

Voedsel in het verpleeghuis

Lichaam, geest of meer?¹

Alice Stollmeijer

Verpleeghuis beschuldigd van moordpoging

Amsterdam – De familie van een 62-jarige man beschuldigt de staf van het psychogeriatrisch verpleeghuis 't Blauwbörgje in Groningen van poging tot moord en heeft daarvan aangifte gedaan bij de politie. De echtgenote en dochter van de patiënt menen dat het verpleeghuis hem bewust heeft laten uitdrogen om hem een zachte dood te bezorgen.

(de Volkskrant, 24 juli 1997)

Verpleeghuis ontkent bewust uitdrogen van Alzheimerpatiënt

Amsterdam – Versterving, zoals het overlijden door uitdroging en verhongering wordt genoemd ... (is) in veel verpleeghuizen ... een gangbare praktijk. Bij patiënten die lijden aan bijvoorbeeld Alzheimer verdwijnt de behoefte aan eten en drinken naarmate de ziekte vordert. Veel verpleeghuisartsen zijn terughoudend om dit natuurlijke proces te verlengen door patiënten met een sonde of infuus te voeden.

(de Volkskrant, 25 juli 1997)

Demente Mulder eet vol levenslust weer spinazie en vla

Groningen – (Mulder is) thuisgekomen na een zenuwslopende reis langs het Groningse Martini Ziekenhuis, verpleeghuis 't Blauwbörgje, de dood en wederom het Martini Ziekenhuis. (...) De demente reiziger zelf lijkt nauwelijks aangeslagen. Roel Mulder ligt kalm te slapen na het nuttigen van een welkomstmaal van spinazie, aardappelpuree en vla. (...) Waarom Mulder, volgens zijn dochter en ex-vrouw een gezonde eter, in het verpleeghuis voedsel weigerde, is raadselachtig. De artsen hebben geen medische oorzaak gevonden, Mulder kan geen opheldering verschaffen. En Margaretha aarzelt. Stilletjes heeft ze zich afgevraagd of haar ex-man heimwee had. Weigerde hij misschien voedsel uit protest tegen haar 'vakantieverlof'?

(de Volkskrant, 5 augustus 1997)

In de zomer van 1997 leert Nederland er een nieuw woord bij: versterving. Het begrip 'versterven' stamt uit de katholieke moraaltraditie, maar wordt begin 1996 door psychiater Chabot onder een andere betekenis in de medische wereld geïntroduceerd. Versterving is 'een weg naar de dood die in principe open ligt voor iedereen bij wie door ziekte of ouderdom de stofwisseling zodanig verandert dat men weinig last heeft van honger en dorst wanneer men ondervoed raakt en uitdroogt'.² Na de aanklacht tegen verpleeghuis 't Blauwbörgje krijgt 'versterving' via de media algemene bekendheid.

Uit recent onderzoek blijkt dat langdurige voedselweigeren vooral in verpleeghuizen een alledaagse, vaak voorkomende gebeurtenis is. In bijna een kwart van de sterfgevallen in het verpleeghuis wordt afgezien van de (kunstmatige) toediening van voeding en vocht.³ De voortdurende afwijzing van voedsel en vocht is gewoon onderdeel van het (ver)sterven. Echter, sinds de aanklacht van de familie Mulder tegen verpleeghuis 't Blauwbörgje wegens poging tot moord, is versterving geen 'gewone' gang van zaken meer. Onmiddellijk na de aanklacht werden drie – elkaar vaak overlappende – processen gelijktijdig in gang gezet. Ten eerste werd de gangbare zorgpraktijk zoals die tot nog toe verliep, publiekelijk verantwoord en gerechtvaardigd. Tegelijkertijd ging men publiekelijk reflecteren over de vraag wat er aan de hand was. Ten slotte ging men voorschrijven hoe er voortaan in dit soort gevallen diende te worden gehandeld. Deze drie processen samen wil ik hier 'verantwoordingspraktijk' noemen. De hoofdvraag van dit artikel is deze: hoe verhoudt zich de publieke *verantwoordingspraktijk* rond voedselweigeren tot de dagelijkse *zorgpraktijk* rond voedsel(weigeren) in het verpleeghuis? Om beide praktijken met elkaar te kunnen vergelijken, zal ik nagaan door welke respectievelijke ordeningen zij worden gestructureerd. Vanwege de gevonden verschillen tussen beide praktijken, probeer ik vervolgens vanuit de zorgpraktijk tot een ander soort verantwoordingspraktijk te komen.

Verantwoordingspraktijk

In de zomer van 1997 is er sprake van een ware *mediahype* rond het thema 'versterving'. Niet alleen doen kranten verslag van de gebeurtenissen rond de dementerende meneer Mulder, ook volgen niet veel later meer beschouwelijke artikelen, interviews, opiniestukken en columns over het onderwerp. De meest uiteenlopende expertise wordt uit de kast getrokken: medische, ethische, juridische, psychologische en persoonlijke argumenten overspoelen krantenlezend Nederland. De verschillende meningen en vooral de grote verschillen in de wijze waarop de term 'versterving' wordt gehanteerd, maken het er echter

niet duidelijker op. De grootste verwarring die bestaat, is over het begrip versterving zelf. Is versterven een *overgankelijk* werkwoord (iets dat door de arts met de patiënt – lijdend voorwerp – wordt gedaan), of is het een *onovergankelijk* werkwoord, iets dat de patiënt zelf doet?

In de eerste artikelen zijn het vooral journalisten die de berichtgeving doen. Zij beschrijven versterven als een actief ingrijpen: de arts beslist en ‘pleegt’ versterving. Al gauw wordt, vooral door medici, geprobeerd het hierdoor ontstane schrikbeeld – versterving als beleid – recht te zetten. Versterven is niet doodmaken, maar doodgaan. In het *medisch discours* poogt men versterving te verantwoorden door te kijken naar de medische oorzaken ervan. Het centrale *ordeningsprincipe* in dit medisch vertoog is het *lichaam*.⁴ Verpleeghuisartsen en een psychiater beschouwen versterven als onderdeel van de *ziekte* dementie.⁵ De ‘behoefte aan eten en drinken (verdwijnt) naarmate de ziekte vordert’.⁶ In deze uitspraken wordt niet letterlijk gezegd dat die verdwijnende behoefte een *lichamelijke* behoefte is. Toch lijkt het niet meer eten en drinken hier door de term ‘ziekte’ geen bewuste weigering, geen wilsact. Het lijkt niet iets van de geest, maar van het lichaam.⁷ Temeer daar er bij dit standpunt veel gebruik wordt gemaakt van een verwante dualistische term: ‘natuurlijk’. De afnemende behoefte is een ‘natuurlijk proces’, een ‘natuurlijk verschijnsel’, kan worden opgevat als een ‘natuurlijk beloop van de ziekte’ en leidt tot een ‘natuurlijke dood’. Er wordt een *coalitie* gevormd tussen ‘behoefte’, ‘ziekte’ en ‘natuurlijk’. Daardoor krijgt ‘behoefte’ een sterke associatie met lichamelijk.

Behalve het medisch discours is ook het *ethisch discours* in de publieke discussie te herkennen. Ethici schrijven opiniestukken en brieven-schrijvers doen een beroep op morele principes. Waar medici de nadruk leggen op het lichaam, stellen (amateur)ethici de *geest* centraal. Zo wordt versterven gedefinieerd als het *weigeren* van voedsel door een patiënt. Of als combinatie van weigering door de patiënt en het respecteren van deze wens door de arts.⁸ ‘Weigeren’ is filosofisch gezien een wilsact, iets dat iemand bewust doet, een wilsuiting door de geest. Naast ‘weigeren’ worden ook woorden als ‘wilsverklaring’, ‘respect’, ‘humane dood’, ‘wilsbekwaam’ en ‘wilsonbekwaam’ gebezigd. Stuk voor stuk begrippen die uitgaan van een ethiek die is gebaseerd op het ideaal van de rationele, autonome actor die bewuste keuzen maakt.

Medici zijn voorzichtiger met het gebruik van het woord ‘weigeren’. Chabot noemt het woord weigeren wel, maar doet dat in een bijzondere context: ‘Het weigeren van voedsel en drank is overigens een natuurlijk verschijnsel bij een vergevorderd stadium van dementie.’⁹ Weigeren is in dit geval geen echte, bewuste wilsact, maar iets natuurlijk. Verpleeghuisartsen schrijven in een opiniestuk niet over voedsel-

weigering, maar over 'het niet meer eten' van diep-demente patiënten: 'De stap van gedrag naar wens is vol interpretatie.'¹⁰ Keizer, verpleeghuisarts, zegt: 'De patiënten over wie we het hebben weigeren niet, ze lusten gewoon niks.'¹¹ Hij ziet voedselweigering dus niet als weigering, als wilsact, maar als 'niet lusten'. Dat neigt naar een meer lichamelijke basis van niet willen. In een ander krantenartikel waarin de mening van artsen wordt weergegeven, wordt voedselweigering beschreven als een 'beslissing van het lichaam'.¹² Het lichaam wordt een wil toegeschreven. In deze verschuivingen rond het woord 'weigeren' krijgt de geest meer kenmerken van het lichaam, en het lichaam krijgt eigenschappen van de geest. Ze naderen elkaar.

Het algemene beeld in de geschreven media is dus als volgt.¹³ In het ethisch discours wordt de geest centraal gesteld: versterving is het weigeren van voedsel en vocht. Voedselweigering is, net als het weigeren van andere medische behandelingen, een wilsact, een bewuste keuze. De ethische problemen ontstaan wanneer iemand wilsonbekwaam¹⁴ is en voedsel weigert. In dat geval is minder duidelijk of voedselweigering wel een bewuste keuze is. Toch lijken vooral brieven-schrijvers er ook dan vanuit te gaan dat de weigeraar 'soms heldere momenten' heeft waarin hij de reden van zijn weigering kan toelichten. Volgens de vertegenwoordigers van het medisch discours is niet-eten echter iets lichamelijks: de eindfase van de ziekte dementie, een natuurlijk proces, het verdwijnen van de behoefte aan eten. Tegelijkertijd laten de medici zien dat er sprake is van interpretatie. Bij voedselweigering is er een proces van *toeschrijving*. In eerste instantie wordt er gezocht naar tijdelijke, lichamelijke oorzaken van het eetgedrag. Voedselweigering wordt aan het lichaam toegeschreven. Pas 'als die weigering niet incidenteel is en er geen duidelijke en behandelbare oorzaak voor te vinden is (...) kan het gedrag van de patiënt een beslissing om niet tot sondevoeding over te gaan ondersteunen'.¹⁵ In het medisch discours is voedselweigering lichamenlijk, tenzij het bewijs daarvoor ontbreekt.

