

Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model



Vertaling en bewerking
voor de Nederlandse praktijk

Frans Verberk & André Merks

Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model

Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model

Vertaling en bewerking voor de
Nederlandse praktijk

Frans Verberk

André Merks

© 2016 Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veele-
voudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij
elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestem-
ming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veelevoudigheden uit deze uitgave is toegestaan op grond
van artikel 16 h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting
Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave
in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO
(Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

NUR 897

ISBN folioboek 978 90 232 5481 2

ISBN e-book 978 90 232 5482 9

1e druk 1995

2e, herziene druk 1998

3e, herziene druk 2002

4e, herziene druk 2006

5e, herziene druk 2013

6e, herziene druk 2016

Aanvullend materiaal beschikbaar op www.zorgstudie.nl

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen

Grafische verzorging: LINE UP boek en media bv, Groningen

Omslagontwerp: Kim Boeren, Viesrood grafisch en interactief ontwerp, Zwolle

Druk: Drukkerij Van Gorcum, Assen

Inhoud

Foreword IX

Noot van de auteurs XI

Inleiding XIII

- 1 Theorieontwikkeling in de verpleegkunde** 1
 - 1.1 De ontwikkeling van het verplegen tot een zelfstandig beroep 2
 - 1.2 De ontwikkeling van het verplegen tot een zelfstandige wetenschap 3
 - 1.3 Conceptuele modellen en de betekenis voor de verpleegkunde 5
 - 1.4 Verpleegkundige modellen in Nederland 7

- 2 Het Neuman Systems Model: achtergronden** 11
 - 2.1 Ontstaan en ontwikkeling 12
 - 2.2 De auteur dr. Betty Neuman 12
 - 2.3 Theoretische achtergronden 13

- 3 Het Neuman Systems Model: theoretische fundamenten** 17
 - 3.1 Systeemtheorie 18
 - 3.2 Stress-copingtheorie 21
 - 3.2.1 Stress 22
 - 3.2.2 Taxatie 23
 - 3.2.3 Coping 25
 - 3.3 Preventietheorie 27

- 4 Het Neuman Systems Model: vertaling en bewerking** 31
 - 4.1 Stellingen als uitgangspunten 32
 - 4.2 De concepten 33
 - 4.2.1 De mens 33
 - 4.2.2 De omgeving 37
 - 4.2.3 Gezondheid 40
 - 4.2.4 Verpleegkunde 41
 - 4.3 De onderlinge samenhang 44

- 5 Het Neuman Systems Model: van theorie naar praktijk 47**
 - 5.1 Inleiding 48
 - 5.2 Denken en handelen vanuit het NSM 49
 - 5.2.1 De visie als fundament 49
 - 5.2.2 De inhoud en structuur als basis voor het gebruik 50
 - 5.2.3 Procesmatig methodisch handelen 53

- 6 Het Neuman Systems Model: verpleegkundig proces 55**
 - 6.1 Het verpleegkundig proces op basis van het NSM 56
 - 6.1.1 De diagnostische fase 56
 - 6.1.2 De fase van vaststellen van doelen en interventies 59
 - 6.1.3 De fase van het bereiken en vaststellen van resultaten 60
 - 6.2 Protocol voor gegevensverzameling en interventie 61
 - 6.3 Toelichting op het protocol 64
 - 6.4 Benaderingen van het gebruik van het NSM 68
 - 6.4.1 De attitudebenadering 68
 - 6.4.2 De instrumentele benadering 68

- 7 Het Neuman Systems Model: praktijkvoorbeelden 71**
 - 7.1 Het individu als cliëntstelsel 73
 - 7.1.1 Behandeling op de intensive care 73
 - 7.1.2 Herstel na behandeling borstkanker 83
 - 7.1.3 Crisissituatie in de sociale psychiatrie 92
 - 7.1.4 Psychose recidief bij vrouw uit Afrika 100
 - 7.1.5 De praktijkverpleegkundige in de ouderenzorg 109
 - 7.2 Meerdere individuen als cliëntstelsel 117
 - 7.2.1 Het gezin als cliëntstelsel 118
 - 7.2.2 De groep als cliëntstelsel 120
 - 7.2.3 De sociale leefgemeenschap als cliëntstelsel 120

- 8 Het Neuman Systems Model: nader uitgewerkt 121**
 - 8.1 Inleiding 122
 - 8.2 Beleving en beïnvloeding van de werkelijkheid: de gecreëerde omgeving 122
 - 8.3 Aandacht voor levensbeschouwing en zingeving: de spirituele variabele 130
 - 8.4 De eigen rol en het proces van de cliënt: Wederopbouw en Herstel 138
 - Herstel in de psychiatrie 143
 - 8.5 Integratie van andere modellen en theorieën binnen het NSM 145

- 9 Het Neuman Systems Model: raamwerk voor (wetenschappelijk) onderzoek 151**
 - 9.1 Inleiding 152
 - 9.2 Het Neuman Systems Model en de toepassing op verplegingswetenschappelijk onderzoek 152
 - 9.2.1 Conceptueel – Theoretische – Empirische structuur 152
 - 9.2.2 Richtlijnen voor NSM gebaseerd onderzoek 153
 - 9.3 Een systematische literatuurstudie 154
 - 9.4 Het ontwikkelen van een meetinstrument 155
 - 9.5 Een beschrijvend kwalitatief onderzoek 156
 - 9.6 Correlationeel onderzoek 158
 - 9.7 Een experimenteel onderzoek 160
 - 9.8 Een mixed methods-onderzoek 161
 - 9.9 Conclusie 163

- 10 Het Neuman Systems Model: de invoering 165**
 - 10.1 Inleiding 166
 - 10.2 Invoering op individueel niveau 167
 - 10.3 Invoering op teamniveau 170
 - 10.4 Invoering op instellingsniveau 173
 - 10.5 Invoering als projectmatig innovatieproces 173
 - 10.5.1 Het innovatieproces 174
 - 10.5.2 Projectmatig werken 175
 - 10.5.3 Fasen binnen een project 176
 - 10.5.4 Randvoorwaarden voor een innovatieproces 176
 - 10.6 Het invoeren van het NSM op team- en instellingsniveau 177
 - 10.6.1 Past NSM bij de organisatie? 178
 - 10.6.2 Keuze invoeringsstrategie 179
 - 10.7 Ervaringen met het werken volgens het NSM 179

