

Over kwalitatief onderzoek in de huisartsgeneeskunde

M. FAHRENFORT*

De betekenis van conclusies uit kwantificerend onderzoek wordt beperkt door noodzakelijke operationaliseringen. Bij een vooronderzoek naar de besluitvorming in consulten bleken deze beperkingen zo groot te zijn, dat meer kwalitatieve methoden gewenst waren. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de verschillende theoretische en praktische overwegingen die belangrijk zijn voor de keuze van een bepaalde onderzoeksmethode. Deze afweging behoeft niet bij voorbaat in het voordeel van kwantificeren uit te vallen; voor bepaalde vraagstellingen kunnen kwalitatieve methoden de voorkeur verdienen. Meer bekendheid met dergelijke methoden lijkt ook voor het onderzoek in de huisartsgeneeskunde van cruciaal belang.

Inleiding

In 1980 verrichtte ik een onderzoek naar de besluitvorming in een chirurgische polikliniek. Doel van dit onderzoek was het beantwoorden van de volgende twee vragen:

1. Welke factoren spelen een rol bij de mate van invloed die patiënten (kunnen) uitoefenen op beslissingen ten aanzien van hun behandeling tijdens poliklinische spreekuren?
2. Leeft er onbehagen bij de patiënten en zo ja, heeft dat iets te maken met gebrek aan invloed op behandelingsbeslissingen?¹

Hoewel het onderzoek werd opgezet volgens de regels van de kunst, stuitte ik al snel op een tweetal problemen, waarvoor de gekozen kwantificerende aanpak geen bevredigende oplossing leek te bieden. Deze ervaring was voor mij aanleiding mij te verdiepen in de beperkingen van dit soort onderzoek en daarbij tevens aandacht te besteden aan de mogelijkheden van een meer kwalitatief gerichte aanpak.^{2 3}

Het oorspronkelijke onderzoek vond plaats in een poliklinische setting. Dat neemt niet weg dat de vraagstelling eveneens relevant zou zijn geweest in een huisartsgeneeskundige situatie.

* Mevrouw Drs. M. Fahrenfort is verbonden aan de vakgroep Gedragwetenschappen van de Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Voorts lijkt het weinig twijfel dat zich bij een dergelijk onderzoek in een huisartspraktijk soortgelijke methodologische problemen zouden hebben voorgedaan. In deze bijdrage probeer ik aannemelijk te maken dat meer kwalitatief gerichte methoden ook voor het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde een belangrijke aanwinst zouden kunnen zijn.

Problemen bij een onderzoek

Het onderzoek werd begonnen met een vooronderzoek, dat tot doel had de belangrijkste elementen die ten aanzien van de vraagstelling een rol speelden, op te sporen en op grond daarvan hypothesen te formuleren: het begin van de empirische cyclus waarvan in Nederland de methodologie van De Groot de bijbel is.⁴ Dit vooronderzoek zou worden uitgevoerd met behulp van open interviews met artsen en patiënten.

Al snel werd duidelijk dat deze interviews niet aan hun doel beantwoordden: wij werden geconfronteerd met twee problemen die een kwantificerende benadering bemoeilijkten: het operationaliseringsprobleem en het relevantieprobleem.

• *Het operationaliseringsprobleem.* Wil men kunnen kwantificeren, dan dient men de begrippen uit de probleemstelling om te zetten in meetbare grootheden, bijvoorbeeld door middel van een

schaalconstructie. Zo dienen variabelen als „invloed”, „beslissing” of „onbehagen” te worden gereduceerd tot een cijferscore met betrekking tot een aantal uitspraken. Daarbij blijft het een open vraag, of deze uitspraken ook werkelijk betrekking hebben op de belevingswereld van de geïnterviewden. De kans bestaat dat aldus constructen tot stand komen, waarvan de realiteitswaarde (en dus de voorspellende waarde in de praktijk) gering is: door de – onvermijdelijke – reductie is datgene waarom het allemaal begonnen was, verloren gegaan.

