

de betrokkenen aan bod te laten komen. Dat vereist specifieke vaardigheden en technieken. Vanuit het perspectief van Tronto is techniek een wezenlijk onderdeel van zorg.<sup>8</sup> Bij veel zorgvragen gaat het niet om gevoeligheid of medelijden, maar om adequate toepassing van technische middelen. Zo kan men ook technische middelen gebruiken om zicht te krijgen op de perspectieven van de betrokkenen in het zorgproces. Een semiotische analyse kan onbewuste associaties tussen begrippen blootleggen die nieuw licht werpt op het wereldbeeld van een van de partijen. Een analyse van bepaalde vormen van taalgebruik kan machtsrelaties blootleggen die de zorg op negatieve wijze beïnvloeden.

#### INTEGRATIE VAN BENADERINGEN

Vanuit dit gezichtspunt is het mogelijk om kwantitatieve methoden te integreren in kwalitatief onderzoek. Kwantitatieve gegevens kunnen leiden tot nieuwe vragen. Zo blijkt uit kwantitatief onderzoek dat het gebruik van mantelzorg en dat van professionele zorg door hulpbehoevenden op onverwachte wijze samenhangen: minder mantelzorg leidt niet tot meer, maar tot minder professionele zorg.<sup>9</sup> Dit gegeven noodt tot kwalitatief onderzoek naar de wijze waarop hulpvragers verschillen in assertiviteit tegenover zowel mantelzorgers als professionele zorgers. Gegevens uit kwantitatief onderzoek kunnen ook aanleiding geven tot discussie met de betrokkenen over de kwaliteit van de zorg. Efficiëntie en effectiviteit zijn immers voor de betrokkenen niet irrelevant. Steeds moet evenwel bedacht worden dat wetenschappelijke gegevens niet de absolute maatstaf leveren van wat goede zorg is; practici kunnen goede redenen hebben om zich niet te houden aan regels en richtlijnen, hoe wetenschappelijk gefundeerd die ook mogen zijn.

Het onderscheid tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek is zo bezien niet absoluut. Kwalitatief onderzoek vereist instrumenten die een kwantitatief karakter kunnen hebben. Kwantitatieve data krijgen pas betekenis in het

licht van hun relevantie voor de zorg, hetgeen een kwalitatieve vraagstelling impliceert. In het beleid rondom gezondheidszorgonderzoek is langzaam ruimte ontstaan voor kwalitatieve benaderingen. Maar zolang men uitgaat van een tegenstelling tussen kwalitatieve en kwantitatieve methoden, worden beide benaderingen te simpel uitgevoerd. De dialoog met de praktijk vereist aandacht voor de raakvlakken van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Alleen zo kan zorg als praktijk bestudeerd en verbeterd worden.

#### LITERATUUR

- 1 Tronto JC. Moral boundaries: a political argument for an ethic of care. New York: Routledge, Chapman and Hall, 1993.
- 2 Frohock FM. Special care: medical decisions at the beginning of life. Chicago: University of Chicago Press, 1986.
- 3 Anspach RR. Deciding who lives: fateful choices in the intensive care nursery. Berkeley: University of California Press, 1993.
- 4 Holstein JA. Court-ordered insanity: interpretive practice and involuntary commitment. Hawthorne NY: Aldine, 1993.
- 5 Widdershoven GAM. Principe of praktijk: een hermeneutische visie op gezondheid en zorg [inaugurale rede]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1995.
- 6 Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Beverly Hills: Sage, 1989.
- 7 Abma TA. Responsief evalueren [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1996.
- 8 Widdershoven GAM, Verkerk M, Berg M. Technologie en zorg: inleiding op het thema. *Gezondheid* 1995;3:250-3.
- 9 Achterberg Th van. Continuity of care and client satisfaction in the community: a study of professional and non-professional care for the chronically ill [proefschrift]. Universiteit Maastricht, 1997.