- 11 Het Neuman Systems Model en ontwikkelingen in de zorg 183**
 - 11.1 NSM en huidige ontwikkelingen in de zorg 184
 - 11.2 Aansluiting bij de nieuwe visie op zorg 184
 - 11.3 NSM en kwaliteitszorg 185
 - 11.4 NSM en organisatiecultuur van de gezondheidszorg 187
 - 11.5 NSM en EBP 188
 - 11.6 Multidisciplinair gebruik 189
 - 11.7 Toekomstbestendigheid van het NSM 191

Hulpbronnen 193

Literatuurlijst 197

Bijlagen

Bijlage 1	Basic assumptions/propositions	204
Bijlage 2	Het verpleegproces schematisch weergegeven	206
Bijlage 3	Vormgeving van preventie als interventie	209
Bijlage 4	Richtlijn voor de ontwikkeling van een taxatie- en interventie-instrument	210
Bijlage 5	Het protocol schematisch weergegeven	211
Bijlage 6	Sleutelbegrippen	213
Bijlage 7	Checklist diagnostiek voor de sociaal psychiatrische verpleegkunde	216
Bijlage 8	Instrument voor de praktijkondersteuner van de huisarts – GGZ (POH-GGZ)	222

Register	231
-----------------	-----

Over de auteurs	234
------------------------	-----

Foreword

The Neuman Systems Model Trustees Group is deeply indebted to Frans Verberk and André Merks for the work undertaken in this sixth edition of their book to advance international understanding of the Neuman Systems Model. Frans and André and their Dutch colleagues continue to make this conceptual model of nursing even more accessible to a wider global audience. We are especially gratified to learn of the growth of the Neuman Systems Model through varied populations and settings in which it is applied, as documented in this book.

We and our fellow Neuman Systems Model Trustees wish Frans Verberk, André Merks, and the book publisher continued success in dissemination of the book, the chapters of which provide evidence of a continuously evolving understanding of wholism and the high quality of client care that follows from that understanding. We hope that every reader of this book appreciates the importance of the wholistic systems perspective that is embodied in the Neuman Systems Model. We extend our very best wishes to Frans Verberk, André Merks, and their many Dutch colleagues for continued success in all that they do, including innovative applications of the Neuman Systems Model.

Betty Neuman, PhD, FAAN

Theorist-Consultant

Beverly, Ohio, USA

Jacqueline Fawcett, PhD, FAAN

Professor, Department of Nursing

University of Massachusetts Boston

Boston, Massachusetts, USA

Noot van de auteurs

Voor u ligt de zesde geactualiseerde versie van het boek *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model*. Een belangrijke stimulans tot het schrijven van de eerste editie van het boek was de grote belangstelling van collega's en studenten voor het Neuman Systems Model. Sinds het verschijnen van de Nederlandse vertaling van het model is de belangstelling voor het werken met het Neuman Systems Model alleen maar verder toegenomen.

Met dank aan de vele praktijkervaringen van collega's en instellingen die met het model werken en deze ervaringen met elkaar en met ons willen delen is deze zesde editie tot stand gekomen. De nadruk ligt nu nog meer op de vertaling en toelichting van het theoretische model naar de dagelijkse praktijk van de verpleegkundige. In deze nieuwe editie is ook aandacht besteed aan de functie die het model kan hebben bij diverse toepassingen en ontwikkelingen in de Nederlandse Gezondheidszorg. Juist in deze tijd waarin de nadruk lijkt te liggen op efficiëntere zorg en kostenbeheersing komt vaak de vraag of het werken met modellen en theorieën in de zorg niet uit de tijd is. Dat het werken met het Neuman Systems Model juist een belangrijke bijdrage levert aan het invulling geven aan evidence based, cliëntgerichte zorg, die binnen de huidige eisen van kwaliteit van zorg valt, komt in deze editie uitgebreid aan bod.

Nieuw in deze zesde editie is een extra hoofdstuk, geschreven door professor Jacqueline Fawcett waarin uitleg wordt gegeven hoe het NSM in de praktijk gebruikt wordt om wetenschappelijk onderzoek op te baseren.

Veel steun bij het beschrijven van dit model hebben wij gekregen van de auteur zelf, dr. Betty Neuman, die zeer bereid was om ook voor deze editie delen van het model verder aan ons toe te lichten. Dank verschuldigd zijn wij ook aan dr. Jacqueline Fawcett; zij heeft een zeer stimulerende en coachende rol gespeeld bij het tot stand komen van dit boek. Met name haar bijdrage om het NSM te gebruiken in de praktijk van onderzoek.

Speciale dank zijn we tevens verschuldigd aan René van Leeuwen en Anouk Verhagen voor hun bijdragen aan deze editie. In het bijzonder voor het aanleveren van de casuïstiek aan Nathalie Borneman, Ingrid van den Boom, Cecile Glabbeek, Aliza Damsma en Gerda Brummel.

Wij hopen met deze zesde herziene druk de dagelijkse praktijk en de verpleegkundige opleidingen te stimuleren en te ondersteunen bij het gebruik van het NSM als referentiekader.

Voor opmerkingen en suggesties houden wij ons aanbevolen.

Frans Verberk en André Merks

Inleiding

Het Neuman Systems Model is ontwikkeld ten behoeve van de verpleegkunde. Deze publicatie laat zien wat dit model is, hoe het is opgebouwd, welke theoretische achtergrond het heeft, maar vooral op welke wijze dit theoretisch model in de praktijk gebruikt kan worden.

De verpleegkunde is een boeiend maar complex beroep en houdt zich in de dagelijkse praktijk bezig met mensen wier gezondheid bedreigd wordt, of reeds verstoord is. Zoals andere menswetenschappen tracht ook de verpleegkunde de complexe werkelijkheid van de mens te begrijpen. Dat doet men aan de hand van een theoretisch of conceptueel model.

De opkomst en ontwikkeling van de zogenaamde conceptuele modellen in de verpleegkunde is vrij recent in vergelijking met andere disciplines. De eerste modellen dateren van begin jaren zestig van de vorige eeuw en staan in Nederland pas sinds de afgelopen twee decennia echt in de aandacht. Over deze modellen bestaat inmiddels een redelijke hoeveelheid literatuur. Deze literatuur beperkt zich echter voornamelijk tot beschrijvingen en theoretische beschouwingen.

