

- 23 Campbell NC, Thain J, Deans HG, Ritchie LD, Rawles JM, Squair JL. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: randomised trial of effect on health. *BMJ* 1998;316:1434-7.
- 24 Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2003;326:84-7.
- 25 Lobo CM, Frijling BD, Hulscher MEJL, Bernsen RMD, Grol RPTM, Prins A, et al. Effect of a comprehensive intervention program targeting general practice staff on quality of life in patients at high cardiovascular risk: A randomized controlled trial. *Qual Lif Res* 2004;14:73-80.
- 26 Van Leest LATM, Schattenberg G, Mulder J, Van Doremalen JHM, Tiersma W, Tsang S, et al. De effecten van invoering van preventie van hart- en vaatziekten. Evaluatie van het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk, hart- en vaatziekten; 1998-2000'. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research, 2001.
- 27 Hippisley-Cox J, Pringle M. General practice workload implications of the national service framework for coronary heart disease: cross-sectional study. *BMJ* 2001;323:269-70.
- 28 Frijling BD, Hulscher MEJL, Van Leest ATM, Braspenning ICC, Van den Hoogen H, Drenthen AJM, et al. Multifaceted support to improve preventive cardiovascular care: a nationwide, controlled trial in general practice. *Br J Gen Pract* 2003;53:934-41.
- 29 Grimshaw J, Thomas RE, Maclennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment* 2004; 8:1-80.
- 30 Kunz R, Oxman AD. The unpredictability paradox: review of empirical comparisons of randomised and non-randomised clinical trials. *BMJ* 1998;317:1185-90.
- 31 Eccles M, Ford GA, Duggan S, Steen N. Are postal questionnaire surveys of reported activity valid? An exploration using general practitioner management of hypertension in older people. *Br J Gen Pract* 1999;49:35-8.

## Methodologie van kwalitatief onderzoek

# Kwalitatief onderzoek: nuttig, onmisbaar en uitdagend

Hans Philipsen, Myrra Vernooy-Dassen

Kwalitatief onderzoek is geschikt om de aard en de context van verschijnselen te bestuderen. Niet meer en niet minder. Kwalitatief en kwantitatief onderzoek kunnen niet zonder elkaar. Wel lijkt zowel de wetenschapsbeoefening als de toepassing ervan schade indien, zoals nu nog wel het geval is, de kwalitatieve aanpak onderbelicht blijft. Hieronder geven we een korte inleiding over de methoden van kwalitatief onderzoek en bespreken we enkele risico's daarvan voor de praktijk van de gezondheidszorg. Dit artikel is het eerste van een serie van vier artikelen over kwalitatief onderzoek.

### Een voorbeeld

Indische Nederlanders vormen de oudste allochtone bevolkingsgroep. In de vijftiger jaren stroomde, gedwongen door de politieke ontwikkelingen in het pas kort onafhankelijke Indonesië, een

### Auteursgegevens

prof.dr. H. Philipsen, emeritus hoogleraar Medisch Sociologie, Universiteit Maastricht, Faculteitsbureau Gezondheidswetenschappen, 6200 MD Maastricht; UMC St Radboud, WOK, Alzheimer Centrum Nijmegen: mw.dr. M. Vernooy-Dassen, coördinator.

Correspondentie: h.philipsen@facburfdgw.unimaas.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

