

Ouderen over eten en gezondheid

Anneke van Otterloo & Hannie Gerritsen

“Ik wil gezond oud worden ... onderhand ben ik al 84,
dus misschien helpt het om de vitamines niet stuk te koken.”

Hoe denken ouderen over gezond koken en eten? In dit artikel worden de reacties besproken van zestig zelfstandig wonende mensen tussen 65 en 94 jaar met verschillende culturele en economische achtergronden. Eetgewoonten behoren tot de leefstijl waarvan ook de opvattingen over gezondheid en het sociaal netwerk deel uit maken. Een grote variatie aan specifieke opvattingen en regels voor een gezonde maaltijd blijkt deels beïnvloed te worden door de klassepositie en deels door de mogelijkheden en beperkingen van de levensfase. De uitdunning van het sociaal netwerk leidt, in tegenstelling tot de verwachting, lang niet altijd tot de verwaarlozing van koken en eten.

Leefomstandigheden van 65-plussers staan tegenwoordig in de publieke belangstelling. Ook binnen de medische en sociale wetenschappen bestaat een groeiende aandacht voor deze bevolkingsgroep en wordt steeds meer studie verricht naar haar levensstandaard, woonsituatie en gezondheid. Een belangrijk facet van de leefsituatie wordt gevormd door de eetgewoonten. Voedingskundigen hebben dit onderwerp ook in Nederland recentelijk tot een brandpunt van onderzoek gemaakt (Löwik 1990). Hun benadering, epidemiologisch en kwantitatief, is gericht op het risico dat het eetgedrag van ouderen in kan houden voor de gezondheid.¹ Over voorkeuren, keuzeprocessen en motieven achter de gedragingen – bij uitstek kwalitatief te onderzoeken aspecten – is echter niet veel bekend.

Welke betekenis kennen zelfstandig wonende ouderen toe aan koken en eten in hun bestaan? Houden zij bij de keuze en samenstelling van de maaltijden in de eerste plaats rekening met hun smaak en hun financiële armslag of spelen ook overwegingen van gezondheid mede een rol? Wat is de invloed van het sociale netwerk en de uitdunning daarvan op de kook- en maaltijdgewoonten? Zulke vragen vormden het uitgangspunt van een door de overheid (WVC) gefinancierd kwalitatief onderzoek, waarover door de auteurs eerder werd gerapporteerd in *Aan tafel met ouderen*. De gegevens werden verzameld in het kader van het ouderenbeleid met het doel de zelfredzaamheid te handhaven en de ‘kwaliteit van het leven’ te verbeteren. Koken en eten maken hiervan een belangrijk onderdeel uit. Aan het onderzoeksplan lag onder meer de veronderstelling ten grondslag dat omstandigheden waarin ouderen dikwijls verkeren – een minimaal inkomen en sociaal isolement – een belemmerende

invloed hebben op de zorg voor de inwendige mens. Ouderen van nu zijn daarenboven opgegroeid in een periode waarin geheel andere maatstaven voor de keuze van een gezonde en lekkere maaltijd geldig waren dan tegenwoordig. Hoe weten ze zich desondanks te redden?

In deze bijdrage gaan we in op enkele deelaspecten, met name de manieren waarop ouderen met verschillende sociaal-economische klasse-posities koken en eten in verband met de zorg voor de eigen gezondheid. Daarnaast wordt iets gezegd over de betekenis van de woonsituatie (alleen of samen met de partner) en het belang van het sociaal netwerk in deze levensfase. Bij de verzameling en uitwerking van het oorspronkelijke materiaal hebben ideeën en onderzoek van Bourdieu (1986) en Ganzeboom (1988) een attenderende functie vervuld. Eetgewoonten en smaak zien beide auteurs als onderdeel van de sterk naar sociale klasse gedifferentieerde leefstijl waartoe ook het sociaal netwerk behoort. Hierover zo dadelijk meer.

Bourdieu meent dat culturele voorkeur of smaak patronen vormt, die vooral worden bepaald door de hoeveelheid 'cultureel en economisch kapitaal' waarover mensen beschikken. Opleiding, milieu van herkomst, inkomen en beroepspositie bieden met andere woorden mogelijkheden en belemmeringen voor de ontwikkeling en realisering van de smaak. Deze komen ook tot uitdrukking in de klasse-varianten van eet- en drinkgewoonten (Bourdieu 1986: 186). In eigen, eerder verricht onderzoek naar voedselregimes en smaak van moeders met jonge kinderen, is deze theorie verhelderend gebleken. Dat geldt vooral voor de interpretatie van de consistente en geprononceerde verschillen, die zijn aangetroffen tussen representanten van de 'arbeidersklasse' (laag wat betreft beroepsprestige, opleiding en inkomen) en die van de 'professionele middenklasse' (hoog ten aanzien van genoemde aspecten) (Van Otterloo & Van Ogtrop 1989). Is dat ook het geval bij ouderen? Ganzeboom breidt de door Bourdieu naar voren gebrachte sociale achtergronden van smaak en leefstijl uit met het element van de leeftijd, de levens- en gezinsfase. In een onderzoek naar ouderen (of jongeren) is deze verklaringsgrond van groot belang. De fase waarin mensen zich bevinden op hun levenspad geeft, naast de klasse-positie, de leefstijl mede vorm (Ganzeboom 1988: 53, 56).