Deze publicatie heeft als doelstelling een brug te slaan tussen theorie en praktijk, door een van de conceptuele modellen, het Neuman Systems Model, toegankelijk te maken voor gebruik in de dagelijkse verpleegkundige praktijk.

Het Neuman Systems Model is gebaseerd op systeemtheorie, stress-copingtheorie en preventietheorie. Het model geeft een beschrijving van de vier centrale concepten van de verpleegkunde: Mens, Omgeving, Gezondheid en Verplegen. Aan de hand van deze beschrijving maakt Neuman duidelijk op welke wijze verpleegkundigen de complexe werkelijkheid in hun dagelijkse praktijk kunnen begrijpen en daar waar nodig beïnvloeden.

Het Neuman Systems Model ziet de *mens* als een cliëntstelsel, dat in voortdurende interactie is met de omgeving. Deze *omgeving* bestaat uit alle factoren en stressoren die het cliëntstelsel omgeven. Wanneer het cliëntstelsel, dat beschermd wordt door een drietal verdedigingslijnen, door de omgevingsfactoren bedreigd of beïnvloed wordt, kan het evenwicht van het cliëntstelsel verstoord raken. Een verstoring van het evenwicht heeft gevolgen voor de energiehuishouding van het cliëntstelsel. De mate van beschikbare energie is bepalend voor het welbevinden of de *gezondheid* van het cliëntstelsel.

Verpleegkundige interventies zijn nodig wanneer het cliëntsysteem niet (langer) in staat is het evenwicht te behouden en/of te herstellen en de gezondheid in gevaar is.

Deze publicatie beoogt een uitleg te geven over het Neuman Systems Model om vervolgens aan de hand van een daarvoor ontwikkeld protocol te laten zien op welke wijze in verschillende praktijkvelden van de verpleegkunde cliëntsituaties inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Een toelichting op het gebruik van een conceptueel model is bedoeld om verpleegkundigen ondersteuning te bieden bij het implementeren van het Neuman Systems Model in de dagelijkse praktijk.

De auteurs willen er met nadruk op wijzen dat bij het vormgeven van de dagelijkse verpleegkundige praktijk een conceptueel model een *hulpmiddel* kan zijn. Geen enkel model echter kan de complexe werkelijkheid in alle situaties omvatten en dirigeren!

Deze publicatie is opgebouwd van theorie naar praktijk in vier van elkaar te onderscheiden thema's: theorie (hoofdstuk 1 tot en met 4), praktijk (hoofdstuk 5 tot en met 8), onderzoek (hoofdstuk 9) en de invoering van het NSM en aansluiting bij ontwikkelingen in de zorg (hoofdstuk 10 en 11).

Na de introductie van het ontstaan en ontwikkeling van verpleegkunde (hoofdstuk 1) als professie en de verpleegkundige modellen en theorieën volgt de uitleg van het Neuman Systems Model (hoofdstuk 2 tot en met 4) en wordt de vertaling van het NSM naar de praktijk gemaakt in hoofdstuk 5 tot en met 7. Aanwijzingen worden gegeven over het gebruik van de structuur van het model en het procesmatig toepassen daarvan. Daarna wordt getoond hoe het model in verschillende velden van de verpleegkunde volgens een protocol voor procesmatig handelen kan worden toegepast. Gevolgd door een verdieping van een drietal onderdelen van het NSM in hoofdstuk 8.

In hoofdstuk 9 wordt beschreven hoe het NSM gebruikt kan worden om wetenschappelijk onderzoek vorm te geven.

Na een uitgebreide beschrijving van de projectmatige invoering van het model in de praktijk (hoofdstuk 10) volgt nog een hoofdstuk (11) over de relatie van het model met diverse ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de wijze waarop het model daaraan bijdraagt.

De publicatie wordt afgerond met de vermelding van hulpbronnen en een literatuurlijst.

Theorieontwikkeling in de verpleegkunde

1.1 De ontwikkeling van het verplegen tot een zelfstandig beroep

Verplegen als activiteit dateert al van ver vóór onze jaartelling. In Babylonië (1800-539 voor Christus) was er al sprake van een toenemende interesse in gezondheid en de eerste medische voorschriften verschenen met betrekking tot massage, aderlaten en (gezonde) voeding. Het verband tussen het voorkomen van infecties en de invloed van hygiëne werd ook al gelegd. De eerste geschriften over wat wij onder verplegen verstaan, dateren van de periode waarin Hippocrates leefde. Hippocrates (460-377 voor Christus) wordt gezien als een belangrijke grondlegger van de geneeskunde, maar hij heeft ook vele voorschriften nagelaten over het uitvoeren van de voorgeschreven behandelingen door de medewerkers van de arts. Alhoewel niet duidelijk is of het hier ook ging om verplegers of verpleegsters, ging het hier wel om verpleegactiviteiten. Hippocrates schreef bijvoorbeeld uitgebreide instructies voor de verzorging van zieken zoals het aanleggen van verbanden en het verzorgen van wonden met gekookt water. Door de 'voorschriften' van Hippocrates wordt tevens duidelijk hoe diepgeworteld de relatie arts-verpleegkundige is.

Het verplegen als activiteit is geleidelijk aan het werkterrein geworden van een steeds groter wordende groep van 'verplegers en verpleegsters'. Het heeft echter tot het midden van de vorige eeuw geduurd om tot een omschrijving van het verplegen als beroepsuitoefening te komen. Het is het inmiddels beroemd geworden werk van Florence Nightingale uit 1859, *Notes on Nursing, what it is and what it is not*, dat daarvoor de eerste aanzet heeft gegeven. In haar boek noemt zij zes belangrijke punten (licht en lucht, voeding, slaappatroon, beweging en rust, afscheiding en uitscheiding en gemoedsbewegingen) in relatie met gezondheid. In Nederland werden deze punten vertaald naar orde, rust en reinheid. Haar opvatting dat gezondheid niet slechts de afwezigheid van ziekte is, maar de situatie waarin een mens al zijn of haar talenten kan ontplooiën, heeft de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) bepaald.