#### CORRESPONDENTIE-ADRES

Prof.dr G.A.M. Widdershoven, Vakgroep Gezondheids-ethiek en Wijsbegeerte, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel. 043-3881144

## Kwalitatief versus kwantitatief onderzoek: een zinloos onderscheid?

*D.H. de Bakker \**

De veronderstelde dichotomie tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek is een zinloze. Het onderscheid valt niet scherp te maken. Met name in evaluatieonderzoek gaat het om een mengeling van methoden. Kwalitatief onderzoek dient evenals kwantitatief onderzoek te voldoen aan criteria zoals controleerbaarheid en replicerbaarheid. Er worden steeds meer methoden ontwikkeld om kwalitatieve informatie op een kwantitatieve

manier te verwerken. De kwestie waar het bij de beoordeling van onderzoeksaanvragen dan ook werkelijk om gaat, is het maken van onderscheid tussen goed en slecht onderzoek.

Trefwoorden: gezondheids(zorg)onderzoek, kwalitatief onderzoek, kwantitatief onderzoek, case-studies, evaluatieonderzoek, actieonderzoek

#### GEEN HELDER ONDERSCHIED

Als kwantitatief ingesteld onderzoeker was de eerste vraag die ik mij stelde: hoe vaak komt kwalitatief gezondheidszorgonderzoek nu eigenlijk voor in vergelijking tot kwali-

\* D.H. de Bakker, NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht

tatief onderzoek en hoe vaak komt het in combinatie met elkaar voor?

De artikelenserie in *The British Medical Journal*<sup>1</sup> verschaft geen operationele definitie van 'kwalitatief' dan wel 'kwantitatief' onderzoek, maar brengt wel begrippen als observatie, interviews en case-studies in verband met kwalitatief onderzoek, en survey-onderzoek en experimenten met kwantitatief onderzoek.

Inspectie van de 'Registratie van Wetenschappelijk Onderzoek in de Gezondheidszorg' (een door het NIVEL bijgehouden databank met informatie over circa 4000 onderzoeksprojecten) leert al snel dat ook onderzoek met interviews en observatie-onderzoek soms zeer kwantitatief kunnen zijn. Het begrip case-study is op zich al onduidelijk. In de genoemde databank worden 170 projecten door de onderzoekers gekenschetst als case-study. Er zijn echter minstens evenveel projecten (bijvoorbeeld evaluatie-onderzoek rond lokale initiatieven) die ook als zodanig zouden kunnen worden benoemd.

Kortom de begrippen rond 'kwalitatief' en 'kwantitatief onderzoek' hebben in hoge mate een 'fuzzy' karakter en zijn nodig toe aan verheldering in 'focus-groepen' en door 'concept-mapping'. Wat wel duidelijk wordt uit de databank is dat kwantitatief c.q. kwalitatief onderzoek in zui-vere vorm betrekkelijk weinig voorkomt.

#### EVALUATIEONDERZOEK VAN INTERVENTIES

Gezondheidszorgonderzoek betreft vaak een mix van methoden. Dat geldt zeker als het gaat om evaluatieonderzoek van interventies, of het nu gaat om beleidsmaatregelen als de invoering van eigen bijdragen of om lokale initiatieven gericht op verbetering van de samenwerking tussen huisarts en specialist.

De vraag of de beoogde effecten van een interventie bereikt worden, dient bij voorkeur in kwantitatieve termen te worden nagegaan, al is het alleen maar omdat daarmee de ontwikkelaars van de interventie worden gedwongen tot het formuleren van meetbare doelen. Een kwalitatieve aanpak kan geen excuus zijn om hiervan af te zien.

De daaropvolgende vraag of het al dan niet bereikte effect is toe te schrijven aan kenmerken van de interventie, kan vaak niet uitsluitend met behulp van kwantitatief onderzoek worden beantwoord. Het 'beter doen' in vergelijking tot een controlegroep geeft wel een belangrijke aanwijzing, maar is niet voldoende.

Dat komt in de eerste plaats doordat we in feite altijd van doen hebben met case-studies.<sup>2</sup> Het succes of falen van een lokaal experiment is afhankelijk van de regio-specifieke context: in het geval van de samenwerking tussen huisarts en specialist van de vraag of sleutelpersonen van beide groeperingen met elkaar overweg kunnen, van ervaringen op dat terrein in het verleden, van ontwikkelingen die zich tijdens het experiment voordoen als reorganisaties en fusies, etc. Aangezien controlegroepen vaak afkomstig zijn uit een naburige regio (het gebruik van landelijke referentiegegevens is in feite beter), beperkt het design zich eigenlijk tot niet meer dan een vergelijkende gevalstudie. Ook bij de evaluatie van landelijk ingevoerde beleidsmaatregelen gaat het in feite om case-studies die zijn gebonden aan het betreffende gezondheid-zorgstelsel op dat betreffende moment.

