde.

Alcohol werd gedronken om feestdagen en speciale momenten te vieren, om gasten te ontvangen, om kwaaltjes te verhelpen, of om gewoonweg gezellig samen te zijn. Het was lange tijd een vanzelfsprekende gewoonte die amper werd betwist. "Den drank is nodig tot onderhoud van het leven."<sup>140</sup> In de loop van de negentiende eeuw kwam daar geleidelijk aan verandering in. Door de industriële productie van gedistilleerde dranken steeg het aanbod en daalde de prijs. De drankconsumptie nam toe, ook bij de lagere klasse. Het drinken van sterke drank als jenever of gin maakte een wezenlijk onderdeel uit van de industriële arbeiderscultuur. In sommige fabrieken en mijnen werd er zelfs aan het begin van de werkdag al zwaar gedronken, met alle gevolgen van dien.<sup>141</sup>

Het toenemende alcoholmisbruik bij de arbeidersbevolking werd door de middenklasse toegeschreven aan een gebrek aan maturiteit en moraliteit. Dat arbeiders hun loon verkwisten aan onnodige uitgaven als alcohol, was volgens hen een van de oorzaken van hun precaire sociale situatie. Het meritocratisch narratief van 'de door dronkenschap in armoede gedompelde arbeider' kwam duidelijk op de voorgrond tijdens de crisis van de jaren 1845-1855. Om inzicht te krijgen in de noodsituatie van arbeidersgezinnen, werden in 1846, 1848 en 1853 budgetenquêtes uitgevoerd, bijvoorbeeld door de eerder vermelde Édouard Ducpétiaux (1804-1868). Hij concludeerde dat enkel de 'slechte' arbeiders in ontbering leefden, doordat ze hun loon opdronken. Een sobere en spaarzame levenswijze, en dus niet noodzakelijk de verhoging van hun lonen, vormde volgens Ducpétiaux de ware oplossing voor het probleem. Alcoholmisbruik was ook een argument om kwetsbare gezinnen uit te sluiten van ondersteuning. Zowel de armen- of wijkmeesters van het weldadigheidsbureau

<sup>136</sup> STEYAERT, *Canon sociaal werk, '1925 Van weldadigheid naar COO'*; DEPREEUW, *Landloperij, bedelarij en thuisloosheid*, 472.

<sup>137</sup> DHAENE, 'Stichting van Caritas Catholica en de eerste werkingsjaren', 63 en 66.

<sup>138</sup> VOGELS, *Het welzijnsbeleid in Vlaanderen*, 159; SENAEVE, *De bestrijding van de armoede in België*, 351-352.

<sup>139</sup> VERSCHUERE, *Welzijn in Vlaanderen*, 160-161, 207-209; CAU-TAERS, COUSAERT en SERRIEN red., *CAW en OCMW samen sterk op de eerste lijn*, 2-3.

<sup>140</sup> VLEUGELS, *Narratives of Drunkenness*, 11 en 13; [DE FONTEYNE], *Aenmerkingen wegens de proef op den dans*, 12-13; TOLLET, *Vlaams-Brabant drinkt*, 49.

<sup>141</sup> SCHOLLIERS, 'Een vijand dien men kennen moet', 139; VLEUGENS, *Narratives of Drunkenness*, 37.





Diploma van de Belgische Schoolbond tegen Alcoholisme (1897). De leerlingen van de schoolbond ontvingen dit diploma na hun gelofte om tot hun twintigste verjaardag geen sterke drank te drinken en om matig om te gaan met bier en wijn. [Leuven, KADOC-KU Leuven]

als de vincentianen die behoeftige gezinnen thuis bezochten, brachten de aanwezigheid van drank negatief in rekening.<sup>142</sup>

De Belgische overheid nam tot in de jaren 1880 echter geen maatregelen.<sup>143</sup> De liberale minister van Financiën Frère-Orban (1812-1896) stelde in 1865 dat de overheid beter niet ingreep in de alcoholproductie, -verkoop of -consumptie. De 483 Belgische stokerijen boden immers veel tewerkstelling, exporteerden hun producten naar het buitenland en stimuleerden de landbouw.<sup>144</sup> Beperkingen zouden enkel leiden tot fraude en tot clandestiene stokerijen, die nog een groter gevaar voor de volksgezondheid zouden vormen. Frère-Orban argumenteerde bovendien dat vanuit de liberale principes van handels- en persoonlijke vrijheid, de overheid niet mocht ingrijpen in de gewoonten van de Belgen of in de markt. Net als Ducpétiaux erkende Frère-Orban wel het belang van moraliseren, waardoor de staat sommige private initiatieven die zich engageerden in de strijd tegen alcoholmisbruik, subsidi-

eerde.<sup>145</sup> Er kwamen aanvankelijk dus geen wettelijke maatregelen tegen alcoholmisbruik, hoewel bepaalde lokale overheden wel politiereglementen op openbaar dronkenschap invoerden. Dat gebeurde onder meer in Brugge (1860), Antwerpen (1862) en Namen (1866).

De kentering werd ingezet in het laatste kwart van de negentiende eeuw. Alcoholmisbruik werd steeds vaker beschouwd als een grootschalig maatschappelijk probleem dat het individuele niveau oversteeg. Er ontstonden tal van onthoudings- of matigingsverenigingen. Elke ideologische stroming, sociale klasse of leeftijdsgroep had zijn eigen beweging, soms zelfs als onderdeel van internationale structuren. Ze verspreidden hun boodschap door middel van tijdschriften, brochures, lezingen, optochten, tentoonstellingen en huisbezoeken. Het betoog werd onderbouwd met statistieken en medische rapporten, maar natuurlijk werden ook morele argumenten gebruikt. Het stereotiepe beeld van de amorele

142 OPSOMER, *De armoede en de Burelen van Weldadigheid*, 8, 18; LORY en SOETE, 'Implantation et affirmation (1845-1914)', 82.

143 SCHOLLIERS, 'Een vijand dien men kennen moet', 154.

144 [VANDENPEEREBOOM red.], *Exposé de la situation du royaume*, III, 170-171, 176. In 1860 exporteerde België voor 1.697.121 frank gedistilleerde dranken naar het buitenland.

145 SCHOLLIERS, 'Een vijand dien men kennen moet', 142-143.

en irrationele arbeider-dronkaard werd daarbij bevestigd.<sup>146</sup> Een van de voornaamste anti-alcoholverenigingen was de Association Belge contre l'Abus des Boissons Alcooliques, opgericht in 1879 op initiatief van enkele artsen. Na een herforming in 1884 werd ze hernoemd tot Ligue Patriotique contre l'Alcoolisme. De beweging telde rond 1898 meer dan drieduizend leden.<sup>147</sup> Andere belangrijke initiatiefnemers waren de Vlaamse Vrouwengilden, de katholieke Xaveriusgenootschappen of Sint-Vincentiusverenigingen en het protestantse Leger des Heils.<sup>148</sup> Ook de in 1885 opgerichte Belgische Werklieden Partij (BWP) vatte de oorlog tegen drankmisbruik aan. De socialisten wilden namelijk af van het stigma dat arbeiders en socialisten bestempelde als 'revolutionaire dronkaards'. Alcoholconsumptie ondersteunde de kapitalistische drankindustrie en door het afwijzen van de 'drankduivel' konden arbeiders volgens hen ook meer zelfrespect krijgen. Op aansturen van onder meer Emile Vandervelde (1866-1938) richtte de BWP in 1898 een eigen Ligue Socialiste contre l'Alcoolisme op.<sup>149</sup>

Toen na de hevige stakingsgolf van maart 1886 de Belgische overheid een parlementaire onderzoekscommissie oprichtte om de oorzaken van 'de sociale kwestie' bloot te leggen, telde die Commission du Travail ook een afdeling 'Alcoolisme'. Daarin werd opnieuw betoogd dat de lage moraliteit van de mannelijke arbeiders aan de basis van het alcoholprobleem lag. De Brusselse jurist en criminoloog Adolph Prins (1845-1919), die in die commissie als expert optrad, liet echter een ander en nieuw geluid horen. Hij argumenteerde dat het alcoholprobleem een ziekte was en noemde het 'alcoholisme'. Prins' ideeën sloten aan bij het zogenaamde degeneratiedenken. Overmatig alcoholgebruik resulteerde in bijvoorbeeld criminaliteit, 'krankzinnigheid', dwaasheid of dementie, wat de drinker ook kon doorgeven aan zijn nageslacht. Kort samengevat: alcoholisme tastte de metaforische 'gezondheid van de natie' aan. De Luikse psychiater Xavier Francotte (1854-1931) betoogde in zijn pamflet *Alcool et folie* (1899): "Een volk van alcoholici zal uiteindelijk bestaan uit imbecielen, idioten, epileptici en gedegeneerden van allerlei aard." Dronkenschap was dus niet langer louter een individuele tekortkoming, maar ook een ziekte. Tijdens de volgende decennia zou een hele rij medische specialisten (hygiënist, psychiaters en crimineel-antropologen) zich toeleggen op studiewerk over 'de dronkaard'. In psychiatrische instellingen kregen alcoholisten een bijzondere behandeling tegen hun verslaving. Medische specialisten begonnen ook te pleiten voor een preventieve opsluiting van 'gevaarlijke dronk-

aards'.<sup>150</sup> De verbinding tussen 'alcoholisme' en criminaliteit deed Prins besluiten dat de Belgische overheid strenger tegen alcoholmisbruik moest optreden.<sup>151</sup>

Met de wet op de openbare dronkenschap van 16 augustus 1887 nam de Belgische overheid voor het eerst maatregelen. Dat was in vergelijking met bijvoorbeeld Groot-Brittannië of de Verenigde Staten vrij laat.<sup>152</sup> De wet bestrafte enkel manifeeste dronkenschap in het openbaar. Toch kreeg die eerste maatregel heel wat kritiek. Hij pakte louter de gevolgen en niet de oorzaken van alcoholmisbruik aan, zo werd betoogd. Lokale overheden merkten op dat het arresteren of beboeten van dronkaards hen niet noodzakelijk tot inkeer bracht.<sup>153</sup> De conservatieve katholieke senator Jules Lammens (1822-1908), die alcoholisme nog altijd vooral zag als een moreel probleem en dus een individuele verantwoordelijkheid, bestempelde de wet als "volstrekt ontoereikend".<sup>154</sup> In 1889 voorzag de wetgever dat café-uitbaters die sterkedrank wilden verkopen, over een licentie moesten beschikken. Ook de accijsrechten op de gedistilleerde dranken werden verhoogd, in de hoop dat een prijsverhoging een ontradend effect zou hebben.<sup>155</sup>

Ondertussen trokken de matigheidsbewegingen almaar harder aan de alarmbel. Gewapend met cijfers uit binnen- en buitenland betoogden ze dat het alcoholgebruik van de Belgen almaar toenam. Alcoholmisbruik werd ook in verband gebracht met het hoog aantal zelfdodingen in België, met psychische problemen en met de toename van het aantal zwakzinnige kinderen en veroordeelde misdadigers.<sup>156</sup> "Alcohol is de grootste leverancier voor onze gasthuizen, gevangnissen, bedelaarsgestichten en krankzinnigengestichten", zo werd dat alles kort samengevat.<sup>157</sup> Adolphe Prins stelde dat tussen 1881 en 1901 het aantal alcoholisten in de Belgische psychiatrische instellingen toegenomen was met niet minder dan 227%.<sup>158</sup>

Iedereen was het erover eens dat alcoholisme moest bestreden worden, maar over de wijze waarop dat moest gebeuren bestond geen eensgezindheid. Genoot matigheid of totale onthouding de voorkeur? Moest de staat het productiemonopolie op alcoholische dranken krijgen of hoorde de economische vrijheid van de ondernemers gerespecteerd te worden? Was de inperking van het aantal kroegen een doeltreffende maatregel, of zou een hogere belasting efficiënter blijken? Kon een drastische stijging van de accijsrechten de situatie verbeteren, of zou dat leiden tot de toename van het

146 TOLLET, *Vlaams-Brabant drinkt*, 108; VLEUGELS, *Narratives of Drunkenness*, 133.

147 TOLLET, *Vlaams-Brabant drinkt*, 102.

148 LORY en SOETE, 'Implantation et affirmation (1845-1914)', 72; 'Alcoholisme', 8-9; 'Oorzaken van het Alcoholisme', 24-26; 'Gevolgen van het Alcoholisme', 39-40; 'De Strijd tegen den Alcohol', 55-56; 'Drankbestrijding. Wat onze Kardinaal en de Paus erover zeggen?', 104-106.

149 VLEUGELS, *Narratives of Drunkenness*, 36, 123.

150 VLEUGELS, *Narratives of Drunkenness*, 115-116, 159, 165.

151 NYS, 'De Ruiters van de Apocalyps', 29; VLEUGELS, *Narratives of Drunkenness*, 129, 135 en 136. De Zweedse arts Magnus Huss lanceerde de term 'alcoholisme' in [1849]. Daarmee benoemde hij

de zogenaamde ziekte die veroorzaakt werd door een overmatig alcoholconsumptie. 'Alcoholisme' was dus niet hetzelfde als 'ivrognerie', een oudere term voor dronkenschap.

152 BRABANT, *De jeneverplaag of het alcoholisme in België*, 68.

153 SCHOLLIERS, 'Een vijand dien men kennen moet', 149; VLEUGELS, *Narratives of Drunkenness*, 118; DENECKERE, 'Nieuwe geschiedenis van België', 570-571; DEBRAUWERE, *Het beeld van de alcohol*, 22.

154 'Séance du 14 aout 1889', in *Sénat. - Annales Parlementaires* (14 augustus 1889), 577.

155 SCHOLLIERS, 'Een vijand dien men kennen moet', 155.

156 DELAUNOIS, *Entretiens sur l'intempérance*, 70.

157 'Gevolgen van het Alcoholisme', 39.

158 VLEUGELS, *Narratives of Drunkenness*, 148.





**Voor het alcoholism**



**Na het alcoholism**

Propaganda uit het tijdschrift *Het Volksgeluk*: geïllustreerd maandblad tegen alcoholism (jaren 1890). Onthoudersbonden trachtten op allerhande manieren de schadelijke effecten van alcohol aan te tonen. [Brussel, Vereniging voor Alcohol- en Andere Drugsproblemen vzw]

aantal clandestiene stokerijen? De enige onbetwiste piste bleek de bestrijding van alcoholmisbruik door middel van voorlichting en preventie. Zelfs de Belgische matigingsorganisaties waren (nog) niet gewonnen voor strengere verbodsmaatregelen. Daarin verschilden ze duidelijk van hun tegenhangers in onder meer Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten.<sup>159</sup>

De Eerste Wereldoorlog betekende voor veel Belgen een ontwenningperiode. Als gevolg van de opeisingen van de Duitse bezetter, zoals de inbeslagname van koperen stook- en distilleerinstallaties, viel de productie nagenoeg stil. Alcohol werd schaars. De Brusselse hoogleraar in de psychiatrie Auguste Ley (1873-1956) stelde vast dat het aantal mensen met een *folie alcoolique* tijdens de oorlog bijzonder was afgenomen. In de context van de naoorlogse heropbouw werd een krachtigere wetgeving eindelijk mogelijk. De wet van 29 augustus 1919, genoemd naar de toenmalige minister van Justitie Emile Vandervelde, verbood de verkoop van sterkedrank in cafés. De belasting op die dranken werd verviervoudigd en in winkels mochten ze enkel worden verkocht in

minimumhoeveelheden van twee liter. Dat verbod bracht een grote omwenteling teweeg. Voor de doorsnee Belg werd sterkedrank te duur. De wet-Vandervelde deed in België een sterke biercultuur ontstaan, maar werkte ook illegale stokerijen, de smokkel van sterkedrank tussen Nederland en België en zelfs georganiseerde misdaad in de hand. Het duurde tot 1984 vooraleer de duidelijk verouderde wet werd opgeheven.<sup>160</sup>

De wet-Vandervelde drong het alcoholisme merkbaar terug, maar de Belgische matigheids- of onthoudersbewegingen bleven hun strijd verder zetten. De voornaamste koepel in België is de Federatie Sobriëtas (1928). Na de Tweede Wereldoorlog verruimde ze haar werking naar algemene verslavingsbestrijding. In 1953 werd in België de eerste groep van Anonieme Alcoholisten Vlaanderen opgericht. Vandaag bestaat AA-Vlaanderen uit 338 zelfhulpgroepen waar verslaafden, eventueel samen met hun familie en vrienden, aan hun probleem werken.<sup>161</sup> Er zijn in Vlaanderen ook nog tal van andere voorzieningen en initiatieven gegroeid, zowel met de focus op zelfhulp als op gespecialiseerde opvang en behandeling.<sup>162</sup>

159 SCHOLLIERS, 'Een vijand dien men kennen moet', 147-148.

160 NYS, 'De Ruiters van de Apocalyps', 29; VLEUGELS, *Narratives of Drunkenness*, 132; SCHOLLIERS, 'Een vijand dien men kennen moet', 146, 149; VAN SCHOONENBERGHE, 'Jenever vandaag', 190.

161 GIELEN e.a., *Zelfhulpgroepen. Samen werken aan welzijn & gezondheid*, 22; AA Vlaanderen, 'Wat is AA'.

162 GIELEN e.a., *Zelfhulpgroepen. Samen werken aan welzijn & gezondheid*, 51.





Aanklacht tegen het asociale karakter van de wet Vandervelde (1919-1920). De wet verbodde de verkoop van sterke drank in cafés, maar in winkels konden grote hoeveelheden alcohol voor huishoudelijk gebruik worden gekocht. De tweede prent toont agenten die een café ondersteboven halen op zoek naar (illegale) alcohol. [Hasselt, Nationaal Jenevermuseum]

Alcoholmisbruik vormt tot op heden een *hot topic* in het publieke en politieke debat over verslavende en ongezonde middelen als alcohol, suiker- en vetrijke voeding, tabak en drugs. De Belgische overheid en allerlei vzw's kanten zich tegen het (overmatig) gebruik van die producten en zetten campagnes op poten om de Belg te informeren. Veelal wordt betoogd dat sensibiliseren efficiënter werkt dan verbieden, maar niet iedereen is daarvan overtuigd. Ook over de aansprakelijkheid wordt verder gedebatteerd. Moet de overheid strenger optreden of zijn verslaafden in de eerste plaats zelf verantwoordelijk? Personen die kampen met een addictie worden gestigmatiseerd en ook vaak sociaal uitgesloten.<sup>163</sup>

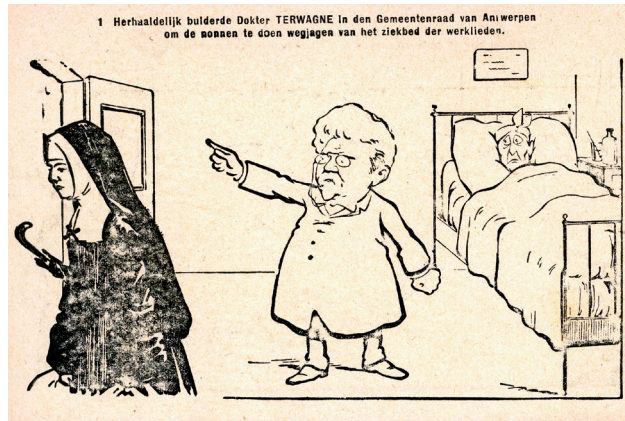
163 VAN AUDENHOVE, VAN HUMBEECK en VAN MEERBEECK, *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen*, 103.

### 3 SPANNINGEN ROND DE PROFESSIONALISERING VAN DE ZIEKENZORG

In welke mate vergt het zorg dragen voor en ondersteunen van hulpbehoevenden de vaardigheden en kennis van goed opgeleide deskundigen en professionals? Of kunnen geëngageerde, vrijwillige zorgverstrekkers, die minder of niet zijn opgeleid, bepaalde taken opnemen? Dat actuele spanningsveld heeft diepe wortels. Al aan het einde van de negentiende eeuw werd in België gedebatteerd over de opleiding en de diplomaver-eisten van verpleegkundigen.

Vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw namen de spanningen over een gebrek aan professionalisme en kwali-teitsvolle zorg in gezondheidsinstellingen toe. Allereerst zorgde de snelle vooruitgang van de medische wetenschap voor een toenemende nood aan hoger opgeleide verpleegsters. Artsen klaagden over de aanpak en gebrekkige vakken-nis van religieuze verpleegsters en andere zorgverstrekkers. Die polemiek kaderde natuurlijk ook binnen de ideologische spanningen over de organisatie van de zorgsector. Het katholieke quasi-monopolie in de gezondheidszorg was een doorn in het oog van liberale en socialistische artsen en politici. Zij stredden voor een laïcisering en verdere professionalisering van de sector. Als gevolg van dat tweedelige spanningsveld maakten de opleiding, de werking en het imago van verpleegsters vanaf de jaren 1880 deel uit van een hervormingsproces dat meerdere decennia zou duren.<sup>164</sup>

Hoewel de Franse overheid al uitdrukkelijk streefde naar een laïcisering van de openbare zorgvoorzieningen, bleek de ver-vanging van de religieuze verpleegsters door lekenpersoneel financieel en logistiek onhaalbaar. In 1809 liet een napoleon-tisch decreet opnieuw de oprichting van hospitaalcongregaties toe. Ook na de Belgische onafhankelijkheid deden de publieke zorginstellingen een beroep op hospitaalcongregaties voor de verzorging van hulpbehoevenden. Die religieuze genoten niet enkel waardering door hun lage kost en grote beschikbaarheid, maar ook voor hun toewijding en flexibiliteit.<sup>165</sup> Soms kregen de zusters assistentie van ongeschoolde dienstboden, toen 'infirmiers' of 'infirmières' genoemd. Deze personen waren veelal van bescheiden komaf en werden belast met het zwaardere en ondergeschikte werk in de keuken,



Karikatuur van de Antwerpse arts en socialistische politicus Modest Terwagne (circa 1910). Hij eiste de onmiddellijke ver-vanging van de religieuzen door opgeleid lekenpersoneel. Zijn optreden bezorgde hem de bijnaam 'nonnenvreter'. [Leuven, KADOC-KU Leuven]

de latrines en de ziekenzalen. Daarnaast hielpen ze in beperkte mate ook bij de verzorging van de zieken door bijvoorbeeld verbanden te verversen of nachtdiensten te doen.<sup>166</sup> Geneesheren waren vaak niet te spreken over de onkunde en ongeletterdheid van die 'verplegers' en 'verpleegsters' avant la lettre. Meer dan eens beschuldigden ze hen van alcoholisme, immorele handelingen en misbruiken.<sup>167</sup>

De snelle vooruitgang in de medische wetenschap – met onder meer de oprichting van medische laboratoria (1882), de aseptische behandeling (1892) en de radiografie (1898) – vergrootte in de tweede helft van de negentiende eeuw de nood aan gekwalificeerd personeel. Artsen vroegen hulp van bekwame, opgeleide verpleegsters. Vooral vrijzinnige artsen, zoals Antoine Depage (1862-1925), Emile Spehl (1854-1948) en Modeste Terwagne (1864-1945), bekritiseerden de kunde van religieuzen. Ze klaagden over hun gebrek aan hygiëne en kennis, maar ook over hun bekeringsijver. Bovendien ver-weten ze de zusters dat ze hun instructies niet altijd goed opvolgden of dat ze handelingen stelden die gereserveerd waren voor medische specialisten.<sup>168</sup>

De vrijzinnige artsen, en in hun voetsporen ook enkele anti-klerkale politici, vroegen een debat over de professionalisering en laïcisering van het beroep. Ze wensten het imago van de 'infirmiers' en 'infirmières' te verbeteren en omschreven de ideale verpleegster als niet-religieus, geleerd en gedisciplineerd. In de liberale krant *Le Petit Bleu du Matin* stelde de arts Louis Delattre: "Genoeg onwetende en dronken verpleegsters. Genoeg verplegende dienstmeisjes! De onkuise verpleegster, de wrede verpleegster heeft haar tijd gehad. We

164 JACQUES en VAN MOLLE, 'De verpleegkundigen: grenzeloos vrouwelijk', 203-204.

165 VELLE, 'Kerk geneeskunde en gezondheidszorg in de 19<sup>de</sup> en het begin van de 20<sup>ste</sup> eeuw', 59; JACQUES en VAN MOLLE, 'De verpleegkundigen: grenzeloos vrouwelijk', 204; DE MAEYER en DEFERME, 'Vrouwelijke religieuzen in de openbare en private gezondheidszorg', 13.

166 PIETTE, 'Des 'infirmières' avant les infirmières', 45, 48-50 en 54.

167 SPEHL, *Vie et souvenirs d'un médecin*, 133; DELATTRE, 'Chronique du médecin - Infirmières souillons, infirmiers bourreaux', 1; DE-

PAGE en GALLET, 'Les progrès de la chirurgie considérés au point de vue de l'administration hospitalière', 513.

168 DE MAEYER en DEFERME, 'Vrouwelijke religieuzen in de openbare en private gezondheidszorg', 13-15; COCRIAMONT, 'Soigner les corps et les âmes', 26 en 33; DEPAGE en GALLET, 'Les progrès de la chirurgie considérés au point de vue de l'administration hospitalière', 509-510 en 513; SPEHL, *Vie et souvenirs d'un médecin*, 133-134; «Nouvelles», *Gazette médicale belge* (27 juli 1845), 142; *Rapports des Commissions médicales provinciales sur leurs travaux pendant l'année 1885*, 14.





Foto van de eerste afgestudeerden van de verpleegstersschool van het Brusselse Sint-Pietershospitaal (1910). Op de eerste rij zitten de liberale arts Antoine Depage (1862-1925) en de Engelse 'nurse' Edith Cavell (1865-1915). [Brussel, Archief OCMW]

hebben een attente, goed opgeleide, propere, toegewijde, volgzame en weldadige verpleegster nodig.<sup>169</sup> De goedkope, soms zelfs nagenoeg kosteloze, arbeidsinzet van religieuzen bleef evenwel financieel en organisatorisch interessant. De katholieke publieke opinie benadrukte de toewijding van de religieuze verpleegsters en trok het engagement van lekenpersoneel in twijfel.<sup>170</sup> Bovendien cultiveerde de burgerlijke samenleving het mannelijk kostwinnersmodel. Een professionele loopbaan voor meisjes, laat staan voor gehuwde dames, was nauwelijks denkbaar.

Toch ontstonden in het midden van de negentiende eeuw de eerste gespecialiseerde opleidingen voor verpleegsters in onder meer Duitsland, Zwitserland en Engeland. In dat laatste land legde de Engelse verpleegster Florence Nightingale (1820-1910) de grondslagen van de moderne verpleegkunde, met de oprichting van haar Londense verpleegstersschool in 1860. De leerlingen, voornamelijk meisjes uit de gegoede klassen, verbleven er op internaat, kregen een apart uniform en werden onderworpen aan een zeer strenge discipline.

169 DELATTRE, 'Chronique du médecin - Infirmières souillons, infirmiers bourreaux', 1.

170 Zie bijvoorbeeld: PAQUET, *La laïcisation des hôpitaux*; LOOS, *Histoire des Sœurs hospitalières d'Anvers*.

171 ARGUELLO, 'L'introduction du nursing laïque en Belgique (1882-1914)', 63 en 66; JACQUES en VAN MOLLE, 'De verpleegkundigen: grenzeloos vrouwelijk', 203 en 206; DE GRAEVE, *Professionele zorgverstrekking en gender*, 25.

Door de nadruk op de vorming en de behoorlijke vergoeding van de opgeleide *nurses* transformeerde Nightingale de Engelse lekenverpleging tot een respectabel en volwaardig beroep. Dat opleidingsmodel kreeg dan ook navolging in tal van andere Europese landen.<sup>171</sup>

In de Belgische steden kwamen vanaf de jaren 1880 de eerste publieke verpleegstersscholen tot stand. De eerste vier opleidingen kenden weliswaar een beperkt succes.<sup>172</sup> De moderne verpleegkunde kreeg pas effectief voet aan de grond in 1907 met de oprichting van nieuwe gespecialiseerde scholen. Die baseerden zich op het Engelse model en rekruteerden vooral goed geschoolde leerlingen van burgerlijke komaf. De verpleegstersschool in het lokale en stedelijke Sint-Janshospitaal (1907) in Brussel nodigde ook religieuzen uit om zich in te schrijven, maar met weinig succes. Op 1 oktober 1907 stichtte de liberale chirurg en hoogleraar Antoine Depage (1862-1925) met medewerking van zijn vrouw, Marie Depage (1872-1915), de *École belge d'infirmières diplômées*.<sup>173</sup> Ze vertrouwden de leiding toe aan Edith Cavell (1865-1915), een oud-

172 Met name de Luikse 'École publique et gratuite de gardes-malades' (1882-1884), de Brusselse lessenreeks voor lekenverpleegsters van Cesar de Paepe (1887-1921), de avondcursus voor ziekenverpleging in het Antwerpse Stuivenberghospitaal (1902), de eenjarige opleiding in het Sint-Jans- en Sint-Pietershospitaal in Brussel (1904). Die opleidingen richtten zich tot meisjes uit de lagere sociale klassen.

173 Vanaf 1919 kreeg die school de benaming: École Edith Cavell-Marie Depage. Ze sloot haar deuren in 1987.

leerlinge van Nightingales school. Samen met andere Engelse verpleegsters en enkele artsen afkomstig van de Université libre de Bruxelles, stond zij in voor de lessen. Beide initiatieven kenden een moeizame start en konden nauwelijks leerlingen aantrekken. Zo telde de *École belge d'infirmières diplômées* in 1914 nauwelijks elf diplomeerde alumni.<sup>174</sup>

De ontwikkeling van de vrijzinnige verpleegstersopleidingen liet de katholieke zijde niet onberoerd. Sinds 1900 groeide ook in die kringen de overtuiging dat er nood was aan hoger opgeleid verplegend personeel.<sup>175</sup> Zo pleitte aartsbisschop Mercier in 1906 voor een betere vorming van de religieuzen, alsook voor een verpleegkundige vakopleiding voor leken.<sup>176</sup> Op 7 juni 1908 schreef kanunnik Floris Prims in de *Gids op Maatschappelijk Gebied*: “Tweederlei is de moeilijkheid waar we voorstaan: 1) Er zijn geen gasthuiszusters genoeg meer. 2) Onze gasthuiszusters hebben veel te weinig vakkennis”.<sup>177</sup>

Een maand na de oprichting van de *École belge d'infirmières diplômées* opende in Ukkel onder impuls van de katholieke adel en burgerij de katholieke verpleegstersschool Sint-Camillus de deuren. Die wilde zowel leken als religieuze verpleegsters opleiden. “De voorbeeldige behandeling van zieken zal worden gewaarborgd en de perfectie van de religieuze verpleegkundigen zal niet langer kunnen worden betwist”.<sup>178</sup> De opleiding kende van meet af een groot succes bij religieuzen. Onder meer de zwartzusters-augustinessen uit Leuven en de zusters van Liefde uit Gent lieten hun leden daar een opleiding volgen. Tot 1914 kwam ongeveer twee derde van de studenten uit een religieuze congregatie.<sup>179</sup>

Dat had onder meer te maken met het Koninklijk Besluit van 4 april 1908, dat een bekwaamheidsgetuigschrift voor verpleegsters invoerde. Om dat document te ontvangen, moesten zij minstens achttien jaar oud zijn, een getuigschrift van goede zeden bezitten en ten minste één jaar onderricht hebben gevolgd bij een arts of twee jaar stage hebben gelopen in een publiek of privaat hospitaal.<sup>180</sup> In 1909 behoorde tachtig procent van de examinanda die voor de Provinciale Medische Commissies verschenen, tot een religieuze congregatie.<sup>181</sup> Zoals de Belgische historici Leen Van Molle en Catherine Jacques scherp opmerkten, werd de poging tot la-

174 Dat lage cijfer kan te wijten zijn aan de hoge eisen van de school en aan het hoge aantal leerlingen dat afhaakte; DE MUNCK, ‘Soms genezen, dikwijls verlichtten, altijd troosten’, 23, 36, 38 en 41; ARGUELLO, ‘L’introduction du nursing laïque en Belgique (1882-1914)’, 71 en 73, 77-78; VAN LAER, ‘De christianisering van moderne beroepen’, 189-190.

175 COCRIAMONT, ‘Soigner les corps et les âmes’, 37; DE MAEYER en DEFERME, ‘Vrouwelijke religieuzen in de openbare en private gezondheidszorg’, 16.

176 DE MAEYER en DEFERME, ‘Vrouwelijke religieuzen in de openbare en private gezondheidszorg’, 17; PRIMIS, ‘Het Vraagstuk der Ziekenverpleging’, 267.

177 PRIMIS, ‘Het Vraagstuk der Ziekenverpleging’, 265. In de uitgave van 21 juni trachtte hij zijn tweede stelling echter recht te trekken door te noteren dat dit geen algemeenheid was.

178 “Le ‘soinage’ exemplaire des malades sera assuré, et la perfection des infirmières religieuses ne pourra plus être contestée.” Uit: DE MERODE, ‘Œuvre Saint-Camille’, 205.

**TABEL 2**  
**AANTAL GEDIPLOMEERDEN VERPLEEGSTERS-SCHOOL SINT-CAMILLUS (1908-1914)**

JAAR	RELIGIEUZEN	LEKEN	TOTAAL
1908	37	9	46
1909	33	6	39
1910	21	6	27
1911	3	9	12
1912	3	11	14
1913	0	12	12
1914	3	8	11
<b>TOTAAL</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>161</b>

Bron: DE MUNCK, Soms genezen, dikwijls verlichtten, altijd troosten, 45.

icisering van de zorg beantwoord met een krachtige professionalisering van de religieuze verpleegsters.<sup>182</sup> De volgende jaren kwamen ook cursussen tot stand in Luik, Charleroi en in het Sint-Elisabethhospitaal in Antwerpen.<sup>183</sup> Tussen 1903 en 1914 werden ongeveer 4.500 verpleegsters opgeleid. Meer dan vierduizend van hen behaalden vanaf 1908 ook het bekwaamheidsbewijs van de examencommissie.<sup>184</sup>

Met de oprichting van de verpleegstersopleidingen en de invoering van het bekwaamheidsdiploma ontstond binnen de gezondheidszorg een nieuw beroep. De belangrijke rol van de verpleegsters tijdens de Eerste Wereldoorlog droeg verder bij tot hun maatschappelijke waardering en professionalisering. Zo kwamen na de oorlog tal van nieuwe verpleegstersopleidingen tot stand, bijvoorbeeld onder impuls van het Rode Kruis, van diverse vrouwenorganisaties, maar ook van specifieke psychiatrische instellingen en sanatoria.<sup>185</sup> Om een zekere uniformiteit te waarborgen, verstrengden in 1921 de toegangscriteria voor de opleidingen en werd ook hun inhoud beter gereguleerd. Na een grondige vorming konden de leerlingen een diploma behalen van ziekenhuisverpleegster, thuisverpleegster of psychiatrisch verpleegster.<sup>186</sup> In 1939 waren er 37 verpleegstersscholen actief in het land, 27

179 DE MERODE, ‘Œuvre Saint-Camille’, 202; DE MAEYER en DEFERME, ‘Vrouwelijke religieuzen in de openbare en private gezondheidszorg’, 17; JACQUES en VAN MOLLE, ‘De verpleegkundigen: grenzeloos vrouwelijk’, 206; ARGUELLO, ‘L’introduction du nursing laïque en Belgique (1882-1914)’, 79-80.

180 4 avril 1908 - Arrêté royal - Institution d’un certificat de capacité pour infirmiers.

181 DE MAEYER en DEFERME, ‘Vrouwelijke religieuzen in de openbare en private gezondheidszorg’, 16.

182 JACQUES en VAN MOLLE, ‘De verpleegkundigen: grenzeloos vrouwelijk’, 207.

183 VAN LAER, ‘De christianisering van moderne beroepen’, 191.

184 DE MUNCK, ‘Soms genezen, dikwijls verlichtten, altijd troosten’, 53; SUENENS en DE STAERCKE, *Eén van hart en één van ziel*, 309.

185 VAN LAER, ‘De christianisering van moderne beroepen’, 192.

186 VAN LAER, ‘De christianisering van moderne beroepen’, 192; JACQUES en VAN MOLLE, ‘De verpleegkundigen: grenzeloos vrouwelijk’, 209. In 1947 werd de titel ‘verpleger’ en ‘verpleegster’ ook wettelijk beschermd.





Bekwaamheidscertificaat voor ziekenhuisoppassers (1913).  
[Leuven, KADOC-KU Leuven]

daarvan bleken gelieerd aan religieuze instituten.<sup>187</sup> Tot na de Tweede Wereldoorlog bleef het percentage religieuzen in de zorginstellingen aanzienlijk.<sup>188</sup> Vanaf de jaren 1950 steeg de inbreng van leken, wat opnieuw tot spanningen leidde. De religieuzen verweten de leken een gebrek aan toewijding en verantwoordelijkheidszin. De leken stelden van hun kant het opleidingsniveau van de zusters weleens in vraag.<sup>189</sup>

187 VAN LAER, 'De christianisering van moderne beroepen', 192.

188 JACQUES en VAN MOLLE, 'De verpleegkundigen: grenzeloos vrouwelijk', 209.

189 DE MAEYER en DEFERME, 'Vrouwelijke religieuzen in de openbare en private gezondheidszorg', 21.

190 VAN LAER, 'De christianisering van moderne beroepen', 204, 207 en 216; VERZELEN, *Canon sociaal werk*, '1920 Sociale scholen'.

191 *Visienota - Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst*, 6 en 8; HOLTZER, *Belgische Vereniging voor Pneumologie Verpleegkundigen*, 'Hervorming KB 78 en functiedifferentiatie. Hoe ziet het kabinet van Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin dit evolueren in de praktijk?'

Niet enkel de Belgische gezondheidszorg professionaliseerde in de eerste helft van de twintigste eeuw. Ook in het maatschappelijk dienstbetoon groeide in de evoluerende wetenschappelijke en sociale context een grotere nood aan opgeleid personeel. Om die professionalisering mogelijk te maken, ontstonden tussen 1920 en 1922 acht sociale scholen voor de opleiding van maatschappelijk werksters. Die hadden, net als de verpleegsterscholen, elk hun ideologische kleur. De eerste specialisaties waren gericht op de ondersteuning in kinderczorg, bijstand, weldadigheidsinstellingen, nijverheid, maatschappelijke verzekeringen en bibliotheken. De scholen reikten tussen 1920 en 1939 ongeveer 1.200 diploma's uit, waarvan een grote meerderheid aan vrouwen. Zowel het beroep van maatschappelijk werkster, als van verpleegster bood vrouwen uit de hogere en middenklasse een mogelijkheid om een gekwalificeerd beroep uit te oefenen en zich in zekere zin te emanciperen.<sup>190</sup>

Door de toenemende zorgnoden en door de vooruitgang van de medische en technische wetenschap, nam de complexiteit in de zorg- en welzijnssector de laatste decennia aanzienlijk toe.<sup>191</sup> Om daarop in te spelen vond er een verdere specialisering van het professioneel aanbod en van de daarbij horende opleidingen plaats. In de gezondheidszorg kan verwezen worden naar onder meer de HBO5-opleiding verpleegkunde, de hervorming van de bacheloropleiding verpleegkunde in 2015 en de opkomst van de hoogopgeleide 'verpleegkundig specialisten' (VS).<sup>192</sup> In de welzijnszorg is de professionalisering van kinderbegeleiders een belangrijk voorbeeld.<sup>193</sup> In de debatten tussen politici, middenveldorganisaties en professionelen klinken ook andere geluiden. Dienen zorgnoden altijd en overal op een specialistische manier benaderd te worden?<sup>194</sup> Kan voor zorg- en ondersteuningstaken ook geen beroep worden gedaan op familie, kennissen en andere vrijwilligers?<sup>195</sup> Wie mag welke acties uitvoeren? Kunnen bepaalde verzorgende taken zomaar overgedragen worden? Kan een vrijwilliger of een mantelzorger een kwaliteitsvolle zorg garanderen? Het overheidsbeleid streeft vandaag naar een hechte samenwerking tussen de formele en de informele zorgverstrekkers, zodat die in een continuüm een integrale, inclusieve en kwaliteitsvolle zorg kunnen garanderen.