Mede onder invloed van Nightingale zijn de eerste opleidingen tot verpleegkundige ontstaan. Het verplegen heeft zich vervolgens ontwikkeld tot een sterk praktijkgeoriënteerd beroep. De ontwikkeling van de kennis en kunde van het beroep heeft zich aanvankelijk vooral gericht op de medische discipline. Pas na de Tweede Wereldoorlog is een meer zelfstandige oriëntatie op het verplegen als beroepsuitoefening ontstaan. Verdere ontwikkelingen in de maatschappij en de opkomst van de sociale wetenschappen leiden er vervolgens toe dat er meer aandacht komt voor de psychosociale kant van de zorg. Theorieontwikkeling en professionalisering van het verpleegkundig beroep gaat zich steeds verder ontwikkelen. Kenmerkend is dat patiënten steeds meer worden benaderd vanuit een holistische visie. Uiteindelijk leidt dit in de jaren tachtig van de vorige eeuw tot de opkomst van het methodische en patiëntgerichte verplegen.

Geleidelijk aan komt een definiëring van het verplegen als beroep in zicht. Het verpleegkundig beroepsprofiel in 1988 was de erkenning voor de eigen deskundigheid van verpleegkundigen. De afgelopen jaren heeft er nationaal en internationaal een discussie plaatsgevonden over de definitie van verplegen. De World Health Organization (WHO) definieerde in 1948 gezondheid als 'een toestand van volledig lichamelijk, psychisch en

sociaal welbevinden'. Deze definitie is in het verpleegkundig beroepsprofiel (1999) een richtpunt voor de (ontwikkeling van) de verpleegkundige zorg geweest. Volg je de opvatting van de WHO, dan zou praktisch iedereen een patiënt zijn die doorlopend behandeling nodig heeft. Het nadeel van deze definitie was dan ook dat er geen aandacht bleek te zijn voor het vermogen dat mensen hebben om op eigen kracht het hoofd te kunnen bieden aan uitdagingen op lichamelijk, emotioneel en sociaal gebied. Ook met een aandoening, ziekte of beperking is het goed mogelijk een betekenisvol leven te leiden, waarbij er sprake is van welbevinden (Schuurmans et al., 2012).

Recentelijk wordt een andere benadering van gezondheid bepleit: het aanpassingsvermogen van mensen en het vermogen tot zelfmanagement, wanneer men te maken krijgt met problemen en uitdagingen op sociaal, lichamelijk en emotioneel gebied. Aanzet tot deze andere definitie van gezondheid werd gegeven door de publicatie van het artikel 'Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and emotional challenges' (Machteld Huber et al., 2011) in het *British Medical Journal*. Dit concept beschrijft gezondheid niet als een statische situatie, zoals de oude WHO-definitie, maar ziet 'gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'.

Het verschil met de WHO-definitie is dat in dit concept de potentie benadrukt wordt om gezond te zijn of te worden, zelfs wanneer er sprake is van ziekte. Daarbij zijn persoonlijke groei en ontwikkeling en het vervullen van persoonlijke doelen in het leven net zo belangrijk.

Dit biedt ook een nieuw perspectief op het verpleegkundig handelen. Waar oorspronkelijk het verplegen afgeleid werd van het medisch handelen wordt nu het beroep inhoudelijk ontwikkeld tot een zelfstandige discipline met een eigen kennis en deskundigheidsgebied. In 2012 is het beroepsprofiel herschreven en aangepast aan de recente ontwikkelingen (Schuurmans et al., 2012).

Wat betreft de kennis en kunde behorend bij een dergelijke zelfstandige discipline heeft zich op theoretisch niveau eveneens een belangrijke ontwikkeling voorgedaan: de ontwikkeling van de verpleegkunde als zelfstandige wetenschap.

1.2 De ontwikkeling van het verplegen tot een zelfstandige wetenschap

Het verpleegkundig handelen is zich geleidelijk gaan ontwikkelen tot een meer professionele praktijkuitvoering. Een van de kenmerken van professioneel verpleegkundig handelen is dat verpleegkundigen hun dagelijks handelen in de praktijk baseren op theoretische kennis. Niet tradities en ervaringen, maar wetenschappelijke principes vormen de basis voor beslissingen bij het voorbereiden, uitvoeren en evalueren van verplegen. Beslissingen over verpleegkundige vraagstukken zijn in belangrijke mate afhankelijk van de gebruikte principes en theorieën. Theorieën en principes verschaffen inzicht in de vraag welke relatie er is tussen het (verpleeg)probleem en de verpleegkundige interventie.

De definitie van het begrip ‘theorie’ in de verpleegkunde is dat het een systeem is van logisch samenhangende begrippen en beweringen over verplegen, die zo zijn omschreven dat ze te toetsen zijn via onderzoek. Naast de rol die Florence Nightingale heeft gespeeld in de ontwikkeling van de verpleegkunde als professie, wordt haar werk *Notes on Nursing, what it is and what it is not* door velen gezien als de eerste verpleegkundige theorie. Deze eerste theorievorming was sterk gekleurd door het medisch model. De verpleegkunde had zich daarmee evenals de geneeskunde voornamelijk gebaseerd op het Cartesiaanse dualisme. Daarbij wordt uitgegaan van een strikte scheiding van lichaam en ziel. De scheiding tussen het diploma A en B in de Nederlandse verpleegkunde vormt daarvan een resultante.

De theorievorming heeft lange tijd in het teken van de geneeskunde gestaan of vormde daar een afgeleide van. Na de Tweede Wereldoorlog tekent zich een verdere theorievorming af. Voornamelijk uit onvrede met de afhankelijkheidsrelatie tot de arts gaan verpleegkundigen zich in toenemende mate afvragen wat de identiteit van de verpleegkundige is of zou moeten zijn.

Deze ontwikkeling valt samen met een veranderd denken in de wetenschap. Tot die tijd wordt binnen de wetenschap getracht alles, dus ook menselijk gedrag, op te splitsen in delen om die delen te kunnen onderzoeken. Dit wordt ook wel het reductionisme genoemd. Een groot aantal wetenschappers van verschillende disciplines komt echter tot het inzicht dat dit opsplitsen of reduceren beperkingen oplevert voor het bestuderen van menselijk gedrag. Er ontstaat een toenemende belangstelling voor de samenhang van de delen van een organisme, het zogenoemde holisme. Een bekende uitspraak uit het holisme is: “Het geheel is meer dan de som der delen.”

