

# Analyseren bij descriptief onderzoek: ordenen, samenvatten, vergelijken, interpreteren

*Inge Varekamp\**

Soms lees ik artikelen over kwalitatief onderzoek waarin de auteurs aangeven dat zij de grounded theory (GT)-benadering hebben toegepast, en waarvan ik me uiteindelijk afvraag: waar is de theorie nu? De resultaten betreffen een aantal volgens respondenten belangrijke thema's, verschillende ideaaltypes of de betekenissen van een ervaring, maar een verklaring ontbreekt. Kun je het dan niet beter descriptief of beschrijvend onderzoek noemen? En zijn de verschillende codeerfasen van de GT wel nodig? Ik wil een pleidooi houden voor minder nadruk op GT en minder coderen bij de kwalitatieve analyse. Met name bij beschrijvend onderzoek naar complexe verschijnselen pakt dit goed uit, is mijn ervaring. Mijn betoog wil ik illustreren met een onderzoek dat ik in de jaren negentig heb uitgevoerd.

## De onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag was: hoe gaan artsen in de praktijk om met schaarste in de gezondheidszorg? Meer specifiek: hoe worden donornieren in Nederland toegewezen, gegeven de schaarste aan donoren en de lange wachtlijst? Dit onderzoek vond plaats tegen de achtergrond van de discussie over het toewijzen van schaarse zorg, die toen door gezondheidsjuristen en medisch ethici werd gevoerd. De onderzoeksvraag viel uiteen in vier deelvragen, samenhangend met het feit dat een transplantatiebeslissing een getrapte beslissing is. Er wordt besloten (1) of de dialysepatiënt voor een transplantatie-indicatiestelling naar een transplantatiecentrum verwezen wordt, (2) zo ja, of deze patiënt geïndiceerd en dus op de wachtlijst geplaatst wordt, (3) zo ja, in welke urgentiecategorie, en (4) wat gebeurt er als een donornier beschikbaar komt? Bij elk van deze beslismomenten was de vraag: wat voor procedures – officieel en officieus – gelden hier, welke criteria worden gebruikt, doen de medische professionals dit hetzelfde of is er variatie, worden beslissingen ingegeven door schaarste, en ten slotte, wat voor overwegingen hebben deze medische professionals bij hun handelen? Mijn invalshoek was vooral een beschrijvende studie uit te voeren. Of daar een theorie uit voort zou komen, zie ik dan wel, dacht ik. Eerst gaat het erom vast te leggen: wat gebeurt hier en waarom gaat het volgens de betrokkenen zo? Tevoren had ik me ingelezen in de gezondheidsrechtelijke en medisch-ethische discussie. Deze fungeerde als de kapstok voor mijn verhaal: hoe verhouden de resultaten zich tot deze discussie?

\* Dr. Inge Varekamp is medisch socioloog en werkt als zelfstandig onderzoeker bij Varekamp Onderzoek & Advies te Amsterdam. [www.varekamponderzoek.nl](http://www.varekamponderzoek.nl). E-mail: [varekamp@xs4all.nl](mailto:varekamp@xs4all.nl).

## Het onderzoek: dataverzameling

De data bestonden – naast documenten – uit observaties en interviews. Oorspronkelijk was de bedoeling te observeren bij vergaderingen waarin de besluitvorming over transplantatie plaatsvond, maar deze bleken niet te bestaan. Besluitvorming was meestal een eenmansaangelegenheid of werd telefonisch of in de wandelgangen afgehandeld. Ik observeerde dan maar bij patiëntbesprekingen, andere vergaderingen en transplantatiekeuringen. Casussen uit deze observaties kon ik wel gebruiken om later in interviews op door te vragen. Vanaf de eerste observaties schreef ik memo's over hoe de praktijk volgens mij was – een eerste grove analyse zou je dat kunnen noemen – en welke vragen in de topiclijst opgenomen zouden moeten worden. Ook schreef ik methodologische memo's over welke personen ik waarover zou moeten interviewen. Na enkele maanden startten de interviews.

## Het onderzoek: analyse

Anderhalf jaar na aanvang was ik stapels observaties en 33 uitgetypte interviews rijker. Bij de analyse zag ik me voor het probleem gesteld hoe ik greep op deze massa tekst kon houden, terwijl ik toch een open oog probeerde te houden voor nieuwe gezichtspunten. Met collega-onderzoekers had ik intussen Strauss en Corbins *Basics of qualitative research* (1990) doorgewerkt. Dat was toen de gouden standaard voor medisch-sociologisch kwalitatief onderzoek. Open coderen, axiaal coderen om relaties te leggen en selectief coderen om tot het kernbegrip of de kernbegrippen te komen. Dit gaat me te diep, dacht ik. Er zijn meerdere hoofd- en subvragen en met deze aanpak zal het niet lukken zicht op het geheel te houden en alle vragen te beantwoorden. Bovendien was ik niet noodzakelijkerwijs op zoek naar een verklarende theorie of een kernbegrip, maar wel naar een beschrijving van een ingewikkelde praktijk.