Bij het vooronderzoek bleek dat de formulering van de vraagstelling als zodanig al constructen bevatte, die een ontoelaatbare reductie betekenden van de realiteit van de betrokkenen, met als gevolg dat de vraag in feite zinloos was. Een voorbeeld is het gegeven, dat een arts op grond van bijvoorbeeld kansberekeningen *beslist*, terwijl de patiënt *zich overgeeft*; hun beslissingen liggen op verschillende niveaus.

Dit probleem kan worden opgelost door de vraagstelling en de daarin gebruikte begrippen zodanig aan te passen, dat een zinvolle operationalisering wel mogelijk is. Dit brengt echter een ander soort reductie met zich mee, die leidt tot het relevantieprobleem.

• *Het relevantieprobleem* Een vraagstelling die beperkt genoeg is om hypothesen met goed operationaliseerbare begrippen op te leveren, dekt maar een klein deel van de sociale werkelijkheid waar het om gaat. In ons veld van onderzoek – besluitvorming rond ziekte en gezondheid – spelen zeer veel factoren een rol. Selectie op een criterium van operationaliseerbaarheid voert de reductie zover door, dat de antwoorden die worden verkregen op de aldus beperkte vraagstelling, voor de praktijk weinig relevant meer zijn.

De kwantificerend-toetsende methode

Het medisch handelen wordt gekenmerkt door het feit dat de arts veelal een complexe hulpvraag krijgt aangeboden. Daarbij moet hij steeds opnieuw nagaan, of en in hoeverre zijn medisch-biologische kennis van toepassing is in een gegeven situatie. De kloof tussen enerzijds de medisch-wetenschappelijke gegevens en anderzijds de praktijk situatie werd en wordt veelal gedicht door ervaringskennis: de klinische blik. Aan het expliciteren en systematiseren van deze ervaringskennis – waardoor zij be-

ter overdraagbaar en controleerbaar zou worden – wordt overigens in de geneeskunde maar weinig aandacht besteed.

Het gebruikelijke medisch-biologische onderzoek is gespecialiseerd en heeft zorgvuldig gecontroleerde variabelen ten aanzien van steeds één beperkt object. Dit soort onderzoek is binnen de huisartsgeneeskunde niet alleen onhaalbaar, maar ook ongewenst, omdat de kloof tussen praktijksituatie en medisch-technische kennis daardoor alleen maar groter zou worden. Onderzoekers in de huisartsgeneeskunde hebben dan ook aansluiting gezocht bij het sociaal-wetenschappelijke onderzoek, waar de complexiteit van het onderzoeksobject vanouds gegeven is. Dat neemt niet weg, dat de meest gangbare onderzoeksmethode in de sociale wetenschappen op dezelfde wetenschapstheoretische uitgangspunten berust als de medisch-biologische onderzoeksmethode en in wezen ook op hetzelfde neerkomt: statistische toetsing van hypothesen met betrekking tot gekwantificeerde variabelen.

Binnen de gebruikelijke onderzoekspraktijk in beide vakgebieden wordt er impliciet van uitgegaan dat deze methode dé (enige mogelijke) methode van wetenschappelijk onderzoek is. Dit heeft ertoe geleid dat belangrijk empirisch onderzoek in de huisartsgeneeskunde veelal epidemiologische van aard is, of zich bezighoudt met statistische verschillen tussen de manier van werken van verschillende artsen. De kwantificerend-toetsende methode leent zich inderdaad goed voor de beantwoording van dergelijke vraagstellingen, maar de kloof tussen individuele praktijkgevallen en onderzoeksuitkomsten blijft uiteraard groot.

Voor zover er casuïstiek bedreven wordt in de geneeskunde, is dit veelal in de vorm van een soort klinische les, waarin achteraf verslag wordt gedaan van hoe een moeilijk of zeldzaam geval tot een oplossing wordt gebracht. Hoewel het belang van casuïstiek in het algemeen wordt ingezien, wordt dit genre meestal niet gezien als het bedrijven van wetenschap, maar eerder als een vorm van illustratie. Een uitzondering wordt gevormd door het belangwekkende artikel over de diagnostiek van bronchuscarcinoom door Sluis e.a., waarin de casuïstiek wel dergelijk als een onderbouwing van de redenering wordt gebruikt.⁵ Dergelijke veelbelovende aanzetten hebben echter tot dusverre niet geleid tot onderzoek waarmee dergelij-

ke ervaringskennis systematisch wordt onderbouwd.