De gegevens zijn ontleend aan langdurige vraaggesprekken met zestig ouderen (14 mannen en 46 vrouwen) van wie er 15 waren gehuwd en 45 alleen woonden. De inkomens varieerden van alleen AOW (f 1100,- per maand) tot f 2500,- per maand of hoger, terwijl de leeftijd uiteenliep van 65 tot 94 jaar. Ook in het opleidingsniveau waren grote verschillen: de helft had alleen lager onderwijs of minder, een kwart had middelbare school of hoger en het resterende kwart bevond zich daartussen. Deze diversiteit in achtergronden was niet gebaseerd op een representatieve steekproef, maar had als doel variaties in opvattingen en (verbale) gedragingen te kunnen onderzoeken. De half-gestructureerde interviews (op basis van vaste thema's) zijn letterlijk uitgetypt, waarna de cases afzonderlijk en in vergelijking met elkaar zijn geanalyseerd.² Opvallende overeenkomsten en verschillen in de opvattingen van onze gesprekspartners hebben geleid tot een indeling in categorieën. De hieronder beschreven varianten op het thema gezond eten zijn daarvan een voorbeeld.

Leefstijlen en opvattingen over gezondheid

Bourdieu (1986: 190, 208-23) en in zijn voetspoor Ganzeboom (1988: 64-5) interpreteren gezondheidsgedrag – waaronder voedselvoorkeuren, sportbeoefening en riskante gewoonten (roken en drinken) – als een uiting van leefstijl. Andere ‘velden’ waarop de leefstijl zich manifesteert zijn: materiële consumptie, vrijetijdsbesteding, esthetische voorkeuren (culturele deelname), arbeid en loopbaan, politieke en ethische opvattingen en het sociaal netwerk. In ons onderzoek zijn, naast de al genoemde sociale achtergronden, slechts enkele (facetten van zulke) velden betrokken en diepgaand bestudeerd: het netwerk, opvattingen en kennis over voeding en gezondheid, het patroon van uitgaven en tenslotte de voorkeuren en smaak bij de keuze en samenstelling van (koude en warme) maaltijden en hapjes (Gerritsen & Van Otterloo 1990). In dit artikel komen hiervan, zoals gezegd, alleen de twee eerstgenoemde deelaspecten aan de orde.

Manifestaties van leefstijl betreffen steeds gedragingen die mensen in de sociale omgang (dus ook in onze vraagg gesprekken) kunnen laten zien en die voor anderen herkenbaar zijn. Leefstijlpatronen vertegenwoordigen een symbolische waarde in de contacten met anderen: mensen passen hun manier van leven aan bij die van de sociale groep waartoe ze zichzelf rekenen. Bepaalde gedragingen, zoals het tonen van specifieke voorkeuren voor voedsel, spelen een statusverlenende rol in de communicatie. Men presenteert zich aan anderen als behorend tot een bepaalde groep. Zo verwezen onze respondenten naar anderen om hun mening over de betekenis van voedsel voor de gezondheid kracht bij te zetten. Sommige ouderen distantieerden zich van ‘moderne’ opvattingen over gezondheid van jongere mensen uit hun omgeving: “Zij eten rauwe wortels!” De groep waartoe zij zich rekenden, was duidelijk hun eigen generatie.

Eenzijds is de leefstijl een kwestie van keuze; anderzijds wordt zij, volgens genoemde auteurs, gevormd door de mogelijkheden en beperkingen die sociale posities – opleiding, beroepsprestige, inkomen en levensfase – met zich meebrengen. Deze posities leveren zoals gezegd het ‘kapitaal’ (geld, kennis, sociaal netwerk, tijd) waarmee de leefstijl moet worden ingericht. Volgens Bourdieu zou voor Frankrijk gelden dat verschillende combinaties van soorten kapitaal resulteren in verschillende voorkeuren, met name ook voor voedsel. De ‘culturele elite’ (hoog-opgeleiden) prefereert ‘gezonde’, natuurlijke en exotische producten, terwijl de ‘economische elite’ (hoog-betaalden) stevige binnenlandse producten verkiest en houdt van copieuze maaltijden met uitgelezen alcoholische dranken. De grote groep met weinig opleiding en een laag inkomen vindt traditioneel zacht gekookt en vet eten het lekkerst. Met de gezondheid wordt in deze laatste klasse veel minder rekening gehouden dan met de smaak. In de al genoemde Nederlandse studie naar moeders van jonge kinderen zijn hiermee overeenkomende resultaten gevonden. De eetstijlen in de onderscheiden sociale lagen weken onderling aanzienlijk van elkaar af.

