



Kvalitative metoder i sundhedsvidenskaberne

Introduktion til et tema

Andersen, Hanne; Schmidt, Lone

Published in:
Bibliotek for Læger

Publication date:
2009

Document version
Peer-review version

Citation for published version (APA):
Andersen, H., & Schmidt, L. (2009). Kvalitative metoder i sundhedsvidenskaberne: Introduktion til et tema. *Bibliotek for Læger*, 201(3), 302-310.

Kvalitative metoder i sundhedsvidenskaberne

Hanne Andersen(1) & Lone Schmidt(2)

(1) Institut for Videnskabsstudier, Aarhus Universitet, 8000 Århus C

(2) Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 1014 København K

Blandt sundhedsvidenskabernes mange indsatsområder er der inden for de sidste tyve år vokset en sundhedsvidenskabelig forskning frem, som undersøger menneskers oplevelse og forståelse af sygdom og sundhed, og som angriber disse forskningsemner med kvalitative metoder. Flere læger har lært sig at anvende disse forskningsmetoder, og i 1984 forsvarede Gert Almind [1] i Danmark den første medicinske disputats baseret på bla. kvalitative studier, og herefter fulgte i 1990 tre medicinske disputatser baseret på kvalitative empiriske projekter gennemført af lægerne Inga Marie Lunde i Danmark, Kirsti Malterud i Norge og Carl Edvard Rudebeck i Sverige [2-4]. Målet med dette del-særnummer af Bibliotek for Læger er at bidrage til, at læger får et større kendskab til de kvalitative forskningsmetoder. Både for at kunne læse og kritisk vurdere videnskabeligt arbejde baseret på disse metoder og for måske at få lyst til at lære at kunne håndtere disse metoder og kunne anvende dem i projekter, hvor interview, observation, tekstanalyse eller andre kvalitative metoder vil være hensigtsmæssige i forhold til projektets problemstillinger.

DEN HISTORISKE UDVIKLING

De kvalitative metoder har for alvor etableret sig i forskningen op gennem 1960erne og 1970erne. I disse år begyndte der at udkomme oversigtsværker og lærebøger om kvalitativ metode (f.eks. [5-8]), ligesom der også opstod tidsskrifter specielt for kvalitativ forskning som f.eks. *Qualitative Sociology* fra 1978. Der er dog stor forskel på, hvornår de kvalitative metoder vandt indpas inden for forskellige videnskabelige discipliner.

Ser man på forskningsområder relateret til sundhedsvidenskab, har den medicinske sociologi tidligt produceret store kvalitative undersøgelser. Blandt andet udførte Glaser & Strauss på den tid, hvor de lagde grunden til den senere så udbredte 'grounded theory', et større feltarbejde på en række amerikanske hospitaler om sociale aspekter af dødsprocessen, hvilket blev publiceret i de to monografier *Awareness of Dying* fra 1965 [9] og *Time for Dying* fra 1968 [10]. Også sundhedspersonalet selv blev genstand for kvalitative undersøgelser, som

f.eks. et to-årigt felstudie af medicinstuderende ved University of Kansas, der blev publiceret i monografien *Boys in White: Student Culture in Medical School* fra 1961 [11].

I sygeplejeforskning begyndte man for alvor at anvende og diskutere metoderne fra midten af 1980'erne (f.eks. [12-14]), hvor metoderne også slog igennem i blandt andet den pædagogiske og den psykologiske forskning. Inden for det sundhedsvidenskabelige område generelt var det dog først fra 1990'erne, at de kvalitative metoder for alvor slog igennem (se f.eks. [15] for en diskussion heraf), f.eks. som udtrykt gennem fremkomsten af oversigtsværker og lærebøger som bl.a. [17-20].