In de verpleegkunde bestaat niet maar één, maar bestaan meerdere soorten (wetenschappelijke) theorieën. Er zijn theorieën die namelijk heel concreet zijn, maar er zijn ook theorieën die meer algemeen en abstract zijn. In de literatuur over de verplegingswetenschappelijke theorieën is een indeling terug te vinden. De ordening die het meest wordt gebruikt is die van de mate van abstractie. Zo is er de zogenoemde ‘grand theory’ (op macroniveau). Deze is met name in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw geschreven en ontwikkeld. Deze modellen beschrijven de basis van waaruit men theorieën kan ontwikkelen of afleiden. Dit soort abstracte theorieën noemen we ook wel een verpleegkundig model of conceptueel model. Het model geeft aan wat de basisdefinities van verpleegkunde zijn en welke rol en taak je als verpleegkundige hebt.

De zogenoemde ‘middle-range theory’ (mesoniveau) is een wat concretere theorie, die niet zo allesomvattend is, maar bestaat uit overzichtelijke onderdelen met een beperkte reikwijdte. Dit type theorie is gemakkelijker (dan de abstractere grand theory) te operationaliseren in onderzoeksvragen en toepassingen in de dagelijkse praktijk. Als laatste bestaan de zogeheten praktijktheorieën (microniveau), die betrekking hebben op een heel klein deel van de (verpleegkundige) werkelijkheid.

Midden jaren vijftig van de vorige eeuw zijn het Hildegarde Peplau en Virginia Henderson die voor het eerst na Florence Nightingale hun visie op verplegen publiceren. Velen

volgen hen in de periode van 1960 tot 1980. Begin jaren tachtig begint er overeenstemming te ontstaan over de centrale concepten die voor de verpleegkunde als discipline van belang zijn. Dit zijn 'mens', 'omgeving', 'gezondheid' en 'verplegen'.

Het zijn deze concepten die in onderlinge samenhang de basis vormen voor het zogeheten metaparadigma in de verpleegkunde. Metaparadigma is een begrip uit de wetenschapsfilosofie en vormt de meest globale omschrijving van een bepaalde discipline. In de verpleegkunde wordt het metaparadigma gevormd door een globale omschrijving van de vier concepten in hun onderlinge samenhang. Zodra één (of meerdere) van deze vier elementen niet in de verpleegkundige theorie aan bod komen kun je niet meer spreken van een verpleegkundige theorie (Fawcett, 1995). Als we terugkijken naar het eerste werk van Florence Nightingale, dan valt op dat zij eigenlijk als eerste het verpleegkundige concept formuleert. Daarin heeft zij haar visie op de volgende vier onderwerpen beschreven; mens, omgeving, gezondheid en verpleging.

- *Mens*. Verpleegkundigen zijn er om patiënten te behandelen, niet alleen de ziekte. Uitgaande van de holistische kijk op de mens ziet zij de patiënt als een samenstel van biologische, psychologische, sociale en spirituele componenten.
- *Omgeving*. De omgeving van de patiënt zou zo moeten worden ingesteld dat de natuur haar helende werking kan doen. De belangrijkste elementen hiervan: goede ventilatie, schone lucht, schoon water, warmte, rust, goed licht en een goede afvalverwerking.
- *Gezondheid*. Gezondheid is niet alleen afwezigheid van ziekte, maar ook dat je als mens in staat bent om al je mogelijkheden te benutten. Deze definitie is hetzelfde als de huidige definitie van de WHO.
- *Verpleging*. Het doel van de verpleegkundige is om de patiënt in de beste conditie te krijgen om de natuur zijn helende werking te kunnen laten doen. Daarvoor moet een verpleegkundige speciaal opgeleid zijn; oprichting van de eerste verpleegsterschool. En de observatie van de patiënt en documentatie van de bevindingen waren erg belangrijk.

Wanneer de vier concepten van dit metaparadigma verder theoretisch worden toegelicht en met elkaar in verband worden gebracht ontstaat een zogenoemd conceptueel model.

1.3 Conceptuele modellen en de betekenis voor de verpleegkunde

Modellen komen in allerlei vormen voor en zijn vooral bedoeld om (een deel van) de werkelijkheid weer te geven. Modellen zijn te onderscheiden naar concrete en abstracte modellen. Een concreet model is bijvoorbeeld een maquette van een nog te bouwen huis. Een maquette laat in het klein zien hoe het huis er straks in de werkelijkheid uit zal zien. Ook het kunststof skelet, dat gebruikt wordt voor anatomielessen is een concreet model, dat laat zien hoe het geraamte van de mens er in werkelijkheid uitziet. Ook de bekende temperatuur- en bloeddrukschaal is een concreet model, dat op schematische wijze iets weergeeft over de werkelijkheid van de patiënt.

Wanneer een model bestaat uit woorden, spreken we van een conceptueel model. Dit is een voorbeeld van een abstract model, omdat een dergelijk model zich voornamelijk in ons denken afspeelt, zonder dat dit tastbaar of zichtbaar gemaakt kan worden.

Conceptuele modellen bestaan al sinds de mens begon na te denken over zichzelf en zijn omgeving. Meestal zijn deze denkmodellen impliciet en blijken ze uit de wijze waarop iemand de werkelijkheid ziet of beschrijft. Ieder van ons heeft zijn eigen visie op de werkelijkheid en handelt in het dagelijks leven ook vanuit deze visie. Bij het handelen in de verpleegkunde is dit niet anders. Elke beginnende verpleegkundige handelt in eerste instantie vanuit zijn of haar eigen denkmodel.

Onder invloed van opleidingen in de verpleegkunde en de ontwikkelingen binnen de verpleegkunde wordt dit persoonlijke denkmodel beïnvloed tot een meer gemeenschappelijk denkmodel van een groep verpleegkundigen in een bepaald werkveld in de verpleegkunde. Op deze wijze zijn uiteindelijk denkmodellen of conceptuele modellen ontstaan, die internationaal door een grote groep verpleegkundigen zijn geaccepteerd als leidraad in de praktijk, als basis voor een opleidingscurriculum of als theoretisch raamwerk voor verpleegkundig onderzoek.

