

Intuïtie versus rationaliteit

Een raamwerk voor kritisch denken

Binnen het verpleegkundig onderwijs en werkveld is een voortdurende discussie gaande over de niveauverschillen tussen mbo en hbo opgeleide verpleegkundigen. Het verschil in cognitieve vermogens dat in het vorige nummer van dit tijdschrift onder de noemer kritisch denken werd geschaard, is daarbij mogelijk een hulpmiddel om te differentiëren.

In dit artikel worden een drietal modellen geïntroduceerd die helpen om kritisch denken en de daartoe behorende cognitieve vaardigheden binnen een raamwerk te plaatsen. Dit schept een kader waarmee onderlinge verschillen in competentieniveaus geplaatst kunnen worden. Er wordt ingegaan op de cognitieve basis van het handelen van verpleegkundigen. Hoewel de in dit artikel besproken modellen van respectievelijk Benner, Hammond en Eraut van elkaar verschillen, helpen zij om de basis van het verpleegkundig handelen te begrijpen en te kunnen plaatsen. De modellen sluiten elkaar niet uit maar zijn complementair aan elkaar. Echter, hier wordt verondersteld dat de modellen van Hammond en Eraut het hbo verpleegkundige domein completer dekken dan het model van Benner.

Henk Gloudemans, René Schalk en Wouter Reynaert *

■ Intuïtie versus rationaliteit

Kritisch denken veronderstelt een methodisch en analytisch denken en handelingsproces. Dit zijn rationele processen: ze worden bewust toegepast. Het is echter de vraag in welke mate verpleegkundigen, al dan niet bewust, gebruik maken van deze processen. Hoe oordelen verpleegkundigen en hoe komen ze tot beslissingen en handelen? Met andere woorden, welke cognitieve modus (manier, werkwijze) gebruiken verpleegkundigen? Dit is een wijdverspreid onderwerp van onderzoek (Standing, 2008; Goransson et al., 2007; Cader et al., 2004) waarbij termen als clinical decision making, clinical judgement en clinical reasoning door elkaar gebruikt worden (Thompson, 1999). In dit kader zijn de opvattingen en modellen van Benner (1984), Hammond et al (1997) en Eraut (2000) relevant. De genoemde auteurs geven verschillende verklaringen voor de basis waar-

op men tot beslissingen en handelen komt. Benner legt de nadruk op het expertise-niveau van de individuele verpleegkundige. Zij schetst een ontwikkeling van regelgeleid handelen naar intuïtief handelen. Daarentegen stellen Hammond et al. de taakeigenschappen van een taak centraal. Deze zijn bepalend voor het gebruik van de cognitieve modus: een intuïtieve of een meer analytische benadering. Eraut legt de nadruk op de context waarbinnen de taken uitgevoerd worden en stelt hierbij, dat de factor tijd het meest bepalend is voor het toepassen van de cognitieve modus. De modellen worden hieronder nader toegelicht.

■ Benner: van beginner naar expert

Een aantal studies wijst uit dat verpleegkundigen veelvuldig gebruik maken van intuïtie bij het beoordelen van situaties en het maken van keuzes voor het handelen (Benner, 1984; Benner et al., 1998; Gobet & Chassy, 2008). De eerder opgedane ervaring in soortgelijke situaties draagt bij aan het ontwikkelen van intuïtie. Intuïtie wordt vaak verward met 'op gevoel' handelen. Echter, bij intuïtie is er zeker ook sprake van een cognitieve basis. Het automatische karakter van intuïtie maakt dat het lijkt alsof er niet wordt nagedacht voordat er gehandeld wordt. Hierbij mag niet vergeten worden dat eerder opge-

Foto: Roel Pieper



dane ervaringen bewerkt zijn via onbewuste reflectie en dat intuïtie een resultaat is van deze bewerkingen. Onderstaande definiëringen maken dit wellicht duidelijk. Intuïtie is (Thompson, 1999):

- begrijpen zonder een rationale
- direct kennen van iets zonder het bewust gebruik van redenerie
- gewaarwording van mogelijkheden, betekenissen en relaties door inzicht
- een proces waarbij de verpleegkundige iets weet over een patiënt dat niet verwoord kan worden, moeilijk verwoord kan worden of waarvan de kennisbron niet vastgesteld kan worden