Wulff geeft in zijn lucide betoog over de principes van het klinische denken en handelen een aantal gebieden aan waar meer klinisch gericht onderzoek, juist in de huisartspraktijk, een bijdrage zou kunnen leveren aan meer doelmatig medisch handelen.⁶ Bij veel van dergelijk klinisch onderzoek doet zich echter het probleem voor dat veelal kwalitatieve gegevens moeten worden omgezet in kwantitatieve grootheden. De problemen die voortvloeien uit deze keuze voor een kwantificerende benadering, worden meestal met veel vaardigheid omzeild, terwijl de keuze zelf nauwelijks ter discussie wordt gesteld. Meer kwalitatief georiënteerde methoden lijken in de empirische wetenschappen (in tegenstelling tot bijvoorbeeld historisch en literatuurwetenschappelijk onderzoek) tamelijk onbekend en bijgevolg onbemand. Vooral op het terrein van de gezondheidszorg zijn echter ook belangrijke voorbeelden van meer kwalitatief onderzoek te geven.

Kwalitatief onderzoek in de gezondheidszorg

Stervensproblematiek is een duidelijk voorbeeld van een terrein dat zich bij uitstek leent voor een kwalitatieve benadering, zoals blijkt uit de onderzoeken van Sudnow, Glaser en Straus, Matse en Spreeuwenberg.⁷⁻¹⁰

Op het gebied van de interactie binnen intramurale gezondheidszorginstellingen is eveneens kwalitatief georiënteerd onderzoek verricht. Celia Roberts verrichtte „veldwerk” met betrekking tot de arts-patiënt relatie in een academisch ziekenhuis en combineerde daarbij een kwalitatieve met een kwantitatieve benadering.¹¹ In Nederland is deze werkwijze gevolgd door Bremer en Ten Have.^{12 13}

Ook bij onderzoek naar interactie tijdens het spreekuur wordt soms gebruik gemaakt van kwalitatieve analyses als aanvulling op het kwantitatieve materiaal. Hoewel deze analyses veelal de meest interessante delen van het onderzoek blijken, verliezen zij aan kwaliteit, doordat ze te veel als „bijproduct” worden gezien. Een tekenend voorbeeld van dit fenomeen is te vinden in het onderzoek van Bergsma e.a. naar de gang van zaken in de spreekkamer: een opmerkelijke observatie die in het kwalitatief gerichte deel van het onderzoek wordt gedaan, kan niet verder worden uitgewerkt, doordat de betreffende patiënt „niet in de steekproef zat”.¹⁴

Waar wel uitsluitend kwalitatieve analyses van spreekuurgesprekken worden gedaan, blijken deze uiterst informatief, bijvoorbeeld in het werk van Dingwall, Davis en Strong over polikliniekbezoeken.¹⁵⁻¹⁷

Kwalitatieve methoden in de sociale wetenschappen

In tegenstelling tot wat binnen de geneeskunde het geval is, wordt binnen de sociale wetenschappen wel degelijk een wetenschapstheoretische discussie gevoerd met betrekking tot de keuze tussen kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Veelal zijn het juist thema's uit de gezondheidszorg die aanleiding vormen tot een herleving van deze discussie. In deze paragraaf wordt daaraan kort aandacht besteed.

Kwalitatieve psychologie

Binnen de psychologie kwam de meest invloedrijke kwalitatieve stroming uit de hoek van de fenomenologie. De grondlegger van de fenomenologie was de wiskundige en filosoof Husserl. Hij betoogde dat de sociale wetenschappen een eigen methodische aanpak vereisen. Het natuurwetenschappelijk paradigma was volgens hem niet adequaat als het ging om de mens als object – juist omdat de mens ook subject is en zichzelf bestudeert.