Conceptuele modellen in de verpleegkunde worden, zoals gezegd, gevormd door een beschrijving van de vier centrale concepten 'mens', 'omgeving', 'gezondheid' en 'verplegen'. Deze modellen kunnen uit de praktijk ontstaan, waarbij de concepten vooral vanuit de praktijk worden beschreven. Conceptuele modellen kunnen echter ook ontstaan doordat vanuit de theorie de concepten worden beschreven. Meestal gaat het om een combinatie van beide.

Zo is het NSM in de praktijk ontstaan, maar met theorie vanuit andere disciplines verder onderbouwd.

Een model is het raamwerk waarin de relatie tussen verschillende theorieën aangegeven wordt. In het NSM worden alleen de belangrijkste theorieën gegeven, de systeemtheorie, de stress-copingtheorie en de preventietheorie. Deze drie theorieën zijn niet voldoende om het model compleet in te vullen. Afhankelijk van de situatie kunnen andere theorieën toegevoegd worden aan het model. Zo kan bij de ontwikkelingsbepaalde variabele bijvoorbeeld gebruikgemaakt worden van de theorie van Piaget of Erikson.

Verpleegkundige theorieën kunnen een hulpmiddel zijn voor de toepassing van het model. Zo kan de theorie van Leininger toegepast worden in situaties van verschillende culturen. Welke theorieën gekozen worden als aanvulling en onderbouwing van het NSM wordt bepaald door de mensen die ermee werken. Theorieën die niet passen binnen een systeembenadering kunnen niet toegepast worden. De systeembenadering is bepalend voor het model.

Volgens Fawcett (1995) stellen verplegingswetenschappelijke theorieën ons als verpleegkundigen in staat om de complexe (verpleegkundige) werkelijkheid:

- te beschrijven (identificeren en beschrijven van kenmerken van gebeurtenissen, situaties, groepen of individuen);

- te verklaren (benoemen van relaties en/of samenhang tussen bepaalde verschijnselen);
- te voorspellen (de specifieke samenhangen).

Een van de kenmerken van professioneel verpleegkundig handelen is dat verpleegkundigen hun handelen baseren op theoretische kennis. De theoretische basis voor het verplegen bestaat uit kennis die is ontwikkeld binnen de verplegingswetenschappen en de sociale, mens- en natuurwetenschappen. In de loop der jaren is een aantal voor het beroep belangrijke verpleegkundige theorieën ontwikkeld. Voor de professionele ontwikkeling en uitvoering van het beroep dus cruciaal. Echter is er ook een trend waarneembaar dat verpleegkundigen steeds vaker het belang van een verpleegkundige theorie uit het oog verliezen. Alarmerend volgens Jacqueline Fawcett die in een artikel in *Nursing Science Quarterly* (Butts & Fawcett, 2013) dit als volgt verwoord: “At this time in nursing’s professional history, there is an movement by many scholars to place increasing importance for nurses using an interdisciplinary framework. The shift away from nursing-theory guided practice is an intentional move led by nurse scholars.” Volgens Fawcett een zorgelijke ontwikkeling omdat het loslaten van belangrijke verplegingswetenschappelijke theorieën en modellen het einde in kan luiden van de verpleegkundige professie. Juist deze in de afgelopen tientallen jaren zorgvuldig opgebouwde kennis bepaalt mede het voor een professie zo belangrijke eigen beroep specifieke kennisdomein, ook wel ‘body of knowledge’ genoemd.

Het verpleegkundige ‘body of knowledge’ is verbijzonderd in de diverse verpleegkundige theorieën en modellen. Van daaruit is dus af te leiden wat je als verpleegkundige moet doen en waarom jij doet wat je moet doen. Als je de verpleegkunde ziet als een zelfstandige professie met een eigen domein, dan ontkomt je er ook niet aan dat je een beroepsspecifiek denkkader gebruikt om de professie inhoud en vorm te geven. Theorieën vormen onder meer dit denkkader.

1.4 Verpleegkundige modellen in Nederland

Tot de jaren tachtig van de vorige eeuw was het werken met een model in Nederland vrijwel onbekend. Het procesmatig werken had wel zijn intrede gedaan. Invloeden vanuit landen als de Verenigde Staten van Amerika waren wel merkbaar. Begin jaren tachtig startte aan de universiteit van Maastricht de eerste academische verpleegkunde opleiding. Al snel kwamen de eerste in de lage landen ontwikkelde verpleegmodellen op schrift. Bekende modellen uit die tijd zijn het model van Van de Brink-Tjebbes, het verpleegmodel van Van Bergen/Hollands en de Integreernde Verpleegkunde van Grypdonck. De publicaties in de verpleegkundige vakliteratuur begonnen een gedaanteverandering te ondergaan. Van artikelen over allerlei handelingen ontwikkelde de inhoud zich tot beschouwend bezig zijn met de verpleegkunde en vraagstelling over het domein van en de zingeving in het beroep. De eerste vormen van professionalisering kondigden zich aan.

Invloeden op de werkvloer door de komst van de hogere beroepsopleiding tot verpleegkundige werden ook merkbaar. Studenten van deze opleiding begonnen hun stages te lopen en de eerste invloeden van een hoger denkniveau in de verpleging werden merkbaar. In het begin van de jaren negentig beginnen de invloeden vanuit diverse modellen daadwerkelijk op de werkvloer door te dringen. Verpleegkundigen met de nodige invloed in het team zien kans om modellen geïntroduceerd te krijgen binnen hun team.

Parallel aan deze ontwikkeling ontstaat in de zorg het kwaliteitsdenken, mede gestimuleerd door de kwaliteitswetgeving in de gezondheidszorg (kwaliteitswet zorginstellingen, wet BIG) die het kwaliteitsdenken een grote impuls gaf. De introductie van kwaliteitsmodellen en systemen zoals het INK-model en het HKZ-certificeringstraject brachten het kwaliteitsbewustzijn verder tot ontwikkeling. Centraal daarbij staan onder meer cliëntgerichtheid en het doelmatig en verantwoord zorg verlenen. Instellingen staan niet alleen voor de opgave om zichtbaar te maken wat zij doen, maar ook om te laten zien dat wat zij doen ook goed is. In zorgorganisaties groeide het inzicht dat een goed hulpverleningsmodel een belangrijke bijdrage zou kunnen leveren aan het realiseren van deze eisen. De tijd was rijp om te kiezen voor een model dat daaraan een bijdrage kon leveren.