Het gemeenschappelijke in bovenstaande definities is het gegeven dat intuïtie en daarmee intuïtief handelen gebaseerd is op impliciete leerprocessen. Impliciet leren is door Reber (2003) gedefinieerd als: 'Het verwerken van kennis onafhankelijk van bewuste pogingen om te leren en het ontbreken van expliciete kennis over wat er geleerd is'. Impliciet leren vindt plaats via persoonlijke ervaringen waarbij deze ervaringen niet bewust bewerkt worden voordat ze in het geheugen opgeslagen worden (Eraut, 2004; Reber, 2003). Verpleegkundigen zijn zich dus niet (volledig) bewust van de bron van kennis en de motieven voor het handelen. Zolang ervaringen niet expliciet gemaakt worden maken ze deel uit van wat in de Engelstalige literatuur bekend staat als "tacit knowledge". Tacit knowledge is het resultaat van het bovengenoemde impliciete leren en heeft invloed op beslissingen en gedragingen van professionals (Eraut, 2000). In de praktijk zal er vaak sprake zijn van een mix van enerzijds impliciete kennis en anderzijds expliciete kennis.

Verpleegkundigen worden vaak geconfronteerd met situaties waarbij niet alle gegevens voorhanden zijn die een weloverwogen beslissing mogelijk maken of noodzaakt de situatie tot direct handelen. In dit soort situaties handelt de verpleegkundige overwegend intuïtief. Dat eerder opgedane ervaring en kennis hierbij een rol speelt, is vanzelfsprekend (Benner, 1984, Schön, 1988). Een intuïtieve benadering is waarneembaar bij ervaren verpleegkundigen: de ervaren verpleegkundige herkent situaties meteen en reageert vrijwel automatisch; weet wat te doen zonder daarbij uitvoerig stil te staan. Benner (1984) relateert een intuïtieve benaderingswijze dan ook primair aan het expertiseniveau van de verpleegkundige. Hoe

groter de mate van expertise, hoe meer gebruik wordt gemaakt van intuïtie. Jong gediplomeerde verpleegkundigen beschikken over weinig intuïtie. Zij zijn volgens Benner niet in staat om gehelen te overzien en daar naar te handelen. In het door haar ontwikkelde model staat dan ook de ontwikkeling van een analytische naar een intuïtieve benadering van praktijksituaties centraal (zie tabel 1). De beginnend verpleegkundige ontleeft situaties, analyseert onderdelen en hanteert daarbij vaste procedures en regels. Het geeft hen houvast in het beoordelen van situaties en geeft richting voor het handelen. De verpleegkundig experts echter benaderen situaties in hun geheel en voelen intuïtief aan welke interventies uitgevoerd moeten worden en/of prioriteit hebben. Daarbij is praktijkervaring een voorwaarde om tot het expertiseniveau te kunnen komen. Gaandeweg de ontwikkeling van de beginner naar de expert leert de verpleegkundige volgens Benner om prioriteiten te stellen en praktijksituaties overstijgend te benaderen. Dit proces neemt een aantal jaren in beslag. Het voortborduren op opgedane ervaringen in verschillende situaties helpt de verpleegkundige om intuïtief situaties te leren begrijpen en er naar te handelen.

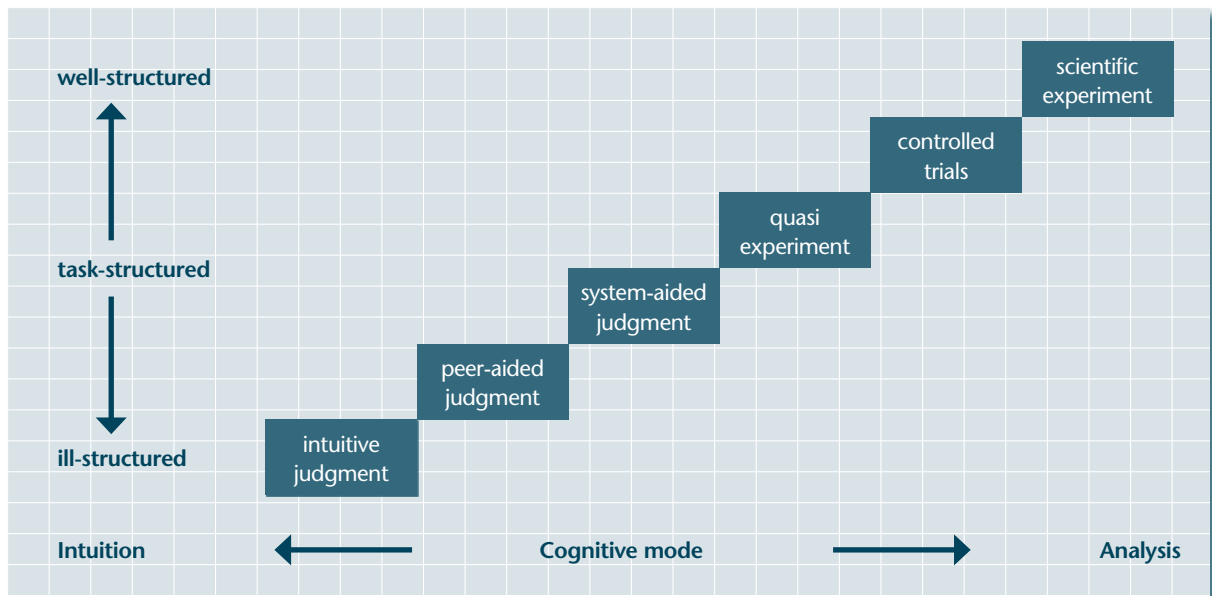
Tabel 1 Van beginner naar expert (naar Benner, 1984)

