

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Ouverture	9
1.2 Presentie en verpleegkunde	13
1.3 Afsluiting	18
<b>2 Een beeld van de presentie en de verpleegkunde</b>	<b>21</b>
2.1 Presentie: een korte inleiding	21
2.2 Verpleegkunde in vormen, soorten en maten	27
2.3 Een eerste conclusie	30
<b>3 Lijden: <i>common ground</i> van presentie en verpleging</b>	<b>33</b>
3.1 Verpleegkundige notities over het lijden	34
3.2 Lijden en zorgen in het licht van de presentie	46
3.3 Een tweede conclusie	57
<b>4 Eerste intermezzo: de exposure</b>	<b>59</b>
4.1 De exposure: een schets	59
4.2 Toepasselijkheid van de exposure in de verpleegkunde	61
4.3 Nuancering van het beeld	64

<b>5</b>	<b>Verpleging en presentie: een vanzelfsprekend samengaan</b>	<b>67</b>
5.1	De verhouding van interventie en presentie	68
5.2	De verhouding van presentie en zorg	100
5.3	Verpleging als een presente zorg	112
<b>6</b>	<b>De presentiebenadering en de verpleegkundige zorg voor zeven specifieke doelgroepen</b>	<b>135</b>
6.1	Presentie in palliatieve zorg	136
6.2	De verpleegkundige zorg voor psychiatrische patiënten (spv)	142
6.3	Arme chronisch zieken: steunen in hun zelfmanagement	150
6.4	Presentiebenadering bij dialysepatiënten	161
6.5	Presentiebenadering bij diabetespatiënten	173
6.6	Spoedgevallenzorg	179
6.7	Presentie en inter- of transculturele verpleegkunde	188
<b>7</b>	<b>Tweede intermezzo: goede zorg en goede zorgplannen</b>	<b>195</b>
7.1	Een verkenning van de betekenis van 'zorg' in het alledaagse spraakgebruik	196
7.2	Tussentijdse conclusie	199
7.3	Uitwerking van het beoogde zorgconcept in goede zorgplannen	199
<b>8</b>	<b>De haalbaarheid van presente zorg</b>	<b>205</b>
8.1	Systeemdruk	207
8.2	Presentie leren	213
8.3	Wie kan dat?	229
<b>9</b>	<b>Epiloog</b>	<b>233</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>235</b>
	<b>Trefwoordenregister</b>	<b>235</b>
	<b>Personenregister</b>	<b>251</b>
	<b>Over de auteurs</b>	<b>263</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Ouverture

In deze verhandeling over verpleegkunde en presentie vormt de praktijk de grond waarop het betoog zich ent en gericht is. We willen daarom beginnen met een aantal vignetten van praktijksituaties die concreet laten zien welke betekenis de presentietheorie heeft voor de verpleegkunde en aldus een bijdrage aan de reflectie kunnen leveren. Op sommige ervan komen we later nog terug. We sluiten deze inleiding ook af met enkele vignetten.

### ***Vignet 1***

Pater Van Sant is patiënt op de geriatische afdeling. Ann ontmoet hem als ze tijdens een vakantie daar stage loopt. Ze geeft de pater bijzondere aandacht. Dat betekent dat zij pater Van Sant voor haar rekening neemt, als er voor alle patiënten gezorgd moet worden en de verpleegkundigen en verzorgenden zich min of meer toevallig tot bepaalde patiënten wenden. Daardoor heeft ze vaker met hem dan met andere patiënten te maken, maar heeft hij ook vaker met haar te maken dan hij normaal met iemand van de verplegenden te maken heeft. Pater Van Sant heeft een cerebro-vasculair accident gehad en daar niet alleen een verlamming maar ook een belangrijke mate van afasie aan overgehouden. Ann weet dat het voor zulke patiënten belangrijk kan zijn om controle te hebben op wat er met hen gebeurt. Daarom vraagt ze steeds wat hij wil voor ze iets doet, bijvoorbeeld: 'Wilt u een gewone servet of een slab zoals deze?' (In het ziekenhuis doen ze standaard alle patiënten die niet handig met eten zijn een slab om.) Pater Van Sant vindt de slab wel handig. Ze vraagt of hij zelf wil eten of liever geholpen wordt. Hij wil liever geholpen worden. Ze vraagt of hij soep wil, en of het zo voldoende is. Zo gaat het ook bij het wassen, het verplaatsen en bij alle zorg die Ann geeft.

Ann vraagt de collega's tot welke congregatie pater Van Sant behoort. Zij weet iets over kloosters en als ze weet van welk klooster hij komt, kan ze gemakkelijker een conversatie voeren waarop alleen met ja of nee te antwoorden is. De collega's weten het niet, en Ann

kijkt in het dossier. Het staat erin vermeld. 's Avonds vraagt ze aan haar man, die nog net iets meer over congregaties en kloosters weet dan zij, extra informatie hierover. 's Anderendaags kan ze met pater Van Sant een gesprek voeren over zijn congregatie. Het is een missiecongregatie, die in Vlaanderen ook scholen had, waaronder een juvenaat. Toevallig kent Ann iemand die daar op school is geweest. Ze heeft nu heel wat stof voor een conversatie met pater Van Sant: hoe het met de congregatie gaat, of hij missionaris is geweest, of hij het prettig vond les te geven of juist lastig, of hij naar huis verlangt of rustig kan afwachten tot het beter met hem gaat.