Het begin van de belangstelling voor het NSM is gestart bij verpleegkundigen werkzaam bij Riagg Zuid-Hollandse eilanden, een Nederlandse ggz-instelling. De vertaling van het NSM is voor Nederland beschikbaar gekomen door middel van de publicatie van de eerste versie in 1995 van dit boek. In de praktijk bleken de filosofische grondslagen van het NSM, afgeleid van algemene systeemtheorie, stress-copingtheorie, en de preventietheorie, toen heel goed te passen bij het referentiekader van psychiatrisch verpleegkundigen. Daarmee bleken de verpleegkundigen gemakkelijk de theorie van het NSM te begrijpen en in de praktijk toe te kunnen passen.

In de afgelopen vijftientig jaar zijn de kennis van het model en het gebruik ervan in het onderwijs toegenomen. Daarnaast heeft het NSM als theoretisch model zijn weg gevonden naar de dagelijkse praktijk in andere velden van de gezondheidszorg. In 1994 heeft Verberk eveneens de INSMA (International Neuman System Model Association department Holland) opgericht. Het primaire doel van de INSMA is het bevorderen van de kennis over het NSM en het stimuleren van het gebruik ervan in de praktijk. Om kennis en ervaringsuitwisseling te stimuleren organiseert de INSMA jaarlijks symposia. Een ander doel van de INSMA is om het gebruik van het NSM als geheel in stand te houden. De ervaring leert dat het risico bestaat dat slechts enkele onderdelen van het model worden gebruikt. Feitelijk kun je dan niet meer zeggen dat je werkt met het NSM wanneer slechts enkele onderdelen van het model worden gebruikt.

In Amerika zijn diverse voorbeelden waar het NSM als basis dient voor de volledige curriculum opbouw van diverse gezondheidszorg opleidingen (Neuman, 2011). Sinds 1998 is in Nederland het model ook gebruikt in het verpleegkundig onderwijs. De Hogeschool Zwolle, opleiding tot (HBO-)verpleegkundige, heeft het NSM als basis genomen voor de eigen curriculumontwikkeling. De visitatiecommissie, die de kwali-

teit van de opleiding beoordeelde, gaf na de curriculumontwikkeling op basis van het NSM aan, dat zij afgestudeerde verpleegkundigen van de G-HBOV zagen als “NSM-verpleegkundigen met oog en aandacht voor andere theorieën, modellen en inzichten uit de verpleegkunde”. Later hebben diverse andere hogescholen het NSM eveneens in het curriculum opgenomen.

Nu, ruim 25 jaar na de introductie, lijkt Nederland meer dan ooit klaar om het NSM toe te passen in de gezondheidszorg. Het NSM is vooral bruikbaar als basis om de onvermijdelijke veranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg het hoofd te bieden. Het NSM is actueler dan ooit, dit omdat het model zeer nauw aansluit bij actuele ontwikkelingen zoals EBP, kwaliteit en veiligheid in de zorg, het meer een beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënten zelf, en het meer inschakelen van het sociale (steun)stelsel van de cliënt.

De breed gedragen theoretische basis van het NSM leidt niet alleen tot een wetenschappelijk onderbouwde praktijkvoering, maar tevens tot een systeemgeoriënteerde, holistische benadering van gezondheidsproblemen. Centrale thema's in het model, zoals gezondheid, preventie en herstel maken dat het NSM naadloos aansluit bij de huidige visie en ontwikkeling van de gezondheidszorg.

Register

A

algemene systeemtheorie 13
 ambulantisering 192
 attitudebenadering 68

B

Bachelor of nursing 2020 184
 basisstructuur 35
 betekenis van spiritualiteit 157
 bronnen van coping 26

C

Caplan 27
 classificatiemodel 146
 cliëntstelsel 14
 cliëntstelsel uitwisseling met de omgeving 38
 conceptueel model 4-6, 48, 152
 Conflict Mode Instrument 158
 coping 25
 copingmechanismen 37
 correlatief onderzoek 158
 CTE-structuur 152

D

definitie van gezondheid, Machteld Huber 3
 definitie van het cliëntstelsel 51
 definitie van verplegen 2
 dr. Betty Neuman 12
 drie onderliggende theorieën van het NSM 166

E

EFQM-model 186
 entropie 19

evidence based practice 188
 evidence based verpleegkundige interventies (EBN) 152
 evidence-based verpleegkundige praktijk 189
 experimenteel onderzoek 160
 externe omgeving 39, 52

F

fasen in het hulpverleningsproces 53
 Fawcett 6
 filosofische grondslagen van het NSM 8
 flexibele verdedigingslinie 36
 Florence Nightingale 2, 4
 fysiologische variabele 34

G

gecreëerde omgeving 39, 122
 gezin als cliëntstelsel 118
 gezondheid 5, 40
 gezondheidszorgmodel 14, 166, 190
 Gordon 145-146
 grand theory 4, 13
 grensfunctie van een systeem 20
 grens van een systeem 19
 groep als cliëntstelsel 120

H

hechtingstheorie van Bowlby 146
 herstel 138
 herstel, belang spirituele variabele 142
 herstel, invloed op de vijf variabelen 141
 herstel, proces van 140
 herstelgerichte zorg 149
 herstel in de psychiatrie 143

herstel in het NSM 139
 herstellvermogen van stress 158
 Hildegard Peplau 4
 Hippocrates 2
 HKZ-model 186
 holistische visie 2, 166

I

INK-managementmodel 186
 INSMA 8
 instrumentele benadering 68
 Integrerende Verpleegkunde van Grypdonck 7
 interne omgeving 38, 51
 invoeren van een conceptueel model 167
 invoering op individueel niveau 167
 invoering op instellingsniveau 167
 invoering op teamniveau 167
 invoeringsstrategie 178
 invoering van een verpleegkundig model 177

K

kenmerken van professioneel verpleegkundig handelen 3
 kwalitatief onderzoek 156
 kwaliteitsmanagementsysteem 186
 kwaliteitsmodellen 167, 186
 kwaliteitswetgeving in de gezondheidszorg 8

L

Lazarus & Folkman 21
 Leininger 6
 Lowry-Jopp Neuman Model Evaluation Instrument 190
 Ludwig Von Bertalanffy 18