192 WILS, COC, 'Drama in zorgsector vermeden: opleiding verpleegkunde wordt niet opgedoekt!'; *Zorgnet-Icuro*, 'Hervorming opleiding professionele bachelor verpleegkunde (+ beeldverslag)'; *Associatie KU Leuven*, 'Zoek de verschillen: De inzet van HBO5 en Bachelor-opgeleide verpleegkundigen in de praktijk'; VAN HECKE e.a., "'Advanced practice nursing': verpleegkundig specialisten in Vlaamse universitaire ziekenhuizen', 1533.

193 VANHEE, *Sociaal.net*, 'Kinderbegeleiders anno 2016: geen volwaardig statuut, geen volwaardig loon.'

194 *Visienota - Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst*, 12.

195 VOGELS, *Het welzijnsbeleid in Vlaanderen*, 35-36; SERRIEN, *Sociaal.net*, 'Geen vermaatschappelijking zonder krachtig sociaal werk: voer voor een offensieve sociaalwerkconferentie'.

## 4 VAN ARMOEDEBESTRIJDING NAAR EEN ALGEMEEN RECHT OP ONDERSTEUNING

Waar de opdracht van de openbare onderstand de bestrijding van de armoede was, streven Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn sinds 1976 naar het garanderen van welzijn voor iedereen. Hoe evolueerde de openbare ondersteuning van een gunst voor sommigen, naar een recht voor allen? Daar gaat deze case-studie dieper op in.

De hulpverlening aan behoeftige gezinnen en individuen tijdens het ancien régime was arbitrair, versnipperd, uiterst selectief en doorgaans onvoldoende.<sup>196</sup> Met de Franse Revolutie kregen behoeftigen zogenaamd recht op hulp en bijstand. Artikel 21 uit de *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* uit 1793 verklaarde dat de samenleving verantwoordelijk was voor de ondersteuning van haar noodlijdende burgers: "Maatschappelijke bijstand is een heilige plicht. De maatschappij moet voorzien in de levensbehoeften van de behoeftige burgers, hetzij door hen werk te verschaffen, hetzij hun het nodige te verschaffen als zij niet tot werken in staat zijn."<sup>197</sup> Toch bleef de hulp die de openbare bijstand in onze gewesten verleende een voorwaardelijk voorrecht en geen afdwingbaar recht. Dat bleef ook zo toen in 1925 de Commissies van Openbare Onderstand werden gevormd. De COO's konden autonoom uitmaken aan wie ze hulp verleenden en in welke mate. De wet beperkte er zich toe te stellen: "Onderstand mag slechts aan behoeftigen verleend worden, met name aan personen die onbekwaam zijn om in hun onderhoud te voorzien."<sup>198</sup> Bovendien ging het daarbij uitsluitend om materiële bijstand, aangezien armoede tot in de jaren 1970 veelal louter als een inkomensprobleem werd beschouwd.<sup>199</sup>

Degenen die afhankelijk waren van de onderstand, leefden dus in onzekerheid. De in 1944 opgerichte sociale zekerheid vormde aanvankelijk enkel voor loontrekkers een vangnet. Die waren vanaf toen verplicht verzekerd tegen arbeidsongevallen, ziekte, invaliditeit, werkloosheid en ontvingen via het stelsel ook een pensioen, gezinsbijslag en jaarlijks verlofgeld. Andere bevolkingsgroepen vielen uit de boot: zelfstandigen, dienstboden, langdurig werklozen, personen met een handicap, ouderen, weduwen, 'vreemdelingen' en minderjarigen. Voor die 'vergeten' groepen werden na de Tweede Wereldoorlog stelselmatig eigen collectieve sociale verzekerings-systemen gecreëerd.<sup>200</sup>

196 DEPREEUW, *Landloperij, bedelarij en thuisloosheid*, 73, 151, 252.

197 DEPREEUW, *Landloperij, bedelarij en thuisloosheid*, 255; *Digitale de matérieux juridiques et politiques*, 'Constitution de l'an I'.

198 VOGELS, *Het welzijnsbeleid in Vlaanderen*, 12; VANACKERE red., *C.O.O. Modern Sociaal Dienstbetoon*, 310-312; SENAEVE, *Bestrijding van de armoede in België*, 112-114.

199 DIERCKX, 'Een beknopte genese van het armoedebeleid', 33.



Prent uit het katholieke tijdschrift *Le Tirailleur* (1885). De liberale ambtenaar weigert dit armoedig gezin te ondersteunen omdat de kinderen naar een katholieke school gaan.

[Leuven, KU Leuven Bibliotheken, Artes; © Digitaal Labo KU Leuven]

Na de oorlog groeide immers internationaal de overtuiging dat, vanuit de menselijke waardigheid, iedereen recht moest hebben op de nodige bestaansmiddelen en voorzieningen. *De Universele Verklaring van de Rechten van de Mens* (1948) bepaalde in artikel 25.1: "Een ieder heeft recht op een levensstandaard, die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waaronder inbegrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging en de noodzakelijke sociale diensten, alsmede het recht op voorzieningen in geval van werkloosheid, ziekte, invaliditeit, overlijden van de echtgenoot, ouderdom of een ander gemis aan bestaansmiddelen, ontstaan ten gevolge van omstandigheden onafhankelijk van zijn wil." De Verenigde Naties nodigden alle landen uit om die rechten in hun wetgeving te implementeren.<sup>201</sup>

In België namen de (adjunct-)rijkscommissarissen Henri Fuss (1882-1964) en Walter Leën (1907-1990) een eerste initiatief. In hun verslag over de hervorming van de maatschappelijke zekerheid uit 1950 werd het 'recht op een bestaansminimum' voor het eerst op de kaart gezet. Verder pleitten Fuss en Leën ervoor om de uiteenlopende criteria die de lokale COO's hanteerden om te bepalen of iemand al dan niet bijstand mocht ontvangen, te vervangen door een 'veralgemening van het hulpbetoon'.<sup>202</sup>

200 DE CLERCQ, 'Totstandkoming en doelstelling van de wet van 7 augustus 1974', 5.

201 FROIDURE, *Paria's* 57, 23; JOORIS, *De sociale hulp*, 80; *United Nations*, 'Universal Declaration of Human Rights'.

202 *Begroting van het Ministerie van Arbeid en Sociale Voorzorg voor het dienstjaar 1951*, 24; [PRIMS], *Het recht op een bestaansminimum*, 5.



Het pleidooi van Fuss en Leën en hun aandacht voor de door de sociale zekerheid vergeten groepen raakten in de welvarende jaren 1960 ietwat in de vergetelheid. In dat decennium van hoogconjunctuur, ingezet tijdens het expojaar 1958, werd vaak beweerd dat armoede geen dusdanig groot probleem meer vormde. Kritische tegenstemmen, zoals de socialistische volksvertegenwoordiger Arthur De Sweemer (1903-1986), wezen er nochtans op dat een half miljoen Belgen moest rondkomen met een inkomen onder het levensminimum.<sup>203</sup> Om zijn betoog kracht bij te zetten, verwees hij naar het boek *Paria's 57* van priester Édouard Froidure (1899-1971), medeoprichter van Les Petits Riens/Spullenhulp (1937) en na de oorlog een van de grote voorvechters tegen de verkrotting van de Brusselse binnenstad. In zijn boek nam Froidure krachtig de verdediging op van wat hij de 'onderbeloonden' noemde, de volgens hem meer dan 10% van de Belgen die tussen de plooi van de welvaartsstaat vielen. "De sociale wetten zijn in al hun vormen enkel nuttig en doeltreffend voor hen, die de nijpendste fase van de ellende reeds voorbij zijn. Zij houden zich bezig met de arbeiders en werklozen, die aan zekere criteria beantwoorden. Maar zij zien de anderen over het hoofd!"<sup>204</sup> Al die betogen vonden aanvankelijk weinig gehoor.

De 'herontdekking van de armoede' in België vond grotendeels plaats onder internationale impuls.<sup>205</sup> In 1961 kondigde de Raad van Europa bijvoorbeeld het *Europees Sociaal Handvest* af. De ondertekenende landen kregen de opdracht om elke noodlijdende burger sociale hulp te verlenen. Dat was volgens toenmalig minister van Financiën Robert Vandeputte (1908-1997) iets wat België als een van de weinige West-Europese landen nog niet in zijn wetgeving had geïmplementeerd. Daarnaast waren de bepalingen van het handvest over 'sociale en geneeskundige hulp' een duidelijke stap voorwaarts in vergelijking met de VN-verklaring uit 1948. Ook de katholieke kerk, in het bijzonder paus Johannes XXIII (1881-1963), pleitte voor de 'vergeten armen' in de samenleving. In zijn encycliek *Pacem in Terris* van 11 april 1963 gaf de paus aan dat het recht op leven, eveneens het recht om in leven te blijven omvat: "Iedere mens heeft recht op leven, op de integriteit van zijn lichaam en op de middelen voor een menswaardig bestaan, vooral op levensonderhoud, kleding, huisvesting, rust, medische verzorging en de noodzakelijke diensten van de kant van de staat. Daarom heeft de mens ook het recht op hulpverlening in geval van ziekte, invaliditeit, verlies van echtgenoot of

echtgenote, ouderdom, werkloosheid en telkens, als hij buiten zijn schuld de nodige bestaansmiddelen verliest."<sup>206</sup>

Zo groeide ook in België geleidelijk meer aandacht voor de omvangrijke groep landgenoten die niet konden delen in de gestegen welvaart. Het recht op een bestaansminimum werd een centraal strijdpunt. Zowel politici, academici als armoedeverenigingen probeerden de 'welvaartsmythe' te ontcrachten. Zo organiseerde de pluralistische koepelvereniging Nationale Actie voor Bestaanszekerheid (NABZ) in 1967, mede door de steun van koningin Fabiola, een fel opgemerkte sensibiliseringsactie 'Bestaanszekerheid voor allen'. De publicatie van het *Manifest der meest onterfden* in 1968 bouwde daarop verder, wat op zijn beurt een grotere bewustwording op gang bracht.<sup>207</sup>

In datzelfde jaar plaatsten de christendemocraten en socialisten het bestaansminimum op de politieke agenda. Ook rond het recht op bijstand werden wetsvoorstellen ingediend. De wet van 1 april 1969 voerde het gewaarborgd inkomen van bejaarden en mindervaliden in. In 1971 volgde de gewaarborgde gezinsbijslag.<sup>208</sup> Het duurde uiteindelijk nog tot 18 juli 1974 vooraleer de Kamer het recht op een 'bestaansminimum voor iedereen' goedkeurde. Dat recht vormde een duidelijke breuk met het verleden. De ondersteuning die de lokale COO's boden, was niet langer een gunst.<sup>209</sup> Aanvankelijk sloot de wet wel nog minderjarigen en 'vreemdelingen' uit.<sup>210</sup>

Kort na de wettelijke invoering van het recht op een bestaansminimum, begon de Senaat met de bespreking van het wetsontwerp betreffende de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn. Die tekst werd op een drafje goedgekeurd en verscheen op 8 juli 1976 in het *Belgisch Staatsblad*. De wet hernoemde de COO's tot OCMW's en werkte enkele pijnpunten weg, maar de structurele hervormingen bleven eerder beperkt. Minister van Volksgezondheid, Leefmilieu en Gezin Jos De Saeger (1911-1998) stelde dat het niet zijn bedoeling was om een revolutionaire hervorming door te voeren, maar om de werking van de onderstand aan de evolutie van de tijd aan te passen.<sup>211</sup>

De OCMW's kregen als kerntaak de 'maatschappelijke dienstverlening te verzekeren'. Artikel 1 van de organieke wet stelde namelijk: "Elke persoon heeft recht op maatschappelijke dienstverlening. Deze heeft tot doel eenieder in de mogelijk-

203 Vergadering van Dinsdag 25 November 1958, 11.

204 BARREZ, *Voorbij het 'goud' van de jaren zestig*, 19; FROIDURE, *Paria's 57*, 13, 31-32.

205 VRANKEN, 'Van moderne armoede naar sociale uitsluiting', 64.

206 JOORIS, *De sociale hulp*, 86-88, 92, 133; RK documenten, 'Pacem in Terris'.

207 DIERCKX, 'Een beknopte genese van het armoedebeleid', 33-34; [PRIMS], *Het recht op een bestaansminimum*, 7-8; *Manifest der meest onterfden*, 9; BARREZ, *Voorbij het 'goud' van de jaren zestig*, 38-39. De vzw NABZ overkoepelde een zestigtal Belgische armoedeorganisaties en wenste de armoedeproblematiek op de voorgrond te plaatsen in het politieke en maatschappelijke debat. Priester Froidure was een van de oprichters.

208 [PRIMS], *Het recht op een bestaansminimum*, 8, 10; SENAËVE, *De bestrijding van de armoede in België*, 216-217, 230.

209 DE BIE en VANDENBUSSCHE, '40 jaar OCMW-praktijk op de spanning tussen bijstand als sociaal beleidsinstrument en bijstand als sociaal grondrecht', 50.

210 DE CLERCQ, 'Totstandkoming van de wet van 7 augustus 1974', 10; SENAËVE, *De bestrijding van de armoede in België*, 245-246, 250-251; DE BEUL, 'Recht op bestaansminimum', 8-10.

211 SENAËVE, *Bestrijding van de armoede in België*, 255-256, 348, 350-352, 359; DEPREEUW, *Landloperij, bedelarij en thuisloosheid*, 473-476; SENAËVE, 'De organieke wet van 8 juli 1976', 1182; GLADINE-GEES, 'Praten met Clara Smitt over de openbare centra voor maatschappelijk welzijn', 11; *Wetsvoorstel tot hervorming van de Commissies van Openbare Onderstand*, 1. Het voorontwerp van wet kwam er in 1973 en het uiteindelijke wetsontwerp in 1975.



Foto van een 1 mei-toet in Petegem (jaren 1950). De betogers eisen onder meer een basisinkomen voor iedereen. [Gent, Amsab-ISG]

heid te stellen een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid.” Naast het recht op materiële ondersteuning, was elke Belg nu zeker van immateriële bijstand, zoals rechtshulp, psychosociale, morele of opvoedende begeleiding (artikel 6o). Daardoor verruimde de openbare hulpverlening haar missie van ‘welvaart voor iedereen’ naar ‘welzijn voor iedereen’.<sup>212</sup> De ondertussen duidelijk geëvolueerde maatschappelijke visie op armoede klonk duidelijk door. Armoede was niet louter een inkomensprobleem. De professionele begeleiding die personen en families moest helpen hun moeilijke situatie op te heffen of te verbeteren, werd gegarandeerd door de aanwezigheid van minimaal één maatschappelijk werker per OCMW (artikel 42).<sup>213</sup> Met de oprichting van de OCMW’s werd de bijstand dus ingebed in een professioneel aangestuurde sociaalwerkpraktijk.<sup>214</sup> De openstelling van het OCMW voor elke burger verschilde ook fundamenteel van de selectiviteit van de COO, waarbij de aandacht prioritair gericht was op de behoeftige. Door de garantie van ondersteuning voor alle hulpbehoevenden, trachtte de OCMW-wet de scheiding tussen de ‘gevestigde

burgers’ en de ‘arme buitenstaanders’ op te heffen.<sup>215</sup> Daarom vormden de centra zowel de sluitsteen van het sociale vangnet, als de hoeksteen van een nieuwe samenlevingsvorm die welzijn als basis heeft en rechten moet waarborgen voor de hele bevolking.<sup>216</sup>

De OCMW-wet vertrok vanuit het optimistische mens- en maatschappijbeeld dat in de economische bloeitijd van de jaren 1960 vorm had gekregen. De crisis die in 1973 uitbrak, maakte echter duidelijk dat ‘the sky’ toch niet ‘the limit’ was. De stijgende werkloosheid en de stagnatie van inkomens drongen het recht op maatschappelijke dienstverlening in een keurslijf. De financiële problemen van de overheid en de aangroeiende armoede legden een zware hypotheek op de werking van het OCMW.<sup>217</sup>

Afgezien daarvan bleef artikel 1 van de OCMW-wet van kracht. Om verder naar die centrale doelstelling toe te werken, past het OCMW zijn dienstverlening aan en streeft het onder meer naar een maximale zelfredzaamheid en auto-

212 NOTREDAME, ‘Het OCMW op de drempel van de 21<sup>ste</sup> eeuw’, 43; VAN GOETHEM, *OCMW van A tot Z*, 32. Artikel 57, §1 somt de wettelijke taken van het OCMW op: “Het openbare centrum voor maatschappelijk welzijn heeft tot taak aan personen en gezinnen de dienstverlening te verzekeren waartoe de gemeenschap gehouden is. Het verzekert niet alleen lenigende of curatieve doch ook preventieve hulp. Deze dienstverlening kan van materiële, sociale, geneeskundige, sociaal-geneeskundige of psychologische aard zijn.”

213 SENAËVE, *Bestrijding van de armoede in België*, 397, 404-405.

214 HERMANS en DE BIE, ‘Sociaal werk (opleidingen) en OCMW’, 224.

215 BOUVERNE-DE BIE, ‘Laat ons de geschiedenis meenemen’, 9-10; GLADINE-GEES, ‘Praten met Clara Smitt over de openbare centra voor maatschappelijk welzijn’, 10-11.

216 VRANKEN, VANHERCKE en CARTON, ‘Inleiding’, 17; PIETERS, ‘Het laatste recht’, 591.

217 VRANKEN, ‘Het OCMW’, 157; NOTREDAME, ‘Het OCMW op de drempel van de 21<sup>ste</sup> eeuw’, 47.





Affiche van de campagne van Welzijnszorg (1986).  
[Leuven, KADOC-KU Leuven]

mie van de hulpvrager. De uitvoering van sociale rechten en van de maatschappelijke dienstverlening wordt in de huidige actieve welvaartsstaat gekoppeld aan de voorwaarde van een actieve bereidheid van de rechthebbende om zijn eigen situatie te veranderen.<sup>218</sup> Om de maatschappelijke dienstverlening te verzekeren werkt het OCMW bijvoorbeeld ook samen met de private Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW). De Vlaamse overheid richtte die centra in de jaren 1990 op om de kwaliteit te verzekeren van en overzicht te brengen in het toegenomen aantal gespecialiseerde, ambulante initiatieven. De drempel van de CAW's wordt door velen ook als veel lager ervaren dan die van de 'stigmatiserende' OCMW's.<sup>219</sup> De inkanteling van het OCMW in de gemeente op 1 januari 2019 moet de toegang tot de grondwettelijke rechten verder vereenvoudigen. Critici van die hervorming waarschuwen echter dat door het verdwijnen van die autonome actoren ook het recht op maatschappelijke dienstverlening op de tocht staat.<sup>220</sup>

218 BOUVERNE-DE BIE en VAN EWIJK red., *Sociaal werk in Vlaanderen en Nederland*, 36.

219 VERSCHUERE en HERMANS, *Welzijn in Vlaanderen*, 147, 155-156; BOUVERNE-DE BIE, 'Laat ons de geschiedenis meenemen', 10; CAUTAERS, COUSAERT en SERRIEN red., *CAW en OCMW samen sterk op de eerste lijn*, 5-6.



Affiche uitgegeven door de Beweging van Mensen met een Laag Inkomen en Kinderen (BMLIK) voor de Dag van de Vierde Wereld (1994).

[Gent, Amsab-ISG, © Lieven Vandenberghe]

220 GORIS, *Sociaal.net*, 'Sleutelen aan geïntegreerd breed onthaal'; GRYPONPREZ en HERMANS, *Sociaal.net*, 'Integratie van het OCMW in de gemeente'. Voor toelichting van enkele OCMW-wetswijzigingen tussen 1976 en 1993 zie VERSCHAREN, *Burgerlijke godshuizen, burele van weldadigheid, commissies van openbare onderstand en openbare centra voor maatschappelijk welzijn*, 113-121; VAN LINDT red., *Met hoofd, hart en handen*, 117.