kwart miljoen mensen van Indo-Europese herkomst Nederland binnen. Hun integratie verliep in de eerste jaren verre van gemakkelijk. De voorzieningen waren matig; er trad – zij het met mate – gettovorming op. De ontvangst in de samenleving was niet altijd prettig. Lang is in steden als Den Haag de aanduiding 'blauwe' een alledaags scheldwoord gebleven. Uiteindelijk is hun integratie in veel opzichten geslaagd. Toch bestaan er verschillen die vooral in de oudere generaties tot uiting komen in de gezondheidszorg en in de omgang met ziekte en gezondheid. Zo is men gesteld op voorzieningen in de zorg die in de eigen kring worden verschaft. Zo'n vijftien jaar geleden bleek in een grote stad dat Indische ouderen nauwelijks gebruikmaakten van voorzieningen in gewone zorg- en welzijnsinstellingen. Tevens was van individuele hulpverleners bekend dat zich ook in deze groep de gewone problemen rond veroudering voordeden. Wat is hier aan de hand? Met deze vraag kwam een overkoepelende Indische servicevereniging na enig zoeken terecht bij de Faculteit Gezondheidswetenschappen in Maastricht. Na uitvoerig overleg is toen gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Een doctoraalstudente, zelf van Indische komaf, heeft met elf ouderen en een handvol hulpverleners een lang gesprek gevoerd.<sup>1</sup> Deze gesprekken waren niet streng gestructureerd, maar vonden wel plaats aan de hand van een lijst met onderwerpen. De onderwerpen waren geordend in drie thema's: opvattingen over ziekte en gezondheid, contacten

met professionele hulpverleners en instellingen, goede en slechte kanten in de zorgverlening. De gesprekken werden uitvoerig uitgewerkt en besproken in een onderzoeksteam. Vervolgens ging de veldwerkster terug naar de gesprekspartners om te vragen of ze alles goed had begrepen en of er nog aanvullingen waren. Daarna vond de definitieve analyse plaats die vooral gericht was op het vinden van sprekende inzichten in de taal van de onderzochten. In tweede instantie werden de bevindingen getoetst aan bestaande ideeën en kennis over interculturele contacten in de gezondheidszorg. In dit geval blijkt de onderzochte barrière verklaard te kunnen worden uit een tweedeling uit de Ind(ones)ische etiquette: *aloes* en *kasar*. Onder sommige omstandigheden dient het gedrag aloes te zijn: verijnd, beschaafd en respectvol. Dat geldt in de omgang met ouderen, als het over ziekte gaat, als men kritiek wil uiten of raad wil geven. Andere omstandigheden vragen om kasar gedrag: grof, ruw en slagvaardig. In de Indische cultuur verwacht men in de gezondheidszorg aloes bejegend te worden, maar de omgangsvormen van de bijna altijd jongere hulpverleners zijn getraind kasar. Vooral als men van huis is, in het ziekenhuis of een inrichting, voelt men zich ongelukkig. De reactie is dan schaamte en terugtreden. Deze uitkomst leidde vooral tot verheldering van het oorspronkelijk probleem. Op grond daarvan zijn een aantal aanbevelingen gedaan, die vooral op de omgang met (Indische) ouderen betrekking hebben.

### Wat is kwalitatief onderzoek?

De kortste omschrijving van kwalitatief onderzoek luidt: de studie van de aard van verschijnselen.<sup>2</sup> Deze definitie sluit aan de ene kant sommige kenmerken van te bestuderen verschijnselen in. Het gaat om de aard van de verschijnselen, dat wil zeggen om hun kwaliteit, hun verschijningsvormen, de context waarin ze voorkomen, de perspectieven van waaruit men er naar kan kijken, enzovoorts. Daarmee zijn andere kenmerken buitengesloten. In het bijzonder geldt dat voor de omvang en de frequentie van verschijnselen en voor hun plaats in objectief vast te stellen ketens van oorzaak en gevolg. Voor deze laatste kenmerken is het zogenaamde kwantitatieve onderzoek beter geschikt. De ene vorm van onderzoek richt zich dus op andere vraagstellingen dan het andere type. Het te bestuderen probleem definieert de onderzoekskeuze. Om deze simpele stelling goed te begrijpen is het verstandig enkele misverstanden uit de weg te ruimen.

