

Hoofdstuk 4

Wilsbekwaamheid: Sociale en culturele kanttekeningen.

Prof. dr. S. van der Geest

Inleiding

Ik kan twee redenen bedenken waarom men een antropoloog zou vragen om sociale en culturele kanttekeningen te plaatsen bij het begrip wilsbekwaamheid. De eerste is dat men zich afvraagt of 'wilsbekwaamheid' zoals dat gehanteerd wordt in de Nederlandse zorg wel bruikbaar is voor ouderen in onze samenleving die afkomstig zijn uit andere culturen. Een legitieme vraag lijkt me, en een urgente, want de veroudering van migranten stelt beleidsmakers en zorgverleners voor nieuwe problemen. De tweede reden voor een sociaal-culturele reflectie op wilsbekwaamheid zou kunnen zijn dat men via de omweg van een andere cultuur met nieuwe ogen naar eigen opvattingen en praktijken kijkt. Ik ga beide, op zeer bescheiden wijze, proberen.

Eerst moet ik echter wijzen op een handicap. Mijn eigen onderzoek onder oudere mensen ligt in een dorp in Ghana. Nu zijn er heel veel Ghanezen in Nederland, maar zij zijn uitgerekend de groep waarbij veroudering nog niet aan de orde is. In dat opzicht is een beschouwing over Ghanese ouderen en hun wilsbekwaamheid niet direct 'toepasbaar' in de Nederlandse situatie. Een tweede kanttekening bij mijn kanttekeningen is dat men er beslist niet van uit mag gaan dat culturele opvattingen en gewoonten in het land van herkomst zomaar ongerept worden meegenomen als men naar Nederland verhuist. ¹ Als ik het straks over ouderen in een dorp in Ghana heb, is dat dan ook een uitnodiging om uw sociale en culturele fantasie aan te wenden: zouden vergelijkbare ideeën en ervaringen ook kunnen spelen bij oudere mensen uit, bijvoorbeeld, Marokko of Suriname?

Onderzoek in Ghana

Vanaf 1969 doe ik antropologisch onderzoek in Ghana, dat wil zeggen participerende observatie. Ik probeer zoveel mogelijk met de mensen te leven, hun taal te spreken, dingen samen te doen, en via informele gesprekken en observaties inzicht te verwerven in wat en hoe ze denken en doen, en – maar dat is vaak te moeilijk – waarom ze denken wat ze denken en doen wat ze doen. In het Engels zou men zeggen dat wat ik probeer is "to make sense out of their lives".

¹ Van Dijk (1989) heeft er lang geleden al op gewezen dat Nederlandse hulpverleners in hun contacten met migranten te veel kijken naar hun exotische cultuur van herkomst en te weinig naar de – vaak slechte – omstandigheden waarin zij verkeren in Nederland. Ook interculturele communicatie specialisten hebben die neiging. Stella Braam (1998) bekritiseerde die tendens ooit scherp in een krantencolumn en verweet hen dat ze discriminatie juist bevorderden omdat ze allerlei exotische eigenschappen op allochtonen plakten.

Sinds 1994 houd ik me vooral bezig met ouderen: hoe zij leven, hoe zij zichzelf zien, wat ze denken over ouder worden en hoe er voor hen gezorgd wordt. Ik heb gesprekken gevoerd en bezoeken en bezoekjes afgelegd bij zo'n 35 ouderen en hun familieleden in Kwahu-Tafo, een dorp van ongeveer 5000 inwoners, in het zuiden van Ghana. De meeste mensen in het dorp hebben land waarop ze gewassen verbouwen voor eigen consumptie én voor de markt, maar slechts weinigen leven geheel van de landbouw. Hun verwantschapssysteem is matrilineair (lidmaatschap en taken volgen de vrouwelijke lijn) en men leeft over het algemeen in grote familieverbanden, dus niet in gezinnen van ouders met kinderen zoals bij ons. Het dorp is grotendeels christelijk (met veel verschillende kerken) en er is een kliniek die gerund wordt door katholieke zusters. De dichtstbijzijnde ziekenhuizen zijn 20 en 30 km verwijderd.