In het geval van ‘onze’ ouderen bleken verschillen in sociale posities van invloed te zijn op de betekenis voor de gezondheid die aan voedsel werd toegekend. Zo speelde de opleiding duidelijk een rol in enkele hieronder te bespreken houdingen inzake voeding en gezondheid, waarnaar de ouderen op grond van de gegevens

gegroepeerd konden worden. Lager respectievelijk hoger opgeleiden onder hen bleken in enkele groepen te zijn oververtegenwoordigd. Er waren daarentegen ook groepen waarin de opleidingen uiteenliepen. Naast de opleiding vormden praktijkervaring en gewoonten de basis voor opvattingen over 'gezond' koken en eten: "Ik heb mijn hele leven in fruit gedaan, dus ik weet wel wat goed voor me is".³ Ervaringen gebonden aan de leeftijdsgroep – opgegroeid zijn tijdens de economische crisis, bijvoorbeeld – waren evenzeer van invloed op opvattingen over een gezonde maaltijd. Zo was een sobere, zuinige instelling jegens voedsel onder zowel arme als rijke ouderen te vinden. Ook de invloed van de economische positie was onmiskenbaar aanwezig. De aankoop van magere vleessoorten en exclusieve groente- en fruitsoorten bleek te zijn weggelegd voor mensen met een betere financiële positie. Ouderen die moesten leven van de AOW waren geneigd aan goedkope traditionele maaltijden zonder 'liflafjes' een hoge gezondheidswaarde toe te kennen. Kortom, de klasse-positie bleek in veel gevallen in de verwachte richting op de onderzochte elementen van leefstijl in te werken, maar lang niet in alle. In dit opzicht vormden de resultaten een contrast met de uitkomsten van het onderzoek onder moeders van verschillende klassen.

Behalve culturele en economische vormen van 'kapitaal' waren bepaalde situatie-gebonden factoren, consequenties van de levensfase, van invloed op de motieven om bij de keuze van de maaltijd op geheel eigen wijze wel of geen rekening te houden met de gezondheid. Met name veranderingen in het sociaal netwerk (door pensionering, afname van de sociale contacten, uit huis gaan van kinderen, overlijden van de partner) leidden in dit opzicht tot opvallende opvattingen en gewoonten. Naast de aspecten van de sociale klasse, resulteerden deze aan de levensfase gebonden situaties in een grote variatie aan de voorkeuren en keuzen inzake de maaltijd.

In het volgende laten we eerst zien hoe sterk de manieren waarop de ouderen voeding en gezondheid met elkaar in verband brachten uiteenliepen. Daarna worden voorbeelden uitgewerkt van situaties waarbij het belang van het sociaal netwerk als aspect van de leef- en eetstijl naar voren komt.

Gezond eten of niet?

Onderstrepen de ouderen de hoge waarde die in onze maatschappij gehecht wordt aan het belang van voedsel voor de gezondheid? Op dit punt waren de respondenten in twee groepen te onderscheiden.⁴ De ene accepteerde deze waarde inderdaad: eten en gezondheid staan onlosmakelijk met elkaar in verband, stelden zij. De andere was een tegengestelde mening toegedaan: deze ouderen wezen overwegingen van gezondheid bij de keuze en samenstelling van de maaltijd af.

Acceptatie

Ouderen die vonden dat het, met het oog op de gezondheid, verschil uitmaakt hoe de maaltijd is gekozen en samengesteld, deden dat niet op dezelfde gronden. Zij onderscheidden zich, integendeel, naar het soort regels dat zij associeerden met gezond eten en waarnaar ze zich naar hun zeggen richtten. Aan deze richtlijnen

hebben we de benaming ontleend van vijf varianten op de algemene houding van acceptatie jegens het principe dat eetgewoonten van betekenis zijn voor het handhaven van de gezondheid.

Afgaan op *vaste gewoonten en routine*: "Je moet elke dag warm eten en geregeld leven." Zij letten niet in de eerste plaats op de samenstelling van de maaltijd, maar vonden het van essentieel belang dat er warm werd gegeten. Ouderen in deze groep hadden sterke voorkeur voor traditionele, eenvoudige maaltijden met de bestanddelen aardappelen, gekookte groente, vlees en jus. Zij waren niet geïnteresseerd in professionele voorlichting over gezond eten, maar deden daarentegen een beroep op hun ervaringskennis. Alle ouderen in deze groep behoorden tot de lagere sociaal-economische klasse. Adviezen opvolgen van '*deskundigen*', bijvoorbeeld van de huisarts of een (schoon)dochter. Deze mensen deden wat anderen hen aanraadden: "Dat heeft mijn dochter ingevoerd", zei een man van 93 over zijn gewoonte dagelijks sinaasappels uit te persen. Ouderen in deze groep waren niet geïnteresseerd in meer of minder officiële voorlichting over voeding via de media, maar gingen uitsluitend af op de genoemde personen. "Je moet je houden aan regels die de dokter je zegt", zei een 75-jarige vrouw. Het opleidingsniveau was in deze groep ongeveer gelijk verdeeld: zowel hoger als lager geschoolden behoorden ertoe.

