

Tom Poelman,
Vakgroep Huisarts-
geneeskunde en
Eerstelijnsgezond-
heidszorg, UGent

Kwalitatief onderzoek: onbekend is onbemind

Sinds zijn ontstaan heeft Minerva zich uitsluitend toegelegd op het duiden van kwantitatief onderzoek en dan vooral van gerandomiseerde klinische studies (RCT's). Meermaals zijn we hierbij gebotst op de grenzen van deze vorm van wetenschappelijk onderzoek. Zo stelden we vast dat RCT's onvoldoende antwoord geven op complexe vragen. Hoe kunnen we er bijvoorbeeld voor zorgen dat patiënten met diabetes mellitus langer gespaard blijven van vaataandoeningen? Om hierop een antwoord te kunnen geven zal het niet volstaan om alleen met RCT's de effectiviteit van geneesmiddelen te onderzoeken. We zullen ook inzicht moeten krijgen in aspecten van therapietrouw en de implementatie van richtlijnen¹. Ook bij de zorg rond het levenseinde constateerden we dat de onderbouwing niet beperkt kan blijven tot de resultaten van kwantitatief onderzoek². Uiteraard zijn er nog tal van andere onderwerpen die we niet kunnen reduceren tot objectieve vragen zoals: *hoeveel*, *hoe frequent*...? Wanneer we inzicht willen krijgen in het *hoe* en het *waarom* van een bepaald verschijnsel binnen zijn natuurlijke (sociale, historische of individuele) context moeten we ons beroepen op een kwalitatieve onderzoeksmethode. Het is belangrijk om hierbij meteen te vermelden dat we kwalitatief onderzoek niet mogen beschouwen als inferieur aan kwantitatief onderzoek. In vele gevallen geeft kwalitatief onderzoek ons de noodzakelijke wetenschappelijke informatie die we nodig hebben om zinvol kwantitatief onderzoek uit te voeren.

Als we bijvoorbeeld willen weten in hoeverre huisartsen richtlijnen toepassen of als we de impact van de toepassing van deze richtlijnen willen kennen op morbiditeit, mortaliteit, genezing, niet-voorzien gebeurtenissen, complicaties, tevredenheid van patiënten is kwantitatief onderzoek een juiste keuze³. Recent observationeel onderzoek in Nederland toonde bijvoorbeeld aan dat huisartsen weinig geneigd zijn om richtlijnen te volgen wanneer ze moeten beslissen over de behandeling van patiënten met hartfalen⁴. Er is in dat verband ook al veel interventieel onderzoek geweest over het nut van strategieën om richtlijnen in de praktijk beter te implementeren⁵. Deze onderzoeksresultaten zijn zeker nuttig maar brengen ons geen stap dichterbij de vraag welke factoren bepalen waarom huisartsen richtlijnen gebruiken of niet gebruiken in hun dagelijkse praktijkvoering. Hiervoor moeten we dieper gaan graven in het denken en het handelen van praktiserende huisartsen. En dat kan alleen via gesprekken in een kwalitatief onderzoeksopzet⁶. Wanneer we op die manier meer te weten komen over wat er belangrijk is voor huisartsen bij de toepassing van richtlijnen in hun klinische besluitvorming, zouden we vervolgens richtlijnen kunnen aanpassen. Via interventieel of observationeel onderzoek zouden we dan opnieuw kunnen peilen naar de impact van deze aanpassingen op het gebruik van richtlijnen⁷. De cirkel is rond...

Bij experimenteel onderzoek bepaalt het studieprotocol de selectieprocedure van de studieop-

pulatie, wat en hoe men bepaalde uitkomstmaten zal meten en hoe men de resultaten zal analyseren om de hypothese te aanvaarden of te verwerpen. In tegenstelling tot deze gesloten methodologie volgt kwalitatief onderzoek een meer open manier om kennis te verwerven over de werkelijkheid⁷. Vertrekkend van een bepaalde werkhypothese kiest men in kwalitatief onderzoek voor een bepaalde waarnemingsmethode (zoals een gestructureerd interview) die toegepast wordt op een aantal personen met een bepaald kenmerk (zoals huisartsen uit een bepaalde regio)⁸. De steekproefgrootte ligt niet op voorhand vast. Men blijft zolang includeren tot er zich geen nieuwe inzichten meer voordoen, m.a.w. tot saturatie of verzadiging bereikt is^{9,9}. Op basis van de analyse van de eerste resultaten kan men de initiële hypothese bijsturen en opnieuw toetsen. De opzet en het verloop van een kwalitatief onderzoek is dus veel losser en vooraf niet te bepalen. Dat neemt uiteraard niet weg dat kwalitatief onderzoek ook kritisch beoordeeld moet worden op het vlak van geldigheid, betrouwbaarheid en validiteit^{10,11}. Deze aspecten bespreken we uitgebreid in het methodologische artikel van deze maand (zie blz. 24).

Het was wel even zoeken om de resultaten van kwalitatief onderzoek in het geijkte stramien van Minerva weer te geven. Met enkele belangrijke getallen kan je bijvoorbeeld een RCT op een bondige manier samenvatten. Maar, hoe verwerk je de rijkdom aan citaten, extrapolaties en interpretaties van een kwalitatief onderzoek zonder te vervallen in nietszeggende zinnen? We deden een poging om de resultaten van een kwalitatief onderzoek over het gebruik van richtlijnen bij huisartsen overzichtelijk weer te geven en te duiden (zie blz. 14). Lees zeker verder...

Referenties

1. Vermeire E. Geeft Evidence-Based Medicine ook een antwoord op complexe vragen? *Minerva* 2005;4(1):1.
2. Chevalier P, Soenen K, Sturtewagen J-P, Vanhalewyn M. Zorg bij het levenseinde: is er ook hier nood aan 'evidentie'? *Minerva* 2008;7(9):129.
3. Chevalier P. Betekent het toepassen van richtlijnen ook winst voor de gezondheid? *Minerva* 2010;9(3):25.
4. Swennen MH, Rutten FH, Kalkman CJ, et al. Do general practitioners follow treatment recommendations from guidelines in their decisions on heart failure management? A cross-sectional study. *BMJ Open* 2013;3(9):e002982.
5. Brusamento S, Legido-Quigley H, Panteli D, et al. Assessing the effectiveness of strategies to implement clinical guidelines for the management of chronic diseases at primary care level in EU Member States: a systematic review. *Health Policy* 2012;107:168-83.
6. Anthierens S, Poelman T. Hoe helpen praktijkrichtlijnen de huisarts in zijn medisch handelen? *Minerva* 2015;14(2):14-5.
7. Philipsen H, Vermooy-Dassen M. Kwalitatief onderzoek: nuttig, onmisbaar en uitdagend. *Huisarts Wet* 2004;47:454-7.
8. Hak T. Waarnemingsmethoden in kwalitatief onderzoek. *Huisarts Wet* 2004;47:502-8.
9. Wester F. Analyse van kwalitatief onderzoeksmateriaal. *Huisarts Wet* 2004;47:565-70.
10. van Zwieten M, Willems D. Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts Wet* 2004;47:631-5.
11. Poelman T. Aan welke criteria moet kwalitatief onderzoek voldoen? *Minerva* 2015;14(2):24.