Wilsbekwaamheid bij ouderen in Ghana

Oud-zijn

In het dorp heeft 'oud' een positieve betekenis. In de lokale taal, Twi, gebruikt men de term *nyin* ('groeien') voor 'oud-woorden'. 'Ik ben oud' (*manyin*) klinkt dus als 'ik ben gegroeid'. Terwijl wij het Nederlands (en vele andere Europese talen) een bijvoeglijk naamwoord nodig hebben om de toestand van oud-zijn aan te duiden, kiest men in het Twi voor de dynamiek van een werkwoord met een inherent positieve betekenis. *Nyin* verwijst naar een lineair proces van alsmaar meer mens-woorden. Hoe ouder men is, hoe meer 'mensheid' men bevat, hoe meer menselijke beschaving en wijsheid men heeft. Als iemand "*manyin*" zei, klonk dat niet verontschuldigend of zielig maar trots, bijna opschepperig. Vaak betekende het: ik ben belangrijker dan jij want jij bent minder gegroeid. Mijn Ghanese mede-onderzoekers hadden het soms over 'grown-ups' als ze 'ouderen' bedoelden. Voor de mensen van het dorp is het daarom in zekere zin 'vanzelfsprekend' en 'natuurlijk' dat men respect toont voor ouderen. Zij *hebben* 'meer' en *zijn* 'meer'.

In Ghana is het ouder-woorden een fase waar men naar uitziet, de 'oogsttijd' van een leven waarin men hard gewerkt heeft voor anderen. Het is een tijd waarin men kan rusten en waar anderen hun waardering en respect tonen door de ouderen te omringen met zorg en te luisteren naar hun wijsheid. Oud is bijna per definitie 'succesvol'. In Nederland, daarentegen, denkt men bij veroudering vooral aan wat men verliest; geen oogst binnenhalen maar 'inleveren', achteruitgang.

Ouderen tooien zich het liefst met de term *òpanyin*, die suggereert dat hij/zij nog krachtig van geest is en ook lichamelijk redelijk gezond. Het favoriete beeld van de *òpanyin* werd mij duidelijk gemaakt aan de hand van persoonlijke ervaringen en spreekwoorden.

Wijsheid, kennis, levenservaring en het vermogen om in de toekomst te kijken en mensen adviezen te geven zijn de eigenschappen van oude mensen, vertelden de ouderen mij. Het feit dat men lange tijd geleefd heeft impliceert dat men veel heeft gezien en de verbanden tussen allerlei zaken is gaan begrijpen. Levenservaring leert ons hoe de gebeurtenissen op elkaar volgen. Dankzij dat inzicht is de *òpanyin* soms in staat de toekomst te voorspellen en mensen te advi-

seren hoe zij problemen kunnen voorkomen. Toen ik een van de ouderen vroeg waarin de *òpanyin* zich onderscheidde van een jong iemand, antwoordde deze: "Wijsheid, vooral het vermogen goed na te denken vóór hij iets doet. De jongelui beginnen gewoon (zonder na te denken)."

Daarnaast heeft de *òpanyin* goede manieren die zijn geworteld in zelfbeheersing. Hij is de baas over zijn gevoelens, hij wordt niet kwaad, hij schreeuwt niet tegen mensen. Zijn zelfbeheersing blijkt met name uit de manier waarop hij met informatie omgaat en uit zijn ascetische houding. Er is weinig dat zo duidelijk laat zien dat iemand nog een kind is als het feit dat hij zijn mond niet kan houden. Een oud persoon kan zwijgen.

De zelfdiscipline van de *òpanyin* blijkt ook uit zijn houding tegenover voedsel en andere materiële genoegens. Gulzigheid en hebzucht passen niet bij een *òpanyin*: "Als er niet genoeg eten in huis is, ziet de *òpanyin* af van zijn deel zodat de kinderen geen honger lijden." Een van de ouderen voegde daar een bijzonder beeldend spreekwoord aan toe: "In de maag van een *òpanyin* zitten dertig schapen." Hij heeft al zoveel gegeten in zijn leven, laat nu anderen maar eten.