Kwalitatief onderzoek moet niet gezien worden als een soort alternatief onderzoek dat niets van 'objectieve' metingen zou willen weten. Elk wetenschappelijk onderzoek berust op een methodologie: een algemeen aanvaarde weg waarlangs men tot kennis komt. Daarbij bedient men zich van metingen: scores die een onderzoeker volgens vaste procedures aan een aspect van een verschijnsel toekent. In kwalitatief onderzoek is de aandacht voor de kwaliteit van waarnemingen en constatering – gemakshalve vaak samengevat met de woorden betrouwbaarheid en geldigheid – even sterk ontwikkeld als in kwantitatief onderzoek. De techniek in het voorbeeldonderzoek waarbij deelnemers tweemaal ondervraagd worden, is een middel om de betrouwbaarheid van de waarne-

### De kern

- ▶ Kwalitatief onderzoek is nuttig omdat er vraagstukken bestaan die alleen met dit type onderzoek bestudeerd kunnen worden.
- ▶ Kwalitatief onderzoek is onmisbaar omdat kwantitatief en kwalitatief onderzoek niet zozeer elkaars alternatief zijn, maar elkaar aanvullen.
- ▶ Kwalitatief onderzoek is uitdagend, omdat doordringen in de aard van een verschijnsel kennis verschaft over de perspectieven van waaruit men de wereld kan benaderen, over de samenhang der dingen en het veld waarin ze voorkomen en over het handelen van professionals, lees huisartsen, in hun dagelijkse praktijk.

mingen vast te stellen met behulp van een zo genaamde *member check*.

Kwalitatief en kwantitatief onderzoek sluiten elkaar bovendien niet uit. In tegendeel: zij vullen elkaar aan. Zo ligt het voor de hand dat het voorbeeldonderzoek zou worden opgevolgd door een enquêteonderzoek naar de omvang en spreiding van de vastgestelde knelpunten in de hulpverlening. Wanneer de aard van een verschijnsel in kaart is gebracht, wil men daarna wel de zaken in maat en getal leren kennen. De zwakte van veel kwantitatief onderzoek bestaat daarin dat men begint te 'meten' voordat men voldoende zorgvuldig heeft vastgesteld wat de aard van het verschijnsel is. De zwakte van veel kwalitatief onderzoek is de gedachte dat het voldoende is inzicht in de samenhang der dingen te verschaffen. Ook al hoeft niet alle onderzoek door dezelfde onderzoekers te worden gedaan, veel problemen in de gezondheidszorg vragen zowel kwalitatieve als kwantitatieve bemoeienis.

Kwalitatief onderzoek is geen nieuwlichterij van de postmoderne wetenschap. Als methodologische aanpak is het ontstaan ervan nauw verbonden met de opkomst van zowel de sociale wetenschappen als de klinische medische wetenschappen als empirische disciplines aan het eind van de negentiende eeuw. In een poging zich los te maken van al te gemakkelijke theorieën en loze beweringen bevrijdde men zich uit deze leunstoelsociologie of hoe men het ook noemde. Men betrad het veld: dat wil zeggen de slums van Chicago of Londen, de dorpen van Amazone-indianen, en niet te vergeten de spreek- en slaapkamers van Wenen. En al deze onderzoekers kwamen in de woorden van Ollie B. Bommel en Tom Poes tot de bevinding: '...de gewone ervaring leert al anders'. Het succes van deze empirische onderzoeken leidde tot een verwetenschappelijking ervan in een richting waarin de kwantitatieve methodologie en het experiment als techniek van voorkeur sterk benadrukt werden. Pogingen het evenwicht tussen de kwalitatieve en de kwantitatieve benadering te herstellen zijn sinds de jaren zestig gemeengoed. Die tijdsgebonden herkomst leidde tot een vaak ideologisch beladen discussie over kwalitatief onderzoek. De ideologie is al jaren grotendeels weggesleten.

## Kwalitatief onderzoek en ondersteuning van de dagelijkse praktijk

Kwalitatief onderzoek verdient vooral aanbeveling indien men bij het doordenken van de probleemstelling op één of meer van de volgende drie vragen stuit:

- ▶ Hoe ervaren mensen wat ze meemaken? Wat is het perspectief waaruit ze dat beoordelen? Hoe passen ze hun ervaringen in hun levensverhaal?
- ▶ Hoe valt de samenhang te begrijpen tussen zeer verscheiden gebeurtenissen die bij herhaling een overeenkomstig verloop vertonen (bijvoorbeeld de functie van het dragen van bedrijfskleding in verschillende beroepen)? Wat is daarvan de dieptestructuur zoals antropologen dat noemen?
- ▶ Hoe laat men in de praktijk zo goed mogelijk de contacten verlopen om de doelen van professionele, wetenschappelijk gefundeerde hulpverlening te bevorderen?