**TABEL 3**  
**WEERGAVE VAN HET BELGISCHE ARMOEDEBELEID VANAF HET EINDE VAN DE JAREN 1960**  
**TOT AAN HET EINDE VAN DE JAREN 1990**

	<b>Eind jaren '60 - begin jaren '70</b>	<b>Eind jaren '70 - begin jaren '80</b>	<b>Eind jaren '80</b>	<b>Jaren '90</b>
<b>Definiëring van armoede</b>	moderne armoede - inkomensgericht	nieuwe armoede - inkomens- en bestedingsgericht (schulden)	bestaansonzekerheid, kansarmoede en sociale uitsluiting – multidimensioneel	armoede, sociale uitsluiting en stedelijke armoede - multidimensioneel
<b>Verklaring van armoede</b>	mazen in het sociaal zekerheidsnet	hoge werkloosheid treft groot deel van bevolking	individueel tekort aan opleiding en tewerkstellingskansen	sociale grondrechten worden door samenleving niet gegarandeerd
<b>Maatschappelijke context</b>	kritiek op welvaartsstaat	economische crisis	economisch herstel	economische bloei - opkomst extreem rechts - globalisering
<b>Beleidsvisie</b>	sociaal zekerheidssysteem vervolledigen	weinig aandacht voor armoedebeleid – armen zijn mee verantwoordelijk	direct, residueel beleid, gericht op meest kwetsbare groepen	geïntegreerd, inclusief beleid – lokaal beleid
<b>Normatieve basis</b>	gunst	gunst en verdienste	verdiensite en recht	verdiensite en recht
<b>Maatregelen armoedebeleid (voorbeelden)</b>	installatie van minimumuitkeringen	besparingen in sociale uitgaven	tewerkstellingskansen verhogen door opleiding en begeleiding in private sfeer	activering in functie van tewerkstelling - herstel van sociaal weefsel
<b>Betrokken actoren</b>	centrale overheid	centrale overheid, welzijnsorganisaties	centrale en regionale overheid, middenveld, armoedeorganisaties	ook lokale overheid, armoedeorganisaties, middenveld, media

Bron: DIERCKX, 'Een beknopte genese van het armoedebeleid', 42.

## 5 MANTELZORG, EEN BENOEMDE VANZELFSPREKENDHEID?

Hoe veranderde de plaats van de ‘mantelzorger’ binnen het Vlaamse zorglandschap tijdens de tweede helft van de twintigste eeuw? Deze gevalstudie gaat eerst na hoe de vanzelfsprekendheid van de informele zorg in deze periode almaar afnam. Vervolgens bekijkt ze hoe verschillende actoren binnen de zorgsector op die ontwikkeling reageerden en hoe dat leidde tot een versterking van de professionele en informele thuiszorg.

In 1972 lanceerde de Nederlandse hoogleraar ziekenhuiswetenschappen Johannes C.M. Hattinga-Verschure (1914-2006) in zijn artikel ‘Ontwikkeling van zorgcriteria voor herstructurering van de gezondheidszorg’ de term ‘mantelzorg’. Hij definieerde dat begrip als “zorg vanuit een omgeving die ‘vanzelfsprekend’ wordt verstrekt en niet voor geld gekocht”.<sup>221</sup> Hattinga kaartte aan dat de wetenschap, maar ook de overheid nauwelijks aandacht hadden voor die belangrijke zorgsoort. Mantelzorg stond volgens hem ook meer en meer onder druk: “De bejaarde is eenzaam nu hij of zij niet langer op vanzelfsprekende wijze past binnen de mantelzorg van het gezin van een van zijn kinderen. [...] Naarmate de spontane mantelzorg steeds meer afbrokkelt voor een groeiende groep in de maatschappij [...], zullen zich meer situaties voordoen waarbij het individu in een toestand komt, die in het huidige bestel slechts kan worden opgevangen met het toverwoord ‘opname’, in een ziekenhuis, verpleegtehuis of ander inrichting.”<sup>222</sup>

De afgenomen vanzelfsprekendheid van de door Hattinga gemunte ‘mantelzorg’ was het resultaat van een lang en complex proces. De toenemende mobiliteit en (sub)urbanisatie in de loop van de twintigste eeuw vormden er een eerste factor van. Gezinnen vestigden zich alsmaar minder vaak in de onmiddellijke omgeving van hun bredere familie. De samenhang van lokale gemeenschappen werd losser. De stijgende welvaart en nieuwe ontspanningsmogelijkheden zoals de televisie versterkten die tendens. In de context van een groeiende welvaart genoten gezinnen en individuen een grotere beslissingsvrijheid. De maatschappelijke ontvoogding van vrouwen in de samenleving ging gepaard met hun grotere professionele activiteitsgraad op de arbeidsmarkt.<sup>223</sup> Een laatste en misschien wel doorslaggevende factor was de maatschappelijke overtuiging dat intramurale, professionele zorg kwalitatief beter was. Dat gold zowel voor de verzorging van zieken in hospitalen, als voor personen met een beperking in instellingen of voor ouderen in rusthuizen. Tot in de late jaren 1960 werden hulpbehoevenden en hun naasten



Foto uit de collectie Ziekenzorg CM.  
[Leuven, KADOC-KU Leuven]

door het beleid ook expliciet aangemoedigd om een beroep te doen op institutionele zorg.<sup>224</sup>

De professionele thuisverpleging, die in België vanaf de late jaren 1930 alsmaar beter werd georganiseerd, vormde een krachtige brug tussen de institutionele en informele zorg. Het was ook daar, bijvoorbeeld in het Wit-Gele Kruis, dat de luidste kritieken op de toenemende institutionalisering van de gezondheidszorg weerklonken én werd gewaarschuwd voor het snel oplopende kostenplaatje van dat model. Al eind jaren 1950 riepen onder meer de Belgische Vereniging van Ziekenhuizen en het Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verplegenden (NVKVV) de overheid op om meer in thuisgezondheidszorg te investeren. Daarbij verwezen ze naar de Verenigde Staten en Canada (*home-care programs*, vanaf 1947), Frankrijk (*l'hospitalisation à domicile*, vanaf 1957), Nederland (kraamzorg, vanaf 1943) en het Verenigd Koninkrijk (*home care scheme for sick children*, vanaf 1954). In 1963 betoogde ook de Raad van Europa in zijn rapport *Méthodes destinées à remplacer les soins hospitaliers*, dat de thuisverpleging moest gestimuleerd worden.<sup>225</sup>

Naar het einde van dat decennium en vooral in de loop van de jaren 1970 kwam het belang van de thuisgezondheidszorg nog uitdrukkelijker op de voorgrond. Aan argumenten was er geen gebrek. De tak gezondheidszorg van de sociale zekerheid vertoonde groeiende tekorten. Dankzij wetenschappelijke en technische vooruitgang waren er nu meer aangepaste (mobiele) medische apparaten. Ook de vergrijzing werd ingeroepen. De gemiddelde levensverwachting van de Belgen nam overhand toe, van 45 jaar in 1885, over 71 in 1965 tot nagenoeg 81 vandaag.<sup>226</sup> Maar bovenal maakten studies duidelijk dat thuiszorg een positieve impact had op de morele, psychologische en fysiologische weerstand van de patiënt. Dat bleek bijvoorbeeld uit het Experiment Thuisgezondheidszorg dat de Universiteit Antwerpen in 1971-1975 uitvoerde in samenwerking met middenveldorganisaties als de christelijke en socialistische mutualiteit, het Wit-Gele Kruis en verschillende diensten voor

221 HATTINGA-VERSCHURE, ‘Ontwikkeling van zorgcriteria’, 501.

222 HATTINGA-VERSCHURE, ‘Ontwikkeling van zorgcriteria’, 502-503.

223 LAERMANS, ‘Meer individuele mogelijkheden, minder sociale dwang?’, 139; VAN BAVEL en LAMMERTYN, *Het decor van de zorg*, 99; GEES, ‘Thuiszorg: ook jij kunt er ooit mee te maken hebben’, 5.

224 REYNIERS-LINS, ‘Onze aandacht voor het gehandicapte kind’, 38-39.

225 MASSION, *De thuisgezondheidszorg*, 6, 16-17, 49, 66, 76, 84.

226 StatBel, ‘Sterftetafels en levensverwachting’.



Foto's van de thuisverplegingsdiensten Wit-Gele Kruis en Familiehulp.  
[Leuven, KADOC-KU Leuven]

gezins hulp. De partners hielden een pleidooi voor een mentaliteitswijziging in het gezondheidsbeleid. Met uitzondering van de subsidiëring van thuiszorgdiensten, focuste de overheid al te nadrukkelijk op intramurale gezondheidszorg.<sup>227</sup>

In de ziekenhuiswet van 27 juni 1978, die de voorgaande van 1963 grondig bijstuurde, werd uitdrukkelijk gemikt op een verkorting van het gemiddelde ziekenhuisverblijf. De wet voorzag een raamwerk waarbinnen bepaalde diensten voor thuiszorgverlening konden worden erkend en gesubsidiëerd.<sup>228</sup> Na de tweede staatshervorming van 1980, waarbij de Vlaamse Gemeenschap bevoegdheden kreeg inzake welzijns- en gezondheidszorg, volgden verdere maatregelen. Zo richtte Vlaams minister van Volksgezondheid Roger De Wulf (1929-2016) in 1982 een werkgroep eerstelijnsgezondheidszorg op. Ook het Bejaardendecreet van 5 maart 1985 zette nadrukkelijk in op thuiszorg, ten koste van de residentiële bejaardenzorg.<sup>229</sup>

Hoewel Hattinga het concept 'mantelzorg' reeds in 1972 lanceerde, raakt het pas een decennium later ingeburgerd in Vlaanderen. In *De Volksmacht*, het weekblad van de christelijke arbeidersbeweging, dook het in maart 1983 op als "één van de vele 'nieuwe' termen die af en toe in onze oren blijven hangen [...] Heel simpel uitgedrukt wil het de zorg aanduiden, die de onmiddellijke omgeving: familieleden, vrienden, buren en beroepsgegoten voor iemand opbrengt. Het is een andere benaming voor het netwerk van goedwillende relaties dat gelukkig nog zeer vele mensen rondom zich geweven hebben. Eigenlijk een nieuw woord voor iets dat sinds mensenheugenis bestaat."<sup>230</sup>

227 *Evaluatieverslag experiment thuisgezondheidszorg*, 2, 4, 7, 215; BAEYENS, 'De ouderenvoorzieningen', 366-368.

228 PIRA, 'De troeven van de thuisgezondheidszorg', 5; *Wet tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging*, in *Belgisch Staatsblad* (12 juli 1978), 1024.

229 JACOBS en LODWIJCKX red., *Zicht op zorg*, 10; *Decreet houdende regeling van de erkenning en subsidiëring van voorzieningen voor bejaarden*; *Ziek zijn thuis, ieders zorg*, 70; VOGELS, *Het welzijnsbeleid in Vlaanderen*, 60; STEYAERT, *De welzijnszorg in de Vlaamse gemeenschap*, 10, 13, 15. Aan dergelijke decreten gingen meermaals belangrijke beleidsnota's vooraf, zoals het EPOS voor de gehandicaptensector en het HOME-rapport voor de gezins- en bejaardenhulp.

Tal van lokale initiatieven hebben in de jaren 1980 ingezet op de revalorisatie van de informele thuiszorg. Zo organiseerde het Sint-Jozefziekenhuis van Mechelen samen met de Christelijke Mutualiteit (CM) in november 1983 een eerste cursus waar gezinsleden leerden hoe ze een ziek of bejaard persoon thuis konden verplegen. Daarna volgden soortgelijke initiatieven in Antwerpen en Brussel.<sup>231</sup> Eveneens in november 1983 sprak professor Hugo Janssens (1944) op de CM-infobeurs Solivalida over de langzame herwaardering van thuiszorg. Als sleutelactoren noemde hij de huisarts, de verpleegkundige, de maatschappelijk werker en ook de informele zorgverstrekkers. Gezinsleden, familie, vrienden, buren, vrijwilligers en beroepsmensen moesten volgens hem samen een inspanning leveren. Dat kwam niet alleen de zieke ten goede, "ze verrijkt ook de menselijke kwaliteit van zijn omgeving en maakt het lijden dragelijker voor alle betrokkenen."<sup>232</sup> De idee van *community care*, wat inhoudt dat niet enkel de professionele zorgverstrekker, maar de volledige samenleving verantwoordelijk is voor haar kwetsbare burgers, vond langzaam maar zeker ingang in Vlaanderen.<sup>233</sup> Onder de vele promotoren vermelden we de Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen en haar voorzitter Tony Swinnen (1943-2011), hoogleraar geriatrie Jean-Pierre Baeyens<sup>234</sup>, maar ook de Landsbond van de Christelijke Mutualiteiten<sup>235</sup>.

De Vlaamse overheid zette vanaf 1985 sterker in op haar thuiszorgbeleid en kende daarbij een almaar grotere rol toe aan de mantelzorger. Zo werd in 1985 zowel in de beleidsnota *Een vernieuwd Vlaams gezondheidsbeleid* als in de regeringsverklaring van de Vlaamse Executieve gepleit voor een sterkere uitbouw van de thuiszorg, waarbij ook de zelfzorg en mantelzorg dienden bevorderd te worden.<sup>236</sup> Het Vlaamse

230 [H.B.K.], 'Mantelzorg: een mantel van zorg?', 8; SONCK, *Ziek zijn thuis is ook een zieke in huis*, 7, 42.

231 [G.D.], 'Gezin helpt zieke thuis verzorgen', 12.

232 PIRA, 'Ziek zijn thuis', 5. Solivalida werd georganiseerd door Ziekenzorg CM, het huidige Samana.

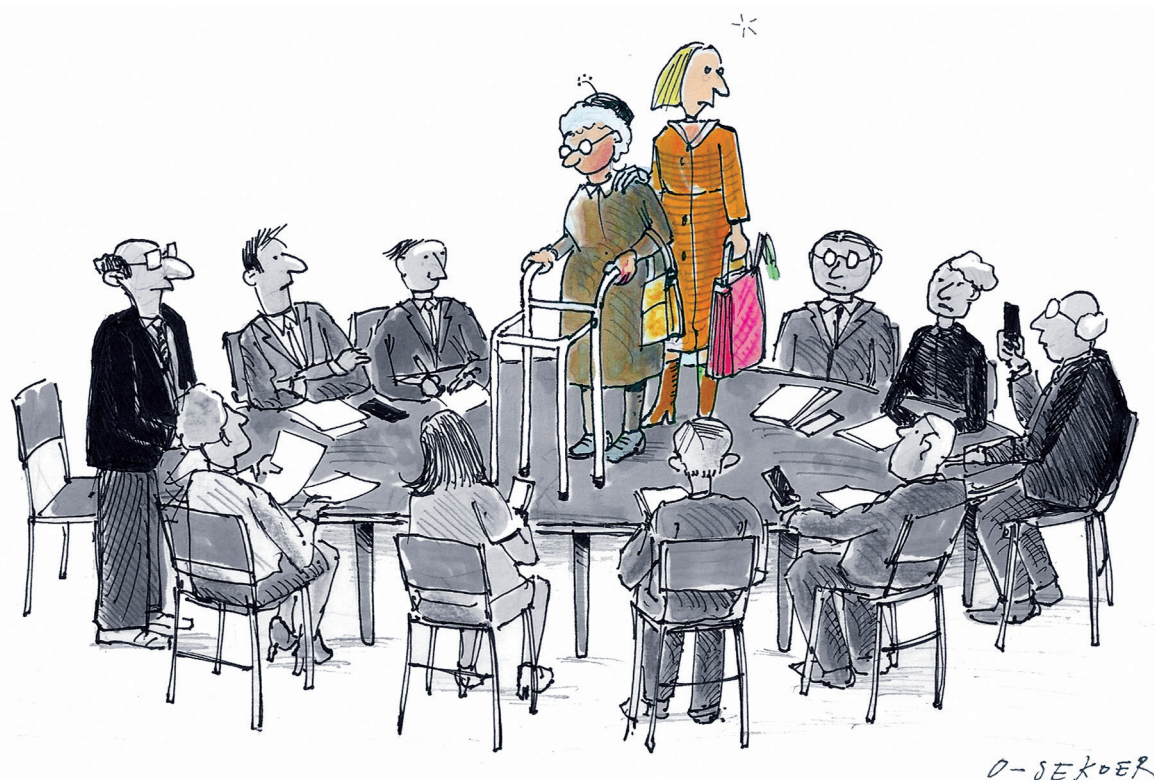
233 BRONSELAER e.a., *Wat weten we (niet) over informele zorg in Vlaanderen?*, 9, 16.

234 DURANT, 'Werken aan thuisgezondheidszorg', 4; *Ziek zijn thuis, ieders zorg*, 53-54, 63.

235 *Ziek zijn thuis, ieders zorg*, 66-67, 71.

236 *Vlaamse Raad, Beleidsnota: Een vernieuwd Vlaams gezondheidsbeleid*, 12 maart 1985; *Vlaamse Raad, Regeringsverklaring van de Vlaamse Executieve*, 12 december 1985.





Deze cartoon van mantelzorgvereniging Samana (voorheen Ziekenzorg CM) illustreert de actuele aandacht voor mantelzorg. [Brussel, Samana, ©o-sekoer]

regeerakkoord van januari 1988 betoogde dat het welzijns- en gezondheidsbeleid in de eerste plaats gericht moest zijn op de bevordering van de zelfredzaamheid van de hulpvrager en van het sociale netwerk rond de hulpvrager.<sup>237</sup> De Vlaamse overheid zette in op een mentaliteitswijziging, maar probeerde de mantelzorgers ook meer ondersteuning te bieden. Zo versterkte het Thuiszorgdecreet van 1998 het aanbod van thuiszorgdiensten via de erkenning en subsidiëring van nieuwe types van voorzieningen en verenigingen van mantelzorgers en gebruikers. Ook bij de ontwikkeling van de Vlaamse zorgverzekering (2001) kwam de mantelzorg uitdrukkelijk in beeld.<sup>238</sup>

Ondanks al die inspanningen nam de mantelzorgpraktijk in Vlaanderen verder af. De studiedienst van de Vlaamse regering berekende dat in 2011-2014 het aantal Vlamingen dat zorg droeg voor een naaste was gedaald van 38% naar 26%. Verder toonden cijfers uit de Eurobarometer aan dat de meerderheid van de Vlamingen professionele hulpverlening verkoos boven mantelzorg.<sup>239</sup> De moeilijke evenwichtsoefening

tussen de eigen job en de zorgtaak wordt vaak als reden ingeroepen. De officiële erkenning van mantelzorgers vanaf 12 mei 2014 en de toekenning van een mantelzorgpremie willen dat tegengaan.<sup>240</sup> Vandaag staan verschillende instanties en verenigingen in voor de verdere ondersteuning van mantelzorgers, zoals het Vlaams Expertisepunt Mantelzorg, Samana, Steunpunt Mantelzorg en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) met bijvoorbeeld de diensten ondersteuningsplan (DOP) en het persoonlijk-assistentiebudget (PAB). Ten slotte focust het *Vlaams Mantelzorgplan 2016-2020* op een toegankelijke informatieverstrekking, een ondersteuning op maat van de mantelzorg en een goede relatie met professionele zorgverstrekkers.<sup>241</sup> Het middenveld (beroepsverenigingen, mantelzorgorganisaties, gezinsbonden, mutualiteiten) stelt wel dat mantelzorg in de eerste plaats een keuze moet blijven en dat de mantelzorg nooit de enige verantwoordelijke mag zijn. Voldoende professionele zorg, samen met de hulp en het begrip van een ondersteunende gemeenschap moeten écht kiezen voor mantelzorg mogelijk maken.<sup>242</sup>

237 LAMMERTYN, *De welzijnszorg in de Vlaamse Gemeenschap*, 440.

238 JACOBS en LODEWIJCKX red., *Zicht op zorg. Studie van de mantelzorg in Vlaanderen in 2003*, 10-11.

239 VERSCHUERE en HERMANS, *Welzijn in Vlaanderen*, 136-137; VANDEURZEN, *Nabije zorg in een warm Vlaanderen*, 11, 14-15. Het is evenwel moeilijk om het aantal mantelzorgers correct te becijferen. Zo is er een grote groep zorgverstrekkers als mantelzorgers actief zonder dat ze zichzelf zo identificeren; VANDEN BOER en VANDERLEYDEN, 'Zorgpreferenties van ouderen', 202-203.

