

[Unpublished]

## **ONTLASTING, CULTUUR EN GEZONDHEID**

Sjaak van der Geest

In ziekenhuizen en verzorgingscentra veroorzaakt ontlasting een zware *be*-lasting, voor de patiënten/bewoners, maar ook voor de verpleegkundigen en verzorgers. In zijn proefschrift van 1991 meldde Van der Bruggen dat veel patiënten die voor geheel andere aandoeningen zijn opgenomen in het ziekenhuis ook nog problemen krijgen met hun ontlasting. Uit zijn onderzoek bleek dat 41% van de patiënten zich zorgen maken over hun stoelgang. De ongemakkelijke houding en het gebrek aan privacy zijn de voornaamste oorzaken. Mensen zijn niet gewend hun behoefte te doen in het bijzijn van een verpleegkundige terwijl medepatiënten achter het gordijn elk geluidje kunnen horen en elk geurtje kunnen opsnuiven.

De bezorgdheid om de stoelgang leidt tot allerlei complicaties. Patiënten liggen ‘ongemakkelijk’, zelfs verkrampt, in hun bed en ontwikkelen constipatie (of juist diarree), wat niet bevorderlijk is voor het genezingsproces van de kwaal waar ze eigenlijk voor gekomen waren. Sommigen trachten pijnlijke stoelgangsituaties te vermijden door stiekem zelf naar het toilet te gaan, wat niet zelden toch ongelukken leidt, soms fataal. Statistieken over toiletongelukken in ziekenhuizen zijn mij helaas niet bekend. Ik vermoed dat het aantal alarmerend is.

### **Verpleegkundigen, dokters en anderen**

Ook voor verpleegkundigen vormt de ontlasting een belasting. Poep- en plasproblemen van patiënten worden door hen als de minst aantrekkelijke kanten van hun beroep gezien. Gezien de boven geschetste problemen zouden zij bij de verzorging van hun patiënten eigenlijk extra aandacht aan de stoelgang moeten wijden, maar dit gebeurt lang niet altijd. Het onderwerp ‘poep’ wordt - zoals gebruikelijk in onze maatschappij - collectief verdrongen. Men is slordig met de observatie van geconstipeerde patiënten en is onvoldoende bereid effectieve maatregelen te nemen om de patiënt uit dit lijden te verlossen. ‘Poepzusters’ en ‘poepbroeders’, dat wil zeggen verpleegkundigen die bereid en bekwaam zijn patiënten bij hun moeilijke stoelgang te helpen, zijn zeldzaam. In de hedendaagse beroepsopleiding wordt er nauwelijks of geen aandacht aan besteed, zoals ook Van der Bruggen heeft opgemerkt.

Dokters, de derde partij in het ziekenhuis, onttrekken zich sowieso aan deze onaangename complicaties van hun patiënten en bezoekende familieleden doen hetzelfde. Zij haasten zich de zuster te roepen als zich een probleem voordoet en trekken zich beschaafd terug als de verpleegkundige de patiënt verzorgt. Ontlasting wordt wel in schone plastic potjes bij laboratoria afgeleverd voor diagnostisch onderzoek, maar in zijn ‘natuurlijke gedaante’ wekt diezelfde ontlasting voornamelijk weerzin op. Alle partijen keren hun gezicht liever een andere kant op.

### **Incontinentie**

Ook in huizen van verzorging speelt ontlasting een - min of meer verborgen - hoofdrol. Verzorgers zijn een groot deel van de dag bezig met ‘vuil-ruimen’. Ruim de helft van bewoners van deze instellingen lijdt aan ongewild urineverlies en een onbekend percentage bovendien aan lichte of ernstige incontinentie. Verzorgers hebben de grootste moeite de

bewoners er altijd netjes uit te laten zien. Er is immers geen grotere aanslag op respectabiliteit dan onzindelijkheid.

In discussies over euthanasie wordt incontinentie vaak genoemd als een beslissende fase waarin voor de zieke (en diens omgeving!) het lijden ondraaglijk wordt. Geen controle meer hebben over eigen ontlasting wordt algemeen beschouwd als een van de pijnlijkste vormen van ‘onttaking’.