Niveau	Typering
De beginner	Gedrag wordt door regels gestuurd.
De gevorderde beginner	Merken regelmatig voorkomende aspecten van situaties op.
De bekwaame verpleegkundige	Acteert bewust aan de hand van vooraf opgestelde plannen; heeft het gevoel situaties in de hand te hebben.
De volleurde verpleegkundige	Benadert situaties als een geheel; handelen wordt door stelregels bepaald.
De verpleegkundig expert	Heeft een intuïtief begrip van iedere situatie en richt de aandacht op het juiste probleemgebied; besteedt hierbij weinig aandacht aan overbodige alternatieve oplossingen.

■ Hammond: de cognitieve continuüm theorie

Hammond hanteert een ander perspectief dan Benner. Hij illustreert met de ontwikkeling van de cognitieve continuüm theorie hoe situaties en/of taken waarbij geoordeeld moet worden gerelateerd zijn aan cognitie (Cader et al., 2004). Binnen deze theorie staan twee continua centraal: het cognitieve continuüm en het oordeel-taak continuüm. Het cognitieve continuüm loopt van intuïtief/op ervaring gebaseerd naar analytisch/rationeel. Het oordeel-taak continuüm loopt van slecht gestructureerd naar goed gestructureerd (Standing, 2008). De theorie veronderstelt zes cognitieve modi: intuitive judgment, peer-aided judgment, system-aided judgment, quasi experiment, controlled trials en scientific experiment (zie tabel 2). Intuitive judgment wordt hierbij als de modus gezien waarbij het minst analytisch te werk wordt gegaan. Taken benaderen als een wetenschappelijk experiment bevindt zich aan de andere kant van het spectrum. Hierbij gaat men zeer analytisch te werk en wordt er via vooraf vastgestelde procedures en protocollen gewerkt. De taak/opdracht is dan ook zeer goed gestructureerd. De tussenliggende modi laten een opbouw zien in zowel de structuur van de taken als in de mate waarin analytische vaardigheden gebruikt worden.

Tabel 2: Cognitieve modi



De in tabel 2 oplopende cognitieve modi staan dus voor verschillende benaderingswijzen die men gebruikt bij het komen tot oordelen en het handelen. De eigenschappen van een taak is de grootste factor: deze bepaalt het gebruik van de cognitieve modus (Hamm, 1988, Hammond et al., 1997, Cader et al., 2004). Hoe beter gestructureerd een taak is, hoe meer een analytische modus gebruikt wordt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een handelingsprotocol. Het gestructureerde karakter hiervan maakt dat de verpleegkundige analytisch te werk gaat: interpreteer ik de symptomen juist? Welke interventie is in deze situatie het meest geschikt?

Daartegenover stelt Hammond dat hoe minder een taak gestructureerd is hoe meer een intuïtieve modus gebruikt wordt. Het tijdsaspect speelt hierbij een rol van betekenis: in acute situaties is snel handelen vereist. Te denken valt aan een situatie waar een net opgenomen psychiatische cliënt in een crisis verkeert, waarbij nog geen behandel-

plan is opgesteld. Onder zulke omstandigheden waarin veel onduidelijkheid bestaat (ontbreken van informatie, onbekendheid met cliënt) of in de voor de professional nieuwe situaties zal er eerder op basis van intuïtie gehandeld worden.

■ Eraut: de factor tijd

Daar waar Hammond et al. de nadruk leggen op de taakkenmerken en Benner et al. de nadruk leggen op de mate van expertise van de professional, wijst Eraut (2000) op elementen uit de context. In zijn model zijn duidelijk elementen herkenbaar van Benner en Hammond. Hij stelt echter dat met name de beschikbare tijd en de drukte in een be-



Foto: Roel Pieper

paalde situatie bepalend zijn voor de keuze van een cognitieve modus. Wanneer er binnen de werkplek weinig tijd is dan neemt

de te volgen werkwijze (Eraut, 2004). Dit zal de ene keer een intuïtieve en de andere keer een deliberatieve/analytische modus zijn (zie tabel 3).