M

Machteld Huber 184
 mens 5, 33
 metaparadigma in de verpleegkunde 5
 methodisch handelen 50
 middle-range theory 4
 mixed methods onderzoek 161
 multidisciplinair 166
 multidisciplinaire samenwerking 191

N

negentropie 19
 normale verdedigingslinie 36
 Notes on Nursing 2, 4
 NSM, ervaringen met het werken 179
 NSM als instrument voor teamanalyse 172
 NSM als referentiekader in het hulpverleningsproces 49
 NSM en de huidige ontwikkelingen in de zorg 184
 NSM en EBP 188
 NSM en kwaliteitszorg 185
 NSM en methodisch handelen 180
 NSM en rehabilitatie 147
 NSM en verpleegkunde 41
 NSM gebaseerd meetinstrument 155
 NSM – theoretische achtergronden 13

O

omgeving 5, 37
 onderzoeksdesign 153
 ontwikkelingsvariabele 34
 opbouw van het cliëntsysteem 35
 organisatiecultuur passend bij NSM 187

P

patiëntveiligheid 188
 perceptie en eigen ervaring 21
 praktijktheorieën 4
 praktijkvoorbeelden 72
 presentiebenadering 148
 preventietheorie van Caplan 14, 28
 primaire preventie 27
 primaire preventieve interventies 41
 projectmatige aanpak 173
 projectmatig werken 175
 psychological Empowerment Instrument 158
 psychologische variabele 34

R

Randomized Controlled Trial 144
 reconstitution 138
 rehabilitatie 143, 147
 richtlijnen voor op NSM gebaseerd onderzoek 153

S

secundaire preventie 28
secundaire preventieve interventies 43
Sociaal Competentie Model 148
sociaal-culturele variabele 34
sociale leefgemeenschappen 120
spirituele variabele 34, 130
spirituele zorg 155
spirituele zorg schaal (SCS) 156
stabiliteit van het cliëntsysteem 138
stabiliteit van het systeem 40
Strengths model 143, 147
stress 22
stress-copingtheorie 14, 21, 52
Stress Resiliency Profile 158
systeemtheorie 18

T

taxatie 23
tertiaire preventie 28, 43
tertiair preventieve interventies 44
theoretische fundamenten voor het NSM 32
theoretisch raamwerk voor verpleegkundig
 onderzoek 6
theorie 4
theorieontwikkeling en professionalisering 2

U

uitwisseling met de omgeving 20

V

Van de Brink-Tjebbes 7
verpleegkundige interventies 138
verpleegmodel van Van Bergen/Hollands 7
verplegen als activiteit 2
verpleging 5
verplegingswetenschappelijke theorieën 4
 functie van 6
vijf variabelen 34
Virginia Henderson 4
visie als fundament voor het NSM 50

W

weerstandslijnen 35
welbevinden 40
Wereldgezondheidsorganisatie 2
World Health Organization (WHO) 2

Z

zelforganisatie 19
zelfstabilisatie 19
zingeving 185

Over de auteurs

F.H.A. (Frans) Verberk is de oprichter van de International Neuman Systems Model Association (INSMA). Hij werkt als sociaal psychiatrisch verpleegkundige, opleider en adviseur in een eigen praktijk in Bergen op Zoom. Zijn Master of Nursing degree behaalde hij aan de Universiteit van Cardiff, Wales. Frans Verberk is door Betty Neuman benoemd als trustee van het Neuman Systems Model.

A.A. (André) Merks is als gezondheidswetenschapper afgestudeerd aan de universiteit van Maastricht. Hij is werkzaam als hoofd kenniscentrum en hoofd opleidingen van Emergis, centrum voor GGZ in Zeeland. André Merks is door Betty Neuman benoemd als trustee van het Neuman Systems Model.

Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model



De gezondheidszorg zit middenin een van de grootste veranderingen uit haar geschiedenis. De focus verandert van genezen en verzorgen naar juist het voorkomen van ziek worden. De zorg afstemmen op de specifieke wensen en kenmerken van de cliënt staat centraal in combinatie met een groter beroep doen op de sociale omgeving van de cliënt. Er wordt uitgegaan van de krachten van de cliënt in plaats van de beperkingen. Zo wordt samengewerkt aan herstel.

Methodisch denken en handelen is dé manier om zicht en grip te krijgen op deze complexiteit. Een theorie of model kan hierbij behulpzaam zijn. Het Neuman Systems Model (NSM) biedt onder andere verpleegkundigen, opleiders en managers in de verpleegkunde een uitstekende basis om hulpverlening veilig, verantwoord en professioneel vorm te geven.

De breed gedragen theoretische basis van het NSM leidt niet alleen tot een wetenschappelijk onderbouwde praktijkvoering, maar tevens tot een systeemgeoriënteerde, holistische benadering van gezondheidsproblemen, waarbij thema's als: gezondheid, preventie en herstel, maken dat het naadloos aansluit bij de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Daarnaast sluit het NSM steeds beter aan bij actuele ontwikkelingen zoals: kwaliteit en veiligheid in de zorg, een groter beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, het evidence based practice (EBP) werken en het meer inschakelen van het sociale (steun-)systeem van de cliënt. Elementen die in dit boek allemaal aan de orde komen.

In deze volledig herziene zesde druk van *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model* is de vertrouwde opbouw van theorie naar praktijk gehandhaafd. De auteurs (beiden door Betty Neuman benoemd als trustee van het model) leggen nog meer de nadruk op de vertaling en toelichting van het theoretische model naar de dagelijkse praktijk van de verpleegkundige, met veel (nieuwe) praktijkvoorbeelden. In samenwerking met prof. dr. Jacqueline Fawcett, FAAN is een nieuw hoofdstuk opgenomen over het NSM als raamwerk voor (wetenschappelijk) onderzoek. Ook nieuw is digitaal aanvullend materiaal, bestaande uit hoofdstuksamenvattingen, reflectievragen en videomateriaal, te vinden op www.zorgstudie.nl.

Het boek is geschreven voor verpleegkundigen (in opleiding). Daarnaast is het dankzij het nieuwe hoofdstuk over onderzoek ook een aanrader voor bijvoorbeeld verplegingswetenschappers, verpleegkundig specialisten en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.