In de tweede plaats zijn de interventies niet altijd even helder geformuleerd en als ze dat wel zijn, worden ze anders geïmplementeerd dan gepland. Een gedegen beschrijving van de interventie en een procesbeschrijving van de wijze waarop de interventie is geïmplementeerd, is daarom noodzakelijk om antwoord te geven op de vraag wat precies tot het gemeten resultaat heeft geleid. Bij een dergelijke beschrijving kan men niet om kwalitatieve onderzoeksmethoden zoals interviews en analyse van documenten heen.

Door dit alles gaat het bij evaluatieonderzoek van interventies bijna per definitie om een mengeling van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. De generaliseerbaarheid van de resultaten van evaluatie-onderzoek naar andere situaties is ook per definitie beperkt, want steeds weer gebonden aan de specifieke context. Dat maakt het echter niet zinloos. De enige manier om te leren uit ervaringen uit het verleden is door ze op een gestructureerde manier te evalueren, inclusief een beschrijving van de specifieke context en een goede procesbeschrijving.

Een opmerking dient te worden gemaakt over de relatie tussen evaluatie- en actieonderzoek. Evaluatieonderzoek kent altijd een actiecomponent. Alleen al de wetenschap geëvalueerd te worden, kan invloed hebben op de uitvoerders van de interventie. Daarnaast kunnen interviews, interimrapportages en dergelijke ook van invloed zijn op het verloop van de interventie. Een dergelijke beïnvloeding is moeilijk ontkoombaar en kan, indien het van groot belang is voor het verloop van de interventie, aan de orde komen in de procesbeschrijving. Dit dient te worden onderscheiden van zogenaamd actieonderzoek dat bij nadere beschouwing geen onderzoek blijkt te zijn maar een ontwikkelingsproject.

#### GOED EN SLECHT ONDERZOEK

Bij de beoordeling van onderzoeksaanvragen door instanties als ZON, NWO en de Ziekenfondsraad dient de vraag of het om kwantitatief of kwalitatief onderzoek gaat geen rol te spelen. Het dient te gaan om de vraag of het goed onderzoek of slecht onderzoek betreft. De scheidslijnen tussen goed en slecht onderzoek vallen niet samen met die tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek.

Kwalitatief onderzoek dient, evenals kwantitatief onderzoek, te voldoen aan criteria als helderheid van de context, de vraagstelling, de steekproefopzet, de gebruikte onderzoeks- en analysemethodes (zie de checklist van Mays en Pope<sup>3</sup> in hun bijdrage in de BMJ-reeks). De controleerbaarheid en repliceerbaarheid van het onderzoek is ook bij kwalitatief onderzoek een essentieel criterium.

Er worden overigens steeds meer methoden ontwikkeld om kwalitatieve informatie op een kwantitatieve manier te verwerken of steekproeven te trekken voor vergelijkende gevalstudies. Te denken valt hier aan het computerprogramma Kwalitan. Maar er zijn bijvoorbeeld ook scoringsmethodes ontwikkeld om op videoband vastgelegde arts-patiëntcommunicatie op kwantitatieve wijze vast te leggen.

Ik hoop hiermee te hebben betoogd dat de veronderstelde dichotomie tussen kwalitatief en kwantitatief onder-

zoek in feite een zinloze is. Onderzoek dient op een zo adequaat mogelijke wijze antwoord te geven op helder geformuleerde vraagstellingen gericht op het verwerven van kennis. Kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden vullen elkaar daarin aan.

#### LITERATUUR

1 Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach [artikelenreeks]. Br Med J 1995;311:42-5 en verder.

2 Keen J, Packwood T. Case study evaluation. Br Med J 1995;311:444-6.

3 Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. Br Med J 1995;311:109-12.