Juist weinig waarde aan de mening van deskundigen hechtten respondenten (allen hoger opgeleid) die zich verlieten op gevoel en intuïtie. Wanneer je goed luistert naar de signalen van het lichaam, eet je vanzelf wat je nodig hebt: "Ik voel dat citroen goed voor mij is." Ouderen in deze groep hadden een wantrouwende houding ten aanzien van dokters en voorlichting via de media. Zij bepaalden zelf wel wat goed voor hen was.

Hier tegenover stond een groep die probeerde de samenstelling van de maaltijd af te stemmen op de reguliere voedingsleer: "Ik wil gezond oud worden (...) onderhand ben ik al 84, dus misschien helpt het om de vitamines niet stuk te koken." Mensen in deze groep lieten blijken op de hoogte te zijn van de officiële richtlijnen voor goede voeding, opgesteld door de Voedingsraad. Verschillen in deze groep deden zich voor in de bronnen waaraan zij hun kennis ontleenden. Deze varieerden van terloopse tv-programma's tot specifieke brochures. Er waren er ook die hun kennis ontleenden aan vroegere ervaringen, bijvoorbeeld uit de tijd toen zij opgroeiende kinderen hadden en de media wantrouwden: "Wanneer je alles doet wat ze zeggen, kun je niets meer eten." Het opleidings- en inkomensniveau was gevarieerd in deze groep.

Een groep overwegend hoog opgeleide ouderen leefde volgens een alternatieve voedingsleer, zoals vegetarisme, Moerman-dieet en macrobiotiek. Sommigen waren met alternatieve eetgewoonten opgegroeid, anderen waren er toe overgegaan na een ziekte van henzelf of van iemand uit hun omgeving. De eersten waren niet meer geïnteresseerd in informatie over (gezonde) voeding, de laatsten waren daar juist naar op zoek. Soms waren de voorschriften nauwkeurig omschreven: "Ja als je te vet gaat eten, word je te dik en je gal en je lever worden te zwaar belast, en alsmaar vlug en heet eten is ook niet goed." In andere gevallen kwam het alternatieve voornamelijk tot uiting in een voorkeur voor minder vlees en meer rauwe groenten.

Afwijzing

Ook de groep ouderen met een afwijzende houding was niet homogeen. Er bleken tenminste twee varianten voor te komen van het ontkennen van een verband tussen voeding en gezondheid en het mogelijke belang hiervan voor de eigen leefstijl: degenen die geen enkele belangstelling voor eten hadden en er zich weinig aan gelegen lieten liggen en degenen die in dit opzicht juist een hedonistische instelling hadden. De houding van desinteresse bleek uit uitspraken als: "Je moet je maag vol hebben" en: "We leven maar een eind heen." De levensgenieters stelden het belang van een lekkere maaltijd boven dat van een gezonde maaltijd: "Ik wil met plezier oud worden." Ze waren wel op de hoogte van ongezonde eetgewoonten, maar stelden dat je toch wel dood gaat wanneer het "je tijd is", dus kun je beter van lekker eten genieten. Anderen die van goed tafelen hielden, dachten dat de dokter wel zou waarschuwen, wanneer zij hun gewoonten op dit punt moesten veranderen. In beide groepen varieerden de inkomens- en opleidingsposities.

Het sociaal netwerk

Het samen eten als sociaal verschijnsel vormde een van de aanleidingen om de onderzoeksgroep te differentiëren naar alleenstaanden en gehuwden of samenwonenden. De veronderstelling was dat door veranderingen in het sociaal netwerk de betekenis van voedsel mede zou veranderen. Wanneer mensen alleen komen te staan ontbreekt immers het element van sociale controle (steun en bewaking), pregnant uitgedrukt in de uitspraak van een van de vrouwen: "Ik krijg ruzie met hem, wanneer ik niet kook." Door antropologen is aan het onderling delen van voedsel altijd de specifieke beleving van saamhorigheid, solidariteit en sociale gelijkheid toegeschreven; het buitensluiten van 'vreemden' (andere groepen dan de eigen) is daarvan de tegenhanger (Douglas 1975). Koken en commensaliteit hebben ook in het huwelijk bij volken over de hele wereld een vaste plaats waaraan specifieke rechten en plichten zijn verbonden (Goody 1982: 11, 114-5).