Zo gaat het de hele week verder. Op de teamvergadering merkt de arts op dat pater Van Sant erg veranderd is de laatste week. Ook Ann merkt het. Als ze pater Van Sant gaat wassen, neemt hij zelf het initiatief, en dat deed hij vroeger niet. Hij kijkt ook veel meer naar wat er in de living gebeurt, in plaats van zijn hoofd op zijn borst te laten hangen.

#### ***Vignet 2***

Mevrouw Verwilgen woont in het verpleeghuis. Ze kan het daar best wel uithouden. Er wordt voor haar natje en droogje gezorgd en als je als laatste uit je gezin overblijft, mag je niet veel meer verwachten. Niet iedereen is evenveel gegeven, beseft ze des te meer nu zes maanden geleden haar dochter is gestorven. Veel te jong; ze had met haar willen ruilen, maar zo gaat het nu eenmaal niet in het leven. Het is eind oktober. Met 1 november (Allerheiligen) in het vooruitzicht houdt de dood van haar dochter haar nog meer bezig dan anders. Het is ook nog zo kort geleden. Op 1 november wil ze naar het graf van haar dochter. Maar daar kan ze zonder hulp niet komen. Ze heeft er met haar neef over gesproken, maar die heeft er niet op gereageerd. Nu vertelt ze het de verzorgende, die haar deze morgen komt wassen. Ze vertelt over de dood van haar dochter, en hoe erg ze het vindt dat ze zo jong heeft moeten gaan, en hoe dat toch tegen de natuur is: een moeder die haar dochter moet begraven, en dat het straks 1 november is, en ze naar het graf van haar dochter wil. De verzorgende reageert niet. Ze 'hoort' het niet, lijkt het. Op de teamvergadering brengt ze het wel ter sprake: mevrouw Verwilgen wil naar het graf van haar dochter. Dat is een taak voor de familie, zegt de hoofdverpleegkundige. Zij kunnen daaraan niet beginnen. Als ze dat doen, dan kunnen ze volgend jaar wel naar tien kerkhoven gaan, en bovendien gaat het niet met de verzekering. Het ziet er naar uit dat mevrouw Verwilgen op 1 november niet bij het graf van haar dochter zal komen. Ze vindt het nochtans erg belangrijk. (naar Lammens & Coucke, 2006)

#### ***Vignet 3***

Otto is heel erg ziek. Zo ziek dat hij is opgenomen op de palliatieve eenheid. Otto is 62 jaar. Er is voor Otto geen hoop meer, en dat weet hij. Hij heeft zich erbij neergelegd dat hij dood zal gaan. Maar vredig sterven kan hij niet. Vorig jaar is zijn dochter in Turkije overleden, en hij heeft niet naar de begrafenis kunnen gaan. Hij was toen al ziek, veel te ziek

voor de reis, hoewel ze hem in het ziekenhuis nog probeerden op te lappen. Daar had hij toen op gehoopt. Maar hij is nooit meer beter geworden. Na een korte opflakking is het steil bergaf met hem gegaan. Zo komt het dat hij nooit bij het graf van zijn dochter is geweest, en dat is niet zoals het hoort. Daarom kan hij ook niet vredig sterven. De verpleegkundigen begrijpen zijn onrust. Ze beseffen wat het voor Otto betekent dat hij niet naar het graf van zijn dochter is geweest, en ze weten dat hij niet vredig kan sterven. Daarom organiseren ze een reis naar Turkije. Een van hen zal met hem meegaan naar zijn geboortedorp, naar het graf van zijn dochter. Het is een hele investering, voor Otto en voor hen, maar iedereen is het erover eens: het is de moeite waard. Alle voorzorgen worden genomen om de reis zo goed mogelijk te laten verlopen, en het gaat ook goed. Otto komt terug naar de palliatieve eenheid, en sterft korte tijd later – vredig. (Vyncke, 2001)

#### **Vignet 4**

Toen ik (MG) tijdens de vakantie op een geriatrische afdeling werkte, moest ik een oudere man die voor een urologische aandoening geopereerd was, helpen bij het eten. Ik had hem in de voorbije dagen gezien en vooral meegemaakt hoe hij door de arts, geheel tegen zijn zin, gedwongen werd op te zitten. De arts had daar goede redenen voor. Mobiliteit is bij oudere mensen heel kwetsbaar. En het was kennelijk een stokpaardje van de arts. De man vond het echter helemaal niet leuk. Hij had veel pijn, en het opzitten vond hij vervelend. Dat liet hij goed merken. Als een vorm van protest ging hij op de tafel hangen, zodat iedereen wel moest opmerken dat het hem niet zinde. De verpleegkundigen voelden met hem mee, maar lieten dat aan hem niet blijken. Ze maakten alleen duidelijk dat het hun schuld niet was, en durfden niets te doen behalve de tijd een beetje inkorten.