Wijsheid, voorzichtigheid, discipline en onzelfzuchtigheid zijn de hoofddeugden van de *òpanyin*. Ze worden bij elkaar gehouden door zijn toegewijdeheid aan de familie (*abusua*). De *òpanyin* maakt zich nergens zorgen over behalve het welzijn van de *abusua*. Hij nadert het eind van zijn leven, waarna hij zich zal voegen bij de voorouders. Er is voor hem geen reden zich nog druk te maken over materiële zaken. Zijn kinderen en kleinkinderen doen dat. De oude man of vrouw is "cool".

Men kan zeggen dat het welzijn van de familie de toetssteen is van alles wat de *òpanyin* onderneemt. Wat hij ook doet, als het de familie ten goede komt, is het goed. Als dat niet het geval is, wordt hij bekritiseerd. Zijn wijsheid is er voor de familie.

Wilsbekwaam?

Er hoeft geen twijfel over te bestaan dat dit type oudere een Nederlandse test van wilsbekwaamheid glansrijk zal doorstaan. Deze ouderen claimen vaak een centrale plaats in de gemeenschap en beweren dat ze veelvuldig advies geven aan jongeren (al blijkt dat niet te kloppen). Daar komt bij dat de afwezigheid van geavanceerde medische zorg en relatieve armoede voor een 'natuurlijke selectie' van de sterksten zorgt. Zeer zwakke ouderen die met kunst en vliegwerk in leven worden gehouden kwamen niet voor en in mijn groep van 35 ouderen was er slechts één die men 'dement' zou kunnen noemen.

Toch blijkt de 'wilsbekwaamheid' beperkt te zijn, althans in sociaal en cultureel opzicht. Het begrip 'wilsbekwaam' is een typisch product van een maatschappij waarin het 'ik' heilig is verklaard, alsof niet elk besluit van een individu aan anderen raakt en dus onvermijdelijk om overleg vraagt met die anderen. De autonomie van het individu wordt in onze maatschappij niet alleen als een groot goed beschouwd maar ook gezien als een reële mogelijkheid: de vrije mens die rondloopt op de markt van welzijn en geluk en koopt wat hij wil. Ieder op zijn eigen

benen, op zijn eigen grond, onder zijn eigen tafel. In het midden latend of die mogelijkheid inderdaad reëel is in onze cultuur, wijs ik er op dat de mensen in het Ghanese dorp daar genuanceerder over denken.

In de cultuur van dit dorp zijn mensen sterk gebonden aan hun gemeenschap, vooral hun familie. Men kan niet zomaar willen wat men wil. De verheerlijking van het autonome individu die zijn eigen weg gaat ontbreekt. Initiatief en daadkracht wordt bewonderd, maar alleen als dat de familie ten goede komt. Wie succes heeft in zijn leven dankzij wilskracht en vindingrijkheid maar zijn verwanten daar niet in laat delen wordt bekritiseerd, veracht en van kwade praktijken beschuldigd. Belangrijke beslissingen worden veelal door meerderen genomen. Een voorbeeld is wat men doet met een ziek familielid. Óf men hem of haar laat behandelen, en wáár, door wie, is het onderwerp van overleg tussen familieleden. Het geld dat nodig is voor een behandeling moet vaak ook van anderen komen (een ziekteverzekering is er niet). De antropoloog Janzen (1978) spreekt in dat verband van een 'therapy management group': een groep van mensen is betrokken bij het organiseren van medische hulp. Wilsbekwaamheid wordt in een dergelijke situatie een wat onwettelijk begrip: wat is die bekwaamheid als men zelf niet kan kiezen?

Als ik, enigszins kunstmatig, een onderscheid zou maken tussen interne en externe wilsbekwaamheid, is het duidelijk dat er een grote mate van interne wilsbekwaamheid is. Rationeel-technisch gezien waren de ouderen in mijn onderzoek wel degelijk in staat na te denken over hun situatie en keuzes te maken. Het verschil met Nederlandse ouderen was echter dat er minder te kiezen viel en dat men daarom moeilijk van wilsbekwaamheid kan spreken. De wilsbekwaamheid van Nederlandse ouderen is gestoeld op de luxe dat er van alles te kiezen is.