De pragmatiek van Miles en Huberman (1994) bood uitkomst: orden je materiaal aan de hand van een goed uitgekende set codes, zodat je alles kunt terugvinden. Codes deels afgeleid uit de vraagstelling en de topiclijst, en deels voortkomend uit nieuwe inzichten die al onderzoekend waren opgekomen. Niet te weinig codes, om geen details kwijt te raken, maar ook niet te veel. Op basis van de eerste vijf uitgetypte interviews en de globale kennis die de volgende interviews hadden opgeleverd, werd een codelijst samengesteld. Toen begon het eigenlijke werk: per code nalopen wat iedereen daar in een of meer tekstfragmenten over had gezegd, en dat samenvatten in matrixen, met hier en daar de notatie 'mooi citaat'. Vervolgens de rapportage: vergelijken, zoeken naar overeenkomsten en verschillen, daarbij weer terugrijpen naar de oorspronkelijke interviews, beslissen of codes in de rapportage samengenomen konden worden, of soms juist dat er meerdere onderwerpen onder één code verborgen zaten. Ten slotte werden in de discussie de resultaten tegen het licht van de maatschappelijke discussie gehouden: doen artsen wat juristen en ethici vinden dat ze moeten doen, en zo niet, waarom niet?

## Het onderzoek: resultaten

De resultaten zal ik hier niet in hun geheel weergeven, want daar gaat het niet om en dat vergt te veel ruimte, maar enkele aspecten wil ik eruit lichten. De resultaten lieten zien dat artsen zich meestal wel, maar niet altijd aan medisch-ethische en gezondheidsrechtelijke richtlijnen hielden. Ze lieten zien dat ethici en juristen begrippen hanteren die in de medische praktijk soms een andere betekenis hebben, zoals het begrip 'medische criteria'. Ze lieten ook zien dat een op het oog eenvoudig begrip als 'leeftijd' in de praktijk in meerdere betekenissen een rol speelde. De leeftijd bleek – vaak impliciet – een rol te spelen bij procedures: ouderen moesten soms meer hun best doen om verwezen te worden. Bij de overwegingen rond wel of niet transplanteren was leeftijd een grove indicatie voor gezondheidsrisico's bij transplantatie. Maar leeftijd speelde ook mee in de betekenis van hoeveel jaren men nog profijt van een donororgaan zal hebben of hoeveel jaar iemand al van het leven genoten heeft, of als grove indicatie van verlies van kwaliteit van leven door de nierziekte, verbonden met de sociale rollen van patiënten (Varekamp, Krol & Danse, 1998).

## Commentaar

Wat ik jammer vind, is dat men in kwalitatief onderzoek met een naar mijn idee descriptieve vraagstelling vaak voor een GT-benadering kiest of zich daarop beroept. Het lijkt wel of dit een 'betere' analyse wordt gevonden. Maar als het in de eerste plaats om een beschrijving gaat, dan is axiaal coderen op zoek naar relaties niet direct nodig. Kijk ik in mijn onderzoek naar het begrip leeftijd, dan had ik allerlei betekenissen daarvan in verschillende codes kunnen vangen, in plaats van de ene code 'leeftijd', maar nodig is het niet. Wel nodig is aandachtig lezen, en vanaf het eerste interview alert zijn op meerdere mogelijke betekenissen. En als er meerdere onderzoeksvragen zijn om een complex verschijnsel te onderzoeken, dan is het de vraag of selectief coderen van toepassing is.

Sandelowski (2000) schreef een veel geciteerd artikel over de waarde van descriptief onderzoek en de bijbehorende vorm van 'qualitative content analysis'. Ook Polit en Tatano Beck (2012: 564) noemen deze aanpak, die ze gelijkstellen aan thematische analyse. Ze waarderen deze aanpak zeker niet minder dan etnografische, fenomenologische of GT-analyses. Interessant is dat Polit en Tatano Beck (2012: 558) voorstellen om bij elke kwalitatieve analyse te beginnen met het ordenen van de data, zodat ze terug te vinden zijn. Dat kom je niet tegen bij de GT-aanpak, maar het lijkt me bij een complexe vraagstelling wel zo handig.

Natuurlijk bestaan er snelle en oppervlakkige analyses binnen het descriptieve onderzoek. Daar lijkt me overigens weinig mis mee, als je maar een paar weken of maanden hebt; oppervlakkig is niet altijd ondeugdelijk. Belangrijker is dat als je er veel tijd en aandacht insteekt, descriptief onderzoek een grondig inzicht in het onderwerp kan opleveren.

## Literatuur

- Polit, D.F. & Tatano Beck, Ch. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23, 334-340.
- Strauss, A.L. & Corbin, J.M. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Varekamp, I., Krol, L.J. & Danse, J.A.C. (1998). Age rationing for renal transplantation? The role of age in decisions regarding scarce life extending medical resources. *Social Science & Medicine*, 47, 113-120.