Toen ik hem eten ging geven, was hij – na veel protest over het opzitten – alweer een klein uur terug in bed. Ik was zelf niet betrokken geweest bij de discussie over het opzitten, maar had deze aangehoord terwijl ik met andere patiënten bezig was. Ondertussen had hij fysiek nog wat kunnen rusten. Toen ik hem eerder iets had gevraagd over het eten, leek hij met mij overigens 'geen probleem' te hebben.

Voor ik met het eten geven zelf kon beginnen, moest ik weten hoe het met de voedings-toestand van de patiënt was. Had hij een voedingsprobleem of beperkte het probleem zich tot een zuiver ADL-probleem? Het hing van het antwoord daarop af wat voor activiteit het eten geven precies was. De volgende beslissing die ik moest nemen, was of ik van de gelegenheid gebruik zou maken om de patiënt te mobiliseren of niet. Hij lag in bed, en uit bed komen om te eten zou een goede gelegenheid zijn om zijn mobiliteit te bevorderen. Zinvol uit bed komen, zodat je er ook nog wat aan hebt, zou in ieder geval beter zijn dan aan tafel hangen zoals hij deze morgen deed. Ik besloot hem uit te nodigen, maar niet het argument te gebruiken dat het goed is voor hem, want ik ging ervan uit dat hij dan niet alleen zou weigeren maar ook nog kwaad zou worden. Ik vroeg dus of hij graag wilde opzitten om te eten. Dat wilde hij niet. Vervolgens moest ik kijken hoe ik hem in bed zou

installeren. Hoe rechter hij zou zitten, hoe meer hij zelf zou kunnen, maar ook hoe groter de schuifkrachten en dus het risico op drukletsels. Recht zitten vond hij niet zo comfortabel. Ik legde hem in een iets meer dan halfzittende houding, en hoefde mij dus verder over het risico op drukletsels ten gevolge van de rechtzittende houding geen zorgen te maken. Ik vroeg of hij graag had dat ik hem zou voeren, dan wel dat hij zo veel mogelijk zelf wilde doen. Zoals ik verwacht had, wilde hij liever gevoerd worden. De vraag was dus in zekere zin overbodig, maar ik ging ervan uit dat het feit dat hij dat zelf mocht beslissen zijn afhankelijkheid wat zou verminderen. Omdat hij naast het middagmaal ook nog yoghurt als tussendoortjes at en fruitsap dronk, besloot ik mij bij het eten geven volledig door zijn voorkeuren te laten leiden, en daarin niet sturend op te treden. Met fruitsap als koolhydratenbron was het risico kleiner dat, als hij slechts weinig zou eten, de beperkte eiwitten als energie verbrand zouden worden. Ik vroeg dus of hij alles lustte wat op zijn bord lag, en wat hij het liefst at. Zo kon ik wat ik opschepte aan zijn voorkeuren aanpassen. De kans was immers groot dat hij niet alles zou opeten. De discussie rond het opzitten zou zeker zijn eetlust niet bevorderd hebben. Ik moest nog besluiten waarover we het tijdens de maaltijd zouden hebben. Ik kon over zijn gevoelens spreken die het gedwongen opzitten in de ochtend bij hem had opgeroepen. De kans dat hij zich daarover kwaad zou maken, schatte ik laag in. Met mijn opstelling tot nu toe kon hij mij niet met die tirannieke club die hem 's morgens verhinderd had naar bed te gaan, identificeren. Wel ging ik ervan uit dat zo'n gesprek het eten niet zou bevorderen. Ik kon het ook hebben over de Ronde van Frankrijk. Het was het seizoen, en ik had de dag voordien, tot verbazing van mijn man, het sportnieuws bekeken. Ik kon er dus echt wel een conversatie over houden, zeker omdat er van alles gebeurd was. Ik schatte in dat zo'n conversatie hem niet het gevoel zou geven dat ik aan zijn gevoelens voorbij ging. Ik koos dus voor de Ronde van Frankrijk. Het zou het eten iets gezelligs geven, wat niet het geval zou zijn als ik nu over zijn vervelende ochtend zou praten. Toen we klaar waren, legde ik hem terug in de houding die hij comfortabel vond. Hij kon nu wat rusten. Toen ik, voor ik wegging, vroeg of ik nog iets voor hem kon doen, zei hij dat hij niets meer nodig had, dat hij in *le meilleur des mondes* was. Ik was blij dat hij, ondanks de pijn die hij moeilijk kon verdragen en waarover hij vaak klaagde, daar toch eventjes was.

#### **Vignet 5**

Mijnheer Van den Bergh is opgenomen op C6. Zijn vrouw vertelt. Mijnheer Van den Bergh moet gedialyseerd worden. Hij is 'palliatief', maar de dialyse is nodig om de symptomen te verlichten. Beter zal hij er niet meer van worden, maar het maakt zijn leven, wat daarvan nog rest, wel draaglijker. Mijnheer Van den Bergh is altijd heel stipt geweest. Hij wilde nooit te laat komen. Ze heeft er zich wel eens aan geërgerd. Ze heeft veel gewacht omdat ze te vroeg waren. Als hij naar de dialyse moet, wil hij op tijd klaar zijn. En dus laat hij zijn wekker om zes uur aflopen. *Liet*, want de verpleegkundige heeft zijn wekker afgenomen.