Indledningsvis blev de kvalitative metoder inden for lægevidenskaben dog mødt med nogen skepsis. Et udtryk for dette kan f.eks. findes i Pope og Mays' (1993) artikel "Opening the black box: an encounter in the corridors of health services research" [21], som blev trykt i *BMJ* efter at have været holdt som conferenceoplæg på Society for Social Medicine Annual Scientific Meeting i 1991. Artiklen var skrevet som en fiktiv dialog mellem en kvantitativt orienteret direktør for en sundhedstjenesteforskningsenhed og en kvalitativt orienteret, nyansat sociolog fra samme enhed og indeholdt – ud over en konkret anskueliggørelse af magtforhold mellem de kvantitative og kvalitative metoder – en lang række af de standardholdninger, som kvalitative metoder blev mødt med: det er ikke *rigtig* forskning; der bruges for små stikprøver; det er ikke eksperimentelt; hvorfor blev der ikke bare lavet randomiserede undersøgelser; en forskningsenhed kan ikke tillade sig at lave sådanne undersøgelser, som klinikere hverken vil forstå eller respektere, osv. Artiklen blev indledning til, at *BMJ* i 1995 publicerede en række artikler om kvalitativ metode – ledsaget af en editorial der medgav, at kvalitativ metode havde måttet kæmpe for at finde sin plads i den sundhedsvidenskabelige forskning, og at forskelle i publikationsformater ofte havde gjort det vanskeligt at få optaget kvalitative arbejder i de sundhedsvidenskabelige tidsskrifter, men at en dialog mellem forskningstraditionerne ville være til stor fordel for begge parter.

Andre kliniske tidsskrifter for læger som fx *Acta Obstetricia et Gynaecologica Scandinavica* begyndte ligeledes i editorials at begrunde behovet for kvalitative studier inden for

sundhedsforskningen og at efterspørge at flere læger gennemførte disse typer af studier. *Lancet* bragte i 2001 to inviterede artikler om kvalitative metoder og kvalitetskriterier i forbindelse med disse [22-23] og senest har det epidemiologiske tidsskrift *Journal of Clinical Epidemiology* publiceret en tilsvarende artikel [24].

Udviklingen i Danmark

I Danmark var Lassen [25] en af de første læger, der publicerede en ph.d.-afhandling som inkluderede kvalitative undersøgelser. Fra midten af 90'erne og i løbet af ganske få år forsvarede adskillige læger ph.d.-afhandlinger baseret enten udelukkende på eller inkluderende kvalitative empiriske studier (for perioden 1994-2000 fx [26-42]; fra 2001 og frem er antallet steget kraftigt). I samme periode udkom de første metodebøger om kvalitative metoder inden for sundhedsforskningen på dansk. Metodebøger der var målrettet sundhedsprofessionelle forskere, og hvor flere kapitler var skrevet af læger [43-45]. I slutningen af 80'erne initierede Det sundhedsvidenskabelige Forskningsråd, at der blev udbudt kurser i kvalitative metoder inden for sundhedsforskningen. Kort efter begyndte de sundhedsvidenskabelige fakulteter løbende at udbyde ph.d. kurser om kvalitative metoder.

HVORFOR ER DER BUD EFTER DE KVALITATIVE METODER

Der er flere bud på, hvorfor kvalitative metoder er vokset så kraftigt frem inden for den sundhedsvidenskabelige forskning. Baum [46] beskriver udviklingen inden for det folkesundhedsvidenskabelige delområde af sundhedsvidenskaberne således, at folkesundhedsvidenskabens tætte tilknytning til epidemiologien oprindeligt har givet en stærk fokus på statistiske metoder, men at behovet for kvalitative undersøgelser er blevet mere tydeligt efterhånden som folkesundhedsvidenskaben har bredt sig ud til også at omfatte en lang række samfundsvidenskabelige spørgsmål om menneskers opfattelser af sundhed, implementering af sundhedstiltag osv. En anden mulig delbegrundelse er, at udviklingen i sygdomsmønstret i den vestlige verden og den tilsvarende udvikling i epidemiologien i det 20. århundrede har

medført en stigende fokus på livsstilsfaktorer, som gør studier af menneskers holdninger og ønsker til eget liv og sundhed tiltagende relevant.