240 *Ontwerp van decreet houdende de begroting van de Vlaamse Gemeenschap voor het begrotingsjaar 1988*, 287; VOGELS, *Het welzijnsbeleid in Vlaanderen*, 131.

241 *Samana; Ma-zo; Vlaams Expertisepunt Mantelzorg*; VANDEURZEN, *Nabije zorg in een warm Vlaanderen*, 6-7, 15. Volgens de Studiedienst van de Vlaamse regering was 26,3% van de Vlamingen in 2015-2016 informele zorgdrager; *Zorg en gezondheid*, 'Vlaams Expertisepunt Mantelzorg'.

242 *Vlaams Welzijns Verbond*, 'Visietekst vermaatschappelijking van zorg en vrijwilligerswerk'; DECLERCQ, *Sociaal.net*, 'Mantelzorg staat onder druk'; *Ma-zo*, 'Wat is mantelzorg?'; *Gezinsbond*, 'De Gezinsbond wil betere ondersteuning van zorgende gezinnen'; *FNBV*, 'De rol van de mantelzorg binnen de vermaatschappelijking van de zorg'.

# 3 BESLUIT

Dit onderzoeksrapport heeft de ambitie om wat meer historische diepgang te geven aan de debatten die vandaag worden gevoerd onder de brede noemer van ‘vermaatschappelijking van de zorg’. Zowel het bondig historisch overzicht van de ontwikkelingen in de sectoren van zorg en welzijn tijdens de negentiende en twintigste eeuw, als de vijf thematische casestudies van specifieke debatten in het verleden focussen op wat we naar Horden en Smith de *locus of care* hebben genoemd: door wie, waar en hoe wordt zorg verstrekt? Bijzondere aandacht ging uit naar de taakstelling, meer bepaald naar de respectieve rollen en verantwoordelijkheden van de vele actoren op het terrein. In dit besluit willen we de belangrijkste evoluties nog even in herinnering brengen. Eerst schetsen we de centrale krachtlijnen in de geschiedenis van de Belgische/Vlaamse zorgsector in vogelvlucht, met aandacht voor de belangrijkste kantelpunten. Vervolgens maken we enkele kanttekeningen vanuit een transversaal perspectief.

## TAAKSTELLING IN VOGELVLUCHT

Een eerste belangrijk keerpunt situeert zich aan het einde van de achttiende eeuw. Het Franse revolutionaire bewind maakte komaf met het eeuwenoude quasi-monopolie van kerkelijke actoren in de sociale voorzieningen. De *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* van 24 juni 1793 verkondigde het ‘*droit aux secours*’ en noemde ‘weldadigheid’ (*bienfaisance*) een ‘*vertu laïque*’ en een nationale opdracht. De overheid eigende zich dat veld nadrukkelijk toe en droomde van een doorgedreven laïcisering en modernisering, met de lokale overheden als belangrijke spelverdelers. Er werden toen belangrijke impulsen gegeven aan de formalisering en zelfs institutionalisering van de zorgverlening, met bijvoorbeeld de oprichting van de lokale Burelen van Weldadigheid en Commissies van Burgerlijke Godshuizen, de voorlopers van de latere Commissies van Openbare Onderstand (1925) en de OCMW's (1976). Op de keper beschouwd bleef het publieke zorgaanbod evenwel uitermate bescheiden. Voor de rijke toplaag waren er diensten tegen betaling, maar het merendeel van de bevolking moest in noodsituaties zelf zijn boontjes doppen en was aangewezen op hulp van familie, buurt- of dorpsgenoten. In de belangrijkste zorgvoorzieningen (voor armoedebestrijding, gezondheidszorg, zorg voor ouderen, mensen met een beperking enzovoort) werden de aloude vormen van privaat-publieke samenwerking gecontinueerd. Andere terreinen werden nagenoeg volledig overgelaten aan het privé-initiatief. Voor tal van noden waren er nauwelijks of geen formele voorzieningen. Terwijl de steden nog over een

bescheiden zorginfrastructuur beschikten, was die op het platteland grotendeels afwezig.

Hoewel de sociale ellende in onze gebieden als gevolg van economische transitie en verstedelijking hand over hand toenam, met enkele hallucinante crisissen tot gevolg, bleef het zorgaanbod in Vlaanderen/België tot het einde van de negentiende eeuw op gebrekkige leest geschoeid. De Belgische overheid (1830) zag voor zichzelf op het sociale veld maar een beperkte rol weggelegd, grotendeels in het verlengde van haar missie tot het handhaven van de openbare orde. De onderstand moest de zichtbare armoede binnen de perken houden, sanitaire maatregelen en ingrepen moesten besmettelijke ziekten voorkomen of indijken en potentieel gevaarlijke zorgbehoevenden (bijvoorbeeld geesteszieken, maar ook landlopers) werden uit de samenleving verwijderd. De publieke kostprijs van de sociale voorzieningen hield men het liefst zo laag mogelijk. De overheid verwelkomde dus initiatief van en samenwerking met private, vooral kerkelijke (liefdadige), maar ook burgerlijke (filantropische) actoren. Een groeiend aantal religieuze congregaties creëerde in de negentiende eeuw een breed netwerk van zorgvoorzieningen. Die ‘goede werken’ sloten vanzelfsprekend aan bij de pastorale roeping van de initiatiefnemers. In de kerkelijke solidariteitsinitiatieven, maar ook in de liefdadige acties van de vrijzinnige burgerij voerden bevoogding en paternalistische moralisering de boventoon. Na 1850 namen de spanningen tussen voorstanders van openbare/neutrale zorgvoorzieningen en zij die ijverden voor een nog grotere armslag voor de kerkelijke initiatieven toe. De levensbeschouwelijke polarisatie tussen katholieken en liberalen over de taakstelling in de sociale voorzieningen bereikte een hoogtepunt tijdens de eerste schoolstrijd (1878-1884).

Vanaf het einde van de jaren 1880 brachten emancipatorische volksbewegingen de sociale kwestie nadrukkelijker op de politieke agenda. Werk, eigendom, onderwijs en ‘voorzienendheid’ werden naar voren geschoven als dé hefbomen tot duurzame sociale emancipatie en democratisering. Meer en meer sociale voorzieningen waren niet meer louter gericht op symptoombestrijding, maar wilden instrumenten aanbieden waarmee de gewone man zich weerbaarder kon maken. Om gezinnen te helpen die te bemachtigen en te hanteren, werd het middenveld ingeschakeld. Dat zou de solidariteit organiseren, ondersteund en gesubsidieerd door de overheid. Die context bood een voedzaam substraat aan de verzuiling. Ideologisch gestructureerde sociale organisaties creëerden voor hun achterban een brede waaier aan diensten en voorzieningen. Vooral aan katholieke zijde was de organisatiedrift nauwelijks tegen te houden. Want het aanbieden van ‘zorg voor eigen kring’ was onderdeel van een algemene mobili-

satiestrategie. De kerk wilde daarmee een antwoord bieden op de massificatie van de samenleving en een dam opwerpen tegen het socialisme en de door haar zo gevreesde 'verstaatsing' van het maatschappelijke veld. Ondertussen nam de medische wetenschappelijke kennis hand over hand toe, wat gepaard ging met een verdere uitbouw, specialisering, professionalisering en institutionalisering van de voorzieningen. De op wetenschappelijke inzichten gebaseerde *réforme sociale* – een begrip dat we voorzichtig durven verbinden met *social engineering* – brak definitief door. De overheid ontwikkelde een (schuchter) sociaal wetgevend kader, ontplooidde enkele belangrijke initiatieven inzake preventieve gezondheidszorg, maar bleef toch voornamelijk subsidiegever.

Het bezettingsregime tijdens de Eerste Wereldoorlog, een volgend belangrijk keerpunt, vormde een zeer bijzondere context. De zorgnoden waren enorm en vaak acuut. Het was duidelijk dat ze de draagkracht van zowel de publieke als de private actoren overstegen. Daarom bundelden ze hun krachten, bijvoorbeeld in de lokale afdelingen van het Nationaal Hulp- en Voedingscomité. Hoewel het aanbod ontoereikend bleef, bleek de oorlog een periode van politieke godsvrede die ruimte maakte voor het uitwisselen van expertise en zelfs voor methodische experimenten, bijvoorbeeld op het vlak van proactieve vormen van hulpverlening en preventieve gezondheidszorg. De modernisering en democratisering van de sociale voorzieningen belandden in een stroomversnelling en ook vrouwen kwamen nadrukkelijker op de voorgrond.

Na het einde van de oorlog viel de samenleving in een heel andere en democratischere plooi. Het verarmde en moeizaam herstellende België voerde in de jaren 1920 toch een actief sociaal beleid, met onder meer enkele belangrijke sociale wetten en grote inspanningen inzake sociale huisvesting. Gespecialiseerde nationale organisaties, de zogenaamde *œuvres nationales*, bekommerden zich om specifieke doelgroepen: jonge moeders en zuigelingen, tbc-lijdsters, oorlogsinvaliden en -wezen, blinden, slachtoffers van venerische ziekten enzovoort. De vangnetten van de volksverzekering werden verstevigd, met voor loonafhankelijken bijvoorbeeld een verplicht ouderdomspensioen (1924), een verzekering tegen beroepsziekten (1927) en kinderbijslag (1930). Over een verplichte ziekte- en werkloosheidsverzekering kon tussen de partijen toen geen compromis worden bereikt. Ziektekassen en vrouwenorganisaties trokken in hun sociaal-ideologische netwerken aan de kar bij het sensibiliseren van de bevolking inzake medische preventie en hygiëne. In 1925 werd de openbare bijstand enigszins gemoderniseerd en versterkt. Alvast in de steden speelden de nieuwe Commissies van Openbare Onderstand (1925) een belangrijke rol in de uitbreiding van de geneeskundige infrastructuur en voorzieningen: poliklinieken en ziekenhuizen, materniteiten, sanatoria, psychiatrische instituten, opvang van mensen met een beperking, bejaarden en behoeftigen enzovoort. De wetenschappelijke vooruitgang vuurde een verdere modernisering van de zorg aan. Gespecialiseerde opleidingen aan de universiteiten, maar bijvoorbeeld ook in sociale scholen (1920) en verpleegstersinstituten, leverden experts af die dat groeiende ondersteuningsapparaat stapsgewijs profes-

sionaliseerden. Het aandeel van lekenpersoneel in zorginstellingen nam toe. Vooral in de talrijke katholieke instellingen en voorzieningen werden die tendensen met argwaan gevolgd. Daar onderschreef men de nood aan meer samenwerking tussen publieke en particuliere actoren, maar was men toch bang voor het groeiende overheidsbeslag. Er klonken waarschuwingen dat een al te nadrukkelijke institutionalisering de "soepelheid en spontaneïteit" van de zorgvoorziening kon kortwieken. In de context van de economische crisis van de jaren 1930 en de Tweede Wereldoorlog werd opnieuw duidelijk dat om tegemoet te komen aan de grote zorgnoden onder de bevolking, een collectieve inzet van alle betrokken partijen vereist was. Een creatief samenspel van private en publieke voorzieningen, van formele en informele vormen van solidariteit en ondersteuning moest tot stand komen.

De doorbraak van de welvaartsstaat in de naoorlogse decennia vormt een volgend belangrijk keerpunt in ons verhaal. De in de vierde casus onderlijnde impact van de *Universele Verklaring van de Rechten van de Mens* (1948) kan niet worden overschat. Ook in België vond op sociaal vlak een grote sprong voorwaarts plaats, met bijvoorbeeld een in sociaal overleg verankerd tewerkstellingsbeleid, verplichte sociale zekerheid (1944) en beveiligde koopkracht voor werknemers. Maar toch was het merendeel van de evoluties die zich in de naoorlogse decennia hebben doorgezet, al tijdens het interbellum merkbaar: snel toenemende wetenschappelijke kennis en specialisatie, stelselmatige uitbreiding en verfijning van de sociale verzekeringen, verdere professionalisering en institutionalisering van het zorgaanbod, groeiende aandacht voor vergeten sociale noden en groepen: bejaarden, langdurig zieken, vluchtelingen en migranten enzovoort. De formele zorgvoorzieningen, zowel de publieke als die van de vrije non-profitsector, die alsmat guller werd betoelaagd door de overheid, zaten duidelijk in de lift. De groeiende welvaart liet dat ook toe. Tussen 1961 en 1973 verdubbelde in België de economische groei, de koopkracht van de bevolking nam toe. De overheid voerde een beleid van economische en sociale programmatie, gericht op welvaartsverspreiding en een voor iedereen toegankelijk zorgaanbod, met bijzondere aandacht voor achtergebleven regio's. Toch bleef de informele zorgverlening van groot belang en ontstonden er buiten de uitdeinende gesubsidieerde non-profitsector in de zorg ook tal van nieuwe, vaak grassroots initiatieven. Het ging dan bijvoorbeeld om buurt- of jeugdwerk of om acties voor vergeten kansengroepen zoals gezinnen van arbeidsmigrantinnen die zich hadden gevestigd in de verloederde binnensteden. Die vaak erg maatschappijkritische actoren wezen op de gaten in de netten die door de welvaartsstaat waren gespannen. Zoals al aangehaald, groeide er ook kritiek op de doorgedreven institutionalisering van de sociale dienstverlening en pleitte men voor andersoortige, beter maatschappelijk ingebedde voorzieningen. Dat gebeurde niet alleen in de psychiatrie, maar bijvoorbeeld ook in de sociale zekerheid en de armoedebestrijding. Organisatiestructuren werden herdacht, de multidimensionaliteit en relationaliteit van zorgproblematieken werden verder ontrafeld. De zorgvrager kwam centraler te staan, zijn relatie met de zorgaanbieders veranderde fundamenteel en er werd gestreefd naar een integrale be-



nadering van zijn problematiek. Veel voorzieningen, ook de oudere en meer gevestigde, ondergingen een ingrijpend verpoppingsproces. Dat hing samen met een generatiewisseling, maar werd ook aangevuurd door nieuwe wetenschappelijke inzichten, de maatschappelijke secularisering en democratische stroomversnelling van de jaren 1960, de groeiende inbreng en mondigheid van de ‘cliënten’.

Toen tijdens de jaren 1970 duidelijk werd dat de periode van economische hoogconjunctuur voorbij was en de overheid opnieuw geconfronteerd werd met budgettaire problemen, kwam er een einde aan de ongebreidelde expansie van het professionele zorgaanbod. Gradueel groeide het inzicht dat de welvaartsstaat grondig moest worden verbouwd, wilde men er op termijn de betaalbaarheid van garanderen. De soberheidspolitiek zette vooral vanaf 1982 krachtig door. De overheid bespaarde zelf en spoorde de door haar gesubsidieerde actoren aan tot rationalisatie en efficiëntie. In de gezondheidszorg bijvoorbeeld streefde men naar een verkorting van de verblijfsduur in (dure) ziekenhuizen en werd nadrukkelijker ingezet op een spreiding over verschillende zorgniveaus of -lijnen, met daarbij een prominenter rol voor thuisverpleging, mantelzorg en zelfhulp. In sommige sectoren kwam er ook meer ruimte voor een zorgaanbod door commerciële actoren. Vandaag streeft het beleid expliciet naar een hechtere samenwerking tussen formele en informele zorgverstrekkers, opdat die als een continuüm een integrale, inclusieve en kwaliteitsvolle zorg kunnen garanderen. De zorgontvanger wordt in dat alles ook in alsmaar hogere mate geactiveerd en geresponsabiliseerd, bijvoorbeeld door de toekenning van persoonlijke budgetten en een aanbod op maat.

## VANUIT EEN TRANSVERSAAL PERSPECTIEF

De ‘zorglocus’, met name de taakstelling in en de wijze waarop zorg wordt georganiseerd, is een kwestie waarover in historisch perspectief al heel lang en druk wordt gedebatteerd. Dat is een eerste en misschien wel belangrijkste vaststelling van dit rapport. Wie zich vandaag mengt in de breedvoerige en niet altijd in een zuivere terminologie gevoerde woordenstrijd over ‘vermaatschappelijking’, dient zich van die diepe wortels rekenschap te geven. Ongetwijfeld reiken die wortels nog verder dan de lange negentiende en twintigste eeuw, de periode die in dit rapport centraal staat. Een verdere zoektocht in vroegere eeuwen, dus voor de doorbraak van de moderniteit en de opkomst van publieke zorgvoorzieningen, zou ongetwijfeld nog meer sporen kunnen opleveren. Ook toen al werden standpunten geformuleerd over sociale prioriteiten, (complementaire) verantwoordelijkheden of over de grenzen van de al dan niet georganiseerde solidariteit. De historische diepgang en intensiteit van het actuele maatschappelijk debat over dat alles mag niet verbazen. Deze kwestie drukt ons immers met de neus op een fundamentele vraag: in welke samenleving willen wij leven: een *Gemeinschaft* met sterke samenhang en affectieve bindingen of een meer

formele, zelfs contractuele *Gesellschaft*? De debatten over de taakstelling en de complementaire verantwoordelijkheden in de zorgsector vertrekken daarom zelden vanuit een neutrale analyse, maar zijn diep verankerd in mens- en maatschappijbeelden, soms zelfs in een visie op de dominante krachten van de sociale geschiedenis.

Een tweede belangrijke vaststelling is dat de *locus of care* ook in historisch perspectief een uitermate veelzijdige kwestie was. We gaan ervan uit dat even terugblikken op dat verleden kan helpen om wat meer structuur te brengen in het contemporaine debat. Toch is ook de geschiedenis van de sector erg complex. In ieder geval kwamen er tijdens de voorbije eeuwen in de discussies over de taakstelling in de zorg, de responsabilisering van alle betrokken partijen en het onderling afstemmen van verantwoordelijkheden tal van spanningsvelden tot uiting. Die waren ook met elkaar vervlochten. We zetten de belangrijkste nog even op een rijtje: de plaats en invloed van enerzijds private en anderzijds publieke voorzieningen, zelfhulp versus recht op bijstand, institutionele versus familiale en gemeenschapszorg, formele/professionele versus informele/vrijwillige zorg en hoe die op elkaar afstemmen enzovoort. Er zijn tussen die kwesties tal van verbanden te leggen, de vijf geanalyseerde casussen tonen alvast hoezeer ze op elkaar inhaken.

Het eerste debat over de voorrang van de staat of het middenveld in de strijd tegen armoede bijvoorbeeld, kan bezwaarlijk worden geïnterpreteerd als een louter levensbeschouwelijke kwestie. De ideologische neutraliteit van de voorzieningen was inderdaad een belangrijk strijdpunt, maar de voorstanders van de private liefdadigheid argumenteerden ook met verve dat initiatieven die groeiden van onderuit, veel flexibeler, deskundiger, toegankelijker, efficiënter en vooral menselijker waren. De terreinkennis, maar ook de ‘warme vrijgevigheid en vrijwillige betrokkenheid’ van de zorgaanbieders maakten het verschil. Betaalbaarheid werd in de negentiende eeuw eveneens als argument ingeroepen om de staat en zijn instellingen op afstand te houden. Dat vertoog heeft de geschiedenis van de zorgsector in belangrijke mate gekleurd, maar de effectieve impact werd nog onvoldoende door onderzoek geëxpliciteerd. De negatieve beeldvorming van ‘de instelling’ als onpersoonlijke, machineachtige structuur bijvoorbeeld is ouder dan vaak vermoed. Ze werkt ook vandaag nog door. We moeten ons ook de vraag stellen of het positieve imago dat in historisch perspectief als vanzelfsprekend aan kleinschalige en informele zorgverlening wordt toegerekend, wel terecht is. De grenzen tussen klein en groot, tussen formeel en informeel zijn soms vaag. Historici zien soms ook over het hoofd dat de aanvankelijk kleine, door private actoren uit de grond gestampte voorzieningen later vaak zelf een stapsgewijs proces van professionalisering, specialisatie, institutionalisering en schaalvergroting doormaakten.