De fenomenologische psychologie benadrukte dat een louter kwantificerende benadering een ongeoorloofde reductie was van de mens „als mens”, omdat men daarin voorbijging aan wat het meest wezenlijke van de menselijke psyche uitmaakt: zingeving en intentionaliteit. Empirische gegevens werden niet geschuwd, maar in hun context van interpretaties voorzien, waarbij ze niet voor zichzelf spraken maar binnen een meer omvattende visie werden ingebed. In de woorden van Linschoten: De fenomenologische psychologie is de wetenschappelijke implicatie van de in het menselijk bestaan als gesitueerd bestaan besloten intentionele wetmatigheden”.¹⁸

Een dergelijke benadering van de psychologie kon niet alleen voortbouwen op de fenomenologie, maar zich tevens aansluiten bij een lange Europese traditie van hermeneutische interpretaties en *Verstehen*, vooral in de filosofische antropologie; de *Wesensschau* van Husserl werd tot introspectie. De beschouwingen die langs deze weg tot stand kwamen, kregen echter jammer genoeg soms een wat zweverig karakter en

iemand als Linschoten distantieerde zich later volledig van de fenomenologische benaderingswijze in de psychologie: „De psycholoog kan andere mensen observeren. Wat maakt het uit of het object een ster is, een chemische reactie, of een ander mens? De observator fungeert als onpartijdig waarnemer. (...) Zo nodig creëert hij kondities waaronder zijn object zich heeft te gedragen: maar het gedrag van het geobserveerde object is intrinsiek onafhankelijk van de observator.”¹⁹

Toch is juist op het terrein van de gezondheidszorg de fenomenologische benadering nooit echt verdwenen. Van den Berg heeft hier grote invloed uitgeoefend met zijn boeken *De psychologie van het ziekbed*²⁰ en *Het menselijk lichaam*²¹ en we vinden deze invloed terug in het reeds genoemde onderzoek van Bremer en Ten Have.^{12 13}

Kwalitatieve sociologie

Omstreeks dezelfde tijd duikt het etiket „fenomenologisch” op vanuit een andere hoek: in de Verenigde Staten ontwikkelt zich een nieuwe belangstelling voor kwalitatief sociologisch onderzoek.

Introspectie, met alle daaraan klevende methodologische problemen, is voor sociologen uiteraard zelden een verleiding geweest: de sociologie heeft immers sociaal gedrag als object – niet de geestelijke processen van het individu. De mogelijkheid van het laboratoriumexperiment, waarin kwantificerende psychologen successen konden boeken door bijvoorbeeld cognitieve processen te bestuderen buiten de interfererende variabelen van de sociale context, was voor hen niet weggelegd. Weliswaar heeft zich ook in de sociologie een sterk kwantificerende benadering ontwikkeld – zo sterk dat deze wel wordt aangeduid met *mainstream sociology* – daarnaast is er altijd een belangrijke beschrijvende en interpretatieve sociologie blijven bestaan. Onafhankelijk van de *mainstream* bewees deze haar eigen waarde, zonder in de zweverigheid te vervallen waaraan fenomenologisch georiënteerde psychologen zich soms bezondigden.

De bekendste vertegenwoordigers van deze richting is Goffman. Ondanks het feit dat zijn werk methodologisch moeilijk te plaatsen is, doordat het haaks staat op de gangbare positivistisch-kwantificerende methode van onderzoek, heeft hij grote invloed uitgeoefend. Dat geldt ook op het gebied van de medische sociologie.

In *Asylums*²² beschrijft Goffman het functioneren van psychiatrische inrich-

tingen, in *Stigma*²³ geeft hij een analyse van het leven met een handicap. Beide boeken behoren tot de meest geciteerde in de medische sociologie; zij betekenen een wezenlijke verdieping van ons inzicht in de sociale werkelijkheid, waar kwantificerend werk in dit opzicht veelal teleurstelt.

De erkenning van dit feit heeft in de zestiger jaren geleid tot herbezinning en een nieuwe opleving van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Deze zijn veelal inductief van aard, in tegenstelling tot de deductieve kwantificerende methoden.