## **Volksgezondheid**

In tegenstelling tot hondenpoep en varkens- en koeienmest is de ontlasting van mensen in onze maatschappij geen publiek probleem meer. De technische voorzieningen om ontlasting geruisloos en reukloos te laten verdwijnen zijn bijna perfect. Dat is niet altijd zo geweest. Ruim een eeuw geleden bestond er in ons land nog een ‘kwesie der faecaliën’, waarvoor men allerlei oplossingen trachtte te bedenken om de volksgezondheid en het algemeen welbevinden te bevorderen (Daru 1999).

In veel ontwikkelingslanden, vooral in de arme wijken van de grote steden, vormen de gebrekkige toiletvoorzieningen nog steeds een bedreiging voor de volksgezondheid (zie bijv. Muller 1997). Verbeteringen van de openbare hygiëne gaan tergend langzaam omdat ze duur zijn en omdat het onderwerp ‘poep’ - net als in onze ziekenhuizen - verdrongen wordt. Politici, die in hun eigen huis een goed functionerend water closet hebben, kunnen zich permitteren ogen en neus te sluiten voor de abominabele toestanden in sloppenwijken waar menselijke uitwerpselen in open containers worden gedeponeerd, op straat liggen of in open riolen drijven, vaak enkele meters verwijderd van de plek waar kinderen spelen en vrouwen onverpakte etenswaren verkopen.

De Wereldgezondheidsorganisatie lanceerde in 1980 het ‘Water en Sanitatie Decennium’ met als een van de doelstellingen dat iedereen in 1990 over een deugdelijk toilet zou beschikken. Ironisch genoeg heeft de campagne wel een spectaculaire groei in aantal toiletten opgeleverd, vooral op het platteland, maar niet altijd geleid tot meer *gebruik* van die toiletten. Hoe en waar men zijn behoefte doet, blijkt onderhevig te zijn aan culturele smaak en regels.

## **Cultuur**

Wat mensen ‘vuil’ vinden en hoe zij met vuil omgaan zit inderdaad diep verankerd in hun cultuur (cf., Medische Antropologie 1999). De Britse antropologe Mary Douglas heeft vuil “matter out of place” genoemd, wanorde, maar *wat* wanorde is, kan per cultuur, zelfs per sociale situatie verschillen. In onze cultuur wordt orde/wanorde sterk verbonden met ervaringen van publiek versus privé, individu versus anderen. Ontlasting is zo ongeveer het meest intieme en persoonlijke dat denkbaar is. Een confrontatie met de ontlasting van een ander is daarom wanorde, een ‘ongewenste intimiteit’, dus *vuil*. Die wanorde, dat vuil, wordt gewoonlijk ernstiger naarmate de ander meer ‘ander’ is, naarmate men minder van diens intimiteit gediend is.

In zieken- en verzorgingshuizen tracht men die dominantie van privacy voorzichtig te vervangen door een cultuur waarin het ‘in orde’ is dat een ander in aanraking komt met de ontlasting van iemand die hij/zij verder nauwelijks kent. Dat lukt soms, dankzij een gepaste professionele houding (en techniek) van de verpleegkundige of verzorger, maar vaak lukt het ook niet. Zowel patiënten als verplegenden hebben soms grote moeite hun criteria ten aanzien van vuil op te schorten.

Ook in gezondheidszorgprojecten in landen met andere opvattingen ten aanzien van vuil, individu en gemeenschap ontstaan soms grote problemen. Maatregelen om de openbare hygiëne te verbeteren slaan niet aan omdat de betrokkenen andere ideeën hebben over vuil en hygiëne. Meer kennis over culturele variaties in de perceptie en ervaring van vuil is daarom dringend gewenst, zowel in ‘verre landen’ als in onze eigen instellingen voor gezondheid en verzorging.

## **Literatuur**

Bruggen, H. van der (1991) *Patiënt, privaat en privacy: De stoelgang als gezondheidswetenschappelijk probleem*. Lochem: De Tijdstroom.

Daru, M. (1999) Wens- en schrikbeelden van poep en poepverwijdering. Theorie en praktijk van de ‘kwestie der faecaliën’ in de 19<sup>e</sup> eeuw. *Medische Antropologie* 11 (1): 19-37.

*Medische Antropologie* (1999) Themanummer (11-1) over ‘Poep, cultuur en welbevinden’.

Muller, M.S., ed. (1997) *The collection of household excreta: The operation of services in urban low-income neighbourhoods*. Gouda: WASTE.