Ook het in de derde casus geanalyseerde debat over de professionalisering van de verpleegkunde vertoont levensbeschouwelijke angeltjes. Deze casus maakt evenwel vooral duidelijk hoe de formalisering en professionalisering van voorzieningen werden aangevuurd door wetenschappelijke

en maatschappelijke verwachtingen en het daarmee samenhangend wettelijk raamwerk van erkenning en subsidiëring. Professionaliteit en menselijke betrokkenheid konden met elkaar worden verzoend. Door het voortschrijdende proces van institutionalisering en professionalisering nam de maatschappelijke kostprijs van de zorg in de verschillende sectoren wel stelselmatig toe. De tegenbeweging die werd ingezet vanaf de jaren 1970-1980, speelde in op de wetenschappelijke inzichten dat kwaliteitsvolle extramurale zorgvormen wel degelijk een meerwaarde boden. Maar in hun nobel streven naar een meer humane zorgverlening, zochten beleidsvoerders in de niet-institutionele en zelfs informele zorgcontext toch ook naar pistes om de kosten te drukken.

Dit alles maakt duidelijk dat het een karikatuur is om de geschiedenis van de zorgsector te verbeelden als een voortschrijdend en rechtlijnig proces van formalisering en institutionalisering. Hoewel de vigerende historiografie nog een onvolledig beeld biedt, kan alvast worden vastgesteld dat die processen in de verschillende sectoren allerminst synchroon verliepen. Sommige zorgsectoren waren er ook minder vatbaar voor. Daarbij moet ook worden aangestipt dat de expansie van het zorglandschap zeer traag verliep. Tot en met het einde van de negentiende eeuw bleven het publiek zorgaanbod en de daartoe bestemde publieke middelen erg bescheiden. Een kentering kwam er pas na de Eerste Wereldoorlog, parallel met de democratisering van de samenleving en het groeiend succes van de sociale verzekeringen. Pas na de Tweede Wereldoorlog, tijdens de zogenaamde *trente glorieuses* (1945-1975), werd het aanbieden van een brede, doeltreffende sociale bescherming en van voorzieningen voor de hele bevolking een centrale doelstelling van de inclusieve welvaartsstaat. Ook in die context bleek al snel dat er groepen en behoeften waren vergeten, dat er gaten zaten in de vangnetten of dat sommige wachtlijsten wel erg lang werden. Naarmate de welstand toenam, werden zorgnoden die men vroeger ietwat vanzelfsprekend tot de verantwoordelijkheid van individuen en gezinnen rekende, op het maatschappelijke niveau getild. Ze vergden daardoor een beleidsmatig antwoord en een collectief zorgaanbod. Dat proces werd opnieuw aangestuurd door grassroots initiatieven, informeel en gedragen door vrijwillig engagement. Ze wezen op vergeten groepen en problematieken, legden de vinger op deficiënte procedures en praktijken, ze stelden grenzen aan de tendens tot schaalvergroting en professionalisering, experimenteerden en introduceerden methodische innovaties, wezen alternatieve paden aan. Vandaar de tegenbeweging die pleitte voor een revalorisatie van extramurale zorg en voor een grotere responsabilisering van en meer keuzevrijheid voor de zorgvrager. Daarbij ging men soms wel voorbij aan het feit dat de structuren die voor die informele inbedding van de zorg werden gemobiliseerd (buurten, middenveld, gezin, familie enzovoort) ook aan een snel tempo van gedaante veranderden.

De vaststelling dat zorg een gedeelde verantwoordelijkheid is en het daaraan gelieerde streven naar complementaire oplossingen en samenwerking tussen alle betrokkenen zijn andere terugkerende motieven in de geschiedenis van de

sector. De in de tweede casestudie behandelde campagne tegen alcohol- en andere verslavingen is daar een mooi voorbeeld van. Lange tijd werd die problematiek als een louter individuele verantwoordelijkheid bestempeld. De omslag naar het publieke domein kwam er pas aan het einde van de negentiende eeuw. Dat de overheid niet sneller regulerend optrad, had onder meer te maken met economische (en fiscale) overwegingen, maar het was ook waar dat die 'plaag' als zo omvattend werd beschouwd, dat ze louter in gesloten slagorde kon worden aangepakt. Alle maatschappelijke geledingen (overheid, kerk, het middenveld van alle kleuren en natuurlijk ook de gezinnen) dienden zich te engageren. De militante termen waarin de strijd tegen de 'alcoholduivel' werd verbeeld, waren dus niet toevallig. Ook in de strijd tegen de armoede, in het bijzonder tijdens crisismomenten zoals de twee wereldoorlogen, werd er opgeroepen tot een algemene mobilisatie.

Misschien dienen de huidige debatten over de vermaatschappelijking van de zorg vooral een gelijkaardig mobiliserend effect. De noden en uitdagingen vandaag zijn van die orde dat zich een algemene bezinning over de toekomst opdringt, dat alle maatschappelijke actoren moeten meewerken aan oplossingen, dat er in een breed perspectief naar een toekomstgerichte consensus moet worden gezocht. Daarbij moet evenwel een kanttekening worden geplaatst. Het balanceren van middelen en behoeften is in historisch perspectief een weerkerend gegeven, niet alleen in de zorgsector, maar bijvoorbeeld ook in het onderwijs. Het bijsturen van de *locus of care* kan helpen om die balans te herstellen of zelfs een duurzaam evenwicht te bereiken. De vraag naar waar en door wie de zorg wordt verstrekt, is evenwel niet noodzakelijk dezelfde als die naar de finale financiële verantwoordelijkheid. In het Britse debat over de taakstelling in de zorg werd tijdens de jaren 1970 weleens opgemerkt dat *community care* wel degelijk *care in and by the community* was. Het meer verankeren van de zorg voor kwetsbare personen in de samenleving, zelfs het inzetten op vormen van zorgverstrekking in informele context, ontslaat de samenleving namelijk niet van haar collectieve verantwoordelijkheid. Zo blijkt uit de talrijke verzuchtingen vanuit het middenveld. Anno 2019 wordt zorg dus gezien als een maatschappelijke opdracht.



# 4 BIBLIOGRAFIE

- 4 avril 1908 - Arrêté royal - Institution d'un certificat de capacité pour infirmiers, in *Pasinomie: collection complète des lois, décrets, arrêtés et règlements généraux qui peuvent être invoqués en Belgique*, Brussel, 1908, 180-181.
- AA Vlaanderen, 2019 (<https://www.aavlaanderen.org/>). Geraadpleegd op 8 januari 2019.
- Aide et soins à domicile, 2018 (<http://www.aideetsoinsadomicile.be/nl>). Geraadpleegd op 30 augustus 2018.
- 'Alcoholisme', *Vrouwenbeweging. Orgaan der Vlaamsche Vrouwengilden*, 1 (1914), 8-9.
- ARGUELLO, J., 'L'introduction du nursing laïque en Belgique (1882-1914)', *Sextant*, 3 (1995), 64-82.
- Associatie KU Leuven: Samen sterker, 2018 (<https://associatie.kuleuven.be/agenda/studiedagen/verschil-hbo5-verpleegkunde>). Geraadpleegd op 30 oktober 2018.
- BAERT, H., 'Welzijnswerk in veranderende relaties', M. D'HOKER en M. DEPAEPE ed., *Op eigen vleugels*, Antwerpen, 2004, 483-494.
- BAEYENS, J.P., 'De ouderenvoorzieningen', J. DE MAEYER e.a., *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, 1998, 361-369.
- BARE, S., *Het Wit-Gele Kruis, 1937-2007*, Leuven, 2007.
- BARREZ, J., *Voorbij het 'goud' van de jaren zestig. Armoede in de welvaartsstaat in België (1958-1973)*, onuitgegeven licentiaatsverhandeling, KU Leuven, 2016.
- Begroting van het Ministerie van Arbeid en Sociale Voorzorg voor het dienstjaar 1951, Kamer - Parlementaire Handelingen N. 384, De Commissie voor Arbeid en Sociale Voorzorg, Brussel, (21 maart 1951).
- Besluit van de Vlaamse Regering betreffende het algemeen welzijnswerk, Vlaamse Regering, Brussel, 2013.
- BEYEN, M. en DESTATTE, P., 'Een ander land van 1970 tot vandaag', V. DUJARDIN e.a. red., *Nieuwe geschiedenis van België*, 3 dln., Tielt, 2005-2009, 1535-1947.
- Boter bij de vis. Landbouw, Voeding en Eerste Wereldoorlog, 2018 (<https://www.boterbijdevisw1.be/>). Geraadpleegd op 29 augustus 2018.
- BOUVERNE-DE BIE, M., 'De pedagogisering van sociale problemen. Historische ontwikkelingen in de jeugdwelzijnswerk in Vlaanderen', *Tijdschrift voor Sociale Wetenschappen*, 36 (1991), 1-15.
- BOUVERNE-DE BIE, M., 'Laat ons de geschiedenis meemenen. 30 jaar OCMW', *OCMW-visies*, 22 (2007), 8-13.
- BOUVERNE-DE BIE, M. en VAN EWIJK, H. red., *Sociaal werk in Vlaanderen en Nederland: een begrippenkader*, Mechelen, 2008.
- BRABANT, J.M.J., *De jeneverplaag of het alcoholisme in België*, Hasselt, 1896.
- BRANDON, D., 'The Monastic Tradition and Community Care', JACK, R., *Residential versus Community Care: The role of institutions in welfare provision*, Hampshire, 1998, 112-123.
- BRONSELAER, J., *Wat weten we (niet) over informele zorg in Vlaanderen? Voorstel voor het dichten van de cijfer- en kennislacunes*, Brussel, 2018.
- BRUNEEL, C., 'Bijstand aan de bevolking en gezondheidsbeleid', J.M. DUVOSQUEL en H. HASQUIN red., *België onder het Frans bewind 1792-1815*, Brussel, 1993, 271-299.
- BRUYNEEL, E., *De Hoge Gezondheidsraad (1849-2009). Schakel tussen wetenschap en volksgezondheid*, Leuven, 2009.
- BURGER, G.T.M. red., *Verplegen van verstandelijk gehandicapten*, Houten, 2005.
- CALLAHAN, D., 'The WHO definition of 'health'', *The Hastings Center Studies*, 3 (1973), 77-87.
- CAW en OCMW samen sterk op de eerste lijn, Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten vzw en Centrum Algemeen Welzijnswerk, 2017.
- CHRISTENS, R. en DE DECKER, A., *Vormingswerk in vrouwenhanden. Deel 2: De geschiedenis van de KAV voor de Tweede Wereldoorlog (1920-1940)* (Vrouw en opvoeding, 6), Leuven, 1988.
- COCRIAMONT, M., 'Soigner les corps et les âmes: Les Sœurs Augustines des hôpitaux Saint-Jean et Saint-Pierre à Bruxelles au 19e siècle', *Sextant*, 3 (1995), 19-38.
- COENEN, M.T., *La formation des travailleurs sociaux, une histoire d'école*, Brussel, 2013.
- Congrès international de bienfaisance de Francfort-sur-le Mein. Session de 1857, 2 dln., Brussel, 1858.
- DAMBRE, W. en VAN DEN BRANDE, A. 'De invloed van het Sociaal Pact op regering en parlement (1944-1954)', D. LUYTEN en G. VANTHEMSCHE red., *Het Sociaal Pact van 1944. Oorsprong, betekenis en gevolgen*, Brussel, 1995, 191-210.
- DEBAENE, R., 'Vermaatschappelijking van zorg. Beschaven of besparen?', 5 (2014), *Alert*, 32-38.
- DE BEUL, L., 'Recht op bestaansminimum door het invoeren van het leefgeld', *Vrouwenbeweging*, (1974), 8-10.
- DE BIE, M. en VANDENBUSSCHE, J., '40 jaar OCMW-praktijk op de spanning tussen bijstand als sociaal beleidsinstrument en bijstand als sociaal grondrecht', M. DE WILDE e.a. red., *40 jaar OCMW en bijstand*, Leuven, 2016, 49-64.
- DE BONT, R., 'Meten en verzoenen. Louis Vervaeck en de criminele antropologie, 1900-1940', J. TOLLEBEEK, G. VANPAEMEL en K. WILS red., *Degeneratie in België*, Leuven, 2003, 185-225.
- DEBRAUWERE, J., *Het beeld van de alcohol. Een historische discoursanalyse van de antialcoholcampagnes tussen 1879 en 1919*, onuitgegeven licentiaatsverhandeling, Vrije Universiteit Brussel, 2007.

- DE BROUCKERE, C., *La charité et l'assistance publique*, Brussel, 1853.
- DECLERCQ, A., *Sociaal.net* (<https://sociaal.net/>). Geraadpleegd op 8 januari 2019.
- DE CLERCQ, C., 'Totstandkoming en doelstelling van de wet van 7 augustus 1974', R. BLANPAIN red., *Bestaansminimum. Een juridische en sociologische analyse van de wet van 7 augustus 1974 tot instelling van het recht op een bestaansminimum* (Reeks Sociaal Recht, 10), Deurne, 1980, 1-14.
- Decreet houdende regeling van de erkenning en subsidiëring van voorzieningen voor bejaarden*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 1985.
- DECRUYNAERE, F. red., *De kracht van het engagement. De vermaatschappelijking van de zorg in de dagelijkse praktijk*, Brussel, 2013.
- DE DIJN, H., 'Vermaatschappelijking van de zorg. In welke maatschappij?', W. WEYNS, A. ESTOR en S. GEUDENS red., *Marktisme. Kritiek op het berekend samenleven*, Kalmt hout, 2013, 187-198.
- DEFERME, J., *Uit de ketens van de vrijheid: Het debat over de sociale politiek in België, 1886-1914*, Leuven, 2007.
- [DE FONTEYNE, F.X.], *Aenmerkingen wegens de proef op den dans*, Brugge, 1816.
- DE GRAEVE, S., *Professionele zorgverstrekking en gender: dienende liefde bij verpleegsters en vroedvrouwen 1907-1946*, onuitgegeven licentiaatsverhandeling, KU Leuven, 1988.
- DELATTRE, L., 'Chronique du médecin - Infirmières souillons, infirmiers bourreaux', *Le Petit Bleu du matin*, 17 avril 1910, 1.
- DELAUNOIS, *Entretiens sur l'intempérance: misère, maladie, crime*, Brussel, 1890.
- DE MAEYER, J., 'Les dames d'œuvres. 19<sup>de</sup>-eeuwse vrouwen van stand en hun zoektocht naar maatschappelijk engagement', L. VAN MOLLE en P. HEYRMAN red., *Vrouwenzaken zakenvrouwen. Facetten van vrouwelijk zelfstandig ondernemerschap in Vlaanderen, 1800-2000*, Leuven, 2001, 109-127.
- DE MAEYER, J. en DEFERME, J., 'Vrouwelijke religieuzen in de openbare en private gezondheidszorg in België van de negentiende en twintigste eeuw: tussen traditie en moderniteit', L. LABBEKE, V. POELS, R. WOLFS, *Bezielde zorg: Verpleging door katholieke religieuzen in Nederland en Vlaanderen (negentiende - twintigste eeuw)*, Hilversum, 2005, 10-28.
- DE MAEYER, J. en DHAENE, L., 'Sociale emancipatie en democratisering: de gezondheidszorg verzuild', J. DE MAEYER, e.a. red., *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, 1998, 151-166.
- DE MAEYER, J., HEYRMAN, P. en QUAGHEBEUR, P., 'Een glorieus verleden: de Vincentianen in Gent (1845-1992)', J. DE MAEYER en P. WYNANTS red., *De Vincentianen in België, 1842-1992* (KADOC-Studies 14), Leuven, 1992, 279-316.
- DE MAEYER, J. en WYNANTS, P., 'Inleiding', J. DE MAEYER en P. WYNANTS red., *De Vincentianen in België, 1842-1992* (KADOC-Studies 14), Leuven, 1992, 7-24.
- DE MERODE, J., 'Œuvre Saint-Camille. Formation d'infirmières religieuses', *Verslagen Katholiek Congres Mechelen 23-26 september 1909. Godsdienstige, liefdadige, sociale en economische werken: Vrouwenafdeeling*, Brussel, 1909, 201-206.
- DE MUNCK, L., 'Soms genezen, dikwijls verlichten, altijd troosten.' *Belgische verpleegsters tijdens de Eerste Wereldoorlog*, onuitgegeven masterproef, KU Leuven, 2017.
- DENECKERE, G., *Geuzengeweld: Antiklerikaal straatrumoer in de politieke geschiedenis van België: 1831-1914*, Brussel, 1998.
- DENECKERE, G., 'Nieuwe geschiedenis van België, 1878-1905', V. DUJARDIN e.a. red., *Nieuwe geschiedenis van België*, deel 1, 1830-1905, Tielt, 2005, 447-664.
- DENIER, Y., DHAENE, L. en DEGADT P., *Kiezen is winnen. Een kompas voor keuzes in de zorg*, Leuven, 2017.
- DEPAGE, A. en GALLET, A., 'Les progrès de la chirurgie considérés au point de vue de l'administration hospitalière', *Revue de l'Université de Bruxelles*, 6 (1901), 501-515.
- DEPREEUW, W., *Landloperij, bedelarij en thuisloosheid. Een socio-historische analyse van repressie, bijstand en instellingen* (Interuniversitaire reeks Criminologie en Strafwetenschappen 16), Leuven, 1988.
- DEPUYDT, J., 'Gezondheidszorg van de middeleeuwen tot het einde van de 18de eeuw', J. DEPUYDT e.a. red., *Het Verbond der Verzorgingsinstellingen, 1938-1988. 50 jaar ten dienst van de Caritas-verzorgingsinstellingen*, Leuven, 1988, 17-35.
- DEPUYDT, J., 'Ontplooiing van het V.V.I.' J. DEPUYDT, e.a. red., *Het verbond der verzorgingsinstellingen, 1938-1988*, Leuven, 1988, 125-166.
- DE ROOY, P., 'Het steigerwerk van Spencer. Over de kracht van biomedische metaforen', L. NYS e.a. red., *De zieke natie*, Groningen, 2002, 388-398.
- DE ROUCK, S., *Armenzorg op het platteland: de financiële organisatie van vier armentafels in het Land van Rode*, onuitgegeven licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 2010.
- 'De Strijd tegen den Alcohol', *Vrouwenbeweging. Orgaan der Vlaamse Vrouwengilden*, 4(1914), 55-56.
- DEVOS, I., 'Ziekte: een harde realiteit', J. DE MAEYER, e.a. red., *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, 1998, 117-129.
- DE VOS, K., *Institutionalisering van een pedagogische paradox: sociaal-pedagogische benadering van de geschiedenis van de jeugdzorg vanaf de Belgische onafhankelijkheid tot aan het decreet Integrale Jeugdhulp van 12 juli 2013*, Antwerpen, 2017.
- DEWALLENS, F., 'Het functioneel samenwerkingsverband en de ziekenhuisassociatie: een contextuele analyse van twee dienstgewijze samenwerkingsverbanden', A. PRIMIS e.a. red., *Liber Amicorum André Primis* (Reeks Recht en Gezondheidszorg, 3), Gent, 1995, 126-148.
- DE WILDE, L., VANOBBERGEN, B. en VANDENBROECK, M., 'On voit bien que c'est un petit malheureux des Hospice. The child, the body and the bath in nineteenth-century Belgium: a cure for the future?', C. DE SPIEGELEER red., *The civilizing offensive: Social and educational reform in 19th century Belgium*, [Berlijn], 2019, 131-160.