Er zijn echter tussen de regels door ook een paar andere geluiden te horen. Geluiden die niet in de dichotomie lichaam-geest in te passen zijn. Eten is niet alleen een lichamelijke behoefte, het is ook iets *sociaals*. Je kunt een zieke thuis verwelkomen met een maal van spinazie, aardappelpuree en vla. En je kunt een zieke tweemaal daags bezoeken om hem te voeden; uit liefde en plichtsbefef. Ook het niet-eten kan sociale oorzaken hebben. Zo vroeg Margaretha zich af of meneer Mulder, haar ex-man, misschien heimwee had. Was zijn weigering te eten soms een protest tegen haar vakantieverlof? Chabot heeft oog voor de *symbolische betekenis* die eten voor de familie heeft. Voor familieleden is het moeilijk te accepteren als de arts het versterven van de patiënt niet wil onderbreken door sondevoeding of vochtinfusen te ge-

ven. 'Vaak is het geven van eten en drinken het enige wat je voor demente mensen kunt betekenen.'¹⁶

Hoe meer er vanuit de zorgpraktijk gesproken wordt, hoe minder er vanuit één specifiek discours naar versterving wordt gekeken.¹⁷ Met als gevolg dat voedselweigeren minder exclusief aan lichaam of geest wordt toegekend, en er tussenposities worden gecreëerd. Het gaat bijvoorbeeld niet om weigeren, maar om niet lusten. Deze tussenposities en ook de afwijkende posities (eten als iets sociaals) zouden erop kunnen wijzen dat een publieke verantwoording op basis van alleen lichaam of alleen geest niet overeenstemt met bevindingen uit de zorgpraktijk. Laten we eens kijken of dit vermoeden klopt. Hoe ziet de zorgpraktijk van het verpleeghuis er eigenlijk uit?

Zorgpraktijk¹⁸

Een half jaar na de aanklacht van de familie Mulder (de rechtszaak loopt nog steeds) ga ik 's ochtends vroeg al naar 't Blauwbörgje.¹⁹ In de brochure die mensen bij opname in 't Blauwbörgje krijgen, wordt uitgelegd dat het een psychogeriatrisch verpleeghuis is: gespecialiseerd in het verzorgen, verplegen en behandelen van ouderen die lijden aan dementie.²⁰ Dementie begint met geheugenverlies, maar op den duur nemen ook vaardigheden als praten, zich aankleden en zich bewegen af. Het is een ernstige ziekte, volgens de brochure terug te voeren op een stoornis in de hersenen, waarbij geen uitzicht is op herstel. Behandeling van de symptomen is mogelijk, maar de oorzaak kan meestal niet behandeld worden. De zorg richt zich op het tegengaan van de achteruitgang en op het instandhouden van de vaardigheden die iemand nog bezit. In de brochure wordt ook ingegaan op beslissingen die samenhangen met het levenseinde. In 't Blauwbörgje wordt geen euthanasie – levensbeëindiging op verzoek van de patiënt – toegepast of overgegaan op levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt. Wel voert het verpleeghuis een zorgvuldig beleid ten aanzien van levensverlengend medisch handelen. Er komt een moment waarop medisch handelen gericht op het verbeteren van de conditie zinloos wordt. Dan is het achterwege laten of staken van zulk medisch handelen geboden. Dit zal door de arts met de familie worden besproken, waarna de medische zorg zich zal concentreren op het verzachten van het lijden. Bij plotse linge hartstilstand wordt niet overgegaan tot reanimatie. Bij voedselweigeren wordt er bij een patiënt aandrang en geen dwang uitgeoefend om te eten, ook al leidt de voedselweigeren ertoe dat de conditie van de patiënt verder verzwakt. Het verpleeghuis is terughoudend in het toedienen van kunstmatige voeding. Kunstmatige voeding wordt overwogen bij een stoornis waarvan herstel mogelijk is. Als tot kunstmati-

ge voeding wordt overgegaan is dat voor een vooraf te bespreken duur. Wanneer herstel uitblijft en de conditie niet dusdanig is verbeterd dat de bewoner zonder kunstmatige voeding verder kan leven, wordt dit geaccepteerd als een voorbode van een naderend overlijden.²¹

Een verpleeghuisarts brengt me naar de Boom²², één van de twaalf wooneenheden in 't Blauwbörgje. Er zijn drie soorten units met elk maximaal vijftien bewoners: begeleiding, verzorging en verpleging. De Boom is een verpleegunit: de bewoners zijn in een vergevorderd stadium van dementie en hebben veel zorg en verpleging nodig. Ik loop vandaag mee met July, die als vaste taak heeft het leven in de huiskamer in goede banen te leiden. Er is een open keuken (afgescheiden door een lage bar) met een ontbijtgedeelte waarin twee tafels staan. De huiskamer heeft een zitgedeelte met salontafel en fauteuils, en – dichterbij de doorgang naar de keuken – een grote ronde tafel en een kleinere vierkante tafel.

Twee bewoonsters zitten al aan de ontbijttafel. July en ik dekken de tafel. Per zitplaats een bord, een vork en een glas. Verder komt er een broodmandje op tafel, een bord met daarop kaas en vleeswaren, een kuipje boter en allerlei zoet broodbeleg. Met grote tussenpozen komen er meer mensen binnen, meestal aan de hand van of ondersteund door een ziekenverzorgende. Nicole, het afdelingshoofd, roept dan 'Goedemorgen!' alsof ze namens de bewoner die ze binnenbrengt iedereen begroet. En als ze mij een keer ziet zitten, zegt ze tegen de bewoners die bij me aan tafel zitten: 'Jullie moeten wel goed eten hoor, want Alice is er vandaag!' Iedereen krijgt een glas thee met suiker en een boterham die in stukjes wordt gesneden. Sommige bewoners beslissen zelf wat ze op brood willen. Anderen wordt niks gevraagd; die zijn minder goed aanspreekbaar, en July weet wel wat hun voorkeuren zijn.

Ik help een mevrouw met ontbijten. Nadat ik een boterham met boter besmeerd heb, vraag ik wat ze erop wil. Ze heeft het over chocola, en dat ze dat gisteren ook op brood heeft gehad. Ze kijkt zoekend rond op tafel, ontdekt de hagelslag, bekijkt de doos aandachtig en geeft hem dan aan mij. Ik probeer haar duidelijk te maken dat dit de suikervrije hagelslag is, en dat ik haar de andere hagelslag op brood zal doen. 'Dit is voor mensen die geen suiker mogen.' Ik weet niet of ze me uiteindelijk begrepen heeft, maar ze laat me mijn gang gaan. Als ze een paar happen genomen heeft, vraag ik haar of het lekker is. 'Ja ... Chocola verveelt niet snel.' Ik vertel haar dat ik ook graag chocola snoep. 'Wat?' 'Chocola is lekker om te snoepen!' 'Ja', lacht ze. Haar buurman wil pap. Dat ziet er blijkbaar goed uit, want na de boterham met hagelslag wil de mevrouw ook pap. Ik ga op zoek naar een schaalteje en wil pap opscheppen. Nicole zegt dat ik maar niet zoveel moet doen. De mevrouw begint de laatste tijd bijna uit haar kleren te groeien, en haar

man is niet zo happig op het kopen van nieuwe kleren. Alleen na veel overreding van de verpleging had ze met haar verjaardag een nieuwe jurk gekregen. 'Eigenlijk wel triest', zegt Nicole.

Na het ontbijt – dat al met al erg lang duurt – deelt Nicole medicijnen uit. Daarna gaan July, Nicole, de andere verpleegkundigen en ik koffie drinken. We zitten in de huiskamer rond de kleine vierkante tafel, vlak naast de doorgang naar de keuken. De open keuken is nu met een houten hekje afgesloten van het ontbijtgedeelte. Vanaf mijn plek zie ik een mevrouw bij het hek rondscharrelen. Ondertussen gaan de gesprekken aan de koffietafel over een zieke kennis, over diëten (twee verpleegkundigen zijn op dieet), over of ze 's ochtends de kinderen al dan niet zelf laten ontbijten, over hoe warm het op de afdeling is en – grapje – dat we bijna zouden 'uitdrogen'.

Om half elf is het tijd voor koffie voor de bewoners. De meesten zitten rond de grote ronde tafel in de huiskamer. Ik pak een krukje en ga er ook bij zitten. Sommigen moeten er echt toe worden gezet wat te drinken. July haalt een kruidkoek uit de keuken, snijdt hem in plakjes en deelt uit. De meeste bewoners nemen een plakje. Ik ook. Een mevrouw vraagt of het pannenkoek is. Nee, kruidkoek, zegt July. 'O, ik dacht pannenkoek.' July zegt dat de mevrouw wel gelijk heeft dat het koek is. Later zegt de mevrouw, die vroeger hoofdverpleegster was, tegen mij 'Wat fijn dat ze zo goed voor je zorgen, hè?' En als ik haar nog een kopje koffie aanbied: 'Nou kind, doe maar eerst de anderen, hoor.' Een meneer die eerder onrustig was, zit nog steeds in dezelfde fauteuil. Slaapt hij? July twijfelt of ze hem wat zal aanbieden: straks maakt ze hem wakker, terwijl hij net rustig is. Ze zet een kopje koffie op het tafeltje naast hem. Als ze vlakbij gaat kijken, blijkt dat hij toch wakker is. Ze biedt hem een plak koek aan, maar hij hoeft niks. Later haal ik zijn onaangeroerde kop koffie weg.

Margreeth, July en ik gaan om kwart voor twaalf naar beneden om in de kantine te lunchen. Ik vertel over mijn eerste indrukken, en dat ik het moeilijk vind om in te schatten of je de bewoners nou zelf moet laten eten en drinken, of dat ze hulp nodig hebben omdat ze het anders gewoon niet doen. Margreeth en July leggen uit dat als je de bewoners eenmaal kent, je beter weet of ze zichzelf kunnen redden. Verder praten we, vanwege de soep met vlees die ik niet neem, over vegetarisch koken en eten. Op de weg terug naar boven nemen we gelijk de etenskar met warm eten voor de bewoners mee: schalen met rijst, ragout, doperwtjes, appelmoes en een kit met custardvla. De tafels in de huiskamer zijn al gedekt en de bewoners zitten, met papieren slab voor, aan tafel.