De externe wilsbekwaamheid van de Ghanese ouderen wordt in minstens vier opzichten beperkt. Ten eerste, zoals ik al heb aangestipt, zijn er sociale beperkingen. Hun leven en welzijn is sterk verbonden met dat van de rest van de familie, de *abusua*. Keuzes maakt men dan ook niet op basis van privé wensen en inzichten maar in samenspraak met relevante anderen in de familie.²

Ten tweede zijn er financiële beperkingen. Niet alles wat men zich zou wensen is haalbaar. Bij ziekte bijvoorbeeld moeten er afwegingen gemaakt worden: wat heeft prioriteit? Is het verantwoord een ouder iemand te laten opereren, als dat ten koste zou gaan van geld dat men nodig heeft voor de school van jongeren? Wat is een verstandige investering? In een cartoon van de Ghanese krant *The Statesman* (27 september 1998) wordt een zieke oude man verteld dat de familie besloten heeft het geld dat nodig is voor zijn medicijnen te bewaren voor zijn begrafenis. Een cartoon zou geen cartoon zijn als er geen grond van waarheid in zat.

2 De Ghanese filosoof Gyekye benadrukt eveneens dat de Akan een homo familias is, maar waarschuwt tegelijkertijd dat we de individualiteit van familieleden niet moeten onderschatten. Binnen de beperkingen die de cultuur en de familie hun oplegt, streven individuen wel degelijk hun eigen belangen na. Die spanning tussen individu en collectiviteit wordt treffend uitgebeeld in het symbool van de twee krokodillen die een gezamenlijke maag hebben (collectief belang) maar afzonderlijke koppen (tegengestelde individuele belangen) (Gyekye 1987: 159- 62).

De boodschap is dat een goede begrafenis een betere investering is dan de medische behandeling van een oud familielid dat waarschijnlijk toch dood gaat. Tijdens mijn onderzoek heb ik veel met ouderen gepraat over dit onderwerp. Ze toonden zich ambivalent: van de ene kant keurden ze het af dat families meer geld over hebben voor begrafenissen dan voor zorg, anderzijds moesten ze er niet aan denken dat hun begrafenis een schamele vertoning zou worden wegens geldgebrek (cf. Van der Geest, 2000). Met andere woorden: de financiële mogelijkheden en onmogelijkheden, gekoppeld aan cultureel bepaalde prioriteiten, beïnvloeden en beperken de bekwaamheid van het willen van deze ouderen.

Ten derde hebben we te maken met de beperking van medische voorzieningen. De meeste medische keuzes waar Nederlandse ouderen voor gesteld worden, bestaan eenvoudig niet voor de Ghanese ouderen. De luxe van wilsbekwaamheid ten aanzien van beslissingen over levensvoortgang of levenseinde doet zich derhalve in veel gevallen niet eens voor. Een van de meest voorkomende – en meest dramatische – voorbeelden van besluiten in de Nederlandse situatie is de keuze tussen mantelzorg of verpleeghuis. Ook die keus bestaat niet in het Ghanese dorp; verpleeghuizen zijn er niet en mantelzorg is zo vanzelfsprekend dat men er niet eens een apart woord voor heeft; zorg is zorg.

Tenslotte zijn er levensbeschouwelijke overwegingen. Tijdens mijn gesprekken met ouderen en hun familieleden bleek voortdurend dat het idee dat men zou kunnen kiezen voor al of niet sterven ongehoord was. Ouderen gaven duidelijk aan dat zij naar de dood verlangden, maar het was niet aan hen of anderen daarover een beslissing te nemen (Van der Geest, 2002). Ook jongere familieleden reageerden afkeurend op de suggestie van euthanasie. Verhalen over enkele zeldzame gevallen van 'mercy killing' werden vergezeld van de omineuze moraal dat de kwaal van de gestorvene overgedragen werd naar degenen die verantwoordelijk waren voor diens dood. Ook in religieus of moreel opzicht was wilsbekwaamheid geen realiteit voor ouderen. Die bekwaamheid lag geheel en al in handen van de Allerhoogste.