In het voorbeeld van de Indische ouderen blijkt het van belang hun bijzondere levensverhaal te kennen. Een verhaal dat autochtoon Nederland schromelijk verwaarloosd heeft. Van groter belang nog is de moeilijk te doorbreken samenhang tussen het kasgedrag van hulpverleners en het terugtreden van hun patiënten. Een analyse van de dagelijkse praktijk in de hulpverlening kan dan laten zien wat de consequenties kunnen zijn voor de geboden zorg.

Deze benadering maakt duidelijk dat de handelingspraktijk in de gezondheidszorg nooit volledig volgens een enkel protocol gestandaardiseerd kan worden. In elke spreekkamer van professionals, en zeker in die van de huisarts, brengen hulpverlener en hulpvrager beiden het veld van hun ervaringen mee in een relatie die men met recht en reden zo zuiver als mogelijk medisch-wetenschappelijk wil houden. Dat veld ontkennen heeft weinig zin. Men kan beter tegengesteld redeneren. Kennis van die velden – men mag desgewenst van bijverschijnselen spreken – is het beste uitgangspunt om de medische of verpleegkundige zuiverheid te bewaren. In de praktijk van de huisartsgeneeskunde zou meer aandacht voor dit soort onderzoeken daarom niet misstaan.

Het zou overigens een misverstand zijn te veronderstellen dat kwalitatief onderzoek vooral nuttig en onmisbaar is om patiënten beter te leren kennen. Ook de wijze waarop professionals tot afspraken komen, hoe ze deze naleven en hoe samenwerking tussen verschillende disciplines verloopt, vormt evenzeer een veld of een context waarvan verheldering door kwalitatief onderzoek kan worden bereikt. Voorheen werd daarvoor vaak de Delphi-methode<sup>3</sup> gebruikt die sterk gericht is op het ontstaan van rationale, maar nogal papieren consensus. Nu staan de focusgroepen<sup>4</sup> in de belangstelling waarbij in een gezamenlijk gesprek wordt afgetast wat de knelpunten zijn in een bepaalde handelingspraktijk. Van deze toepassing van kwalitatief onderzoek is men terecht overtuigd. Zij het dat men wellicht beter een bredere keuze van onderzoekstechnieken zou kunnen inzetten om voldoende recht te doen aan de probleemstellingen die men wil oplossen.

## De open methodologie van kwalitatief onderzoek

Pleiten voor een bredere keuze van onderzoekstechnieken past goed bij misschien wel het belangrijkste onderscheid tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Wie bijvoorbeeld een experimenteel onderzoek gaat doen, kiest voor een onderzoeksopzet waarin over een langere periode vastligt hoe hij aan proefpersonen komt, welke metingen hij onder gestandaardiseerde omstandigheden verricht, hoe hij met tegenslagen omgaat en op grond van welke analyse hij beslist zijn hypothese te aanvaarden of te verwerpen. Deze methodologie zou men gesloten kunnen noemen. In kwalitatief onderzoek gaat men uit van een weerbarstig feit dat in een nog niet te standaardiseren veld plaatsvindt. Men begint vervolgens aan de hand van 'het eerste, het beste' idee één of meer interviews te houden, participerende waarnemingen te doen of gegevens op te vragen. De resultaten daarvan toetst men volgens de geldende spelregels aan dat eerste idee. Men komt wellicht op nieuwe veronderstellingen die andere technieken of andere informanten vragen. Kwalitatief onderzoek heeft zeker in het begin een korte cyclus. De empirische cyclus van redeneren, observeren en redeneren wordt enige malen herhaald. Hoe dat gebeurt, wordt vooral theoretisch gestuurd. Men zoekt passende gegevens bij de redeneringen. Niet om die gegevens naar de eigen hand te zetten; wel om ze op hun vruchtbaarheid te toetsen. Daarmee gaat men – als men het volgens het boekje doet – net zo lang door, maar vooral niet langer, tot zich geen nieuwe inzichten meer voordoen. Of in het jargon, tot saturatie (verzadiging) optreedt. Deze werkwijze maakt kwalitatief onderzoek uitdagend, maar ook lastig uitvoerbaar. Drie valkuilen dienen, vooruitlopend op wat in de overige artikelen nog aan de orde komt, een korte vermelding.