Mevrouw Van den Bergh vond het verschrikkelijk. Dat doe je toch niet (met een stervende), maar dat laatste spreekt ze niet uit. Annie, de palliatieve verpleegkundige, heeft van het incident gehoord. Mevrouw Van den Bergh heeft het haar met tranen in de ogen verteld. Ze wil de wekker terug. Annie is het met haar eens, dat doe je toch niet, en ze zal met haar collega spreken. Maar Annie belt ook met de dialyseafdeling, en regelt dat mijnheer Van den Bergh om twee uur naar de dialyse kan in plaats van om negen uur. Zo is het probleem meteen opgelost.

#### **Vignet 6**

Marius is na een val in het ziekenhuis opgenomen: men constateert een gebroken nek en brengt hem in coma. Hij is geïntubeerd: een pijp zit door zijn strottenhoofd in zijn luchtpijp. Dat is nodig voor de kunstmatige beademing die hem in leven moet houden. Als hij ruim een week later en zich niet bewust van wat hem in die week is overkomen uit het coma ontwaakt, zit de buis er in de weg. Hij kan niet spreken, maar het is ook een heel vervelend gevoel. Hij wil de buis er zo vlug mogelijk uit hebben. De verpleegkundige begrijpt het perfect. Ze belt de arts, die later zegt te zullen komen. 'Nee,' hoort Marius tot zijn vreugde de verpleegkundige zeggen, 'dat kan niet wachten tot dinsdag. Ja, het protocol, maar hier ligt een man voor wie ik al vier dagen zorg.' De arts stribbelt nog wat tegen, maar de verpleegkundige krijgt de toezegging los. Hij zal er spoedig zijn om de buis weg te nemen. Marius is de verpleegkundige erg dankbaar, zo dankbaar dat ze voor de rest van zijn verblijf een 'bijzondere relatie' hebben, en hij zich haar, misschien wel voor de rest van zijn leven, zal blijven herinneren. (Nuy, 2006, p. 40)

## **1.2 Presentie en verpleegkunde**

### **De bedoeling van het boek**

Sinds enige jaren is er vanuit de verpleegkunde bijzondere aandacht voor de presentietheorie zoals deze door Baart (2001) ontwikkeld is. Het Netwerk Presentie dat door de Stichting Presentie is opgericht en nu bediend wordt, telt heel wat verpleegkundigen onder zijn leden, en op de bijeenkomsten van het Netwerk is de verpleegkunde steevast sterk vertegenwoordigd. De presentietheorie wordt in lezingen op de agenda gezet, en er worden proefschriften gewijd aan de relatie tussen presentie en verpleegkunde.

Ook in dit boek is de relatie tussen presentie en verpleegkunde het thema. Met name wordt nagegaan wat de betekenis van de presentietheorie is of zou kunnen zijn voor de beoefening van de verpleegkunde in diverse sectoren. De sectoren die daarbij aan bod komen zijn zo gekozen dat ze een spectrum

representeren, lopend van terreinen waar het samengaan van presentie en verpleegkunde bijna evident is, zoals in de palliatieve zorg, tot sectoren waarin dat samengaan veel minder vanzelfsprekend is, zoals in spoedeisende verpleegkunde. Door na te denken over zo'n brede waaier van situaties wordt, zo menen we, de vraag wat de presentie voor de verpleegkunde kan betekenen het best beantwoord.

Om de lezer mee te kunnen nemen in het denkproces is het vereist dat hij of zij voldoende van de presentietheorie op de hoogte is. In dit boek worden daarom essentiële kenmerken en aspecten van de presentietheorie toegelicht. Presentie heeft voor veel verpleegkundigen een zekere vanzelfsprekendheid. Ze herkennen in de presentietheorie wat ze altijd al hebben gedaan of wilden doen. Het is dan ook verleidelijk te denken dat de presentietheorie niet veel nieuws brengt. Het is onze overtuiging dat daarmee de waarde van de presentie voor de verpleegkunde aan het gezicht onttrokken wordt. De kans dat men er zo over denkt wordt nog vergroot door de wijze waarop de presentietheorie is ontstaan. In eerste instantie is ze immers een *reconstructie* van datgene wat een bepaalde groep praktijkbeoefenaars, met name pastores in de achterstandswijken, doen. De presentiebeoefening bestond dus voordat de presentietheorie werd geformuleerd. De presentietheorie ontdekt deze en soortgelijke praktijken, legt ze bloot en, door de reflectie die eruit voortkomt, versterkt en vervolmaakt ze deze, ook voor de (oorspronkelijke) beoefenaren.