Het uitdelen en opscheppen laat ik maar aan de anderen over. Ik heb geen idee van wie wat hoe moet: voorgesneden, geprakt, gepureerd, veel of weinig ... Ik loop met Margreeth mee naar een mevrouw die

'achter' op bed ligt. Op de slaapkamer staat – vrij hard – klassieke muziek op. Margreeth voert de mevrouw met een lepel een zogenaamde 'mixmaaltijd', een 'soort babyvoeding' waarin vlees, groente en aardappels vermengd en gepureerd zijn. Ik ga een eindje bij het bed vandaan zitten, half verscholen achter de stereoinstallatie. Ik voel me een beetje teveel, alsof ik hier iemands privacy zit te schenden. De mevrouw hoest en rochelt af en toe. Zelf heb ik het idee dat ze de puree zo weer zal ophoesten, maar Margreeth geeft haar weer een volgende hap. De mevrouw eet niet veel. Ze wiebelt met haar voeten, draait haar hoofd weg en staart schuin omhoog naar het plafond. Margreeth vertelt later dat ze met haar tong de lepel wegduwde. En ze werkt het eten ook haar mond weer uit. Margreeth probeert het nog een paar happen: 'Kijk 'ns.' Op een gegeven moment houdt de mevrouw haar mond stijf dicht. Margreeth zet het schaaltje weg en zegt tegen mij: 'Kijk, dit is nou hoe weinig ze eet.' De custardvla die Margreeth haar daarna voert, eet ze wel helemaal op. Margreeth veegt de mevrouw haar mond zorgvuldig schoon en loopt met mij weer naar de huiskamer.

Terug in de huiskamer zie ik dat een mevrouw nog nauwelijks haar bord heeft aangeraakt. Ik vraag haar of ze niet wil eten. Ze begint een heel verhaal, maar omdat ze erg zacht en onduidelijk praat, kan ik haar niet verstaan, ook niet als ik dat zeg en ze weer overnieuw begint. Ik zeg tegen haar dat ze toch goed moet eten en op haar gezondheid letten. 'Jaja', zegt ze. Ik vraag haar of ze dat belooft. Dat doet ze. Als ze later, als de toetjes voor iedereen op tafel staan, haar (bureau)stoel achteruit, weg van de tafel rolt – en dus weer niet eet – duwt July haar weer terug naar de tafel. Maar de mevrouw schuifelt met stoel en al weer achteruit. Ik ga bij haar staan, raak haar aan, en zeg: 'U had toch beloofd om aan uw gezondheid te denken en goed te eten?' Ja, dat was ook zo. 'Zal ik u dan maar weer naar de tafel brengen?' De mevrouw tilt haar voeten op, laat zich terugrollen en eet haar toetje helemaal op. En ik begrijp precies wat Chabot schrijft over de symbolische betekenis van eten: als je iemand kunt stimuleren toch zijn eten op te eten, heb je tenminste het idee dat je iets voor diegene kunt doen. Voor je gevoel hoort het gewoon niet dat iemand niet eet.

Om half drie is het tijd voor thee. Op tafel staat een schaal met boekenpootjes. Een aantal van de mensen die ik thee inschenk, beginnen een praatje. Soms lijken ze ineens in het verleden te leven. Een meneer vertelt me dat hij vanochtend zijn bed niet uit wilde komen, maar gaat ineens verder over een vliegtuig dat we moesten halen: Minnie, hij en ik. 'Jij was er ook bij.' Anderen proberen me – soms via lichaamstaal – iets duidelijk te maken. Vaak begrijp ik het pas na een tijdje, of na doorvragen: dichterbij de tafel geschoven willen worden zodat ze bij haar kopje kan, of een schaar willen om een losgepulkt draadje van een

verband af te knippen. De oud-hoofdverpleegster wil niet zoveel drinken, 'anders wordt het zo rommelig in mijn darmvoering'. Een bijna blinde en stokdove mevrouw heeft haar kopje thee voor zich staan. Ik geef haar het kopje aan en roep in haar oor 'drink maar lekker op!'. Maar ze doet moeilijk, en dan zie ik wat ze bedoelt: er is een klein scherfje uit de rand van haar kopje. Ik draai het kopje met de gave kant naar haar toe en probeer het nog eens. Maar net als die ochtend reageert ze telkens met te zeggen dat de thee voor mij is. En hoe ik ook zeg dat ik al thee heb gedronken en dat deze voor haar is, het lijkt niet tot haar door te dringen. Bij het praten raak ik haar veel aan, om te laten merken dat ik er ben, en om beter tot haar door te dringen. Ik zit gehurkt naast haar, op haar hoogte. Opeens neemt ze mijn gezicht tussen haar handen en zegt: 'Je bent een lekker wijfie!' Ik moet lachen en zeg dat zij een 'lekker wijfie' is. 'Wat?' En ik roep het nog harder. 'Wie, ik?', zegt ze, 'nee, ik ben maar gewoon.'

Tegen vier uur drinken de verpleegsters en ik thee, samen met de mensen die vanaf vier uur avonddienst hebben. Onze dag zit erop. Ik neem afscheid van alle bewoners. Vreemd, hoe snel je vertrouwd met ze raakt. Op de gang kom ik nog een bewoner van de Boom tegen. Een heel vriendelijke, lieve meneer die het leven op de afdeling wat te druk vindt. Hij eet altijd snel, vaak aan een rustige tafel, en is daarna ook gelijk weer weg, de gang op. Daar kuiert hij wat rond of hij zit wat te mijmeren in de zithoek vlak bij de liften. Daar kom ik hem vanmiddag ook tegen. Als ik naar hem toe loop, licht zijn gezicht helemaal op. Ik vertel dat ik naar huis ga, geef hem een hand en krijg een dikke zoen van hem. 'Dag', zegt hij, 'dag.'

Eten

In bovenstaande etnografische beschrijving van de zorgpraktijken op de afdeling, speelt eten een belangrijke rol. Kan ik, net als bij de talige verantwoordingspraktijken, ook filosofisch onderzoeken door welke ordeningswijzen deze *zorgpraktijken* worden gestructureerd? Is eten ook hier een kwestie van verschillende discoursen die voedselweigeren toeschrijven aan óf lichaam óf geest? Een empirisch-filosofische methode die aansluit bij de brede opvatting van een discours als woorden, daden en dingen is de *semiotiek*. Met behulp van deze methode kunnen zowel talige als niet-talige praktijken worden onderzocht, en kan ik illustreren dat voedsel en voedselweigeren in de zorgpraktijk ook hun eigen ordeningen hebben.²³

Wat is eten eigenlijk? Die vraag is niet essentialistisch bedoeld. Om dit misverstand te voorkomen, had de vraag ook anders gesteld kunnen worden: wat *betekent* eten? Dit is echter een talige formulering,

ook niet de bedoeling. Het gaat immers niet alleen om de vraag waar en wanneer het woord 'eten' gebruikt wordt, maar ook om hoe de situatie van het eten vorm krijgt en vorm geeft. Het antwoord op de vraag 'Wat is eten?' vertelt ons niet wat eten in wezen is, maar laat een paar van zijn vele verschijningsvormen zien.²⁴ Aan de hand van de hierboven beschreven observaties (en andere voorbeelden die ik op de afdeling tegenkwam) kom ik onder andere op de volgende tien vormen.

Om te beginnen is er *zorgzaam* eten: zorg in de vorm van voedsel en ervoor zorgdragen dat iemand eten krijgt. Bijvoorbeeld door te helpen met het snijden van een boterham. Of door te zorgen voor iemands favoriete broodbeleg en dat op zijn boterham te doen. Een stukje brood op een vork prikken en die aangeven. Iemand helpen met drinken of met zijn toetje. Een mevrouw stimuleren toch haar toetje te eten. En een mevrouw die aan de koffietafel zegt: 'Wat fijn dat ze zo goed voor je zorgen, hè?'

Sociaal eten is er ook. Bij een mevrouw aan tafel gaan zitten, 'samen is gezelliger toch?'. En zou ze die extra halve boterham hebben gegeten vanwege mijn gezelschap? Broodkorsten op het bord van je buurvrouw gooien. Een praatje beginnen bij de thee. Gezamenlijke thee voor de verpleging. Niet zoveel vla mogen omdat je man geen nieuwe kleren wil kopen. Of juist *a-sociaal*: niet bij de anderen aan tafel willen zitten omdat je de muziek wilt horen. Vanwege de drukte alleen aan een rustige tafel willen eten, of liever nog in je eentje. Net doen of je slaapt en even niks hoeven, dus ook geen plakje koek. Geen eten willen aanemen van een vreemde, maar alleen van July.

Eten (of niet-eten) is ook *communicatie*. Niet eten en demonstratief je armen over elkaar doen is een voorbeeld. Via lichaamstaal duidelijk maken dat je zo niet bij je kopje kunt komen en dichterbij tafel geschoven wil worden, is een ander voorbeeld. Als iemand niet reageert op je vraag of ze nog een hapje neemt, kun je proberen haar een stukje brood voor te houden. Eindelijk: contact! En dan is er natuurlijk ook nog eten als gespreksonderwerp: praten over diëten, over vegetarische recepten en vragen of iets lekker is.

Deze laatste vraag geeft aan dat eten ook lekker kan zijn; dat eten dus te maken heeft met *eet-lust*.²⁵ Dat blijkt bijvoorbeeld uit dat gesprekje over chocola: chocola verveelt niet snel en is lekker om te snoepen. Dezelfde mevrouw zag de pap van haar buurman, vond dat er blijkbaar aanlokkelijk uitzien en lustte daar ook wel wat van. 'Eet smakelijk!' De blinde mevrouw vraagt July over een koekje: 'is dit lekker?' en als July dat bevestigt: 'nou, dan eet ik het lekker op!'. En de meneer die opstaat en terug naar de gang wil, gaat met een blij verraste blik weer zitten als Anne vertelt dat hij nog pudding krijgt.

Eten heeft ook te maken met *autonomie*. De mevrouw die nog zelf

haar brood kan snijden, krijgt een mes. Sommige bewoners kunnen zichzelf redden, andere niet, dus die hebben hulp nodig. De dokter vertelt dat de verpleegsters bij slikproblemen iemand wel eens onder de kin wrijven om een slikreflex op te wekken. Dat heb ik July ook wel zien doen bij een meneer die wel een slok nam, maar niet doorslikte. Maar iemands neus dichtknijpen doen ze niet. En Nicole zegt: 'We gaan ze niet de mond openwroeten.'

Een andere vorm van eten is *bio-medisch* eten.²⁶ Dit is een combinatie van drie soorten eten. Ten eerste *berekend* eten²⁷: als iemand zo weinig meer drinkt dat het problematisch wordt, gaat de verpleging een 'vochtlijst' bijhouden. 'Dat is een lijst waarop je precies bijhoudt hoeveel cc vocht iemand per dag binnenkrijgt. En dan zet je er ook achter wat voor vocht: thee, koffie, pap...' ²⁸ De tweede soort bio-medisch eten is eten als *ontwikkeling*. 'We hebben nou een nieuwe meneer hier, die woont hier nog geen vier weken, en die kwam hier lopend binnen en die at normaal eten, en nu ligt 'ie halve dagen op bed en eet alleen maar vloeibaar voedsel. Die zie je echt binnen een paar weken gewoon voor je ogen zo hard achteruitgaan.'²⁹ De derde soort (ook al een beetje terug te vinden in het vorige citaat) is eten als *graadmeter*. De dokter vertelt: 'Als eten en drinken niet meer goed gaat, dan weet je dat er iets aan de knikker is. Dat er iets aan de hand is, dat iemand niet goed is eigenlijk.'