Juist door de open methodologie is het belangrijk de regels van de methoden en technieken niet te verwaarlozen. Zoals de onderzoeker moet zorgen voor wettig en overtuigend bewijs en de onderzoeksjournalist zijn bronnen moet checken en deponeren, zo moet de kwalitatieve onderzoeker de registratie van wat hij doet en laat, koesteren en altijd met collega's delen.

De open methodologie houdt ten principale in dat men niet op voorhand kan zeggen welke technieken men gaat gebruiken en hoeveel mensen men gaat interviewen. Volgens de vigerende spelregels van de overwegend kwantitatief georiënteerde onderzoeksorganisatie is dat echter een teken van zwakte in de planning. Daardoor vindt er vaak een onnodige fixatie plaats op technieken en aantallen waarnemingen. Een aardige illustratie daarvan is dat in het onderzoek onder Indische ouderen best met minder dan elf dubbelinterviews volstaan had kunnen worden. De bovengenoemde verzadiging trad al heel snel op. Het plan moest echter worden uitgevoerd.

Ook de kwalitatief werkende onderzoeker mag niet weglopen van de eventuele consequentie dat zijn bevindingen uitmonden in de noodzaak de gesloten methodologie van een veldexperiment, een cohortonderzoek of een omvangrijke survey te gaan volgen. Weerbarstige feiten kunnen immers tot weerbarstige conclusies leiden.

## Een inzicht van de verscheidenheid aan technieken van kwalitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek biedt een verscheidenheid aan technieken die gebruikt kunnen worden om de aard en de context van verschijnselen te bestuderen.

*Participerende observatie* waarbij het functioneren tijdens actie wordt bestudeerd door een onderzoeker die meedoet in plaats van toeschouwt, biedt de mogelijkheid bepaalde situaties diepgaand te bestuderen, zowel verbaal als non-verbaal.<sup>5</sup> Video-observatie biedt dezelfde mogelijkheid, maar hierbij maakt de observator geen deel uit van de setting. Dat heeft voordelen. Nadeel is dat men videoregistratie niet geheim kan houden. Beide vormen van observatie kunnen in de spreekruimte worden gebruikt, bijvoorbeeld om de interactie te onderzoeken tussen de patiënt en de huisarts.

Het *diepte-interview* biedt de mogelijkheid om het zingevingskader te achterhalen. Zo is bijvoorbeeld de betekenis onderzocht van het leven met een chronisch zieke partner.<sup>6</sup>

*Persoonlijke documenten* zoals dagboeken zijn ook toegankelijk voor kwalitatief onderzoek. Een dagboek geschreven door een zus van een vrouw met dementie bood inzicht in de mogelijkheden om ook met deze ziekte nog van de aangename kanten van het leven te kunnen genieten.<sup>7</sup> Ook *niet-persoonlijke documenten* uit archieven, jaarboeken en dergelijke worden vaak gebruikt. Een aardig voorbeeld is het in detail uitspitten van de bouwgeschiedenis van ziekenhuizen om te achterhalen welke visies daarin zijn terug te vinden op de wijze van verplegen en behandelen of de omgang met patiënten.