Aan inductieve methoden kleeft echter, ondanks de verhelderende inzichten die ze opleveren, een belangrijk nadeel: het blijkt lastig, zo niet onmogelijk, om de weg waarlangs dergelijke inzichten ontstaan, duidelijk te formaliseren. Er bestaat dus een kloof tussen waardevolle kwalitatieve inzichten – waarvan de totstandkoming en de epistemologische status onduidelijk zijn – en de deductieve hypothesevorming en -toetsing. De meest bekende poging om deze kloof te verkleinen is van de hand van Glaser en Strauss, die een methode beschrijven die ze *grounded theory* noemen.²⁴ Centraal in hun beschrijving staat het inductieve proces waarlangs een onderzoeker inzichten kan opdoen over verbanden in het onderzoeksveld. Zij stellen onderzoekers voor, te beginnen met een zo open mogelijke, naturalistische verzameling van gegevens „in het veld”, door middel van bijvoorbeeld participerende observatie, open interviews en het bijeenbrengen van relevante documenten (correspondentie, dagboeken). De onderzoeker brengt samenhang in de aldus verkregen gegevens door verschillende uitspraken, gebeurtenissen etc. in categorieën onder te brengen en deze met elkaar te verbinden. Zo ontstaat een patroon van relaties, dat inductief uit het materiaal naar voren komt. Dergelijke verbanden kunnen veelal weer beschouwd worden als specifieke instanties van meer algemene relaties. Literatuur over het onderzoeksveld kan zowel theoretisch als empirisch een bijdrage leveren aan vorming en invulling van dit relatiepatroon. Deze beschrijving vormt als het ware een handleiding voor kwalitatief georiënteerde onderzoekers. Er zijn met behulp van deze methode enkele verhelderende analyses verricht, die theoretisch goed in elkaar zitten en toch directe wortels in de praktijk hebben: *grounded theory*.

Veel van deze onderzoeken hebben be-

trekking op het veld van de gezondheidszorg, en daar zijn goede redenen voor. Onze Westerse geneeskunde is bij uitstek een gebied waar technologie en menselijke interactie elkaar raken en op elkaar betrokken zijn. Geneeskunde is een toepassingswetenschap; klinisch handelen is een praktische aangelegenheid, die zowel bepaald wordt door technisch-wetenschappelijke mogelijkheden, als door de ervaringswereld en de situatie van de betrokkenen. Wie een bruikbare bijdrage wil leveren aan het onderzoek met betrekking tot die leefwereld en die situatie, doet er dan ook goed aan zich daarop te baseren bij het verzamelen van zijn materiaal.

Problemen met de kwalitatieve benadering

Aan een dergelijke praktische benadering, hoe relevant ook, kleven echter nogal wat wetenschapstheoretische problemen. Met het ontwikkelen van een concrete handleiding voor kwalitatief onderzoek is het probleem van de *geldigheid* van de aldus verkregen analytische inzichten wel verminderd, maar niet opgelost. Een interpretatief element blijft aanwezig, doordat er wel een inhoudelijke maar geen geformaliseerde verbinding is tussen het materiaal en de conclusies.

Glaser en Strauss omzeilen dit probleem door de resultaten van inductieve analyse te presenteren als „theorievorming”.²⁴ In die zin is deze vorm een methodisch uitgewerkte manier om vooronderzoek te doen, waarvan de resultaten kunnen dienen als basis voor hypothesevorming bij toetsend onderzoek. De grote aandacht die Glaser en Strauss – en ook latere auteurs²⁵⁻²⁷ – besteden aan een zo geloofwaardig mogelijke rapportage van de resultaten, wijst er op dat zij hun eigen werk toch een meer dan alleen hypothetische geldigheid toekennen.

In de praktijk blijkt de geldigheid van inductieve analyses veelal gebaseerd op de plausibiliteit en helderheid van de gepresenteerde redenering. Om de verbinding tussen materiaal en conclusies zo hecht mogelijk te maken, wordt veelal gebruik gemaakt van citaten uit het materiaal ter adstructie van de analyses. Dit maakt de conclusies niet alleen levendiger en aannemelijker, maar is tevens (langs een dialectische omweg) een weerspiegeling van de methode zelf: de categorieën die bouwstenen voor de analyse vormen, worden afgeleid uit de letterlijke-teksten van het oorspronkelijke materiaal.