Tabel 3: Interacties tussen tijd, cognitieve modus en gedachten/acties. Naar Eraut (2000).

Gedachte/actie	Cognitieve modus		
	Instant/reflexmatig	Snell/intuïtief	Deliberatieff/analytisch
Het 'lezen' van de situatie	Patroonherkenning	Snelle interpretatie	Beoordeling met discussie en/of analyse
Besluiten	Instante respons	Intuïtief	Weloverwogen met enkele analyses of discussie
Openlijke activiteit	Routinematige acties	Routines geaccentueerd door snelle beslissingen	Geplande acties met periodieke beoordeling van de voortgang
Metacognitieve processen	Situationeel bewustzijn	Impliciet monitoren Korte reactieve reflecties	Bewust monitoren van gedachten en handelingen Zelfmanagement Evaluatie

men niet de tijd om acties te overdenken. Intuïtieve reacties krijgen dan de overhand (Eraut, 2006). Hoe meer tijd men heeft om besluiten te overdenken, hoe meer men gebruik zal maken van meer analytische werkwijzen. In de verpleegkundige praktijk is dit ondermeer waarneembaar bij projecten gericht op kwaliteitsverbeteringen. Via een grondige analyse komt men op methodische wijze tot een verbetervoorstel: interventies en acties zijn doordacht en getoetst op effectiviteit en haalbaarheid. De beschikbare tijd en in mindere mate de taakeigenschappen en/of het expertiseniveau is bepalend voor

■ Discussie

De hierboven beschreven modellen sluiten elkaar niet uit maar zijn complementair. Zowel de taakeigenschappen, het individuele expertiseniveau en de context waarbinnen gewerkt wordt zijn bepalend voor het gebruik van de cognitieve modus.

In dit kader is het van belang om te kijken naar de hbo verpleegkundige beroepscompetenties. Hierbinnen onderscheidt men de verpleegkundige domeinen zorg, beroep en organisatie, welke vervolgens onderverdeeld zijn in beroepsrollen (GGZ Nederland et al., 2004; Pool, 2007). Deze beroepsrollen zijn: zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar.

Juist de rollen die het hbo van het mbo onderscheiden (ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar) vragen om een bewust overdenken en inzetten van handelingen. Van hbo opgeleide verpleegkundigen

Foto: Roel Pieper



wordt bijvoorbeeld verwacht dat zij verbeteringen in zorgactiviteiten aanbrengen en dat zij zich professionaliseren. Dit vereist een systematische aanpak waarbij problemen, alternatieve oplossingen en mogelijke consequenties van de te ondernemen acties onderzocht moeten worden. Intuïtief handelen is dan niet op zijn plaats: een deliberatieve/analytische modus is dan aangewezen. De hier geïntroduceerde modellen van Hammond en Eraut bieden een mogelijkheid om de hbo verpleegkundige competenties op een ander niveau te beschrijven dan het model van Benner. Het model van Benner biedt met name inzicht in de ontwikkeling van de rol van zorgverlener. Het schetst de ontwikkeling die beginnende verpleegkundigen doormaken op weg naar het expertniveau waarbij intuïtief handelen als expertgedrag bestempeld wordt. Ervaren verpleegkundigen zullen hierin hun eigen ontwikkeling als zorgverlener herkennen. Wanneer het gaat om het vaststellen van het onderscheid tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen binnen de gezondheidszorg, dan biedt dit model onvoldoende houvast. Het is te eenzijdig op de rol van zorgverlener gebaseerd. Dat doet geen recht aan de Hbo competentieprofielen en past niet (meer) bij de verpleegkundige praktijkvoering. Bovendien sluiten de modellen van Hammond en Eraut intuïtie niet uit. Intuïtie neemt juist een vooraanstaande plaats in het geheel.

Gebruiken mbo-ers en hbo-ers verschillende cognitieve denkkaders?