Andre mulige delbegrundelser kan findes i samfundsmæssige udviklinger som f.eks. ændringer i sygeplejerskeuddannelserne, der har fordret udvikling af teoretiske sygeplejefaglige forskningsområder, som i særlig grad har kaldt på kvalitative metoder, eller sundhedssektorens overtagelse af en lang række funktioner omkring alderdoms- og sygdomspleje og død, der tidligere i højere grad varetoges i hjemmene, og hvis udforskning i særlig grad inddrager kvalitative metoder.

Endelig er det også vigtigt at erindre, at sociologisk orienterede studier af sundhedsvidenskabelige problemstillinger er blevet foretaget både af sundhedsvidenskabelige og samfundsvidenskabelige forskere, uden at der indledningsvis var større kontakt mellem de to grupperinger. Således beskriver Bloor & Taraborelli [19], hvorledes sociologiske analyser af sundhedsområdet bredt defineret vokser frem fra 1950erne med en stærk fokus på kvalitative metoder fra starten. Som påpeget af Jefferys [47] var situationen i 1950erne og 1960erne imidlertid den, at sociologer primært blev ansat i kortvarige, underordnede stillinger, og der blev i perioden givet udtryk for, at sociologerne havde vanskeligt ved at blive anerkendt som videnskabsfolk (se f.eks. [48]). Omvendt blev der fra sociologisk side også givet udtryk for, at egentlige sociologiske studier af sundhedsvæsenet og sundhedsrelaterede problemstillinger netop kun kunne foretages af sociologer, der stod helt uden for enhver bredt defineret sundhedsvidenskabelig ramme (se f.eks. [49]), eller i alle fald at sociologerne måtte frigøre sig fra medicinske normer og værdier [50]. Disse faglige og hierarkiske stridigheder mellem sundhedsvidenskabelige og sociologiske forskere er således også del af de kvalitative metoders receptionshistorie.

HVAD KARAKTERISERER DE KVALITATIVE METODER

Hvad karakteriserer så de kvalitative metoder? Inden for sociologien handler skellet mellem kvalitative og kvantitative metoder bl.a. om modsætningen mellem at fokusere på aktørens

subjektive perspektiv eller på de strukturer, der betinger aktørernes handlinger og perspektiver. Inden for sundhedsvidenskabernes brug af kvalitative metoder har aktør-perspektivet ganske vist også ofte i en fremtrædende rolle, men der er også en vis tendens til at definere kvalitativ metode som modsætningen til enhver form for statistisk kvantificering.

Både inden for sundhedsvidenskaberne og inden for samfundsvidenskaberne har der været en langvarig debat om kvalitative og kvantitative metoder videnskabsteoretiske grundlag (for oversigter over denne debat generelt, se bl.a. [51-56]; for oversigt over debatten inden for sundhedsvidenskaberne, se bl.a. [15, 46, 57, 58]), hvor kvalitative metoder ofte er blevet kritiseret for ikke at føre til viden, der er objektiv og generaliserbar, for at have uklare kriterier for validitet, og således samlet er blevet beskyldt for at besidde en ringere videnskabelig stringens end kvantitative metoder. Ofte er der blevet beskrevet et modsætningsforhold mellem kvantitative og kvalitative metoder, men ud fra dikotomier, der på ingen måde er sammenfaldende. Relationen mellem kvalitative og kvantitative metoder forekommer således fortsat uklar, og der er f.eks. uenighed om, hvorvidt triangulering og krydsvalidering overhovedet er mulige (f.eks. [60]).