Eten is ook een *norm*: iemand eet goed of juist niet goed. En voor je gevoel hoort het gewoon niet dat iemand niet eet. Teveel eten is ook niet goed: een mevrouw krijgt zoetjes in plaats van suiker vanwege haar omvang. Een verpleegster gaat met een mevrouw mee naar het ziekenhuis en smeert vanwege de lange wachttijden wat brood om mee te nemen. 'Zal ik voor haar ook maar wat smeren? Anders staat het zo stom als ik in m'n eentje ga zitten eten.' Als de meneer die altijd op de gang zit een nog onbelegde boterham op zijn bord krijgt, begint hij die direct te eten. 'Even wachten', zeg ik, 'ik zal er eerst iets op doen.' Terwijl ik het zeg, realiseer ik me dat het een impliciete norm is dat je geen droge boterhammen eet.

Eten doe je op *locatie*. Brood haal je in de winkel, en je eet het in de keuken aan de ontbijttafel. Koffie en thee drink je met z'n allen rond de grote tafel in de huiskamer. Die ene meneer wordt voor het middageten van de gang gehaald en eet in de keuken aan een rustige tafel. En weet je nog die mevrouw die zichzelf en haar bureaustoel van tafel wegrolde, omdat ze niet wilde eten, wilde ze niet dáár zitten. En July vertelde me over een mevrouw die, als ze een dagje op bed ligt, eten en drinken weigert. Ze verbindt het waarschijnlijk aan het op bed liggen: 'Als ik hier lig, dan hoef ik niks.' Dus ook geen eten.

Eten is verbonden met *kennis*. July weet wat de voorkeuren van de

bewoners zijn. En als je ze eenmaal kent, weet je beter of ze zichzelf kunnen redden. Van de mevrouw die altijd op bed ligt, weten ze nog van vroeger dat ze zo van koffie hield. Terwijl de mevrouw verder nauwelijks nog op haar omgeving reageert, doet ze dat wel op 'hier, ik heb een lekker bakje koffie voor u'. Dat soort voorkeuren 'die houden we in ere haast'.³⁰ En omdat ik niet weet wie wat hoe moet hebben, laat ik de verpleging het warme eten opscheppen. Zij weten het wel. Als ik bij het ontbijt vraag welke jam een bewoonster op brood wil: 'abrikozenjam?' komt er als verlate reactie: 'Dat ken ik wel, fruit. Abrikozen, sinaasappels, kleine pruimen ...'

Tot slot is eten verbonden met *tijd*: etenstijd, middageten, maaltijd, op tijd klaar moeten zijn met eten vanwege een bezoek aan het ziekenhuis, tijd voor koffie ... Niet-eten heeft ook te maken met tijd. De dokter legt uit dat de beslissing tot abstinentie (waaronder ook afzien van kunstmatige toediening van voeding en vocht) niet te vroeg en niet te laat mag gebeuren. En dat als het moment daar is, de familie vaak tijdelijk terugkrabbelt. Ook het proces van versterven zelf heeft te maken met tijd: het is een aan het einde van je leven langzaam naar de dood toe groeien. Het is het begin van het einde.

Ben ik niet nog wat vergeten? Ik zou toch kijken hoe de zorgpraktijk gestructureerd werd, en of lichaam en geest ook in de zorgpraktijk van voedsel in het verpleeghuis voorkwamen? Dat klopt. Ik ben in mijn opsomming van de vele verschijningsvormen van eten niet volledig geweest. Bovenstaande vormen zag ik het meest. Maar er zijn nog veel meer vormen van eten die ik tegen ben gekomen. Ik zag zoveel vormen, dat het de pluriformiteit van eten onrecht zou aandoen om te proberen een uniforme structurering te benoemen. Behalve de tien hierboven besproken vormen, was er ook nog eten als structuur, als symbool, als humor ('We hebben niet zo'n goede naam op het gebied van vocht, maar kan ik je wat te drinken aanbieden?'), als gedrag, als symptoom, als koopwaar, als activiteit, enzovoorts. En ja, ik kwam eten ook tegen als iets van het lichaam en als iets van de geest. Maar niet zoveel. De toeschrijving van eten en niet-eten aan één van beide categorieën staat hier veel minder op de voorgrond. Dat komt omdat men in de zorgpraktijk zelf niet zozeer bezig is met de definiëring, verantwoording en prescriptie van (de zorgpraktijk rond) voedselweigeren. Eigenlijk ben ik de enige die daar – vooral achteraf, weer achter mijn computer zittend – echt mee bezig is.

Moeder en zoon

Ze ligt in bed met half geloken ogen
Een oeroud kind, dat vast mijn hand omvat.

De moeder die ik altijd heb gehad
is haast onmerkbaar van me weggevlogen.

En ik, die steeds haar zoon was, moet nu wat
ik maar aan moeder in me kan gedogen,
aan haar weer geven, naar mijn best vermogen
Omdat zij zoveel liefde voor me had.

Wie is degeen die voedsel krijgt en wie de voeder?
Wie wacht er kwetsbaar af wat komen gaat?
Wie van ons beiden is het kind, wie moeder?

Er is iets vreemds gebeurd met onze levensdraad
Ik zie de knoop die langzaam ontstaat
En vrees mezelf alleen, als liefde's hoeder.

Dit gedichtje kreeg ik van Hans. Hij heeft het zelf geschreven. Zijn moeder heeft de laatste jaren van haar leven doorgebracht in de Boom, in 't Blauwbörgje. Ze is ruim een jaar voor ik er kwam overleden. Omdat ik Hans ken en hem over mijn onderzoek vertelde, kwam ik daar per toeval achter. Toch wil ik graag het verhaal van Hans' moeder vertellen met behulp van wat Hans en verpleegster Marian mij over haar hebben verteld.

Mijn moeder, dat was een vrouw, die vond eten eigenlijk altijd lekker. En ze vond koken ook wel leuk. Ze had er niet zo verschrikkelijk veel tijd voor, maar ze had ... plezier aan eten. Niks bijzonders eigenlijk. De hele familie had dat wel een beetje, we lijken wel een beetje op Fransen. In Frankrijk daar zijn ze ook héél erg altijd met eten bezig. Dus in die zin ... Nou, toen werd ze dus eigenlijk steeds dementer. En kwam eerst in een bejaardentehuis, dat was echt een rámp. Vreselijk wat er daar allemaal gebeurde. (...)

Nou, toen kwam ze in 't Blauwbörgje, en dat was echt een stuk beter. Toen ik daar kwam met haar, heb ik met de arts een gesprek gevoerd. En die heeft mij op een heel fatsoenlijke en keurige manier gezegd: als mensen hier komen, dan is dit zo'n beetje de gewone gang van zaken. Dat ze steeds minder gaan eten. En dan kunnen we twee dingen doen: dan kunnen we dat ofwel op z'n beloop laten, of we kunnen proberen dat tegen te houden. Geforceerd voeren, enzovoort. Nou, wat wilt u? Toen heb ik gezegd: 'Ik wil dat het een natuurlijk beloop heeft.' Nou, dat was duidelijk. En dat werd genotuleerd neem ik aan, en dat was verder de afspraak.

Nou en daar in dat Blauwbörgje, daar hadden ze dus toch veel meer dan in dat bejaardentehuis het idee dat je de mensen wat moest verwenen. Dus héél veel waren d'r tompoezen en allemaal een beetje van dat gore eten, maar goed, de meeste mensen die hebben hun hele leven niks

anders gegeten. En bokkenpoten en noem maar op. De hele dag zaten ze daar te snoepen. Nou, en dat ging goed.

Maar ja, dan zie je toch eigenlijk wel dat zolang die mensen zich eh goed voelen, dan eten ze wel. En als ze zich niet goed voelen, nou dan houden ze op met eten. Dat is heel wijs bestierd eigenlijk. Nou, en dat weten die meisjes, die weten dat natuurlijk ook wel. Dus als iemand dan niet zoveel meer eet, dan proberen ze toch wel er nog wat in te krijgen. Dan gaan ze overleggen met de familie. Wat vindt ze nou extra lekker? Of noem maar op. Dus moeite doen om er toch nog wat in te krijgen. Maar ja, gaande die rit krijg je steeds meer signalen dat ze toch steeds minder gaat eten. Nou, dan zie je d'r ook steeds magerder worden ... En dat heeft dus een jaar of twee geduurd. Dat ze dus steeds magerder werd.

Nou ja, dus zo ging dat. En toen zag je dus dat ze steeds minder at, en minder at, en minder at ... En eh ... Dat hield langzaam op ... Maar toen heeft ze dus op een gegeven moment drie weken in bed gelegen. En als ze in bed liggen, wil het al helemaal niet meer. Alleen een beetje drinken. Ik was ook erg veel bij d'r. Dan probeerde ik er wat drinken in te gieten. Maar dat wou ze zelf ook niet. Dan spuugde ze dat weer een beetje uit. Dus eigenlijk gaat dat ... Dat gaat heel natuurlijk. (stilte)

En toen is ze gestorven...

In een eerder gesprek had Hans me verteld dat zijn moeder op een gegeven moment al niet meer wilde eten, maar nog wel chocola lustte. En dat de verpleging zei: als je op bezoek komt, neem dan maar chocola voor haar mee. Ik vraag Hans of hij kan vertellen wat dat voor hem en voor haar betekende.

Kijk, wat ik wou dat is: ik wou haar een plezier doen. Ik wou haar dat zo plezierig mogelijk ... Ik was natuurlijk niet in staat, vond ik, om elke dag daar te komen. Laat staan uur in uur uit. Wat ze het mooiste had gevonden. Dus ik kwam daar in principe de zondag, dan zag ik haar altijd. En eh ... Ja, op de één of andere manier, dat vond ik dus wel weinig ... Maar ja, wat ik dan deed, dan kocht ik dus chocola, en dan zei ik: dan kun je die chocola als ik er niet ben, dan kun je die ook geven. En dan zeiden zij: dan zeggen we 'Dat is van Hans' en dan was ik er toch een beetje. Weet je? Dus zo is dat een tijd gegaan. Dat is ook wel goed gegaan. Totdat op een gegeven moment ze ook geen chocola meer wou. Maar ze vond dat lange tijd, vond ze dat héél eh ... heel lekker.