Het bleek dat zich in de primaire sociale omgeving inderdaad ingrijpende veranderingen hadden voorgedaan. Vrouwen die vroeger voor een gezin verantwoordelijk waren geweest, hadden na het overlijden van hun echtgenoot alleen nog voor zichzelf te zorgen. Mannen die alleen kwamen te staan, moesten leren koken. Naast veranderingen binnen het gezin deden zich veranderingen daar buiten voor. Een deel van de ouderen ondervond dat het aantal kennissen afnam door overlijden of ziekte, een tendens die werd versterkt door achteruitgang van de eigen conditie en mobiliteit. Mensen die alleen komen te wonen en sociaal geïsoleerd raken, zouden zichzelf, zo dachten we, allicht kunnen verwaarlozen wat het eten betreft en zich om hun gezondheid weinig meer bekommeren. Sociale druk in dit opzicht zou alleen nog een rol spelen bij degenen die op zoek zijn naar uitbreiding van hun sociaal netwerk.

Dat dit lang niet altijd het geval hoeft te zijn, wordt in het onderstaande duidelijk gemaakt. De relatie tussen de zorg voor het eten en de (veranderingen in de) sociale contacten die ouderen onderhouden, bleek tamelijk complex. De

objectief waarneembare uitdunning van het netwerk, sociale isolatie, bracht niet voor iedere oudere subjectief beleefde eenzaamheid met zich mee. Alleenwonenden onderhielden soms zeer veel contacten, maar deze hadden uitsluitend buitenshuisplaats. Er waren er ook die nooit gewend waren geweest om met anderen buiten de eigen kring van het gezin te eten. In al deze gevallen hadden de beperkingen van het netwerk een minder eenduidige invloed dan verondersteld. Ook in positieve zin is het sociaal netwerk van invloed op de manier van koken en eten: sommigen hadden na hun pensionering pas tijd om gezellig met anderen te tafelen.

De nu volgende voorbeelden van kook- en eetstijlen laten zien hoe het sociaal netwerk op verschillende manieren invloed heeft op de opvattingen over het belang van de maaltijd voor de gezondheid. Als 'cases' dienen twee ouderen met een hierboven besproken accepterende en twee met een afwijzende houding.

'In de running blijven'

Een van de mogelijke reacties op de ingrijpende veranderingen in de primaire sociale omgeving bestond in de volgende overlevingsstrategie. Sommige ouderen, zonder directe familieleden, kennissen of buren, waren in het geheel niet geneigd om het minder nauw te nemen met het koken en eten, maar bleken juist in dit opzicht een strak ritme te handhaven. Een van de argumenten was dat koken en boodschappen doen goede middelen waren om de dag structuur te geven. Sommigen gebruikten af en toe de maaltijd in een eetgelegenheid voor bejaarden, voor het gemak en voor de gezelligheid. Anderen vonden dat het te duur was, of hadden nooit de gewoonte gehad buitenshuis met 'vreemden' te eten. De meesten lieten blijken de voedselbereiding zo lang mogelijk zelf in de hand te willen houden: "Liever een boterham, dan van Tafeltje Dekje (...) dan is het tenminste van je zelf." Het volgende geval is daar een voorbeeld van. De 89-jarige man, werkzaam geweest in de aardappelhandel, was sinds zes jaar weduwnaar. Hij was van mening dat het handhaven van vroegere gewoonten, toen het gezin er nog was, de zelfredzaamheid ten goede kwam.

Hij had geen kinderen en werd slechts af en toe bezocht door verre familieleden. Boodschappen en koken deed hij nog zelf. Deze activiteiten kostten hem echter veel moeite. Hij was slecht ter been, vergeetachtig en zijn reukvermogen ging achteruit. Negen van de tien keer kookte de melk over, het afgieten van groenten en aardappels was zwaar en hij moest erg oppassen zich niet te branden. Hij was gesteld op regelmaat in de dagelijkse activiteiten. Dit bleek onder meer uit zijn beschrijving van het vroegere gezinsleven: tegenwoordig "(...) hebben ze geen tijd meer om te eten... geen gezin zit meer om de tafel." Hij voelde zich eenzaam, maar probeerde desondanks de regelmaat van vroeger, toen zijn vrouw nog leefde, te continueren. Je moet "in de running blijven", was zijn mening. "Je moet niet bij de pakken neer gaan zitten en je moet jezelf verzorgen." Het handhaven van de gezondheid vond hij erg belangrijk: "regelmaat en matigheid" was zijn advies voor een gezonde maaltijd. Het ging bij hem vooral om de *routine*; de samenstelling van de maaltijd was meer van belang voor opgroeiende jeugd of voor werkende mensen. Adviezen van anderen, ook die van de dokter, sloeg hij in de wind. Hij leefde naar zijn eigen regels en hoopte daarmee zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen.

Eten uit de pan

Er waren ook eenzame mensen die meer moeite hadden met eten. De problemen uitten zich voor het merendeel in te veel eten of in 'graasgedrag' (de hele dag kleine hoeveelheden eten). Zo vertelde een weduwe van 76 jaar, dat ze geobsedeerd was door eten wanneer ze alleen was. Ze was getrouwd geweest met een taxichauffeur en had een laag inkomen. Hier volgt haar verhaal.