DEL-SÆRNUMMERETS INDHOLD

Dette del-særnummer af Bibliotek for Læger har sit udspring i mødet "Kvalitativ sundhedsvidenskabelig forskning – kliniske og forskningsmæssige perspektiver", der blev afholdt af Dansk Selskab for Medicinens Filosofi, Etik og Metode d. 31. maj 2006. Nummeret rummer tre artikler i relation til emnet kvalitative metoder i sundhedsvidenskabelig forskning. Kappel og Collins skriver om de kvalitative undersøgelsers epistemologi. Det vil her sige filosofiske overvejelser over, hvad der karakteriserer viden om noget, og hvad det vil sige at en formodning eller antagelse er velbegrundet. Efter en indledning fokuseres på kvalitative undersøgelser vedrørende mennesker. Disse undersøgelser er karakteriseret af at have et bestemt undersøgelsesfelt, at anvende bestemte typer af data og at anvende et teoretisk begrebsapparat.

Herefter behandles to centrale epistemologiske spørgsmål: om fortolkning af data og om generalisering. Det understreges, at det afgørende for en empirisk undersøgelse – uanset forskningsmetode - er, om den er gennemført pålideligt. Herefter præsenterer Egerod et case studie vedrørende den kliniske beslutning beslutningsproces om aftrapning af respiratorbehandling. Case studiet inkluderede interviews, deltagerobservation, analyse af dokumenter og spørgeskemadata. Det teoretiske grundlag omfattede en model, der beskriver respiratorbehandling som en proces, Mintzbergs organisationsteori og Thompsons beslutningsmatrix. Studiet viste, at respiratorbehandling er en social proces involverende dialoger mellem skiftende læger og sygeplejersker. De to faggrupper havde en forskellig opfattelse af de forskellige stadier i aftrapningsprocessen, hvilket påvirkede kommunikationen og beslutningsprocessen. Studiet illustrerer hvorledes en multi-facetteret dataindsamling er velegnet til at belyse komplekse, kliniske processer – her beslutning om aftrapning af respiratorbehandling. Elverdam & Hoel Felde skriver om, hvordan formidlingspraksis af kvalitative undersøgelser er forskellige i videnskabelige tidsskrifter inden for hhv. medicin og samfundsvidenskab. Forfatterne viser, hvorledes fremstillingsformen i en videnskabelige artikel afspejler den tilgrundliggende forestilling om forskning af god kvalitet inden for de to forskningsområder. Der inviteres til at de kvalitative forskere inden for de to områder åbner op for en reflektiv samtale mhp en udvidet erkendelse.

Vi håber på, at læserne af del-særnummeret vil finde artiklerne interessante og inspirerende. Det er af afgørende betydning for den fortsatte sundhedsvidenskabelige forskning, at forskningen omfatter både kvantitative og kvalitative metoder. Forskere fra andre videnskabsområder som fx antropologi, sociologi, humaniora bidrager allerede med væsentlig kvalitativ sundhedsforskning. Vi håber, at også de sundhedsprofessionelle forskere og klinikere fremover vil bidrage med et stigende antal projekter med kvalitativ forskning inden

for de problemstillinger der enten slet ikke eller kun i utilstrækkelig grad kan udforskes med kvantitative metoder.

Referencer

1. Almind G. 1984. *Forebyggende arbejde med småbørnsfamilier i almen praksis og sundhedspleje* (disputats). Holbæk: Eget forlag 1984.
2. Lunde, IM. 1990. *Patienters egenvurdering : et medicinsk perspektivskift*. København: FADLs Forlag.
3. Malterud, K. 1990. *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*. Oslo: Tano: Institutt for Allmennmedisin: Universitetet i Bergen
4. Rudebeck CE. 1992. General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentations and bodily empathy. *Scand J Prim Health Care* 1992. Suppl 1
5. Glaser, B.G. & A. L. Strauss. 1967. *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine
6. Filstead, W. J. 1970. *Qualitative Methodology: Firsthand Involvement with the Social World*. Chicago: Markham
7. Lofland, J. 1971. *Analyzing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis*. Belmont, CA: Wadsworth
8. Bogdan, R. & S. J. Taylor. 1975. *Introduction to Qualitative Research Methods: A Phenomenological Approach to Social Science*. New York: Wiley
9. Glaser, B.G. & A.L. Strauss. 1965. *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine Publishing
10. Glaser, B.G. & A.L. Strauss. 1968. *Time for Dying*. Chicago: Aldine Publishing
11. Becker, H.S., B. Geer, E.C. Hughes & A.L. Strauss. 1961. *Boys in White: Students Culture in Medical School*, Chicago: University of Chicago Press
12. Field, P. A. & J. M. Morse. 1985. *Nursing Research: The Application of Qualitative Approaches*. Croom Helm: London