Handelen. De vraag hierbij is tevens of de hbo-opgeleide verpleegkundige doorgaans andere cognitieve modi gebruikt dan de mbo-opgeleide verpleegkundige. Op basis van de opleidingskwalificaties en competenties zou dit een logische verwachting zijn. Er zou dan een verschil in kritische denkvaardigheden aanwezig en waarneembaar moeten zijn. Daarbij is het wezenlijk om te onderkennen dat intuïtie in vele praktijksituaties de enige en aangewezen bron is van waaruit verpleegkundigen kunnen handelen. Voor een deel van de verpleegkundige taken zal men dus geen waarneembaar onderscheid kunnen vinden voor wat betreft de kritische denkvaardigheden. Het verpleegkundige domein is echter divers en uitgebreid (zie voornoemde beroepscompetenties en rollen). Juist het bepalen van het niveau van kritisch denken dat voor het uitvoeren van een taak vereist is biedt de mogelijkheid om taken te differentiëren. Hier kunnen competenties aan verbonden worden. De modellen van Hammond en Eraut bieden daarbij vollediger kaders voor zowel de verpleegkundige praktijk als het onderwijs.

Referenties

- Benner, P.E. (2004). From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, P.E., Tanner, C.A. & Chesla, C.A. (1998). Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgment and Ethics. New York: Springer Publishing Company.
- Cader R, Campbell S, Watson D. (2005). Cognitive Continuum Theory in nursing decision-making. Journal of Advanced Nursing, 49-4: 397-405
- Eraut, M. (2000). Non-formal learning, implicit learning and tacit knowledge in professional work. In: Coffield, F., The Necessity of Informal Learning. The Policy Press.
- Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace. Studies in Continuing Education, 26, (2).
- Eraut, M. (2006). Editorial. Learning in Health and Social Care, 5, (1), 1-8.
- GGZ Nederland, Sciencia & Hbo Raad. (2004). Beroepscompetenties van de Hbo GGZ-verpleegkundige. GGZ Nederland.

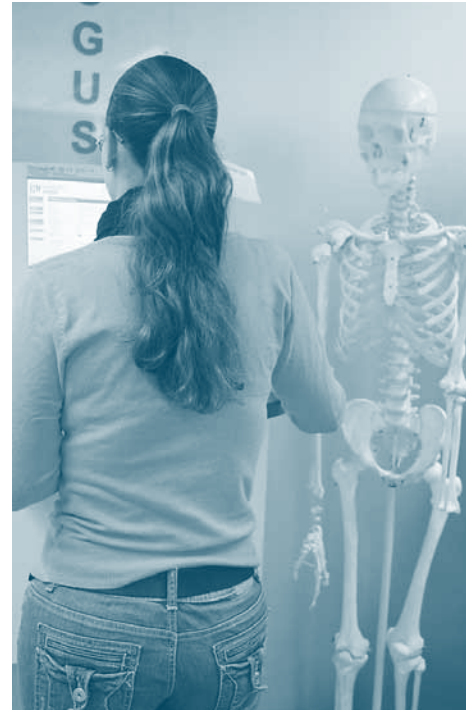


Foto: Rod Pieper

- Gobet, F. & Chassy, P. (2008). Towards an alternative to Benner's theory of expert intuition in nursing: A discussion paper. International Journal of Nursing Studies 45, 120-139.
- Göransson, K.E., Ehnfors, M., Fonteyn, M.E. & Ehrenberg, A. (2008). Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. Journal of Advanced Nursing, 61(2), 163-172.
- Hamm, R.M. (1988). Clinical expertise and the cognitive continuum. In: Professional Judgment. A reader in clinical decision making. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hammond, K.R., Hamm, R.M., Grassia, J. & Pearson, T. (1997). Direct comparison of the efficacy of intuitive and analytical cognition in expert judgment. In: Research on Judgment and Decision Making: Currents, Connections and Controversies. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pool, A. (2007). Doordacht verplegen. De beroepsrollen van de bachelorverpleegkundige. Uitgeverij Lemma.
- Reber AS. (2003). Implicit Learning and Tacit Knowledge. In: Baars BJ, Banks WP, Newman JB, editors. Essential Sources in the Scientific Study of Consciousness. MIT Press.
- Schön D. (1983). The reflective practitioner: how professionals think in action. New York: Basic Books.
- Standing, M. (2008). Clinical judgment and decision-making in nursing – nine modes of practice in a revised cognitive continuum. Journal of Advanced Nursing, 62 (1), 124-134.
- Thompson, C. (1999). A conceptual treadmill: the need for 'middle ground' in clinical decision making theory in nursing. Journal of Advanced Nursing, 30 (5), 1222-1229.

* **Drs. Henk Gloudemans** is docent aan de Fontys Hogeschool Verpleegkunde en promovendus aan de Universiteit van Tilburg. **Prof. Dr. René Schalk**, Universiteit van Tilburg (promotor) en **Dr. Wouter Reynaert**, Fontys Hogescholen (co-promotor). Correspondentie: h.gloudemans@fontys.nl