14

Op eenzelfde manier geldt dat óók in de verpleegkunde de presentie werd beoefend lang voordat de theorie ontwikkeld werd. Het is dus niet verwonderlijk dat velen, verpleegkundigen in het bijzonder, in de presentietheorie terugzien wat ze al lang deden en dat ze als waardevol herkennen wat de presentietheorie als waardevol beschrijft. Toch houdt dat, paradoxaal genoeg, een risico in. Wat te snel herkend wordt, krijgt te weinig open aandacht (Baart, 2004a), bij de betekenis ervan wordt niet voldoende stilgestaan, en het nieuwe loopt het risico naar de achtergrond te verdwijnen. Het is een fenomeen dat de meesten uit eigen ervaring zullen kennen. We willen iets vertellen dat ons heeft aangegrepen en de toehoorder neemt het verhaal als het ware van ons af door het te snel te herkennen, en door zijn eigen spoor te volgen en aan ons verhaal geen noemenswaardige aandacht meer te geven, terwijl we zelf zo duidelijk de verschillen zien tussen wat hij zegt en wat wij hadden willen zeggen. Dat risico willen we met dit boek graag vermijden, en daarom brengen we de presentietheorie goed en met een zekere uitvoerigheid voor het voetlicht. Beter is nog als de lezers eerst *Een theorie van de presentie* (Baart, 2001) lezen, maar dat zal niet iedereen gegeven zijn.



Met het voorgaande is echter niet gezegd dat de presentietheorie slechts zou expliciteren wat elk goed mens al min of meer doet, dat ieder weldenkend mens zonder noemenswaardige problemen kan vatten waarom het allemaal draait en dat alle goede zorg er al lang op gericht zou zijn, enzovoort. Dat dit niet zo is, willen we de lezer duidelijk maken.

Presentie is allerminst een vernislaagje op reeds goede zorg, zeker ook geen versiering van goede zorg, noch iets wat goede zorg bekroont. Het uitgangspunt van dit boek is dat de presentiebeoefening behoort tot het wezen, tot de kern van het (goede) verplegen, en onontbeerlijk is als we de zorgontvanger tot zijn recht willen laten komen. Presentie moet het uitgangspunt zijn, en niet iets wat – na-ijlend of simultaan – wordt toegevoegd. Tegelijkertijd zijn we ervan overtuigd dat de presentiebeoefening in heel veel systemen of zorgopvattingen vormgegeven kan worden, al zijn er systemen die er zich veel beter toe lenen dan andere, en zijn er systemen die er zich geheel niet toe lenen.

De presentietheorie is in oorsprong een empirisch gefundeerde theorie: ze reconstrueert processen zoals die bij hulpverleners, in casu pastores (in de eerste uitwerking van de theorie), gebruikt worden. Van die processen is vastgesteld dat ze een grote effectiviteit hebben: de hulpzoekenden voelen zich werkelijk geholpen. Niet zozeer omdat al hun problemen zijn opgelost, al is ook dat soms het geval. Buurtpastores staan allereerst klaar voor mensen wier problemen meestal niet zo maar op te lossen zijn. Wel worden deze mensen in hun eer hersteld – al is het soms maar een beetje –, ze worden gehoord, ze worden gekend, en vooral: ze worden niet verlaten, ook al bleken hun problemen te weerbarstig om met hulpverlening opgelost te kunnen worden. Op de vraag ‘telt het voor jou dat dit hier bij/aan mij almaar weer zo gaat, pijn doet en stoppen moet’ (Baart, 2001, p. 649vv.) is positief geantwoord. De presentietheorie is dus ook een normatieve theorie: aangenomen en aangegeven wordt dat het goed is dat hulpverleners deze doelen stellen. De praktijk die in de dagelijkse omgang van de buurtpastores gegroeid is, krijgt daardoor het karakter van een goede, voorbeeldige praktijk waarvan dus kan worden gezegd: kijk, zó is het goed. In de vergelijking met wat in andere praktijken nagestreefd wordt, bijvoorbeeld die welke sterk op een agogisch proces met sociaal-technische trekjes leunen, met doelbepalingen als observeerbare uitkomsten geformuleerd en met een vooraf geplande inzet van middelen en methoden, kan zelfs gezegd worden dat de presentietheorie een model voor praktijkvoering aanbiedt dat niet alleen goed is maar zelfs beter.

### Begrenzing van het boek

Het boek wil dus de aandacht vestigen op de betekenis van de presentie voor de verpleegkunde, maar toch is het geen handleiding voor de implementatie van de presentiebenadering. De presentiebeoefening laat zich immers niet 'maken' of dwingen. Men kan op de eigen praktijk reflecteren vanuit de presentietheorie. Men kan zich bewust zijn van wat een situatie, vanuit de presentietheorie gedacht, zou vragen. Wie echter zichzelf tot doel stelt presentiebeoefenaar te worden, verliest meteen die mogelijkheid. Wie van zichzelf een presentiebeoefenaar wil maken, is waarschijnlijk vooral met zichzelf bezig, richt de blik op zichzelf en wendt deze af van de ander. En dat rijmt niet met presentiebeoefening.