Bespreking

Aan het begin van dit stuk heb ik een uiteenzetting gegeven met betrekking tot problemen van de kwantificerende benadering: het operationaliseringsprobleem en het daarvan afgeleide relevantieprobleem. Ook deze twee problemen gaan terug op het probleem van de geldigheid: in hoeverre zijn de resultaten „waar”?

Dat geen enkele wetenschappelijke methode haar eigen claim op „geldige kennis” definitief kan gronden, is sinds de analyse van Popper gemeengoed in de wetenschappelijke wereld. De logica zelf kan zichzelf niet als vereiste „bewijzen”.²⁸

Uiteindelijk zal het iedereen, ook de wetenschapsmensen, een zorg zijn of de zo vermelde kennis filosofisch gezien geldig is of niet; het praktisch criterium is meestal of deze kennis *bruikbaar* is, of inzichten oplevert.

De voordelen die de natuurwetenschappelijke methode blijkt te hebben, berusten op de eigenschappen van haar object, waarvan eenduidige meetbaarheid, ten gevolge van geringe complexiteit, voor deze discussie de belangrijkste is. Naarmate onderzoeksobjecten in de menswetenschappen dit criterium dichter benaderen, is de natuurwetenschappelijke methode met meer vrucht over te zetten op dit gebied, zoals ook uit door Linschoten gegeven voorbeelden blijkt.¹⁹ Naarmate het onderzoeksobject complexer wordt, wordt de voorspellende waarde, en dus de bruikbaarheid, van dit soort onderzoek geringer. We stuiten hier opnieuw op de reeds gesignaleerde kloof tussen de praktijksituatie en de gegevens die uit hoogtechnisch gespecialiseerde onderzoek naar voren komen.

Het nut van alle beslissingen ten aanzien van diagnose en therapie die in medische situaties genomen worden, is afhankelijk van uiteindelijk kwalitatieve overwegingen, die mogelijk anderszins corresponderen met bepaalde kwantitatieve gegevens. Wij citeren Wulff: „Op dit ogenblik is er behoefte aan meer onderzoek dat verband houdt met klinische besluitvorming”. „Omdat klinici hun beslissingen vaak baseren op „zachte” gegevens, zoals bij de integrale evaluatie van een patiënt, moet met deze gegevens ook rekening gehouden worden in onderzoeksprojecten”.⁶

Een optimaal inzicht in de relatie tussen

kwalitatieve en meer kwantitatieve gegevens is alleen bereikbaar door systematische aandacht voor het verzamelen en verwerken van kwalitatieve gegevens; deze blijven op het ogenblik ten onrechte veelal als voor- of onwetenschappelijk buiten de discussie.

Het presenteren en bespreken van de klacht zijn uiteraard geen kwantitatieve fenomenen; dat gebeurt in een gesprek. Ook de door Wulff genoemde integrale evaluatie van de patiënt door de clinicus wordt vaak mede bepaald door overwegingen die niet in cijfers zijn uit te drukken en dus kwalitatief van aard zijn. De semiotiek, die de relatie tussen tekens en datgene waarnaar ze verwijzen, bestudeert, is oorspronkelijk een van de drie takken van de Griekse geneeskunde. Het feit dat we tegenwoordig laboratorium-uitslagen hebben die op een bepaalde diagnose kunnen wijzen, ontslaat ons niet van de plicht om kwalitatief na te gaan wat de relatie tussen laboratorium-uitslag en klachtpresentatie is. Om met Wulff te spreken: „Zo zullen de vorderingen die men in het laboratorium maakt, op rationeler wijze ten nutte kunnen worden gemaakt in de praktijk”.⁶