- DHAENE, L., 'Stichting van Caritas Catholica en de eerste werkingsjaren', J. DEPUYDT, e.a. red., *Het verbond der verzorgingsinstellingen, 1938-1988*, Leuven, 1988, 61-84.
- DHAENE, L., 'Stichting en uitbouw van het V.V.I.', J. DEPUYDT, e.a. red., *Het verbond der verzorgingsinstellingen, 1938-1988*, Leuven, 1988, 85-124.
- DHAENE, L. en TIMMERMANS, R., 'De privé-ziekenhuizen', J. DE MAEYER, e.a. red., *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, 1998, 331-343.
- DIERCKX, D., 'Een beknopte genese van het armoedebeleid', B. VAN ROBAYES, D. DIERCKX en J. VRANKEN, (G)een blad voor de mond. *Spanningsvelden bij de participatie van armoedeverenigingen aan het armoedebeleid* (Reeks Actuele Problemen met betrekking tot Sociale Cohesie, 8), Gent, 2005, 32-50.
- Digithèque de matériaux juridiques et politiques*, 2018 (<http://mjp.univ-perp.fr/>). Geraadpleegd op 16 oktober 2018.
- DIRICKX, L. en BERGER, J.M., *Van openbare onderstand naar maatschappelijk welzijn*, s.l., 1975.
- Documents parlementaires et discussions concernant le projet de loi sur les établissements de bienfaisance*, 4 dln., Brussel, 1857.
- DOMS, A. en HERTECANT, G., 'Het gezondheidsbeleid', J. DE MAEYER, e.a. red., *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, 1998, 271-284.
- 'Drankbestrijding. Wat onze Kardinaal en de Paus erover zeggen?', *Vrouwenbeweging. Orgaan der Vlaamse Vrouwen-gilden*, 7 (1914), 104-106.
- DUCPETIAUX, E., *Esquisse d'un projet de loi sur l'assistance publique et privée*, Brussel, 1853.
- DUCPETIAUX, E., *La question de la charité et des associations religieuses en Belgique*, Brussel, 1858.
- DUJARDIN, V. en VAN DEN WIJNGAERT, M., 'Land zonder koning', V. DUJARDIN e.a. red., *Nieuwe geschiedenis van België*, 3 dln., Tielt, 2005-2009, 1121-1303.
- DURANT, G., 'Werken aan thuisgezondheidszorg', *Volksmacht*, 45 (1985), 4-5.
- EGHIGIAN, G., *From madness to mental health. Psychiatric disorder and its treatment in western civilization*, New Jersey, 2010.
- Evaluatieverslag experiment thuisgezondheidszorg*, Wilrijk, 1976.
- EVERAERT, E., VANEMPTEN, T. en VANHAEREN, M., *Sociaal. Net* (<https://sociaal.net/>). Geraadpleegd op 7 januari 2019.
- Flandrica.be*, 2018 (<http://www.flandrica.be/flandrica/>). Geraadpleegd op 15 mei 2018.
- Florence Nightingale: Extended Nursing*, J. MCDONALD ed. (Collected works of Florence Nightingale), 16 dln., Waterloo, 2009.
- FRET, L., *Sociaal.Net* (<https://sociaal.net/>). Geraadpleegd op 14 december 2018.
- FROIDURE, E., *Paria's 57. De onderbeloonden, de krotwoningen, de moreel verlaten kinderen*, Brussel, 1958.
- [G.D.], 'Gezin helpt zieke thuis verzorgen. Cursus in Mechelen en Heist-op-den-Berg', *Volksmacht*, 11 (1983), 12.
- GEES, C., 'Thuiszorg: ook jij kunt er ooit mee te maken hebben', *Vrouwen & wereld*, 12 (1988), 5-7.
- GELDHOF, D. en LUYTEN, D., '20 jaar OCMW's. Een aanzet tot evaluatie van hun rol in de armoedebestrijding, met bijzondere aandacht voor het bijstandsbeleid', J. VRANKEN, B. VANHERCKE en L. CARTON red., *20 jaar OCMW. Naar een actualisering van het maatschappijproject*, Leuven, 1998, 23-35.
- GERARD, E., 'De christelijke mutualiteiten', *De christelijke arbeidersbeweging in België, 1891-1991*. Deel 2 (KADOC-STUDIES, 11), Leuven, 1991, 66-145.
- GERARD, E., 'De democratie gedroomd, begrensd en ondermijnd 1918-1939', V. DUJARDIN e.a. red., *Nieuwe geschiedenis van België*, 3 dln., Tielt, 2005-2009, 867-1118.
- 'Gevolgen van het Alcoholisme', *Vrouwenbeweging. Orgaan der Vlaamse Vrouwen-gilden*, 3 (1914), 39-40.
- Gezinsbond* (<https://nieuws.gezinsbond.be/>). Geraadpleegd op 8 januari 2019.
- GIELEN, P. e.a., *Zelfhulpgroepen: samen werken aan welzijn en gezondheid: handleiding voor zorgprofessionelen die zelfhulpgroepen willen ondersteunen*, Leuven, 2010.
- GLADINE-GEES, C., 'Praten met Clara Smitt over de openbare centra voor maatschappelijk welzijn', *Vrouwenbeweging*, 11 (1976), 10-11.
- GODDERIS, J., 'De geesteszieken: nieuwe inzichten en instellingszorg', J. DE MAEYER, e.a. red., *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, 1998, 58-68.
- GORIS, P., *Sociaal.net* (<https://sociaal.net/>). Geraadpleegd op 9 januari 2019.
- GRYMONPREZ, H. en HERMANS, K., *Sociaal.Net* (<https://sociaal.net/>). Geraadpleegd op 18 januari 2019.
- GUBIN, E. en NANDRIN, J.-P., 'Het liberale en burgerlijke België 1846-1878', V. DUJARDIN e.a. red., *Nieuwe geschiedenis van België*, 3 dln., Tielt, 2005-2009, 237-440.
- HATTINGA-VERSCHURE, J.C., 'Ontwikkeling van zorgcriteria voor herstructurering van de gezondheidszorg', *Het ziekenhuis*, 2 (1972), 500-504.
- [H.B.K.], 'Mantelzorg: een mantel van zorg?', *Volksmacht*, 42 (1983), 8.
- HERMANS, K. en DE BIE, M., 'Sociaal werk(opleidingen) en OCMW: professionalisering van de maatschappelijke dienstverlening', M. DE WILDE e.a. red., *40 jaar OCMW en Bijstand*, Leuven, 2016, 219-235.
- Het Virtuele Land*, 2018 ([www.hetvirtueleland.be/](http://www.hetvirtueleland.be/)). Geraadpleegd op 31 augustus 2018.
- HOLTZER, L., *Belgische Vereniging voor Pneumologie Verpleegkundigen* ([www.bvvp-sbip.be/wp-content/uploads/2017/12/20171202-Hervorming-KB-78-en-functiedifferentiatie.pdf](http://www.bvvp-sbip.be/wp-content/uploads/2017/12/20171202-Hervorming-KB-78-en-functiedifferentiatie.pdf)). Geraadpleegd op 29 oktober 2018.
- HORDEN, P. en SMITH, R., 'Introduction', P. HORDEN en R. SMITH, *The locus of care. Families, communities, institutions and the provision of welfare since antiquity*, Londen, 1998, 1-18.
- HUBAR, S., *Sociaal.Net* (<https://sociaal.net/>). Geraadpleegd op 7 januari 2019.

- HUMBLET, C.P., *Analyse et évaluation de la mise en œuvre du programme de l'Œuvre nationale de l'Enfance pour les milieux d'accueil de jeunes enfants: une contribution à l'évaluation de programmes socio-sanitaires permanents*, onuitgegeven doctoraatsverhandeling, Université libre de Bruxelles, 1998.
- Jaarverslag 1937, Caritas Catholica, Brussel, 1937.
- Jaarverslag 1938, Caritas Catholica, Brussel, 1938.
- JACOBS, T. en LODEWIJCKS, E. red., *Zicht op zorg. Studie van de mantelzorg in Vlaanderen in 2003* (CBGS – Werkdocument, 11), Brussel, 2004.
- JACQUEMYS, H., *België in de Tweede Wereldoorlog. Deel 2: Een bezet land*, Kapellen, 1984.
- JACQUES, C. en VAN MOLLE, L., 'De verpleegkundigen: grenzeloos vrouwelijk', J. DE MAEYER, e.a. red., *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, 1998, 203-213.
- JASPERS, P., *De ontwikkeling van de pharmacie in Limburg gedurende de Franse tijd (1794-1814)*, onuitgegeven doctoraatsverhandeling, Universiteit van Amsterdam, 1966.
- JOORIS, J.P., *De sociale hulp in verband met de hervorming van de Commissie van Openbare Onderstand*, Brussel, 1967.
- JOOSTENS, N., *De totstandkoming van de wet tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (9 augustus 1968)*, onuitgegeven licentiaatsverhandeling, KU Leuven, 2000.
- JOOSTENS, N., *Door zorg verbonden. Een geschiedenis van de christelijke ziekenfondsen in het arrondissement Leuven*, Leuven, 2004.
- Journal de Bruxelles*, mei 1857.
- Journal de Gand: politique, industriel, commercial et littéraire*, mei 1857.
- KEIRSE, E., 'Sociale dimensie en humanisering', J. DE MAEYER e.a. red., *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, 1998, 311-322.
- 'Kruistocht voor de volksgezondheid. Provincie Antwerpen', *Bulletin van het Ministerie van Volksgezondheid*, 2 (1937) en 3 (1938).
- KWEKKEBOOM, M.H., *Een eigen huis... Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*, Den Haag, 2006.
- LAERMANS, R., 'Meer individuele mogelijkheden, minder sociale dwang? Enkele cultuursociologische kanttekeningen bij het naoorlogse individualiseringsproces', W. DUMON e.a. red., *Scenario's voor de toekomst. Feestbundel naar aanleiding van 100 jaar sociale wetenschappen aan de KU Leuven*, Leuven, 1993, 137-151.
- LAMBERTS, E., *Kerk en liberalisme in het bisdom Gent (1821-1857): bijdrage tot de studie van het liberaal-katholicisme en het ultramontanisme*, Leuven, 1972.
- LAMBERTS, E., 'L'influence du catholicisme politique sur la société Belge (1830-1995)', *Bulletin du Centre André Latreille et de l'Institut d'histoire du christianisme*, 5 (1998), 7-31.
- LAMBERTS, E., 'België sinds 1830', J.C.H. BLOM en E. LAMBERTS red., *Geschiedenis van de Nederlanden*, Amersfoort, 2013, 257-313.
- LAMBERTS, E., 'Liberal State and Confessional Accommodation, the Southern Netherlands/Belgium', K. ROBBINS, *Dynamics of religious reform in Northern Europe, 1780-1920: Political and Legal Perspectives*, Leuven, 2013, 99-116.
- LAMMERTYN, F., *De welzijnszorg in de Vlaamse gemeenschap. Voorzieningen en overheidsbeleid*, Leuven, 1990.
- Le Bien Public*, mei 1857.
- LENDERS, P., 'De moderne overheid en de aanzet tot een gezondheidsbeleid', J. DE MAEYER, e.a. red., *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, 1998, 32-42.
- LENTZ, *Des institutions de bienfaisance et de prévoyance en Belgique, 1850 à 1860*, Brussel, 1866.
- LEYS, M., REYNTENS, S. en GOBERT, M., *Patiëntenparticipatie in het gezondheidszorgbeleid. Een literatuuroverzicht en verkenning van internationale en Belgische initiatieven*, Brussel, 2007.
- LIEVENS, J., BRASSEUR, N. en MARTENS, A., *De grote stad een geplande chaos? De Noordwijk van krot tot Manhattan* (Horizonreeks, 29), Leuven, 1975.
- L'indépendance Belge*, mei 1857.
- LOOS, J., *Histoire des Sœurs hospitalières d'Anvers. Depuis leur origine jusqu'à nos jours*, Antwerpen, 1914.
- LORY, J. en SOETE, J.-L., 'Implantation et affirmation (1845-1914)', J. DE MAEYER en P. WYNANTS red., *De Vincentianen in België, 1842-1992* (KADOC-Studies 14), Leuven, 1992, 45-84.
- MALOU, J.-B., *De la liberté de la charité en Belgique*, Brussel, 1854.
- Manifest der meest onterfden*, Luttre, 1968.
- MASSION, J., *De thuisgezondheidszorg. Naar een nieuwe medisch-sociale instelling*, Brussel, 1967.
- Ma-zo, 2018 ([www.ma-zo.be/](http://www.ma-zo.be/)). Geraadpleegd op 5 november 2018.
- MEUL, I. en SCHEPERS, R., 'De opkomst en consolidering van medische specialisten in België (1857-1957)', *Belgisch Tijdschrift voor Nieuwste Geschiedenis*, 43 (2013), 10-45.
- MILH, A., 'Opleiden tot katholieken van de daad. De dominicanen en de Sociale School van Heverlee-Leuven', M. LAMBERIGTS, M. DE CALUWE en A. MILH red., *Predikbroeders in woord en daad. Dominicanen in Vlaanderen in de twintigste eeuw*, Antwerpen, 2016, 39-63.
- MOEYS, H., *Subsidiary social provision before the welfare state. Political theory and social policy in nineteenth-century Belgium*, onuitgegeven doctoraatsverhandeling, KU Leuven, 2017.
- MULLER, A., *La querelle des fondations charitables en Belgique*, Brussel, 1909.
- NATH, G., *Brood willen we hebben! Honger, sociale politiek en protest tijdens de Eerste Wereldoorlog in België*, Antwerpen, 2013.
- NOTREDAME, L., 'Het OCMW op de drempel van de 21ste eeuw', J. VRANKEN, B. VANHERCKE en L. CARTON red., *20 jaar OCMW. Naar een actualisering van het maatschappijproject*, Leuven, 1998, 43-61.
- 'Nouvelles', *Gazette médicale Belge* (27 juli 1845), 142.
- NUYSENS, Y., DE RIDDER, H. en ANNEMANS, L., 'Brief aan de beleidsvoerders', Y. NUYSENS en H. DE RIDDER red., *Dokter ik heb ook iets te zeggen*, Tielt, 2013, 222-235.

- NYS, H., FOETS, M. en MERTENS, J., *Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen*, Antwerpen, 1985.
- NYS, L. e.a., 'Een medisch object. Verandering in menswetenschap, cultuur en politiek', L. NYS e.a. red., *De zieke natie*, Groningen, 2002, 10-21.
- NYS, L., 'De ruiters van de Apocalyps. Alcoholisme, tuberculose, syfilis en degeneratie in medische kringen, 1870-1940', J. TOLLEBEEK, G. VANPAEMEL en K. WILS red., *Degeneratie in België*, Leuven, 2003, 11-41.
- NYS, L., 'Groene toverdrank of gebottelde epilepsie? De faam van absint omstreeks 1900', J. TOLLEBEEK, G. VANPAEMEL en K. WILS red., *Degeneratie in België*, Leuven, 2003, 155-181.
- Ontwerp van decreet houdende de begroting van de Vlaamse Gemeenschap voor het begrotingsjaar 1988*, Vlaamse Raad, 1988.
- 'Oorzaken van het Alcoholisme', *Vrouwenbeweging. Orgaan der Vlaamsche Vrouwengilden*, 2 (1914), 24-26.
- OPSOMER, E.G., *De armoede en de Burelen van Weldadigheid. Middelen om het bestier en het lot der armen te verbeteren*, Gent, 1853.
- 'Ouders en getrouwde kinderen. Een onderzoek', *Vrouwenbeweging*, 10 (1958), 16-18.
- PAQUET, J.B., *La laïcisation des hôpitaux*, Brussel, 1913.
- PAYNE, M., *The origins of social work. Continuity and change*, Basingstoke, 2005.
- PEERS, J., 'Professionalisering, democratisering en rationalisatie van de ziekenhuissector', J. DE MAEYER, e.a. red., *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, 1998, 285-293.
- PIETERS, D., 'Het laatste recht. Beschouwingen bij het recht op maatschappelijke dienstverlening vervat in artikel 1 van de OCMW-Wet', *Jura Falconis*, 17 (1980), 591-605.
- PIETTE, V., 'Des 'infirmières' avant les infirmières', *Sextant*, 3 (1995), 39-59.
- PIRA, M., 'De troeven van de thuisgezondheidszorg', *Straal*, 11 (1980), 5.
- PIRA, M., 'Ziek zijn thuis. Causerie op Solivalida', *Straal*, 21 (1983), 5.
- POELMAN, M. en VAN AUDENHOVE, C., *Ontwikkeling van indicatoren in het kader van doelstelling 12 'Zorg' van het Pact 2020 (SWVG-Rapport 19)*, Leuven, 2011.
- PORTER, R. red., *Geschiedenis van de geneeskunde*, Gent, 2010.
- PRIMS, A., 'Inleiding', R. STOCKMAN en A. PRIMS red., *Hoopvol op weg. Toekomstig beheer van congregatieve gezondheidsinstellingen*, Leuven, 1991, 11-20.
- PRIMS, F., 'Het Vraagstuk der Ziekenverpleging', *Gids op Maatschappelijk Gebied*, 7 (1908), 265-267.
- [PRIMS, H.], *Het recht op een bestaansminimum (CEPESS-Bladen)*, Brussel, 1974.
- Rapports des Commissions médicales provinciales sur leurs travaux pendant l'année 1885*, Ministère de l'Intérieur et de l'Instruction publique, Brussel, 1885, 14.
- RAUS, H. red., *Onze sociale zekerheid bedreigd?*, Leuven, 1987.
- REYNIERS-LINS, S., 'Onze aandacht voor het gehandicapte kind', *Vrouwenbeweging*, 3 (1966), 38-40.
- RK Documenten*, 2018 ([www.rkdocumenten.nl/rkdocs/index.php](http://www.rkdocumenten.nl/rkdocs/index.php)). Geraadpleegd op 12 oktober 2018.
- ROORYCK, A., *Bejaardenhuisvesting: bouw en inrichting van bejaardentehuizen (Studiën van het Verbond der Verplegingsinstellingen van Caritas Catholica, 7)*, Brussel, 1966.
- ROOSENS, E., *Geel, een unicum in de psychiatrie. Mentale patiënten in de gemeenschap*, Kapellen, 1977.
- Samana*, 2018 ([www.samana.be/](http://www.samana.be/)). Geraadpleegd op 5 november 2018.
- SCHEPERS, R., *De opkomst van het medisch beroep in België. De evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisaties in de 19e eeuw (Nieuwe Nederlandse Bijdragen tot de Geschiedenis der Geneeskunde en der Natuurwetenschappen, 32)*, Amsterdam, 1989.
- SCHEPERS, R., 'Een wereld van belangen. Artsen en de ontwikkeling van de openbare gezondheidszorg', L. NYS e.a. red., *De zieke natie*, Groningen, 2002, 200-219.
- SCHOLLIERS, P., 'Een vijand dien men kennen moet. Jenever in België in de 19de en vroege 20ste eeuw', E. VAN SCHONENBERGHE red., *Jenever in de Lage Landen*, Brugge, 1996, 134-157.
- 'Séance du 14 aout 1889', in *Sénat. - Annales Parlementaires* (14 augustus 1889), 577.
- SEGRS, Y., *Zusters in het wit. De gasthuiszusters-augustinesen van Boom, 1846-1996*, Leuven, 1996.
- SENAEVE, P., *De bestrijding van de armoede in België. Analyse van het toekennen van een gewaarborgd inkomen en van de hervorming van de COO's*, Leuven, 1977.
- SENAEVE, P., 'De organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn', *Rechtskundig weekblad*, 19 (1977), 1179-1216.
- SERRIEN, L., *Sociaal.net* (<https://sociaal.net/>). Geraadpleegd op 9 januari 2019.
- SONCK, G., *Ziek zijn thuis is ook een zieke in huis. Noden van en ondersteuning bij mantelzorgers die dagelijks voor een zieke instaan*, Heverlee, 1987.
- SOUVEREYNS, G., *Solidair in gezondheid. 100 jaar christelijke mutualiteit in de Kempen*, Leuven, 2001.
- SPEHL, E., *Vie et souvenirs d'un médecin: 1854-1948*, Brussel, 1948.
- StatBel. België in cijfers*, 2018 (<https://statbel.fgov.be/nl>). Geraadpleegd op 29 oktober 2018.
- Statistique générale de la Belgique: Exposé de la situation du Royaume (période décennale de 1851 à 1860)*, 2 dln., Ministerie van Binnenlandse Zaken, Brussel, 1865.
- STEVENS, F., 'Les associations religieuses en Belgique pendant le 19e siècle', J. DE MAEYER, S. LEPLAE en J. SCHMIEDL red., *Religious Institutes in Western Europe in the 19th and 20th Centuries. Historiography, Research and Legal Position (KADOC Studies on Religion, Culture and Society, 2)*, Leuven, 2004, 185-202.
- Steunpuntwvg*, 2019 (<https://steunpuntwvg.be/>). Geraadpleegd op 10 januari 2019.
- STEYAERT, J., *Canon sociaal werk* ([www.canonsociaalwerk.eu/index.php](http://www.canonsociaalwerk.eu/index.php)), laatst geraadpleegd op 14 december 2018.
- STEYAERT, J., 'De meervoudige betekenis van vermaatschappelijking', *De Gids op Maatschappelijk Gebied*, 6 (2014), 11-16.