Anders dan bijvoorbeeld belevingsgerichte zorg kan de presentietheorie dus ook geen implementatieproject vormen voor het management: met concrete (productie)doelen, uit te voeren acties en met vastgelegde eindresultaten waaraan de effectiviteit van het project getoetst kan worden. Managers kunnen erg veel doen om de presentiebeoefening mogelijk te maken, ze kunnen door hun optreden, door hun regels en structuren de beoefening van de presentie ook onmogelijk maken, maar ze kunnen de presentiebeoefening van de mensen aan wie ze leidinggeven niet afdwingen.

16

Het boek presenteert ook geen nieuwe theorie van de verpleegkunde, noch een nieuw 'model' voor de verpleegkundige praktijk. Weliswaar staat de relatie tussen de verpleegkundige en de patiënt<sup>1</sup> centraal in dit boek, en wordt ervan uitgegaan dat die relatie de kern van de verpleegkunde uitmaakt, maar het zet de verpleegkunde naar haar aard en functie<sup>2</sup> niet uiteen.

1 We zullen in deze tekst waar het om de verpleegkunde gaat de term patiënt veelvuldig gebruiken, naast de term zorgontvanger (of een enkele keer: hulpzoeker). Omdat een van de sleutelgegevens van de presentietheorie is dat zorgbehoevenden vaak geen zorg vragen (of niet de zorg vragen die ze zelf vinden nodig te hebben, of zich van dat nodig hebben soms niet bewust zijn), is de term zorgvrager minder geschikt (zie ook Van Heijst, 2005a). Ook de term cliënt hebben we, tenzij hij werkelijk paste, geweerd. De relatie hulpverlener-cliënt is er immers een die niet met de presentie spoot. Zie over dat laatste ook Verkerk (1994) en Van Heijst (2005a). Etymologisch verwijst patiënt naar de Griekse term voor lijden (vgl. Latijnse *passio*) of (moeten) dulden. In een verhandeling die het lijden een centrale plaats geeft, is patiënt dus wel een geschikte term. 'Cliens' is eveneens Latijn en betekent onder meer 'horige', 'ondergeschikte', 'leenman' of 'vazal' (die tevens bescherming genoot). Voor ons is alleen deze betekenis van 'cliënt' al een goede reden het woord te mijden als zorgvrager of zorgbehoefte wordt bedoeld. Voor de eenduidigheid houden we in dit boek tevens het gebruik aan om naar de patiënt te verwijzen met mannelijke voornaamwoorden, en naar verpleegkundigen vrijwel steeds met vrouwelijke.

2 De uitdrukking is gebruikt door Tjebbes (1975).

Een nieuwe verpleegkundige theorie is in zekere zin ook niet nodig: dezelfde basisintuïties als die van de presentietheorie zijn in vele vormen van verplegen reeds verwoord en verdisconteerd. Men denke aan vormen van verplegen waar de beleving van ziekte en zorg en de betekenis die aan het leven met beperkingen, lijden of ziekte gegeven kan worden vooropstaan, variërend van Patterson en Zderad (1988), over Watson (1988) en Integrerende Verpleegkunde (Koene et al., 1982) tot Pool (Pool, Mostert & Schumacher). *Verplegen en presentie* levert dus geen alternatief voor deze benaderingen. Onze ervaring is wel dat wie van de presentietheorie gebruikmaakt, zich erin verdiept en de door de presentietheorie aangereikte kaders doordenkt en doorvoelt, inzichten en praktijken ontwikkelt die er anders niet of minder helder zouden zijn.

*Verpleegkunde en presentie* is dus ook geen handboek voor presentiegerichte zorg. De praktijken die we al discussiërend gereconstrueerd hebben, zijn uiteraard geen 'toepassingen' van een of ander presentiemodel. Ook de praktijken die Andries Baart beschrijft zijn dat – initieel – niet. Men moet goed in het oog houden dat de presentietheorie geen methodiek is, deze niet levert en evenmin een sluitend systeem biedt om de verpleegkunde vorm te geven. Daarvoor zijn naast de presentietheorie heel andere bronnen nodig. De presentietheorie zal niet aangeven waarnaar men heel concreet moet streven, waarop men allemaal moet letten, wat meer aandacht verdient en wat minder, tenzij dit ene: dat de patiënt tot zijn recht komt. De presentietheorie bepaalt niet hoe men moet handelen, ze heeft het over wat voor en onder de concrete zorgpraktijken ligt: dat de verpleegkundige zich moet afstemmen op het *bonum* van de patiënt – en dat is iets anders dan slaafs gehoor geven aan wat de patiënt beslist, vraagt of wenst; dat de verpleegkundige een open agenda moet hantieren, en zich moet laten leiden door wat vanuit het perspectief van de patiënt aan de orde is; dat de verpleegkundige geen angst mag hebben om door de patiënt bedonderd te worden, omdat dat in onzekere situaties ertoe leidt dat hulp ontzegd wordt aan wie deze nodig heeft, ook al zal het er soms toe leiden dat hulp geboden wordt aan wie er misbruik van maken.