Marian, verpleegster op de Boom, heeft destijds Hans' moeder ook meegemaakt:

Ze wou eigenlijk niet eten en drinken. Ze was al van het begin iemand die een heel klein puntje op de lepel weet je wel ... Dus op zich was dat niet zo raar voor haar. Maar het werd gewoon steeds minder en ze ging

ook steeds minder eten, en haar bord van haar afschuiven en het niet meer hoeven ...

Maar stukjes chocola, en bonbonnetjes en dat soort dingen, dat vond ze gewoon erg ... dat vond ze héérlijk. Chocolademelk, dat soort dingen. Dus dan begin je op een gegeven moment dingen te geven ... Als je echt merkt, dat iemand niet meer eet, dan ga je eerst proberen om steeds meer dingen te geven die die lekker vindt. Om dat steeds vaker aan te bieden. Bijvoorbeeld bij het brood eten geen melk geven, maar chocolademelk. Je hebt van die Nutridrink³¹ en die heb je in diverse smaken. Maar dat we dan echt zeggen van: alleen chocoladesmaak. Voor haar. Want dan is de kans het grootst dat ze er nog wat van binnenkrijgt. En ook al neemt ze dan maar twee slokjes, van die chocoladesmaak, nou ja, dat heeft ze dan toch weer binnen. Maar als je dan met aardbeismaak aankomt, ja dan hóeft het dus al niet.

En Hans, haar zoon, nam dus inderdaad chocoladerepen mee, en gaf haar twee of drie van die blokjes ... Nou, dan kon ze dat wel een héle tijd in haar mond houden. Dan zoog ze dat helemaal op. Maar verder at ze dus vrij weinig. En normaal kies je er niet voor om iemand iedere dag, ja wel een stukje chocola, maar ... Ja, 't is heel moeilijk uit te leggen ... Ja, het is niet normaal dat iemand een chocoladereep krijgt in plaats van zijn warme eten. Laat ik het zo zeggen. Maar als je gewoon merkt dat iemand verder niks meer eet, en dan alleen ...

Ik: Alléén nog dát wil ...

Marian: Alleen nog dát wil, ja dan ... maak je wel eens de keuze om te zeggen, zo van: ja, dan maar chocola. Ja. Dan is 't niet anders. En, zie dat is dan natuurlijk niet iedere dag of iedere maaltijd een hele reep. Want als die mensen echt al zo achteruit zijn gegaan dat ze alleen maar chocola meer willen, dan houdt het inderdaad vaak bij twee of drie blokjes op. De volgende hoeft ze niet meer. De voedingswaarde daarvan is dan natuurlijk ook nul komma nul. Maar ja, je doet het dan meer zo van ... je doet haar daar nog een plezier mee.

En dat is vaak ook voor de familie best wel belangrijk, dat ze nog wat mee kunnen nemen. Ja, dat ze iemand nog een plezier kunnen doen, met iets. Met bonbonnetjes. Of chocolademousse ... Als je moeder op sterven ligt, en je geeft haar een hapje chocola, en ze zegt: 'O, lekker! Dank je wel', dan is je hele dag toch weer goed? (lacht) En het was voor haar toch wel een manier van aan ... Hoe moet je dat zeggen? Het was een heel spel tussen die twee. Want Hans was haar enige zoon, en die moeder-zoonrelatie dat was gewoon heel *close*. Het was gewoon iets van hun tweeën, weet je wel. Dat hij dan een stukje chocolade gaf, en ... dan pakte ze zo zijn hand, en was heel blij dat hij d'r was ... Dat was gewoon heel ... Ja, ik weet niet: de waarde van het eten is dan minder dan die hele toestand daar omheen. Het was gewoon een stukje genegenheid wat ze kreeg. Dat kreeg ze zo ook van 'm hoor, daar niet van, maar ... En zij kon ... Volgens mij, hij had meer van: dat hij een stukje chocola kon geven, was het enige wat ik nog kan doen voor mijn moeder. En het was net of, zij begreep dat gewoon heel goed.

Uit Hans' verhaal begrijp ik dat eten in zijn familie erg belangrijk is. Er wordt veel aandacht aan besteed, er wordt van genoten, en het is leuk om een ander ermee te verwennen. Eten staat zozeer centraal, dat Hans de eetcultuur van zijn familie karakteriseert als een beetje Frans. Lekker eten hoort bij hun Bourgondische levensstijl. Het is onderdeel van hun *identiteit* geworden. Hun eetcultuur en identiteit botsen met de eetcultuur in 't Blauwbörgje.³² Ook daar wordt veel tijd besteed aan eten en worden de bewoners verwend met lekkere tussendoortjes. Maar de warme maaltijd is toch anders dan Hans' moeder gewend is. Ook al is die maaltijd afgestemd op de gemiddelde voorkeur van de bewoners, het blijft 'inrichtingseten'. En omdat dat niet het eten is waar ze aan gewend is, vindt ze dat lang niet altijd lekker.

Uit het verhaal blijkt ook dat eten sterk te maken heeft met *locatie*. Toen Hans' moeder nog thuis woonde, kon ze nog zelf koken. Dus kon ze datgene wat zij wilde, op háár manier klaarmaken. Maar in het bejaardenhuis mocht dat niet. Ze had wel eens geprobeerd in haar keukentje iets klaar te maken. Daar zat één kookplaatje in. Maar (mede) omdat ze thuis een gasfornuis was gewend, vergat ze soms het kookplaatje uit te doen. En dat 'mag natuurlijk helemaal totaal niet'. Want aangebrand eten, dat kost maar weer extra werk. Dus dan maar uit plastic bakjes eten. In haar eentje. En de 'fantastisch diëtistisch' uitgezochte broodmaaltijd at ze ook alleen op haar kamertje op. In 't Blauwbörgje gaat dat anders. Daar zitten ze met z'n allen in de huiskamer. En daar worden ook de maaltijden genuttigd. '(H)et hele leven van die mensen (is) op die zaal.' Totdat Hans' moeder steeds minder gaat eten, en uiteindelijk zo verzwakt is dat ze 'achter' op bed komt te liggen. En als bewoners eenmaal op bed liggen, wil het helemaal niet meer.

De verpleegsters doen hun best om haar nog iets te laten eten. Zij geven *zorg* in de vorm van voedsel. Bijvoorbeeld door bij het ontbijt geen melk, maar chocolademelk te geven. Want ze weten dat Hans' moeder chocola lekker vindt. Dus zijn ze er op gericht haar dingen aan te bieden met die smaak. Ze bestellen speciaal voor haar drinkbare maaltijdvervanger met chocoladesmaak. 'Want dan is de kans het grootst dat ze er nog wat van binnenkrijgt.' En al zou ze er maar een paar slokjes van nemen, dan heeft ze dat toch weer binnen. Als Hans' moeder uiteindelijk alléén nog maar chocola eet, weet de verpleging dat de voedingswaarde daarvan 'nul komma nul' is. Toch kiezen ze ervoor haar dat te geven. Omdat ze dat lekker vindt, en omdat het 't enige is waar je haar nog een plezier mee doet. En 'dat uur wat (ze) dan korter leeft, misschien, ja dat doet er dan niet toe'.

Op het laatst wil Hans' moeder dus alleen nog maar chocola. Dat vindt ze héérlijk. Ze was volgens Marian altijd al 'een beetje een zoete-

kauw', maar nu is chocola het enige dat ze nog eet. Haar *eet-lust* beperkt zich tot chocola. En daar geniet ze dan ook ten volle van. Ze kan helemaal verheerlijkt in bed liggen met een stukje chocola in haar mond. Daar ligt ze wel een uur op te sabbelen, tot het helemaal opgezogen is. 'Dan is ze gewoon helemaal gelukkig!' vertelt Marian. Al het andere (bijvoorbeeld Nutridrink met aardbeismaak) hoeft ze niet. Dat voldoet niet, geeft niet dat genot, is niet bevredigend.³³ Marian zegt dat een andere mevrouw op de Boom dat ook heeft. Zij ligt ook op bed. Hoewel zij nog wel andere dingen eet (maar ook niet altijd even goed), kan je haar geen groter plezier doen dan haar een bonbon geven. Als Marian zich de gelijkenis realiseert en nadenkt over de bijzondere betekenis van chocola voor dementerende mensen, begint ze te lachen: 'Het is net of alle demente mensen aan de chocoladebonbons zijn!'³⁴

De chocola die Hans voor zijn moeder meeneemt, is voor hem een *symbool*. Chocola is voor hem het enige waarmee hij zijn moeder nog een plezier kan doen. Het enige wat hij voor haar kan doen. Samen met het gebeuren er omheen – dicht bij elkaar zitten, elkaars hand vast pakken, blij zijn met elkaars aanwezigheid – is een stukje chocola 'een stukje genegenheid'. Iets van hun tweeën. En op de momenten dat hij zelf niet bij haar kan zijn, is de chocola een soort plaatsvervanger, 'dan was ik er toch een beetje'. Het is alsof zijn moeder dat begrijpt. Alsof ze weet dat chocola het enige is waarmee Hans haar nog een plezier kan doen. 'O, lekker! Dank je wel!'

Eten is voor Hans' moeder en haar omgeving heel veel dingen tegelijk: vooral identiteit, locatie, zorg, eet-lust en symbool. Maar ook sociaal, berekend, autonomie, communicatie, enzovoort. Deze vormen van eten zijn bijna onontwarbaar met elkaar verknoopt; als Hans' moeder Nutridrink met chocoladesmaak krijgt, heeft dat tegelijkertijd te maken met eet-lust, zorg en berekend eten. Eten is hier een element in een netwerk. Een *actief* element zelfs, want chocola *doet iets*: het doet haar plezier, maakt haar zelfs gelukkig. Wat betekent het als zij op het laatst helemaal niet meer eet, ook geen chocola? Het is meer dan alleen niet langer voldoen aan een *lichamelijke behoefte*. Waarschijnlijk voelt ze die al niet eens meer. Maar het is ook meer dan een *wilsact* van een autonoom individu. Voor Hans en Marian is het een *mengvorm* van niet meer kunnen (van haar lichaam?) en niet meer willen (van haar geest?). Het zou hun verhalen tekortdoen wanneer het aan óf lichaam, óf geest zou worden toegeschreven. Het is *meer*. Met dat Hans' moeder geen eten meer hoeft, hoeft ze niks meer: ze neemt afscheid van identiteit, locatie, zorg, eet-lust, symbool, haar omgeving. Ze neemt afscheid van het leven.