Zoals ik opmerkte, interne en externe wilsbekwaamheid is een artificieel onderscheid, alleen bedoeld voor heuristische doeleinden. In de levende ervaring zijn in- en extern met elkaar verweven. De context van menselijke zelfreflectie en existentiële beslissingen dringt binnen de psychologie van het willen en besluiten en constitueert wat men – simplificerend – cognitief en rationeel noemt. Cognitie en rationaliteit zijn evenzeer artefacten van cultuur en sociale situering als, bijvoorbeeld, taal, verwantschap en eetgewoonten.

Terug naar Nederland

Mijn voorbeeld van Ghanese ouderen kan wellicht dienen als uitgangspunt voor een bezinning op wat wilsbekwaamheid zou kunnen betekenen in het geval van Surinaamse, Caraïbische, Turkse of Marokkaanse ouderen. Met een beetje verbeelding kan men zich voorstellen dat vergelijkbare kanttekeningen bij hun wilsbekwaamheid geplaatst kunnen worden. Het zou me niet verbazen als Nederlandse zorgverleners zelden geconfronteerd worden met de vraag naar de individuele wilsbekwaamheid van een patiënt uit Marokko. Misschien is het wel een typisch

Nederlands (of 'Westers') trekje om naar de wilsbekwaamheid van een autonoom individu te vragen. Het Ghanese verhaal zet ons echter ook aan het denken over de wilsbekwaamheid van Nederlandse ouderen.

In een recent themanummer van het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie stellen diverse auteurs het begrip wilsbekwaamheid bij ouderen ter discussie. Frijda (2002) plaatst vraagtekens bij het zuiver verstandelijke karakter van belangrijke beslissingen en benadrukt het belang van emoties. Widdershoven en Berghmans (2002) wijzen eveneens op de rol van emoties en op de illusie van individualiteit bij wilsbekwaamheid. Vellinga et al. (2002) laten aan de hand van twee zogenoemde vignettes zien dat wilsbekwaamheid zich kan onttrekken aan de waarneming van degenen die deze moeten meten.

Hertogh en Verkerk (2002) leveren eveneens kritiek op de wijze waarop wilsbekwaamheid wordt vastgesteld. Oudere mensen in verpleeghuizen ontwikkelen bepaalde stijlen van besluitvorming die de indruk wekken dat ze wilsbekwaam zijn maar slechts het logisch gevolg zijn van de cultuur waarin zij zich bevinden: het tehuis met zijn regels, gewoonten en verwachtingen. Strikt genomen kunnen zij misschien rationeel en adequaat besluiten nemen maar aanpassing aan hun omgeving heeft ertoe geleid dat zij veel besluiten aan anderen overlaten omdat dat het leven voor hen eenvoudiger en dragelijker maakt. Zij delegeren allerlei keuzes aan de verzorgers binnen het instituut, aan de arts en aan familieleden en verzoenen zich met hun lot van afhankelijkheid. Kortom, de beperkingen die hun omgeving en de daar heersende cultuur hun oplegt, bepalen mede hun 'bekwaamheid' tot het nemen van besluiten. Een typisch voorbeeld van wat Freud "das Unbehagen in der Kultur" noemde. Die mens-vijandige cultuur werkt vooral aan het einde van het leven, als niet alleen de bewegingsvrijheid maar ook de denk-vrijheid wordt ingeperkt. Hertogh en Verkerk (2002: 213) trekken een leerzame historische vergelijking:

In vorige eeuwen ... werden vrouwen niet autonoom geacht in het nemen van politieke en maatschappelijke beslissingen. Dat oordeel had ... weinig te maken met wat wij nu onder wilsbekwaamheid in technische zin zouden willen verstaan maar des te meer met seksistische vooroordelen. Een zelfde lot als dat van vrouwen lijkt zorgafhankelijke ouderen in onze tijd te zijn beschoren.

Mijn eigen ervaringen in Ghana bevestigen deze visie op wilsbekwaamheid. Een puur technische definitie van wilsbekwaamheid doet geen recht aan de ervaring van het vermogen tot kiezen. Het denken en willen is doortrokken van de mogelijkheden en beperkingen die de omgeving ons oplegt. Mensen zijn nooit *niet* in een context. Uitingen van wilsbekwaamheid vinden altijd plaats binnen specifieke, betekenisvolle situaties die hun wil opleggen aan het willen.