13. Leininger, M. 1985. *Qualitative Research Methods in Nursing*. New York: Grune & Stratton
14. Parse, R. M., A. B. Coyne, & M. J. Smith. 1985. *Nursing Research. Qualitative Method*. Bowie: Brady Communications
15. Allwood, C. M. 2002. "On the nature of the qualitative research approach." Pp. 201-224 in *Qualitative Methods in Public Health Research. Theoretical Foundations and Practical Examples*. Edited by L. R-M Hallberg. Lund: Studentlitteratur
16. Wiener, C.L. og W.M. Wysman. 1990. *Grounded Theory in Medical Research: From Theory to Practice*. Amsterdam : Swets & Zeitlinger
17. Crabtree, B.F, og W.L. Miller. 1992. *Doing Qualitative Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications
18. Hudelson, P.M. 1994. *Qualitative Research for Health Programmes*. Geneve: WHO
19. Bloor, M. & P. Taraborelli. 1994. *Qualitative Studies in Health and Medicine*. Aldershot: Avebury
20. Mays, N. og C. Pope (eds.). 1996. *Qualitative Research in Health Care*. London: BMJ Publishing Group
21. Pope, C. og N. Mays. 1993. Opening the black box: an encounter in the corridors of health science research. *BMJ*, 306, 315-318
22. Malterud, K. 2001a. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet*, 358, 397-400.
23. Malterud, K. 2001b. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358, 483-488
24. Daly J, K. Willis, R. Small, J. Green, N. Welch, M. Kealy & E. Hughes 2007. A hierarchy of evidence for assessing qualitative research. *J Clin Epidemiol* 60: 43-49
25. Lassen, LC. 1989. *Compliance i almen praksis*. København: Københavns Universitet, Institut for Almen Medicin
26. Bjerre, BD. 1998. *Tilværelsen med urinafledning. En socialmedicinsk undersøgelse af urologiske patienter efter anlæggelse af urinafledning*. København: Københavns Universitet, Afde-

- ling for Social Medicin og Psykosocial Sundhed og Kirurgisk-urologisk afdeling, Københavns Amts Sygehus i Herlev
27. Bjørner, JB. 1994. *Blødersygdom. Ny behandling – psykosociale konsekvenser*. København: Center for Små Handicapgrupper
 28. Bojlén, NS. 1995. *Meddelelsens motiv. Fokusgruppeinterviews som målgruppeanalyse af aldersdiabetikere*. København: Københavns Universitet, Afdeling for Almen Medicin
 29. Damkier A. 2000. *Kræftpatienters brug af alternativ behandling*. Odense: Syddansk Universitet
 30. Dehlholm-Lambertsen, B. 1999. *Oppe på bjerget – ude på landet. Forældres, lægers og sygeplejerskers kvalitetsopfattelse og kvalitetsvurdering af indlæggelse og behandling af akut syge børn*. Århus: Aarhus Universitet, Forskningsenhed og Institut for Almen Medicin
 31. Dyhr, L. 1996. *Det almene i det anderledes*. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegering
 32. Himmelstrup, B. 2000. *Svækket og gammel. Beslutnings- og prioriteringsprocesser I patientforløb set i bottom up*. København: Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet.
 33. Holm, S. 1996. *Ethical problems in clinical practice – a study of the ethical reasoning of health care professionals*. Copenhagen: University of Copenhagen, Department of Medical Philosophy and Clinical Theory
 34. Jeppesen, U. 2000. *Stor risiko eller lille chance. Faktorer, der har betydning, når kvinder vælger mellem deltagelse og ikke-deltagelse i den forebyggende undersøgelse for livmoderhalskræft*. Århus: Aarhus Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
 35. Kyhl, H. 1999. *Mod lyset. En beskrivelse, analyse og diskussion af forudsætningerne for strålebehandlingens introduktion og institutionalisering i Danmark indtil 1922*. København: Københavns Universitet, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning
 36. Mainz, J. 1996. *Problemidentifikation og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet*. København: Munksgaard