Voedsel als actant

De woorden die de verantwoordingspraktijk ons biedt om bovenstaande gebeurtenissen te duiden, schieten hier tekort. Het zou de verhalen van Hans en Marian geweld aandoen om de voedselweigering van Hans' moeder alleen aan lichaam of geest toe te schrijven. Wanneer je zorgpraktijken en etensverhalen van binnen-uit bekijkt, móet je wel aandacht hebben voor de rol die voedsel daarin speelt. Naar mijn mening is dat dan ook het grootste verschil tussen verantwoordingspraktijk en zorgpraktijk: de *aandacht voor, en aanwezigheid van, voedsel zelf*.

In de zorgpraktijk kom ik tientallen vormen van eten tegen, terwijl er in de publieke discussie nauwelijks aandacht voor is. Eten komt in de verantwoordingspraktijk niet voor in actieve (werkwoords)vorm, maar alleen als lichamelijke behoefte. Zelfs dat wordt echter zelden genoemd, het is alleen af te leiden omdat niet-eten als een ontbreken of afnemen van een lichamelijke behoefte wordt gedefinieerd. Niet-eten figureert in het debat alleen als ófwel een natuurlijk proces dat hoort bij een fase van dementie, ófwel als een wilsact, een keuze. Voedsel, eten als zelfstandig naamwoord, komt in de verantwoordingspraktijk al helemaal niet voor. De enige uitzondering is te vinden in het sfeerverhaal over de thuiskomst van meneer Mulder. Daarin wordt beschreven hoe Mulder vol levenslust geniet van zijn welkomstmaal van spinazie, aardappelpuree en vla. Zodra je in de dagelijkse praktijk gaat kijken, kun je niet om voedsel heen.

Wanneer ik op 't Blauwbörgje vraag naar de rol die eten speelt in het dagelijks leven op de afdeling, antwoordt July: 'Sowieso biedt het wel wat vaste punten, structuur op een dag. Dat ze 's morgens uit bed gehaald worden, dan worden ze naar de keuken gebracht. Dan weten ze eigenlijk wel dat ze daar ontbijt krijgen. Op de één of andere manier voelen ze aan dat er weer wat gaat gebeuren. (...) Vooral met deze mensen: (eten) dat is een vorm van contact. De psycholoog vertelt dat er soms weleens wordt gemopperd dat familie zo veel eten meebrengt.

'Maar het is natuurlijk wel een manier die de communicatie vergemakkelijkt. (...) Het is een uiting van zorg. En ik denk dat het voor de (familie) nog een mooie mogelijkheid tot contact is. Het zorgen om moeder of vader. Als er niks meer te praten valt.'

En de verpleeghuisarts zegt:

'Misschien dat we 't niet altijd beseffen, maar het is toch wel één van de meest primaire levensbehoeften. En het is ook een belangrijk sociaal

gebeuren, in ieders leven. Het is ook iets wat structuur biedt aan de dag. Met name voor bewoners hier, mensen die gaan dementeren, is structuur erg belangrijk. Men denkt vaak van eten naar eten.'

Zelf omschreef ik de rol van voedsel als volgt. In het verhaal van Hans' moeder wordt duidelijk dat eten (weigeren) verbonden is met een heel *netwerk*: identiteit, locatie, zorg, eet-lust, symbool en omgeving. Haar geschiedenis illustreert bovendien dat voedsel een *actief element* in dat netwerk is. Chocola *doet* iets. Een vocabulaire dat goed bruikbaar is om deze gebeurtenissen te duiden, is dat van Bruno Latour.³⁵ De dingen zijn, net als mensen, *actants*: entiteiten die sporen achterlaten, die iets doen. Voedsel is zo'n actant. Chocola treedt op als tijdelijk plaatsvervanger van Hans, continueert de moeder-zoonrelatie, is het enige dat zijn moeder nog een plezier doet en maakt haar zelfs gelukkig. Latour zou de situatie van Hans, diens moeder en de chocola beschrijven als *delegatie*.³⁶ Er is (in Latours woorden) een 'conflict' tussen Hans en zijn moeder. Hans kan niet 'uur in, uur uit' bij zijn moeder zijn, terwijl zij dat juist het liefst zou willen. Dit probleem wordt zowel verplaatst als opgelost door het toevoegen van een stukje chocola. Omdat Latour aandacht besteedt aan concrete dingen – dingen die iets doen – zijn er in zijn vocabulaire woorden te vinden om gebeurtenissen in de zorgpraktijk beter te kunnen duiden: bijvoorbeeld actant, netwerk, delegatie.

Latours vocabulaire heeft echter nog verdere consequenties voor ons begrip van de zorgpraktijk. De andere denkwijze over de dingen heeft namelijk ook gevolgen voor ons denken over de mensen. Want als er aan het ene uiteinde van de dichotomie 'mens versus niet-mens' iets verandert, heeft dat implicaties voor het andere uiteinde van de dichotomie. Dit komt omdat een uiteinde van een dichotomie met behulp van het tegenoverliggende uiteinde wordt gedefinieerd. In dit geval: het karakteristieke van de mens is dat hij (bewust) handelt; het kenmerk van een niet-mens is dat hij niet handelt. Wanneer dingen iets gaan doen, komt 'handelen' als onderscheidend criterium van menselijkheid in gevaar.³⁷ Er lijkt niet langer sprake van een dichotomie, maar van een continuüm, waarop de dingen een stukje opschuiven richting mensen. Maar Latour laat zien dat er tegelijkertijd een omgekeerde beweging is: mensen verschuiven richting dingen.³⁸ Niet alles wat mensen doen is te definiëren als handelen.³⁹

Het is vooral deze tweede verschuiving die humanistische denkers zorgen baart. Latour illustreert dit aan hun reactie op de automobilist die voor een verkeersdrempel remt.

'Humanisten zullen de automobilist blijven volgen zolang hij aan zijn naaste denkt, zolang hij zich aan de verkeersregels houdt, zolang hij de

borden leest, maar zodra hij *van het doordachte optreden naar het reflexhandelen*, van de rede naar de machtsverhoudingen glijdt, zodra hij kortom op de rem gaat staan om zijn auto niet te beschadigen, laten ze hem achter in het rijk der dingen ...¹⁴⁰

Dat is jammer, vindt Latour, want er zijn geen duidelijke grenzen te trekken tussen moreel gevoel, psychologie, reflexen, ontwerp en plaatsing van verkeersdrempel, soliditeit van schokbrekers, enzovoort. Van belang voor dit artikel is dat er met andere woorden volgens Latour geen a priori onderscheid is tussen handelen en gedrag. Een onderscheid vooraf tussen bewust of onbewust eten, en tussen bewust of onbewust niet-eten is er dus niet.

Met *voedsel als actant* verdwijnt het a priori verschil tussen handelen en gedrag, en vervalt ook het onderscheid vooraf tussen lichaam en geest. Daarom werken die dichotomieën niet goed in de praktijk van het verpleeghuis. De psycholoog vertelt dat er in het geval van voedselweigering op bewonersbesprekingen wel wordt gekeken naar wat het facet is van niet willen en wat van niet kunnen?⁴¹ Maar als ik later in het interview op dit onderscheid terugkom, antwoordt hij: 'Ja, ik weet niet eens of ... Filo(sofisch) ... Die scheiding kúnnen we aanbrenge(n), maar soms vraag ik me af of die scheiding reëel is.' Ik hoop hierboven duidelijk te hebben gemaakt dat dit komt omdat juist in de praktijk veel duidelijker wordt dat voedsel een actant is. In de zorgpraktijk is eten niet of lichaam of geest, maar is het meer. Eten heeft daar ook de verschijningsvormen zorgzaam, sociaal, communicatie, eet-lust, autonomie, bio-medisch, norm, locatie, kennis, en tijd.

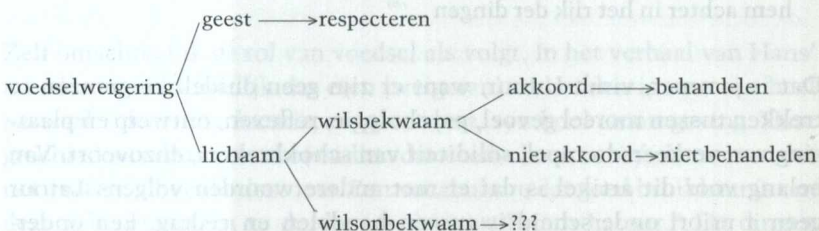
Toch wil ik tot slot proberen om vanuit de gevonden nuanceringen, vanuit de oneindige complexiteit en verwevenheid van de netwerken van voedsel in het verpleeghuis, weer een stapje terug te doen. De stap van zorgpraktijk naar een andere verantwoordingspraktijk.

Een latouriaanse verantwoordingspraktijk

Is Latours vocabulaire behalve voor een betere duiding van de zorgpraktijk ook inzetbaar voor een andere verantwoordingspraktijk? Is het mogelijk om via dit nieuwe taalgebruik de afstand tussen verantwoordings- en zorgpraktijk te verkleinen? Met andere woorden: wat zijn de consequenties van voedsel als actant voor de verantwoordingspraktijk?

In mijn analyse van de bestaande verantwoordingspraktijken lette ik op de gelijktijdige definiëring, verantwoording en prescriptie van de gangbare zorgpraktijk rond versterving. Op basis hiervan heb ik een beslisboom opgesteld. Deze laat zien dat afhankelijk van wat het geval

is, duidelijk wordt wat de bijbehorende handeling dient te zijn.⁴² De beslissboom begint gelijk al met een tweedeling:



Als voedselweigering een wilsact is, moet die keuze worden gerespecteerd. De patiënt is een autonoom subject dat zelf de volle verantwoording voor zijn daden draagt. Maar als voedselweigering misschien geen wilsact is, wordt het ingewikkelder. Dan moet het wellicht worden behandeld. Zolang een patiënt wilsbekwaam is, is er volgens de participanten van de verantwoordingspraktijk opnieuw niets aan de hand. Het is dan eveneens een kwestie van de geest. Dus kan de normale, klassiek ethische benadering worden gevolgd, die uitgaat van een rationele actor, van autonomie en zelfbeschikking, van *informed consent*. Als de patiënt weigert, moet dat worden gerespecteerd; als hij akkoord gaat met de behandeling, wordt er behandeld. Door middel van *informed consent* wordt de patiënt verantwoordelijk gemaakt.

Maar zodra niet meer duidelijk is of iemand wel wilsbekwaam is, wordt men onzeker. Chabot stelt: 'Als een oude zieke poes zich terugtrekt in een hoekje en alle eten laat staan, accepteren wij dat zij "wil" sterven. Wanneer een demente bejaarde hetzelfde doet, raken we in de war.'⁴³ De deelnemers aan de verantwoordingspraktijk willen echter een duidelijke, individuele locatie van verantwoordelijkheden. Vandaar dat er in het debat zo volhardend wordt gepoogd om versterving aan lichaam of geest toe te schrijven en om voedselweigering vanuit deze respectievelijke nadruk op lichaam of geest te verklaren. Want zodra er een antwoord is gevonden op de vraag wat het geval is, zijn ook het bijpassend medisch handelen en de locatie van verantwoordelijkheid duidelijk.