Maar niet alleen het *uiten* van wilsbekwaamheid vindt per definitie plaats in een context, ook de *waarneming* en interpretatie ervan. Artsen die de wilsbekwaamheid van oudere patiënten moeten beoordelen kunnen dat niet op geheel neutrale en objectieve gronden. Zij staan in een bepaalde relatie tot de patiënt en heb-

ben bepaalde opvattingen over zijn/haar gezondheidstoestand. Artsen in Nederland lijken bijvoorbeeld minder geneigd om ouderen euthanasie te gunnen. De redenen zijn niet systematisch onderzocht maar hangen waarschijnlijk samen met het feit dat ze de wensen van ouderen minder serieus nemen en dat ze vinden dat lichamelijke en geestelijke aftakeling nu eenmaal bij de ouderdom hoort en geen euthanasie behoeft (cf. Niekamp & Van der Geest, 2001). Conclusies betreffende wilsbekwaamheid en – het andere criterium – consistentie van het verzoek worden dan aangepast aan het reeds genomen besluit van de arts om euthanasie te weigeren. De antropologen Robert Pool (1996) en Anne-Mei The (1997) die onderzoek hebben gedaan in Nederlandse ziekenhuizen bevestigen deze grilligheid in de honorering of afwijzing van euthanasie. Hans Lam, huisarts en auteur van een studie van hulp bij sterven in diverse culturen, merkt op dat een verzoek om euthanasie pas gehonoreerd wordt "wanneer de om hulp gevraagde persoon het verzoek hoort, herkent en erkent" (Lam 1997: 15). Een culturele 'click' is vereist.

Wilsbekwaamheid, kortom, is meer dan een zuiver cognitief vermogen. Wilsbekwaamheid wordt geuit en geïnterpreteerd vanuit sociale en culturele posities. Deze *context* presenteert zich als *content* van de wilsbekwaamheid en bepaalt mede wat er uiteindelijk wordt vastgesteld ten aanzien van de wilsbekwaamheid van een persoon. Het maakt het werk van artsen en het leven van hun cliënten er niet gemakkelijker op.

Literatuur

Braam, S., Het interculturele vluggertje. NRC Handelsblad 20 augustus 2003.

van Dijk, R., Cultuur als excuus voor een falende hulpverlening. Medische Antropologie 1 (2), 131-143.

Frijda, N.H., Wilsbekwaamheid: De psychologie van het nemen van een weloverwogen beslissing. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2002; 33 (5): 196-200.

van der Geest, S., Funerals for the living: Conversations with elderly people in Ghana. African Studies Review 2000; 43 (3), 103-129.

van der Geest, S., "I want to go!" How elderly people in Ghana look forward to death. Ageing & Society 2002, 22 (1), 7-28.

Gyekye, K., An essay on African philosophical thought. The Akan conceptual scheme. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

Hertogh, C. & M. Verkerk. Wilsbekwaamheid en verpleeghuiszorg: Een ongemakkelijke verhouding. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2002; 33 (5), 212-

218.

Janzen, J.M., *The quest for therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press, 1978.

Lam, H., *Levensbeëindiging op verzoek in verschillende samenlevingen*. Amsterdam: Boom Belvédère, 1997.

Niekamp, A.M. & S. van der Geest, *Euthanasie en jarisme: Worden ouderen die willen sterven gediscrimineerd?* *Huisarts & Wetenschap* 2001; 44 (4), 45-49.

Pool, R., *Vragen om te sterven. Euthanasie in een Nederlands ziekenhuis*. Rotterdam: WYT Uitgeefgroep, 1996.

The, A.M., "Vanavond om 8 uur..." *Verpleegkundige dilemma's bij euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.

Vellinga, A. e.a., *De beoordeling van wilbekwaamheid bij ouderen met en zonder cognitieve stoornissen: De vignetmethode nader bekeken*. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2002; 33 (5), 207-11.

Widdershoven, G. & R. Berghmans, *Wilsbekwaamheid in de ouderenzorg*. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2002; 33 (5), 201-6.