Er is geen houdbaar wetenschapstheoretisch argument aan te voeren waarom de vorderingen in het laboratorium, dan wel kwantificerend sociaal-wetenschappelijk onderzoek eerder aanspraak zouden mogen maken op het etiket „wetenschappelijk” dan meer kwalitatieve vormen van onderzoek. Het criterium dat in de praktijk wordt gehanteerd, is de intersubjectieve plausibiliteit, zoals die in het forum van de wetenschappelijke wereld wordt gehanteerd. Wie helder redeneert, kan plausibel én relevant zijn en zo doorzeilen tussen de Scylla van moeizame operationalisaties of beperkte relevantie aan de ene kant en de Charybdis van vaag en onbewijsbaar geleuter aan de andere.

Wijzigende wetenschapsvisies horen (gelukkig) tot het weefsel dat het wetenschappelijk forum in stand houdt,²⁹ en de plek die daarin voor huisartsgeneeskundig onderzoek wordt ingeruimd, kan zo op meer dan één manier een bijzondere zijn.

¹ Fahrenfort M. Besluitvorming op een chirurgische polikliniek. *Metamedica* 1982; 61: 54-63.

² Cicourel A. *Method and measurement in sociology*. New York: Free Press, 1964.

³ Giddens A. *Nieuwe regels voor de sociologische methode*. Baarn: Ambo, 1979.

⁴ De Groot AD. *Methodologie*. 's Gravenhage: Mouton, 1961.

⁵ Sluis P, Spreeuwenberg C, Gill K. Diagnostiek van bronchuscarcinoom in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1982 (suppl Huisarts & Praktijk 6): 55-62.

⁶ Wulff HR. *Principes van klinisch denken en handelen*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.

⁷ Sudnow D. *Passing on*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall, 1967.

⁸ Glaser BG, Strauss AL. *Awareness of dying*. Chicago: Aldine Press, 1965.

⁹ Matse J. *Het laatste kwartier [Dissertatie]*. Baarn: Ambo, 1979.

¹⁰ Spreeuwenberg C. *Huisarts en stervenshulp [Dissertatie]*. Utrecht: Rijksuniversiteit te Utrecht, 1981.

¹¹ Roberts C. *Doctor and patient in the teaching hospital. A tale of two life-worlds*. Lexington (DC): Health, 1977.

¹² Bremer JJCB. *De ziekenhuispatient*. Utrecht Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1963.

¹³ Ten Have H. *Het verpleeghuis; veld van onderzoek*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1979.

¹⁴ Bergsma J, Flohr PJM. *Onderzoeksrapport III. De spreekkamer*. Tilburg: Katholieke Hogeschool, 1982.

¹⁵ Dingwall R. *Aspects of illness*. London: Martin Robertson, 1977.

¹⁶ Davis A. ed. *Relationships between doctors and patients*. Aberdeen: Saxon House, 1978.

¹⁷ Strong P. *The ceremonial order of the clinic*. London: Routledge & Kegan Paul, 1979.

¹⁸ Linschoten J. *Op weg naar een fenomenologische psychologie*. Utrecht: Bijleveld, 1959.

¹⁹ Linschoten J. *Idolen van de psycholoog*. Utrecht: Bijleveld, 1964.

²⁰ Berg JH van den. *De psychologie van het ziekbed; een hoofdstuk uit de medische psychologie*. Nijkerk: Callenbach, 1952.

²¹ Berg JH van den. *Het menselijk lichaam*. Nijkerk: Callenbach, 1959, 1961.

²² Goffman E. *Asylums*. Garden City (NY): Doubleday Anchor, 1961.

²³ Goffman E. *Stigma*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall, 1963.

²⁴ Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine, 1967.

²⁵ Schatzman L, Strauss A. *Field research. Strategies for a natural sociology*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall, 1973.

²⁶ Schwartz H, Jacobs J. *Qualitative sociology*. New York: Free Press, 1979.

²⁷ Bogdan R, Taylor SJ. *Introduction to qualitative research methods*. New York: John Wiley, 1975.

²⁸ Popper K. *Conjectures and refutations*. London: Routledge & Kegan Paul, 1972.

²⁹ Kuhn A. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1970.