- STEYAERT, R., *De welzijnszorg in de Vlaamse gemeenschap. De jaren tachtig in perspectief*, Brussel, 1993.
- STOCKMAN, R., 'Het beheer van congregationale gezondheidsinstellingen: historische achtergronden en toekomstperspectieven', A. PRIMIS e.a. red., *Liber Amicorum André Primis* (Reeks Recht en Gezondheidszorg, 3), Gent, 1995, 319-336.
- STOCKMAN, R., *Petrus Jozef Triest vandaag. Leven, spiritualiteit en inspiratiebron*, Antwerpen, 2005.
- STOCKMAN, R., *Pro Deo. De geschiedenis van de christelijke gezondheidszorg*, Leuven, 2008.
- STROBBE, K. en SUENENS, K., *Zusters Kindsheid Jesu 1835-2010*, Herent, 2010.
- SUENENS, K. en DE STAERCKE, A., *Eén van hart en één van ziel: geschiedenis van de Gasthuiszusters-Augustinessen van Lier 1130 - 2005*, Leuven, 2005.
- TEGENBOS, G., 'Beter geïnformeerd en iets mondiger', Y. NUYENS en H. DE RIDDER red., *Dokter ik heb ook iets te zeggen*, Tielt, 2013, 44-54.
- THYS, R., *De zorgkracht van persoonlijke netwerken. Een onderzoek naar de aanwezigheid van ondersteuning en zorg in het sociaal netwerk van 5 groepen Brusselaars*, Brussel, 2018.
- TINDEMANS, F., *Rétablissement des couvents en Belgique sous prétexte de charité*, Brussel, 1856.
- TOLLEBEEK, J., 'Epioloog', J. TOLLEBEEK, G. VANPAEMEL en K. WILS red., *Degeneratie in België*, Leuven, 2003, 300-315.
- TOLLEBEEK, J., VANPAEMEL, G. en WILS, K., 'Een code-woord. Bij een geschiedenis van ideeën en praktijken', J. TOLLEBEEK, G. VANPAEMEL en K. WILS red., *Degeneratie in België*, Leuven, 2003, 3-7.
- TOLLET, A., *Vlaams-Brabant drinkt. Bier- en jenevercultuur sinds 1800* (Accenten uit de geschiedenis van Vlaams-Brabant, 11), Gent, 2015.
- TULIPE, O., *Bevolkingsdichtheid in 1846, 1880, 1900 en 1930* (Atlas van België, 23), Brussel, 1962.
- TYSENS, J., *In vrijheid verbonden: studies over Belgische vrijmetselaars en hun maatschappijproject in de 19de eeuw*, Gent, 2009.
- TYSENS, J., 'Schools of decency and discipline. Social reform and people's restaurants in the Low Countries (1860s-1914)', C. DE SPIEGELEER red., *The Civilising Offensive: Social and educational reform in 19th century Belgium*, [Berlijn], 2019, 131-160.
- United Nations, 2018 ([www.un.org/en/index.html](http://www.un.org/en/index.html)). Geraadpleegd op 6 november 2018.
- VANACKERE, L. e.a. red., C.O.O. *Modern Sociaal Dienstbe- toon*, Brussel, 1965.
- VAN ACKER, K., 'De achtergrond: België en Antwerpen tijdens het interbellum', K. VAN ACKER, J. DEFERME en L. VANDEWEYER red., *Hoeders van de volksgezondheid*, Gent, 2005, 81-99.
- VAN ACKER, K., *Kroniek van een overleving. De Belgische zie- kenfondsen tijdens de Tweede Wereldoorlog*, Gent, 2010.
- VAN AUDENHOVE, C., VAN HUMBEECK, G., VAN MEERBEECK, A., *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen. Onderzoek, praktijk en beleid*, Leuven, 2005.
- VAN BAVEL, J. en LAMMERTYN, F., *Het decor van de zorg. So- ciale veranderingen en welzijn in Vlaanderen*, Leuven, 1995. Van Dale ([vowb.vandale.nl/zoeken/dikke.do](http://vowb.vandale.nl/zoeken/dikke.do)). Geraadpleegd op 14 december 2018.
- VAN DAMME, D., 'Industrialisering en sociale politiek, begin 19de eeuw – begin 20ste eeuw', C. LIS, H. SOLY en D. VAN DAMME red., *Op vrije voeten? Sociale politiek in West-Eu- ropa (1450-1914)*, Leuven, 1985, 129-204.
- VAN DAMME, D., *Armenzorg en de staat. Comparatief-histo- rische studie van de origines van de moderne verzorgings- staat in West-Europa*, Gent, 1990.
- VAN DAMME, J. [FRERE ORBAN, H.J.W.], *La main-morte et la charité*, 2 dln., Brussel, 1854-1857.
- VANDENBERGHE, G., *Van liefdadigheid naar verplichte soci- ale zekerheid*, Brussel, 1981.
- VANDENBERGHE, L. red., *Een eeuw kindzorg in de kijker. De consultatiebureaus voor het jonge kind*, Brussel, 2004.
- VANDEN BOER, L. en VANDERLEYDEN, L., 'Zorgpreferenties van ouderen', T. JACOBS, L. VANDERLEYDEN en L. VANDEN BOER red., *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen* (CBGS Publicatie, 1), Antwerpen, 2004, 181-203.
- VAN DEN BOSCH, K. en WILLEME, P., *De maatschappelijke betekenis van de gezondheidszorg*, Brussel, 2014.
- VANDEBROECK, M., *In verzekerde bewaring: Honderd- vijftig jaar kinderen, ouders en kinderopvang*, Amsterdam, 2004.
- VAN DEN HEUVEL, B., 'Over de kwetsbaarheid van vermaat- schappelijking van de zorg', *De Gids op Maatschappelijk Ge- bied*, 1 (2014), 11-16.
- [VANDENPEEREBOOM, A. red.], *Statistique générale de la Belgique. Exposé de la situation du Royaume (Période dé- cennale de 1851 à 1860). Tome III*, Brussel, 1865.
- VAN DE PERRE, S., 'Public Charity and Private Assistance in Nineteenth-century Belgium', I. BRANDES en K. MARX-JAS- KULSKI, *Armenfürsorge und Wohltätigkeit. Ländliche Ge- sellschaften in Europa 1850-1930. Poor Relief and Charity. Rural Societies in Europe, 1850-1930*, Frankfurt am Main, 2008, 93-123.
- VAN DE PERRE, S., 'Als eene zaak van hoog belang. Het ar- menzorgbeleid in de Nederlanden (1814-1818)', F. JUDO en S. VAN DE PERRE red., *Belg en Bataaf. De wording van het Verenigd Koninkrijk der Nederlanden*, Antwerpen, 2015, 257-311.
- VANDER AUWERA, C. red., *Handleiding bij het kwaliteitsde- creet algemene, universitaire en categorale ziekenhuizen*, Brussel, 2004.
- VANDEURZEN, J., *Nabije zorg in een warm Vlaanderen: Man- telzorgplan 2016-2020*, Brussel, 2016.
- VAN DEURZEN, J., *Sociaal.net* (<https://sociaal.net/>). Geraad- pleegd op 8 januari 2019.
- VAN DIJCK, M. en SUENENS, K., 'La Belgique charitable: Char- ité by Catholic Congregations in Rural West Flanders, 1830- 1880', I. BRANDES en K. MARX-JASKULSKI, *Armenfürsorge und Wohltätigkeit. Ländliche Gesellschaften in Europa 1850-1930. Poor Relief and Charity. Rural Societies in Eu- rope, 1850-1930*, Frankfurt am Main, 2008, 153-185.
- VAN GOETHEM, G., *OCMW van A tot Z (van armentafel tot zorgbedrijf)*, Kortrijk, 2016.

- VAN HECKE, A. e.a., “‘Advanced practice nursing’: verpleegkundig specialisten in Vlaamse universitaire ziekenhuizen”, *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 71 (2015), 1533-1542.
- VANHEE, L., *Sociaal.net* (<https://sociaal.net/>). Geraadpleegd op 9 januari 2018.
- VAN KERCKHOVEN, E., ‘De geschiedenis van de opleiding in sociaal werk’, W. VERZELEN e.a. red., *Leren en werken als maatschappelijk assistent*, Antwerpen, 2001, 13-28.
- VAN LAER, A., ‘De christianisering van moderne beroepen: de beginjaren van de katholieke hogescholen’, J. DE MAEYER en P. WYNANTS red., *Katholiek onderwijs in België: identiteiten in evolutie 19de - 21ste eeuw*, Averbode, 2016, 187-217.
- VAN LANDSCHOOT, R., *Sluit ze op... Jongeren in de criminaliteit 1400 tot nu*, Leuven, 2008.
- VAN LINDT, L. red., *Met hoofd, hart en handen. Verhalen uit het OCMW*, Brussel, 2002.
- VAN MEULDER, G., ‘Mutualiteiten en ziekteverzekering in België, 1886-1914’, *Belgisch Tijdschrift voor Nieuwste Geschiedenis*, 27 (1997), 83-134.
- VAN MOLLE, L. en DE MAEYER, J., ‘Das Ausbalancieren von öffentlicher und privater Initiative auf dem Markt der Wohltätigkeit: Belgien im 19. Jahrhundert’, M. MAURER en B. SCHNEIDER red., *Konfessionen in den west- und mitteleuropäischen Sozialsystemen im langen 19. Jahrhundert – Ein “Edler Wettkampf der Barmherzigkeit?”*, Berlijn, 2013, 257-282.
- VAN OVERBERGH, C., *Réforme de la bienfaisance en Belgique: Résolutions et rapport général de la Commission spéciale*, Brussel, 1900.
- VANSANT, B., ‘Mensen horen niet thuis in instituten ...’, *Sociaal*, (1980), 21-22.
- VAN SCHOONENBERGHE, E., ‘Jenever vandaag’, E. VAN SCHOONENBERGHE red., *Jenever in de Lage Landen*, Brugge, 1996, 190-198.
- VANTHEMSCHE, G., *De werkloosheid in België, 1929-1940*, Berchem, 1989.
- VANTHEMSCHE, G., *De beginjaren van de sociale zekerheid in België, 1944-1963*, Brussel, 1994.
- VAN WANSEELE, C., ‘Het beleidskader inzake gezondheidszorg’, H. NYS, M. FOETS en J. MERTENS red., *Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen*, Antwerpen, 1985, 3-20.
- VELLE, K., ‘Kerk, geneeskunde en gezondheidszorg in de 19de en het begin van de 20ste eeuw’, J. DEPUYDT, e.a. red., *Het Verbond der Verzorgingsinstellingen, 1938-1988*, Leuven, 1988, 37-59.
- VELLE, K., *De nieuwe biechtvaders. De sociale geschiedenis van de arts in België*, Leuven, 1991.
- VELLE, K., ‘De overheid en de zorg voor de volksgezondheid’, J. DE MAEYER, e.a. red., *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, 1998, 130-149.
- VELLE, K., ‘De misdaad als kwaal: het succes van de criminele antropologie’, L. NYS e.a. red., *De zieke natie*, Groningen, 2002, 332-354.
- VERBRUGGEN, P., *Van ‘ziekentrok’ tot ‘integrale welzijnszorg’. Een geschiedenis van de socialistische mutualiteiten in België*, Gent, s.d.
- VERBRUGGE, V., *Weldadigheid tussen Kerk en Staat: Mgr. J.B. Malou, Bisschop van Brugge, en de weldadigheidskwestie (1849-1859)*, onuitgegeven licentiaatsverhandeling, KU Leuven, 1980.
- VERCAMMEN, R., en VANRUYSSEVELDT, V., ‘Van centraal beleid naar lokale praktijk. Het ‘probleem’ van landloperij en bedelarij in België (1890-1910)’, *Belgisch Tijdschrift voor Nieuwste Geschiedenis*, 45 (2015), 120-161.
- Vergadering van Dinsdag 25 November 1958, Kamer – Parlementaire Handelingen N. 5-6*, 11, Brussel (25 november 1958).
- VERHAEGEN, K., DEWOLF, D. en RIGA, L., ‘Integrale kwaliteitszorg’, J. DE MAEYER, e.a. red., *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, 1998, 303-310.
- VERMEIREN, L. en HANSEN, I., ‘Het hospitaalwezen: ziekenzorg voor armen’, J. DE MAEYER, e.a. red., *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, 1998, 43-57.
- VERMOTE, M. e.a., *Gezondheid. 75 jaar Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 1913-1988*, Gent, 1988.
- VERSCHAREN, J., *Burgerlijke Godshuizen, Burelen van Weldadigheid, Commissies van Openbare Onderstand en Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn: organisatie, bevoegdheden, archiefvorming* (Miscellanea Archivistica. Manuale, 46), Brussel, 2001.
- VERSCHUERE, B. en HERMANS, K., *Welzijn in Vlaanderen: beleid, bestuurlijke organisatie en uitdagingen*, Brugge, 2016.
- VERZELEN, W., *Canon sociaal werk* ([www.canonsociaalwerk.eu/index.php](http://www.canonsociaalwerk.eu/index.php)). Geraadpleegd op 25 augustus 2018.
- VIAENE, V., *Belgium and the Holy See from Gregory XVI to Pius IX (1831-1859). Catholic Revival, Society and Politics in 19th-century Europe*, Brussel, 2001.
- Vijf generaties kinderbijslag, 1930-2005*, Brussel, 2005.
- Visienota – Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen*, Strategische Adviesraad Welzijn-Gezondheid-Gezin, Brussel, 2012.
- Visienota – Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst: Een oriënterend kader*, Strategische Adviesraad Welzijn-Gezondheid-Gezin, Brussel, 2015.
- Vlaams Expertisepunt Mantelzorg*, 2018 ([www.kennisplein.be/sites/Vlaams%20Expertisepunt%20Mantelzorg/](http://www.kennisplein.be/sites/Vlaams%20Expertisepunt%20Mantelzorg/)). Geraadpleegd op 5 november 2018.
- Vlaamse Raad, Beleidsnota: Een vernieuwd Vlaams gezondheidsbeleid*, 12 maart 1985.
- Vlaamse Raad, Regeringsverklaring van de Vlaamse Executieve*, 12 december 1985.
- Vlaams Welzijnsverbond* ([www.vlaamswelzijnsverbond.be/](http://www.vlaamswelzijnsverbond.be/)). Geraadpleegd op 8 januari 2019.
- VLEUGELS, A., *Narratives of drunkenness* (Perspectives in economic and social history, 23), Londen, 2013.
- VOGELS, M., *Het welzijnsbeleid in Vlaanderen*, Tielt, 2004.
- VOGELS, M., *Het welzijnsbeleid in Vlaanderen. Herziene editie*, Leuven, 2006.

- VRANKEN, J., 'Van moderne armoede naar sociale uitsluiting. Een verkenning van begrips- en beleidsontwikkeling', J. VRANKEN, B. VANHERCKE en L. CARTON red., *20 jaar OCMW. Naar een actualisering van het maatschappijproject*, Leuven, 1998, 63-77.
- VRANKEN, J., 'Het OCMW: dertig jaren onderweg naar een recht op maatschappelijke dienstverlening', J. VRANKEN, K. DE BOYSER en D. DIERCKX red., *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2005*, Leuven, 2005, 151-164.
- VRANKEN, J., VANHERCKE, B. en CARTON, L., 'Inleiding', J. VRANKEN, B. VANHERCKE en L. CARTON red., *20 jaar OCMW. Naar een actualisering van het maatschappijproject*, Leuven, 1998, 17-22.
- Wet tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging*, in *Belgisch Staatsblad* (12 juli 1978), 1024.
- Wetsvoorstel tot hervorming van de Commissies van Openbare Onderstand*, Kamer – *Parlementaire Handelingen N. 770*, Joseph Michel e.a., Brussel (24 maart 1964).
- WIEBUSCH, M. en MOULIJN, M., *Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving? Een zoektocht naar een andere rolverdeling tussen overheid, burgers, zorg- en welzijnsinstellingen*, s.l., 2013.
- WILS, K., *COC- Christelijke Onderwijscentrale – ACV*, 2018 ([https://coc.be/files/articles/.2152/BP10\\_HBO5verpleegkunde.pdf](https://coc.be/files/articles/.2152/BP10_HBO5verpleegkunde.pdf)). Geraadpleegd op 30 oktober 2018.
- WILS, L., *Van Clovis tot Di Rupo. De lange weg van de naties in de Lage Landen*, Antwerpen, 2005.
- WITTE, E., 'The battle for monasteries, cemeteries and schools: Belgium', C. CLARK en W. KAISER red., *Culture Wars: Secular-Catholic Conflict in Nineteenth-Century Europe*, Cambridge, 2003, 102-128.
- Ziek zijn thuis, ieders zorg. Tweede Solivalida infobeurs*, Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Brussel, 1985.
- ZIGANTE, V., *Informal care in Europe. Exploring Formalisation, Availability and Quality*, Luxemburg, 2018.
- Zorg en gezondheid*, 2018 ([www.zorg-en-gezondheid.be/](http://www.zorg-en-gezondheid.be/)). Geraadpleegd op 6 november 2018.
- Zorgnet-Icuro*, 2018 ([www.zorgnet-icuro.be/nieuws/hervorming-opleiding-professionele-bachelor-verpleegkunde-beeldverslag](http://www.zorgnet-icuro.be/nieuws/hervorming-opleiding-professionele-bachelor-verpleegkunde-beeldverslag)). Geraadpleegd op 30 oktober 2018.



## COLOFON

Dit onderzoeksrapport werd gerealiseerd door KADOC, Documentatie- en Onderzoekscentrum voor Religie, Cultuur en Samenleving van de KU Leuven, in het kader van het onderzoeksprogramma 2016-2021 van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en met steun van de Vlaamse overheid.

### ONDERZOEK EN REDACTIE

Alexia Coussement, Sarah Maya Vercruysse en Peter Heyrman (KADOC-KU Leuven)

### PROMOTOR

Prof. dr. Kim Christiaens (KADOC-KU Leuven)

### STUURGROEP

Veerle Audenaert (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)

Kim Christiaens (KADOC-KU Leuven)

Mady Cochet (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)

Eric Dekker (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)

Lieve Dhaene (Zorgnet-Icuro)

Peter Heyrman (KADOC-KU Leuven)

Sabine Jakiela (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)

Ilse Luyten (Vlaams Welzijnsverbond)

Wim Wouters (Voorzitter, Kabinet van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)

### COÖRDINATIE SWVG

Hilde Lauwers

### TEKSTREDACTIE

Lieve Claes (KADOC-KU Leuven)

### VORMGEVING

Alexis Vermeylen (KADOC-KU Leuven)

ISBN 9789078192428

D/2019/3139/2

KADOC

Vlamingenstraat 39

BE - 3000 Leuven

[kadoc.kuleuven.be](http://kadoc.kuleuven.be)