Ze was opgegroeid in een groot gezin. Twee van haar drie kinderen bezochten haar regelmatig, maar niet iedere week. Daarbuiten had ze weinig sociale contacten en ze voelde zich erg eenzaam. Ook verveelde ze zich, omdat ze, vanwege haar slechte ogen, niet meer kon handwerken en lezen. Ze oriënteerde zich bij de keuze van een gezonde maaltijd op de *reguliere voedingsleer* waarbij ze informatie ontleende aan radio en tv, aan haar kinderen en aan de dokter. Ze maakte haar eigen regels: klikjes van haar dochter die deze zelf niet meer wilde eten vanwege het verlies van vitamines, warmde zij wel op: "Ik krijg vitamines van de dokter, dus ik kan wel klikjes eten." Ondanks het feit dat ze gezondheidsregels in acht nam, vond ze dat ze zichzelf verwaarloosde. Naar haar mening nam ze te weinig tijd voor het eten: de warme maaltijd at ze staande, met grote happen uit de pan die nog op het vuur stond: "Ik zeg niet meer: ik eet lekker vanavond." De verveling en eenzaamheid uitten zich bovendien in gewichtsproblemen: ze at veel tussendoortjes en dronk soms te veel citroenenever. Ze had dan ook allerlei strategieën bedacht om zichzelf beperkingen op te leggen, bijvoorbeeld het afpassen van de hoeveelheid pinda's op een schoteltje.

Eten als hobby

Het merendeel van de ondervraagde ouderen vond koken niet leuk maar ook niet vervelend: het hoorde er nu eenmaal bij. Enkelen hadden echter van het koken een hobby gemaakt. Hiertoe behoorden ook mannen zoals de hieronder beschreven alleen-wonende 81-jarige, die naast koken weinig andere bezigheden had. De man was vroeger los arbeider geweest, had een laag inkomen en weinig sociale contacten.

Zelf was hij van mening dat hij niet alleen woonde: twee honden en een poes beschouwde hij als zijn kinderen. Bovendien gaf hij zijn huisdieren hetzelfde eten als hij at. De man was slecht ter been. De boodschappen werden bezorgd of door een kennis meegebracht. Hij kookte zelf en met veel plezier. Trots liet hij een pan 'suddervlees' zien. Hij was begonnen met koken nadat zijn vrouw was overleden. In zijn opvatting over het handhaven van de gezondheid nam *plezier* een centrale plaats in: "Ik vermaak me goed, een ander zit te sacherijnen, en daar heb je niets aan." Het plezier bestond onder meer uit eten wat hij lekker vond, met name (vet) vlees. Vlees was weliswaar duur – hij beschikte alleen over AOW – maar verder had hij weinig uitgaven. Net als het merendeel van de ouderen met een laag inkomen ging hij niet op vakantie en besteedde hij weinig geld aan kleding en huisraad. "Ik heb nog nooit een geldkist in een graf gezien", zei hij, een mening die vaker voorkwam. Hij was dol op vet eten, het eten van Tafeltje Dekje was net "kraanwater". Van enige regelmaat in de maaltijden was geen sprake. Hij at als hij er zin in had. Deze 'levensgenieter' luisterde evenmin naar adviezen van anderen zoals de dokter.

Eten uit gezelligheid

Het merendeel van de ouderen was niet gewend om met anderen dan met directe verwanten te eten.⁵ Alleen enkele hoger-opgeleiden (van uiteenlopende leeftijden)

waren dat wel, zoals beschreven wordt in het volgende voorbeeld. Het betreft twee echtelieden, beiden 65 jaar met een relatief hoog inkomen; de man was gepensioneerd computerprogrammeur.

Het echtpaar leidde een druk sociaal leven. De man en vrouw aten regelmatig met kennissen of met de kinderen en daar werden drankjes en hapjes bij geserveerd die, dachten ze, wel niet gezond zouden zijn. Ook samen namen ze de tijd om te tafelen: lang ontbijten en gezellig borrelen voor de maaltijd. Sinds hun pensionering hadden ze daar gelegenheid voor. Ze hadden vroeger wel bepaalde opvattingen over gezond eten gehad, maar nu was het uitgangspunt "doen waar je zin in hebt, zolang het nog kan". Wanneer de gezondheid gevaar liep dan zou de dokter er zo bij zijn. Om de lijn maakten zij zich evenmin zorgen, hoewel hun lichaamsgewicht volgens henzelf te hoog was.