'(A)ls feiten nog niet vaststaan ... en we kijken hoe feiten worden gemaakt, dan blijkt *tegelijkertijd* de morele keuze gemaakt te worden.

De door de prescriptieve ethiek gescheiden vragen 'Wat is het geval?' en 'Hoe te handelen?' worden in één en hetzelfde proces beantwoord.'⁴⁴

Het antwoord op de vraag 'Wie is verantwoordelijk?' kan hieraan worden toegevoegd.

Ik zal proberen om, met behulp van een latouriaans vocabulaire, deze drie overlappende vragen van de verantwoordingspraktijk te beantwoorden vanuit de zorgpraktijk.

Wat is het geval? We hebben hierboven kunnen zien dat eten moeilijk is in te delen in de klassieke dichotomieën van bewust-onbewust, handelen-gedrag en lichaam-geest. Om dezelfde reden is voedselweigeren noch alleen het ontbreken van een lichamelijke behoefte, noch een puur bewuste daad. Het is een gebeurtenis⁴⁵, een element in een netwerk. Behalve deze definiëring wil ik een mogelijke verklaring van voedselweigeren geven. In het verhaal van Hans' moeder lijkt het erop dat voedselweigeren een manier is om geen deel meer uit te maken van het netwerk dat met voedsel samenhangt. En met de terugtrekking uit of onttrekking aan dit sociaal-materiële netwerk, is (langdurige) voedselweigeren een manier om afscheid te nemen van het leven.

Wie is verantwoordelijk? In de gewone verantwoordingspraktijk gebeurde de verantwoording afwisselend op basis van alleen lichaam (medisch discours) of alleen geest (ethisch discours). Echter, vanuit de zorgpraktijk geredeneerd ligt de verantwoordelijkheid niet óf bij de bewoner (wanneer deze wilsbekwaam is) óf bij de arts (in geval van wils-onbekwaamheid). In de zorgpraktijk wordt de verantwoordelijkheid over mensen en dingen verspreid. De reden daarvan is dat voedsel een actant is. Eten (als zelfstandig naamwoord) is één van de materiële objecten die op de afdeling fungeren 'als knooppunt waar andere actoren – (verpleging), bewoners, woorden, gebaren, dingen, organisaties, lichamen – tijdelijk omheen circuleren.'⁴⁶ Voeding en vocht zijn knooppunten in een netwerk van *sociaal-materiële relaties*. Eten (als werkwoord) en niet-eten, weigeren, doen bewoners dan ook niet in een vacuüm, maar in een wereld die bevolkt is met andere entiteiten. De wereld op de Boom bestaat uit bewoners, verpleging, tafels, de keuken, vochtlijsten, een stijf dichtgehouden mond, bestek, appelmoes, mixmaaltijden, kauwen, de arts, bedden, koffie, tuitbekers, chocola, borden met opstaande rand, zorg, Nutridrink, slikken, zoetjes, een arm die een beker wegslaat, vis, familie, een bureaustoel op wiel'tjes, de etenskar, koekjes, voedingswaarde, medicijnen, eten en niet-eten ... Wel of niet eten gebeurt dus in een *context* van andere actants. De verantwoording ervan ligt dan ook niet bij één actant, maar is verspreid over het gehele netwerk.

Hoe te handelen? Anders dan een prescriptieve ethiek zou willen, wordt in de hier onderzochte zorgpraktijk geen lineaire beslisboom gebruikt. Er is sprake van een non-lineair, gedeeltelijk circulair, collectief beslisproces. Een prescriptieve ethiek die is gebaseerd op rationele keuzes en een autonoom subject staat ver af van deze zorgpraktijk. Wanneer handelen of gedrag plaatsvindt in een netwerk van andere

actants, is er geen sprake van rationele autonomie. Ik zou dan liever spreken van *relationele autonomie*, gebaseerd op, en afhankelijk van, sociaal-materiële relaties.⁴⁷ Deze relationele autonomie kan als uitgangspunt dienen voor een descriptieve ethiek. Dat wil zeggen: een ethiek die niet vóórschrijft hoe te handelen, maar beschrijft *wat er gebeurt*. Vanuit deze ethische houding zou in het geval van voedselweigeren ruimte moeten worden gemaakt voor de contextualiteit ervan. Kijk met de verpleging mee naar wat er in de zorgpraktijk aan de hand is.⁴⁸ Zet voedsel als actant in om voedselweigeren te lijf te gaan. Ga 'het hele arsenaal bij langs'. Is het de smaak, de vloeibaarheid, een tijdelijk slikprobleem, verzet, eenzaamheid of afscheid? '(P)robeer gewoon van alles', experimenteer en observeer. Kortom: neem een kijkje in de keuken van het verpleeghuis.

Ik hoop hiermee een aantal handvaten te hebben kunnen aanreiken voor een alternatieve verantwoordingspraktijk. Niet *meer*, ik preteender niet een oplossing te bieden die ook bruikbaar is in bijvoorbeeld de rechtszaal. Juist voor die locatie onderken ik wel degelijk het praktisch nut van een klassieke, prescriptieve ethiek, en van de bestaande dichotomieën tussen lichaam en geest, tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam, tussen handelen en gedrag. Maar ook zeker niet *minder*, binnen de zorgpraktijk zelf en in een alternatieve verantwoordingspraktijk die beter bij deze zorgpraktijk aansluit, is een descriptieve ethiek meer op haar plaats.⁴⁹ Een descriptieve ethiek geeft nieuwe inzichten in de zorgpraktijk, laat bijvoorbeeld zien dat een onderscheid als dat tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam geen a priori gegeven is. Vandaar dat juist de verpleeghuisarts, opererend op het grensvlak van bestaande verantwoordingspraktijk en dagelijkse zorgpraktijk, zo worstelt met een woord als 'weigeren'. Latour zou wellicht zeggen dat het succes van de verpleeghuisarts afhankelijk is van diens vermogen om onder tafel (in de zorgpraktijk) te sjoemelen met de scheiding tussen mensen en dingen, tussen handelen en gedrag, en tussen lichaam en geest, die boven tafel (in de verantwoordingspraktijk) wordt aangebracht, en van het strikt gescheiden houden van deze beide activiteiten.⁵⁰ Een scheiding tussen beide locaties met hun respectieve ethiek is in deze optiek geen probleem, het is de moderne oplossing.

Mocht er toch een a-moderne link tussen beide locaties of een overbrugging tussen beide vormen van ethiek gewenst zijn, dan stel ik voor om met de door mij geboden handvaten ook daadwerkelijk iets te doen. Een blik in de keuken van het verpleeghuis zou dan niet vrijblijvend moeten zijn. Met behulp van de nieuwe, descriptieve verantwoordingsstijl kan een nieuwe verantwoordingspraktijk worden gevormd. Hoe *doe* je zo'n descriptieve verantwoording? De gebeurtenissen in de zorgpraktijk moeten publiek worden gemaakt. Dat houdt in dat mensen

van buiten de zorgpraktijk deze eerst beter zouden moeten leren kennen voor zij er publiekelijk hun mening over geven. Voor mensen uit de zorgpraktijk zelf betekent dit dat zij meer over die praktijk moeten verhalen. Daarmee bedoel ik echter niet het zomaar wat vertellen van verhaaltjes. Door namelijk *publiekelijk* te beschrijven wat er gebeurt, is er sprake van een performatieve, verantwoordende beschrijving. Laat maar zien dat wanneer een dementerende bewoner voedsel weigert, het dilemma niet gaat om het hem (kunstmatig) tot eten dwingen versus het respecteren van zijn 'keuze'. De vraag is niet 'dwingen of laten kiezen?', maar 'hoe goede zorg te verlenen?'⁵¹ Om deze laatste vraag te beantwoorden, is noch de exclusieve toeschrijving aan lichaam of geest, noch het arbitraire onderscheid tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam nodig. Vertel in plaats daarvan hoe je vanuit een zorg-ethische houding het 'hele arsenaal bij langs' bent gegaan, hoe je tientallen verschijningsvormen van eten als actant hebt ingezet. Maak al verhalend duidelijk hoe hierdoor verantwoordelijkheden over een sociaal-materieel netwerk van woorden, daden en dingen worden gespreid. Beschrijf hoe bewoner, verpleging, arts, psycholoog, maatschappelijk werker en familie gezamenlijk hun rol spelen in een collectief besluitvormingsproces. En, net als ik in mijn verhaal, geef in je verhalen de hoofdrol aan het knooppunt waaromheen deze andere actants circuleren, voedsel in het verpleeghuis: geen lichaam of geest, maar meer.

Noten

1. Dit artikel is gebaseerd op mijn doctoraalscriptie *Voedsel in het verpleeghuis: Lichaam, geest of meer?* Ik schreef deze onder de enthousiaste en stimulerende begeleiding van Hans Harbers en Annemarie Mol. Beiden wil ik hiervoor nogmaals danken. Verder wil ik Annemarie Mol en de redactie van dit themanummer bedanken voor hun constructieve bijdrage aan dit artikel.

2. Chabot, 1996, p. 177.

3. Van der Heide, Muller, Kester, Groenewoud, Van der Wal en Van der Maas, 1997, p. 1918-1924. De patiënten om wie het gaat, zijn meestal ouder dan tachtig jaar en relatief vaak wilsonbekwaam (onaanspreekbaar). In dat laatste geval wordt vrijwel altijd met de familie over de beslissing overlegd.

4. Ik gebruik hierbij de definitie van het medisch discours als 'het geheel van ordeningsprincipes dat de medische werkelijkheid organiseert'. Willems, 1989, p. 89.

5. *De Volkskrant* op 25-7-1997 en op 7-8-1997, *Trouw* op 27-7-1997, *Het Parool* op 14-8-1997, *De Groene Amsterdammer* op 20-8-1997.

6. *De Volkskrant*, 25-7-1997.

7. Hier zou de tegenwerping kunnen worden gemaakt dat dementie een psychische stoornis is. Dus niet lichamelijk, maar geestelijk. Maar dat is een andere discussie, die ik hier niet onderzoek. Mijn analyses betreffen teksten over voedselweigeren, geen verhandelingen over dementie zelf.

8. *De Volkskrant* op 24-7-1997, op 25-7-1997, op 2-8-1997 en op 5-8-1997, *de VRC* op 5-8-1997 en op 6-8-1997, *Het Parool* op 14-8-1997, en *De Groene Amsterdammer* op 20-8-1997.