37. Maunsbach, M. 1999. *"En ting er teori – noget andet er praksis ..."* Aspekter af compliance og non-compliance blandt type-2 diabetikere. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegering
38. Nielsen, BB. 1998. *"To deliver a small baby is easy, but to save a small baby is difficult": Community studies on antenatal care in rural Tamil Nadu, South India.* Århus: University of Aarhus, Faculty of Health Sciences.
39. Nielsen, CT. 1997. *Børns brug af cykelhelme – belyst ved kvantitative og kvalitative forskningsmetoder.* Odense: Syddansk Universitet, Institut for Sygdomsforebyggelse og Helsetjenesteforskning
40. Schmidt, L. 1996. *Psykosociale konsekvenser af infertilitet og behandling,* København: FADLs Forlag
41. Tulinius, C. 2000. *Vi bliver ved med at ryge – hvorfor?* København: Månedsskrift for Praktisk Lægegering.
42. Østergaard, MS. 1999. *Astma hos børn – frem mod en samordning.* København: Månedsskrift for Praktisk Lægegering
43. Koch, L & Vallgård, S, red. 1996. *Samfundsmedicinske forskningsmetoder.* En introduktion København: Munksgaard
44. Lunde, IM & Ramhøj, P, red. 1996. *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab.* København: Akademisk Forlag
45. Ramhøj P (red.) *Overvejelser og metoder i sundhedsforskningen.* København: Akademisk Forlag, 1993
46. Baum, F. 1995 Researching public health: Behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine* 40[4], 459-468
47. Jefferys, M. 1991. Medical Sociology and Public Health: Interdisciplinary Relationships 1950-1990. *Public Health* 105, 15-21
48. Freeman, H. E. & Reeder, L. G. 1957. Medical Sociology: A Review of the Literature. *American Sociological Review* 22[1], 73-81

49. Strauss, R. 1957. The Nature and Status of Medical Sociology. *American Sociological Review* 22, 200-204
50. Gold, M. 1977. A Crisis of Identity: The Case of Medical Sociology. *Journal of Health and Social Behavior* 18[2], 160-168
51. Bryman, A. 1984. The Debate about Quantitative and Qualitative Research: A Question of Method or Epistemology? *British Journal of Sociology* 35[1], 75-92
52. Firestone, W. A. 1987. Meaning in Method: The Rhetoric of Quantitative and Qualitative Research. *Educational Researcher* 16[7], 16-21
53. Hammersley, M. 1992. Deconstructing the qualitative-quantitative divide. Pp. 39-55 in *Mixing Methods: Qualitative and Quantitative Research*. Edited by J. Brannen. Aldershot: Avebury
54. Glassner, B. & J. D. Moreno. 1989. *The Qualitative-Quantitative Distinction in the Social Sciences*. Dordrecht: Kluwer
55. McLaughlin, E. 1991. Oppositional poverty: the quantitative/qualitative divide and other dichotomies. *Sociological Review* 39, 292-308
56. Oldman, D. 1981. Sources of Antagonism to 'Qualitative' Research. *Social Science Information Studies* 1, 231-240
57. Mechanic, D. 1989. Medical Sociology: Some Tensions Among Theory, Method, and Substance. *Journal of Health and Social Behavior* 30, 147-160
58. Sale, J. E. M., Lohfeld, L. H., & Brazil, K. 2002. Revisiting the Quantitative-Qualitative Debate: Implications for Mixed-Method Research. *Quality and Quantity* 36, 43-53