Verder winnen de groepsonderzoeken in de vorm van *Delphi-procedure*,<sup>3</sup> en *focusgroeponderzoek*<sup>4</sup> steeds meer aan populariteit. Bij het Delphi-onderzoek (en de meer recente nominale-groepstechniek) probeert men overeenstemming te bereiken over tegenstrijdig wetenschappelijk bewijs of elkaar tegensprekende praktijkinzichten; het focusgroeponderzoek exploreert kennis en ervaring en stimuleert het uitwisselen van hoe en waarom mensen op een bepaalde manier werken. Met name in het onderzoek naar knelpunten in het gebruik van NHG-Standaarden is dit een bruikbaar instrument.<sup>8</sup>

### Tot slot

Dit artikel biedt geen systematische inleiding in kwalitatief onderzoek. Het is bedoeld als een aperitief voor een diner. Dit bestaat uit drie gangen: artikelen die in opeenvolgende H&W-nummers zijn te lezen en waarin ook representatieve literatuuroverzichten zijn opgenomen. Tony Hak richt zich in H&W 2004(11) op de waarnemingsmethoden in kwalitatief onderzoek die sterk uiteen kunnen lopen. Hij pleit ervoor waarneming en analyse voortdurend af te wisselen. Daaruit volgt vanzelf dat één enkele methode niet mag overheersen. Hij heeft dan ook bedenkingen bij de populariteit van focusgroepen.

Fred Wester geeft in H&W 2004(12) een systematische schets hoe de analyse van kwalitatief onderzoek dient te verlopen; daarnaast beschrijft hij de fases van kwalitatief onderzoek. Het belang van

methodisch handelen met behulp van vastliggende procedures is daarbij cruciaal.

Het laatste artikel is van Myra van Zwieten en Dick Willems in H&W 2004(13); zij gaan in op de strategische betekenis van het begrip objectiviteit in het denken over kwalitatief onderzoek. Zij geven een aantal samenhangende beschouwingen over de methodologische kwaliteit van het onderzoek. Aan het slot presenteren zij een aantal beoordelingscriteria die men gedurende het verloop van een kwalitatief onderzoek kan toepassen.

### Abstract

Philipsen H, Vernooij-Dassen M. Qualitative research: useful, indispensable and challenging. *Huisarts Wet* 2004;47(10):454-7.

This article is the first of a series of four about the significance of qualitative research for health care research. Qualitative research studies the nature of (human) phenomena. Its ambition is neither more nor less. What are the different forms of a phenomenon that can be observed, what are the different perspectives under which phenomena can be considered and in what contexts do they occur? Qualitative research cannot answer equally important questions about the frequency of a well-defined phenomenon and its position in a chain of causes and consequences, or questions about relations between independent and dependent variables. Starting with an exemplary study why in a Dutch city elderly people of Indo-European descent do make insufficient use of existing health care facilities and arrangements, a number of general remarks are made on the nature of qualitative research. Emphasis is laid on the one hand on the necessity of working with strict rules to guarantee reliability and validity of the observations, and on the other hand on the open methodology necessary to study new and unruly facts and to formulate new insights. Qualitative research is useful because some research problems can only be solved by this methodology. It is indispensable because qualitative and quantitative research are each others complements. Qualitative research is challenging because studying the nature of a phenomenon gives significance to 'fresh' facts and insights that can be of help in daily practice.

### Literatuur

- 1 Bennehila-Neumann ML, Philipsen H, Mosterd N, Bauwens T. Indische ouderen in de gezondheidszorg. In: Werkgroep Interculturele Verpleging. Intercultureel verplegen. Utrecht: De Tijdstroom, 1995: 19-31.
- 2 Maso I. Kwalitatief onderzoek. Meppel: Boom, 1987.
- 3 Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995;311:376-80.
- 4 Kitzinger J. Introducing focus groups. *BMJ* 1995;311:299-302.
- 5 Mays N, Pope C. Observational methods in health care settings. *BMJ* 1995;311:182-4.
- 6 Kuyper MB. Op de achtergrond. Een onderzoek naar de problemen van partners van patiënten met een chronische ziekte [Proefschrift]. Katholieke Universiteit Nijmegen, 1993.
- 7 Vernooij-Dassen M, Wester F, Auf den Kamp M, Huygen F. The development of a dementia process within the family context: the case of Alice. *Soc Sci Med* 1998;47:1973-80.
- 8 Van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R. Dementia in general practice care: tasks, performance and barriers. *Patient Educ Couns* 2000;39:219-25.