Heel veel van wat verpleegkundigen nodig hebben om een goede praktijk te stichten, komt dus niet aan de orde. Er wordt niettemin ook heel veel *wel* geboden van wat verpleegkundigen nodig hebben om die goede praktijk te stichten. *Wat vooral geboden wordt, is een manier om naar de verpleegkundige praktijk te kijken.* Onze bedoeling is dat de lezers zich deze manier van kijken eigen maken, ermee experimenteren en bezien wat het hun brengt. Ze zullen hopelijk waardevolle dingen zien die ze zonder het presentiekader niet of minder scherp zien. Of ze zullen in de lectuur van dit boek een bevestiging vinden

voor wat zij door het gebruik van andere kaders ook al zagen. Ik dacht al ..., ik deed altijd al ... en dat blijkt ook nog eens op grond van de presentietheorie gelegitimeerd te worden.

### Opbouw van het boek

In het boek brengen we een aantal thema's ter sprake. De kern van het boek wordt gevormd door hoofdstuk 6. Daarin laten we een aantal gebieden waarin de verpleegkundige werkzaam is de revue passeren, en bekijken we die werkvelden door een presentiebril. De bedoeling is te verkennen wat de presentietheorie voor deze gebieden kan betekenen.

Een inleiding in de presentietheorie geven we in hoofdstuk 2. Een grondiger kennismaking geeft het boek *Een theorie van de presentie* (Baart, 2001), waarin de presentietheorie systematisch maar vooral ook aan de hand van vele praktijkcases en daardoor zeer invoelbaar uiteengezet wordt. Het zal echter niet iedereen gegeven zijn daar de nodige tijd voor te vinden. Naast de korte schets van de presentietheorie geven we in hoofdstuk 2 nog een korte schets van de verpleegkunde. In hoofdstuk 3 verkennen we de plaats van het lijden in de verpleegkunde. Lijden, en vooral nabijheid bij de lijdende, is in de presentietheorie een centraal begrip. Na een intermezzo (hoofdstuk 4) over de *exposure*, een manier van in contact treden met het werkveld die de presentiebeoefenaar tot presentie in staat moet stellen, verkennen we in hoofdstuk 5 wat de verpleegkunde en de presentietheorie delen. Na het centrale hoofdstuk 6, volgt een tweede intermezzo (hoofdstuk 7), waarin de betekenis van zorg aan de orde wordt gesteld. In hoofdstuk 8 behandelen we de praktische realisatie van presentie in de verpleegkunde, en in hoofdstuk 9 volgt een zeer korte epiloog.

18

### 1.3 Afsluiting

We sluiten deze inleiding af met opnieuw enkele praktijkvoorbeelden, zodat de situaties waar het ons in dit boek om te doen is, ons goed voor ogen staan.

#### **Vignet 7**

Katrien en Ellen zijn stagiaires geneeskunde. Het is hun tweede stageperiode. Met de hele meute gaan ze op zaalronde. De hoogleraar, de zaalarts, de assistenten in opleiding en de hoofdverpleegkundige bezoeken dan alle patiënten van de afdeling. Als stagiaires geneeskunde gaan ze mee. Ze komen bij een man die longkanker heeft. Hij is heel erg ziek, hij zal het niet lang meer maken. Hij is erg kortademig, en snakt de hele tijd dat ze daar aan

zijn bed staan naar adem. Zijn geval wordt besproken: de hoogleraar vraagt de assistenten naar de laboratoriumwaarden, die ze uit het dossier oplezen; ze bespreken hoe hij (niet echt) op de therapie reageert; de hoogleraar wijst de assistenten op de relevante symptomen. Er wordt verder beleid afgesproken, en als ze weggaan zegt de hoogleraar: 'We zullen ons best voor u doen!' Niemand lijkt zich echt om de man te bekommeren, niemand legt een hand op zijn schouder, niemand vraagt hoe het voor hem is zo naar adem te moeten snakken, niemand weet echt of hij beseft dat het spoedig gedaan zal zijn. De stagiaires willen dat wel, maar ze durven niet uit de staart van de stoet naar voren te komen. Ze zijn immers de laagste in rang, en hebben nog te weinig ervaring met het medisch bedrijf om in te schatten wat ze zich wel en niet kunnen veroorloven.

#### **Vignet 8**

Julie heeft kanker. Het gezwel hebben ze chirurgisch verwijderd, maar de wond gaat niet dicht. Het gezwel is veel groter geworden dan nodig: ze is veel te laat naar de dokter gegaan. Maar ja, haar zoon was ziek, en wie geeft nu aandacht aan een kleine bobbel als je zoon met leukemie in het ziekenhuis ligt? Hij heeft het niet gehaald en toen het gezwel begon te bloeden, is ze alsnog naar de dokter gegaan. Ze wil beter worden, maar weet dat het niet vanzelf zal gaan. Ze kan moeilijk eten. Dat weegt haar nu nog het zwaarst. Als ze niet eet, kan ze niet beter worden, denkt ze, en dat wil ze wel. Ze heeft immers nog vier andere kinderen. Iedere keer zit ze met het bord voor zich. Ze probeert, probeert nog eens, maar kan het niet. 'Moeten eten...', verzucht ze, als de verpleegkundige erbij is. Die pikt het op. Ze begrijpt wat er voor Julie speelt. En ze stelt haar voor gebruik te maken van vervangingsmaaltijden: alles wat je nodig hebt in een glas melk. 'Probeer eens of je de smaak aanstaat,' geeft ze als advies, '(...) verder kan je dan eten waar je zin in hebt, maar het móét dan niet meer.' Julie probeert het, en ze vindt het een goed idee. Ze is nu bevrijd van de verplichting om te eten, en dat voelt ze ook echt als een bevrijding. Haar toestand verbetert niet, maar het leven valt haar nu lichter. Het wordt haar steeds duidelijker dat het niet lang zal duren voor ze haar zoon terug zal zien. Dat vindt ze jammer voor de andere kinderen. Maar ze is dankbaar voor het leven dat haar gegeven is. Ze is zeventig, en het is goed geweest. Ze weet dat niet iedereen zoveel tijd gegund is.