Slotopmerkingen

Uit het onderzoek kwam naar voren dat het merendeel van de ouderen er bepaalde regels op nahield bij het kiezen van een 'gezonde' maaltijd. Voorts bleken er verschillen te zijn in het *soort* regels dat men naleefde bij de keuze van de maaltijd. Maar er waren er ook die zich bij het selecteren en consumeren van gerechten, hapjes en drankjes weinig aantrokken van gezondheidsvoorschriften. Over deze laatste groep, de levensgenieters *en* de onverschilligen, waren de klasseposities van laag tot hoog ongeveer gelijk verdeeld. Dit gold ook voor degenen die gezondheidsregels *wel* belangrijk vonden, maar niet voor alle variaties op deze houding. Enkele bevindingen komen overeen met eerdere onderzoeksresultaten, ondermeer die van Bourdieu, Ganzeboom en de studie naar moeders van jonge kinderen. Een voorkeur voor traditionele eetgewoonten is vooral te vinden onder mensen met weinig cultureel en economisch 'kapitaal', terwijl de belangstelling voor alternatief eten zich beperkt tot de groepen die juist over veel 'kapitaal' beschikken. Ook in onze groep ouderen waren genoemde samenhangen duidelijk herkenbaar. Voor de overige onderscheiden voorkeuren en houdingen gold de klassegebondenheid echter veel minder. Genieten van het goede leven bijvoorbeeld (veel, vet en zoet), is volgens Bourdieu en op grond van het moeder-onderzoek vooral kenmerkend voor de arbeidersklasse, terwijl degenen die een betere maatschappelijke positie hebben, zich juist allerlei beperkingen opleggen. Kennelijk speelt bij ouderen meer dan alleen de hoeveelheid 'kapitaal'. Het vermoeden dat de levensfase in sommige opzichten een belangrijker verklaringsgrond vormt dan de klasse-positie lijkt aannemelijk, waarmee het belang van Ganzebooms aanvulling op Bourdieu wordt onderstreept. De ideeën van laatstgenoemde auteur gelden waarschijnlijk vooral voor actieve beroepsbeoefenaren (en hun echtgenoten, vergelijk de moeder-studie) en veel minder voor andere groepen in de samenleving.

Liepen de opvattingen over gezond eten sterk uiteen, toch was ook een andere, meer algemene tendens waarneembaar. Deze bestond in de grote mate van zekerheid die de ouderen, los van hun maatschappelijke achtergrond, toonden inzake de manier waarop zij kookten en aten. Zij hadden een uitgesproken mening over de rol die de voeding moest spelen in het handhaven van hun gezondheid. Vaak waren zij trots op hun gewoonten, kennis en ervaring. Ook in dit opzicht verschilden zij

van de moeders, vooral die uit de arbeidersklasse. Deze waren juist erg onzeker in hun opvattingen en keuzen inzake gezond eten. Zij wilden ongeacht de klasse het allerbeste voor hun kinderen, maar de vraag hoe dat te bereiken temidden van de lawine van informatie, hield hen sterk bezig. De hoeveelheid beschikbaar 'kapitaal' vormde in deze kwestie een duidelijke steun. Ouderen hebben een dergelijke steun blijkbaar veel minder nodig; zij ontleen zekerheid aan de ervaringen van een lang leven en het perspectief van een korte toekomst. De levensfase weegt hier, opnieuw, zwaarder dan de klasse.

Deze invloed blijkt ook in andere opzichten. Onder ouderen doen zich dikwijls omstandigheden voor die van invloed zijn op de omvang en intensiteit van hun sociale contacten. Daartoe behoren de pensionering, de vermindering van de mobiliteit en de individuele beleving van de ouderdom. Deze aspecten van de levensfase bepalen deels de consequenties die het sociaal netwerk voor de eetgewoonten heeft. Met behulp van gevalsbeschrijvingen hebben we hier verschillende varianten van laten zien. Deze vertegenwoordigen maar een deel van het materiaal. In *Aan tafel met ouderen* is de aard en intensiteit van het sociale netwerk en de rol van isolement en eenzaamheid met name uitgewerkt voor de (lichamelijke) belemmeringen die de oudere levensfase voor het koken en eten met zich meebrengt (Gerritsen & Van Otterloo 1990: 16-35).

Geconcludeerd kan worden dat de variaties in opvattingen over voeding en gezondheid groot zijn: mensen van dezelfde leeftijd gaan op verschillende wijze om met de zorg voor de maaltijd. Naast vaste gewoonten en wisselvallige omstandigheden die te maken hebben met de ouderdom, blijken opleiding en inkomen hierbij een rol te spelen. Voor de laatste factoren is dat, zoals besproken, minder consistent het geval dan op grond van eerdere onderzoeksresultaten te verwachten was. Een belangrijke gevolgtrekking uit het onderzoek is, dat de uitdunning van het sociaal netwerk niet zonder meer een negatieve werking hoeft te hebben op de continuering van de zorg voor het dagelijkse eten. Dit gegeven was verrassend en stemde niet overeen met onze veronderstelling over de noodzaak van sociale steun en controle door de primaire sociale omgeving. Ook relativeert het enigszins het essentiële belang dat antropologen aan commensaliteit hechten. Veel ouderen in onze onderzoeksgroep beschouwen koken en eten als vaste activiteiten in hun dagelijkse routine: maaltijden brengen structuur aan in de tijd. De traditie van eerdere levensfasen wordt op deze manier voortgezet. Vermoedelijk gebeurt dit via de geïnternaliseerde regels van de netwerken waarvan men vroeger deel uitmaakte. Ook voor ouderen die koken als hobby hebben, geldt een druk sociaal leven en het samen eten met anderen niet als voorwaarde. Zij hebben het niet nodig beurtelings gast en gastheer (of -vrouw) te zijn. Ook in hun eentje aten zij met plezier.