#### CORRESPONDENTIE-ADRES

Dr D.H. de Bakker, NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-2729700, fax 030-2729729

## Kwantitatief versus kwalitatief onderzoek: een valse dichotomie

Bie Nio Ong \*

De gangbare stereotypen die bestaan over de aard van kwantitatief en kwalitatief onderzoek bevatten begrippen zoals harde gegevens, objectiviteit, structuur, betrouwbaarheid en hypothesetoetsing wanneer gesproken wordt over kwantitatief onderzoek. Met betrekking tot kwalitatief onderzoek zijn woorden gangbaar zoals zachte gegevens, subjectiviteit, structuurloosheid, dichtheid en illustratief materiaal. Deze termen weerspiegelen de opvatting dat de twee methodes diametraal tegenover elkaar zouden staan. De huidige praktijk van wetenschappelijk onderzoek wijst in toenemende mate uit dat deze opvatting niet helpt om de werkelijke complexiteit van het menselijke leven te omvatten. In dit artikel wordt aangegeven dat de complementariteit van de twee benaderingen verrijkend is voor wetenschappelijk onderzoek, met name binnen het gezondheidsveld. Een Brits voorbeeld dient ter illustratie voor deze opstelling.

Trefwoorden: gezondheids(zorg)onderzoek, kwalitatief onderzoek, kwantitatief onderzoek, chronische ziekten, meetinstrument (SF-36)

#### KWANTITATIEF EN KWALITATIEF ONDERZOEK: WEDERZIJDSE BIJDAGEN

De dominantie van het medisch-wetenschappelijke model op het gebied van gezondheids(zorg)onderzoek heeft geleid tot de status van kwantitatieve methodes als de 'gouden standaard'. Deze nadruk op de natuurwetenschappelijke oriëntatie is bekritiseerd door verschillende wetenschappers die stellen dat de aandacht voor de fysiologische en epidemiologische aspecten van ziekte moet worden aangevuld met een wetenschappelijke beschouwing van de sociaal-economische aspecten en de ziektebeleving van individuen en groepen.<sup>1</sup> Het is met name op dit terrein dat de nieuwe aandacht voor de

wisselwerking tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek veelbelovend is.

Een simpel, maar duidelijk onderscheid tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek is dat de eerstgenoemde zich concentreert op meting, terwijl de laatstgenoemde gericht is op verklaring.<sup>2</sup> Hoewel er onderscheid bestaat binnen de kwalitatieve stroom tussen bijvoorbeeld etnografie, fenomenologie of interpretivisme, is de belangrijkste bijdrage van kwalitatieve benaderingen dat zij de mogelijkheid bieden om 'in de huid te kruipen' van de individuen en culturen die bestudeerd worden, om zo uitleg te kunnen geven over waarom mensen op een bepaalde manier denken, voelen en handelen. In plaats van de twee benaderingen als tegenoverelkaarstaand te beschouwen, is het reëler om ze als twee uiteinden van een continuüm te zien, waarbij de kwantitatieve methode meer precisie belooft en de kwalitatieve methode meer diepte.<sup>3</sup>

De doelstelling van een bepaald onderzoeksproject is de belangrijkste factor in de keuze van de methode. Miles en Huberman<sup>4</sup> werken deze opvatting verder uit wanneer ze zeggen dat de methodes elkaars intrinsieke kwaliteiten kunnen aanvullen en dat ze met elkaar in verband gebracht moeten worden, zodat ze elkaar kunnen confirmeren en versterken. Zij maken dit concreter met betrekking tot specifieke stappen in het onderzoeksproces:

- ontwerp: de kwantitatieve methode helpt met het vinden van representatieve steekproeven en identificatie van deviante gevallen; de kwalitatieve methode assisteert bij de inhoudelijke ontwikkeling van onderzoeksvragen;
- dataverzameling: kwantitatieve data schetsen een achtergrond en bieden toegang tot informatie die vaak niet wordt aangeboord; het kwalitatieve perspectief creëert een organisatorisch en theoretisch kader voor de dataverzameling;
- analyse: kwantitatieve gegevens demonstreren de generaliseerbaarheid van specifieke observaties, en kunnen deze verifiëren; kwalitatief materiaal verdiept de uitleg van de kwantitatieve uitkomsten via interpretatie, validatie en theoretische verklaring.

Op het gebied van gezondheidsonderzoek stellen Popay et al.<sup>5</sup> dat het volledige scala van methodes van toepassing

\* B.N. Ong, Reader in Health Services Research, Centre for Health Planning and Management, Keele University, Keele, Verenigd Koninkrijk