9. *De Groene Amsterdammer*, 20-8-1997.
10. *De Volkskrant*, 7-8-1997.
11. *Trouw*, 27-7-1997.
12. *Het Parool*, 14-8-1997.
13. Naast het medisch en ethisch discours is het juridisch discours sporadisch aanwezig. In een interne nota van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA), geschreven door de Commissie Besluitvorming bij Dementerende Patiënten, komt dit vertoog meer prominent naar voren. Het juridisch discours lijkt een brug te vormen tussen medisch en ethisch discours, tussen lichaam en geest. Het 'recht op de onaantastbaarheid van het lichaam' vormt de juridische basis van het ethisch principe van 'zelfbeschikking' (zelf beslissen of men wel of niet behandeld wil worden).
14. 'Wilsonbekwaam' wil zeggen: niet meer goed aanspreekbaar zijn, een verminderd vermogen tot besluitvorming hebben.
15. Eerste citaat: Chabot in *De Groene Amsterdammer*, 20-8-1997; tweede citaat: verpleeghuisartsen in *de Volkskrant*, 7-8-1997.
16. *De Volkskrant*, 25-7-1997.
17. Dit wordt beter geïllustreerd in mijn scriptie, waar ik ook teksten uit het *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* en een interne nota van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen analyseerde.
18. Voor deze beschrijving van de zorgpraktijk heb ik gebruik gemaakt van antropologische onderzoeksmethoden: participerende observatie en (kwalitatieve) interviews. Bij de uitvoering en verslaglegging hiervan heb ik me laten leiden door eerdere ervaring en door intuïtie, maar ook door een boek van Anne-Mei The, waarin zij verslag doet van haar onderzoek naar verpleegkundige dilemma's bij euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde.
19. Met dank aan Sjaak Koenis, die mij bij een verpleeghuisarts van 't Blauwbörgje introduceerde.
20. Verpleeghuis 't Blauwbörgje, 1994.
21. Idem, p. 14.
22. De naam van de wooneenheid is verzonnen. Ook de namen en een aantal persoonlijke kenmerken van mensen zijn veranderd in verband met de privacy van de betrokkenen. Mijn beschrijving van deze dag is in werkelijkheid een samenvoeging van de twee dagen dat ik op de wooneenheid heb meegelopen.
23. Zie Mol en Mesman, 1996, p. 419-444 over semiotiek en symbolisch interactionisme als methoden om de verschillende vormen, functies en normen van 'eten' op de afdeling neonatologie van het ziekenhuis te onderzoeken.
24. Zie de oratie van Mol, 1997, 'Wat is kiezen?'
25. Voedsel kan zelfs erotische associaties hebben. Denk maar aan reclames waarin iemand met een extatische gezichtsuitdrukking aan een ijsje likt. Zie Coward, 1986, p.101-109 over de representatie van voedsel, het genot van eten en schuldgevoelens. Zie ook Lupton, 1996 over 'the equation of sex and eating', geciteerd in: Turner, 1997, p. 105.
26. Deze vorm van eten was voor mij tijdens het meedraaien op de afdeling minder zichtbaar, maar uit de interviews bleek dat de praktijk er wel degelijk door gestructureerd werd.
27. Zie voor een beknopte geschiedenis van *berekend* eten: Turner, 1991, p. 157-169.
28. Uit het interview met July.
29. Idem.
30. Dat vertelt Margreeth me tijdens een theepauze.
31. Nutridrink is een maaltijdvervanger in vloeibare vorm.
32. Zie Beoku-Betts, 1995, p. 535-555 over de betekenis van (de bereiding van)

voedsel voor de culturele identiteit van etnische minderheden. 'Food preparation and dietary practices ... hold great potential for an understanding of gendered social relations, knowledge construction and cultural identity in communities.'

33. Zie Veenis in dit nummer, over de fysieke ervaring van dingen.

34. In dit verband is het leuk om ook te denken aan een Mars-reclamespotje van een tijdje terug. Daarin trekt een oude Indiaan zich terug op een stil plekje in de natuur om daar te sterven. Maar als zijn zoon hem een Mars geeft en hem daarvan laat eten, leeft de man weer helemaal op en vraagt zelfs vol (levens)lust naar leuke meisjes.

35. Zie bijvoorbeeld Latour, 1997.

36. Idem, p. 20.

37. Handelen als criterium van menselijkheid wordt ook wel *agency* of actorschap genoemd. Zie Ashmore, Wooffitt en Harding, 1994, p. 733-740 voor een inleiding op een themanummer over *nonhuman agency*.

38. Voor de duidelijkheid: deze verschuiving is niet historisch, maar vindt plaats bij een verandering in denken over mensen en dingen.

39. Binnen de behavioristische en – tegenwoordig – de cognitieve psychologie, wordt dit al langer bekend verondersteld. Zie Ashmore, 1993, p. 214-229. Een herformulering van voedselweigeren in een cognitief-psychologisch, in plaats van klassiek-ethisch, vocabulaire zou wellicht informatief zijn.

40. Latour, 1997, p. 10. Mijn cursivering, AS.

41. In de dagelijkse zorgpraktijk wordt, in tegenstelling tot de verantwoordingspraktijk, niet zozeer de dichotomie wilsbekwaam–wilsonbekwaam gebruikt, maar 'niet meer willen' versus 'niet meer kunnen'.

42. Zie ook het beslissingsondersteunend schema van de Commissie Besluitvorming bij Dementerende Patiënten.

43. Geciteerd door Arink, 1997, p. 448.

44. Mesman, 1996, p. 393.

45. Zie Gomart en Hennion, 1997. Zij vergelijken de passies van druggebruikers en amateur-musici, en laten zien dat hierin sprake is van *doen* gebeuren en *laten* gebeuren: er is een door de gebruiker geaccepteerd en geanticipeerd verlies van controle. Zij spreken dan ook over 'passieve actoren', en over 'gebeurtenis' in plaats van over 'handeling'.

46. Deze parafrasering komt oorspronkelijk uit: Hendriks, 1996, p. 327, waar hij schrijft over de rol van de eierwekker bij de maaltijd die autistische jongeren in een leefgroep gebruiken.

47. Zie Manschot, 1994, p. 97-118 voor een pleidooi voor een *socratische* in plaats van liberale opvatting van autonomie.

48. Bij de vorming van onderzoeks- of ethische commissies inzake voedselweigeren en/of versterving zou mijns inziens ook een verpleegkundige in de commissie plaats moeten nemen. Hij of zij kent de zorgpraktijk rond voedselweigeren immers het best van binnenuit.

49. Zie De Vries, 1989, p. 278-294. De nieuwe taak van de ethicus is geen normatieve, maar een beschrijvende. Het is zijn taak 'ons te informeren over de impliciete regels en concepten die aan bestaande praktijken ten grondslag liggen, zodat zij publiekelijk toegankelijk worden'.

50. Zie Harbers, 1995, p. 6-15.

51. Mol, 1997, p. 16.

Literatuur

Ashmore, M., Behavior modification of a catflap: A contribution to the sociology of things, *Kennis & Methode XVII* (1993) 2, p. 214-229.

- Ashmore, M., R. Wooffitt en S. Harding, Humans and others, agents and things, *American Behavioral Scientist* 37 (1994) 6, p. 733-740.
- Beoku-Betts, J., We got our way of cooking things: Women, food and the preservation of cultural identity among the Gullah, *Gender & Society* 9 (1995) 5, p. 535-555.
- Chabot, B., Versterving, een oude weg naar Rome, in: B. Chabot, *Sterven op drift: Over doodsverlangen en onmacht*, SUN, Nijmegen 1996, p. 177-189.
- Commissie Besluitvorming bij Dementerende Patiënten, *Medische zorg met beleid: Handreiking voor de besluitvorming over verpleeghuisgeneeskundig handelen bij dementerende patiënten*, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, Utrecht 1997.
- Coward, R., Zondig maar zalig: Voedselpornografie, in: R. Coward, *Vrouwenverlangens*, Feministische Uitgeverij Sara, Amsterdam 1986, p. 101-109.
- Gomart, E. en A. Hennion, A sociology of attachment: Music amateurs, drug addicts, paper presented at the conference *Actor Network and After*, Keele, juli 1997.
- Harbers, H., Van mensen en dingen, bespreking van: Bruno Latour, Wij zijn nooit modern geweest (1), *Krisis* 15 (1995) 1, p. 6-15.
- Heide, A. van der, M.T. Muller, J.G.C. Kester, J.H. Groenewoud, G. van der Wal en P.J. van der Maas, Frequentie van het afzien van (kunstmatige) toediening van voeding en vocht aan het levenseinde, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 141 (1997) 40, p. 1918-1924.
- Hendriks, R., Van woorden en wekkers: Temporele ordening op een leefgroep voor autistische jongeren, *Kennis & Methode XX* (1996) 4, p. 319-346.
- Latour, B., *De Berlijnse sleutel en andere lessen van een liefhebber van wetenschap en techniek*, Van Gennep, Amsterdam 1997.
- Manschot, H., Kwetsbare autonomie? Over afhankelijkheid en onafhankelijkheid in de ethiek van de zorg, in: H. Manschot en M. Verkerk, *Ethiek van de zorg: Een discussie*, Boom, Amsterdam 1994, p. 97-118.
- Mol, A., *Wat is kiezen? Een empirisch-filosofische verkenning*, oratie, Universiteit Twente, Enschede 1997.
- Mol, A. en J. Mesman, Neonatal food and the politics of theory: Some questions of method, *Social Studies of Science* 26 (1996) 2, p. 419-444.
- The, A., *Vanavond om 8 uur ... Verpleegkundige dilemma's bij euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1997.
- Turner, B., The discourse of diet, in: M. Featherstone en B. Turner (red.), *The body: Social process and cultural theory*, Sage Publications, Londen 1991, p. 157-169.
- Turner, B., What is the sociology of the body?, *Body & Society* 3 (1997) 1, p. 103-107.
- Veenis, M., Consumptie in Oost-Duitsland: De zinnelijke verleiding van de dingen, in dit nummer van *Kennis & Methode*.
- Verpleeghuis 't Blauwbörgje, *Informatie voor patiënten en hun familieleden en andere relaties*, Groningen 1994, derde (ingrijpend herziene) druk.
- Vries, G. de, Ethische theorieën en de ontwikkeling van medische technologie, *Kennis & Methode XIII* (1989) 3, p. 278-294.
- Willems, D., Foucault over wetenschap en macht, in: L. Boon en G. de Vries (red.), *Wetenschapstheorie: De empirische wending*, Wolters Noordhoff, Groningen 1989, p. 85-97.