Er zijn ook omstandigheden waarbij wel een nadelige invloed uitgaat van de afname van het sociaal netwerk. Zo was er een alleenstaande vrouw die, hoewel zij in het verleden een druk sociaal leven leidde, tegenwoordig uit eenzaamheid aan alcohol verslaafd was en de maaltijd verwaarloosde. De omgekeerde situatie kan echter eenzelfde gevolg hebben: mensen met zeer veel sociale contacten vertonen soms evenzeer de neiging minder aandacht aan het eten te besteden en het soms zelfs te verwaarlozen. Ook zijn er ouderen die het niet zo nauw nemen met gezondheidsvoorschriften, omdat het gezamenlijk eten een belangrijke functie

vervult bij het onderhouden van hun omvangrijke kennissen- of familiekring. Van verwaarlozing is echter geen sprake. Lekker eten en samen tafelen wordt door deze groep mensen belangrijker gevonden dan een levenslange gezondheid.

Praten met ouderen over hun opvattingen en gewoonten inzake voeding en gezondheid biedt, zo blijkt uit dit verkennende onderzoek, zicht op een groot aantal facetten die de situatie in deze fase van het leven kenmerken. Ouderen willen naar eigen inzicht koken en eten, op de manier die ze in een lang leven hebben verworven. Zelf zorgen voor de maaltijd behoort tot de laatste verantwoordelijkheden die veel ouderen uit handen willen geven.

Noten

Anneke H. van Otterloo is – in deeltijd – werkzaam als universitair docent bij de Vakgroep Sociologie van de Universiteit van Amsterdam. Haar recente onderzoek heeft betrekking op eetgewoonten en levensstijlen. Zij promoveerde op het proefschrift *Eten en eetlust in Nederland [1840-1990]. Een historisch-sociologische studie*. Hannie Gerritsen studeerde af bij dezelfde vakgroep, waarna zij het hier beschreven onderzoek van het Ministerie van WVC uitvoerde.

1. De Landbouwwuniversiteit Wageningen (Vakgroep Humane Voeding) heeft sinds enige jaren een leerstoel Voeding van de Oudere Mens.
2. De toegepaste methode was grotendeels gebaseerd op de 'gefundeerde theorie-benadering' van Glaser en Strauss gemodificeerd door Wester (1987). De gespreksthemata's waren op grond van groepsinterviews en vooronderzoek zorgvuldig vastgesteld. Met deze vorm van interviewen was het mogelijk van alle ondervraagden dezelfde basisgegevens te verzamelen. Bovendien werd recht gedaan aan de inbreng en associaties van de respondenten zelf.
3. Het gaat hier om de subjectieve mening van de ouderen over wat zij onder 'gezonder' eten verstaan. Deze mening hoeft niet overeen te stemmen met officiële richtlijnen van de Voedingsraad.
4. Omdat het een kwalitatief onderzoek betreft zijn geen aantallen van de groepen gegeven.
5. Een hoofdstuk van het rapport is gewijd aan de betekenis van het sociaal netwerk bij de maaltijd. Een van de onderwerpen is de hoeveelheid en het soort mensen (kennissen, verwanten, eetgelegenheden) met wie de maaltijd wordt gedeeld.

Literatuur

Bourdieu, P.

1986 *Distinction. A social critique of the judgement of taste*. London/New York: Routledge & Kegan Paul. (Oorspr. 1979).

Douglas M.

1975 Deciphering a meal. In: *Implicit meanings. Essays in anthropology*. London: Routledge and Kegan Paul, pp. 149-75.

Ganzeboom, H.

1987 *Leefstijlen in Nederland, een verkennende studie*. Alphen aan de Rijn: S.C.P. Samson.

Gerritsen, H. & A.H. van Otterloo

1990 *Aan tafel met ouderen; een kwalitatieve studie naar opvattingen en ervaringen rond koken en eten onder ouderen in verschillende levensomstandigheden*. Onderzoeksverslag, Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Sociale en Culturele Wetenschappen (Vakgroep Sociologie).

- Goody, J.
1982 *Cooking, cuisine and class. A study in comparative sociology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Löwik, M. R.H.
1990 Nutritional risk assessment among Dutch elderly people. Proefschrift. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Otterloo, A.H. van
1990 *Eten en eetlust in Nederland [1840-1990], een historisch-sociologische studie*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Otterloo, A. H. van & J. van Ogtrop
1989 *Het regime van veel, vet en zoet. Praten met moeders over voeding en gezondheid*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Wester, F.
1987 *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Muiderberg: Coutinho.