#### **Vignet 9**

Een verpleegkundig specialist wordt gevraagd het ontslag voor te bereiden van een vrouw die aan ms lijdt en in het eindstadium van de ziekte is. De vrouw gaat naar huis omdat zij van het ziekenhuis niets meer verwacht en te verwachten heeft, en wat haar nog van het leven rest liever thuis wil doorbrengen. De verpleegkundig specialist beschrijft hoe ze de zorg voor deze patiënte met behulp van de theorie van Orem vorm geeft, en probeert alles in het werk te stellen om de zelfzorg van de vrouw thuis zo groot mogelijk te maken en zo goed mogelijk te laten verlopen. Op een gegeven ogenblik geeft zij aan, zo beschrijft de

verpleegkundig specialist het, '(...) dat het voor haar allemaal eigenlijk niet meer hoeft.' De verpleegkundig specialist noteert dat het voor haar geen probleem was dit (nu) met de vrouw te bespreken, omdat zij het al eerder te kennen had gegeven. Toch had ze de zelfzorg van de patiënte als uitgangspunt van haar zorg genomen, en aan de wanhoopskreet van de vrouw kennelijk geen aandacht geschonken. (Storm & Baumgartner, 1989)

#### **Vignet 10**

Omer is gestorven. Na een pijnlijk ziekteproces in het ziekenhuis. Het ziekteproces was voor Omer bijzonder pijnlijk omdat hij er helemaal alleen voor stond. Omer kreeg geen familie op bezoek. De verpleegkundigen hebben nooit echt geweten of die familie er niet was, of niet naar hem omkeek. In ieder geval konden ze niet verwittigd worden dat het zo slecht met Omer ging. Hij is dan ook alleen gestorven. Alleen de verpleegkundige was bij hem. De anderen hadden haar patiënten overgenomen, zodat ze de laatste uren bij Omer kon blijven. Hij is redelijk vredig gestorven. Alleen het laatste halfuur was hij onrustig. Misschien had hij pijn, maar dat is moeilijk te zeggen. Hij had nog een pilletje gekregen, maar dat verbeterde de onrust kennelijk niet. Nu hij overleden is, legt Lieve hem af. Omer wordt opgebaard, en Ann haalt de bloemen uit het teamlokaal. Die worden, zoals ze dat vaak doen, bij het opgebaarde lichaam neergelegd. Als ze klaar zijn, nodigt Lieve haar collega's uit om van Omer afscheid te nemen. Ze houden een kleine wake, niet te lang, want straks is het eten daar, en is het weer hectisch. Lieve zegt wat ze in Omer altijd geapprecieerd heeft: dat hij zo geduldig was en altijd grapjes met hen maakte, dat hij altijd zo zijn best deed om het hen niet moeilijk te maken, dat ze hem een lieve man vonden. En dat ze spijt hebben dat hij nu weg is gegaan. Lieve bidt een Onze Vader, zoals Omer het zo vaak heeft gedaan. 'Moge hij rusten in vrede,' besluit ze, en de anderen zeggen spontaan 'Amen'. Ze wensen het hem van ganser harte toe.

#### **Vignet 11**

Over Trees, een palliatief verpleegkundige, vertelt de echtgenote van een patiënt die korte tijd daarvoor overleden is. Trees vindt ze bijzonder. Ze weet niet goed wat het is, maar ze is wel bijzonder. 'Bijvoorbeeld,' zegt de vrouw, 'ze heeft voor mij iets heel bijzonders gedaan. Ze kwam eens hier, bij ons. Mijn man wilde niet in de kerk begraven worden, en daar had ik het heel moeilijk mee. Ze ging naast hem op de bank zitten, dicht bij hem en zei: 'Ik geloof dat er hier nog iets moet worden besproken.' En toen had ze het erover: dat ze gehoord had dat hij niet in de kerk begraven wilde worden, en dat ik dat erg vond. Ze heeft toen voorgesteld de begrafenis hier in de kapel te doen. Dat vond hij goed, want hij was niet tegen een dienst, maar hij wilde niet in onze kerk. En ik was daar heel tevreden mee. Het is een heel mooie dienst geweest. Het heeft mij enorm getroost.' (Snoeck, 2006)