



Når tall ikke strekker til - bruk av kvalitative metoder i medisinsk forskning

REDAKSJONELT

KLEPP K-I

I enkelte medisinske forskningsmiljøer finnes det fortsatt en sterk skepsis til bruk av kvalitative metoder. Informasjon som ikke kan måles og kvantifiseres betraktes som mykdata og dermed som mindre vitenskapelig (tvilsom validitet og reliabilitet) enn kvantitative data, da først og fremst måling av fysiologiske parametere.

Medisinsk forskning er i dag et svært sammensatt forskningsfelt. Problemstillinger knyttet til hvordan leger, annet helsepersonell og pasientene opplever og vurderer helse, behandlingstilbud og forebyggende tiltak, samt organisering og kvalitetssikring av helsetjenestene har bidratt til at kvalitative metoder stadig oftere benyttes. Dette avspeiles ved at ledende medisinske tidsskrifter presenterer og diskuterer kvalitativ metodologi; BMJ publiserte i 1995 en serie på sju artikler som beskriver ikke-kvantitative metoder og deres bidrag til medisinsk forskning. Videre avspeiles denne tendensen ved at empiriske arbeider basert på kvalitative metoder publiseres i tidsskrifter som tidligere var forbeholdt kvantitativ forskning, og ved at det både blant studenter og forskere innen helsefagene er stor interesse for kompetanse også innenfor denne metodetradisjonen. Det foreligger nå også en ny norsk innføringsbok i medisinsk forskning (1). Ulike metoder Bak begrepet kvalitativ forskning skjuler det seg en rekke forskjellige metoder med utgangspunkt og lange tradisjoner innen samfunnsvitenskapelige og humanistiske fagdisipliner. Vi omtaler de mest brukte metodene.

Intervju. De fleste kvalitative metodene er intervjubaserte (2, 3). Disse kan være strukturerte (intervjuren har klart definerte temaer og spørsmål), semistrukturerte (blanding av strukturerte spørsmål og forsøk på å forfølge tema som dukker opp under intervjuet), samt dybdeintervju hvor intervjuren på forhånd ikke har klart definerte spørsmål, men lar svarene fra deltakeren styre intervjuet. Uformelle samtaler benyttes også.

Observasjon. Denne metoden består av systematisk og detaljert observasjon av hva folk gjør (atferd) og sier (samtaler), eventuelt supplert med spørsmål og tilgjengelige dokumenter (3, 4).

Fokusgrupper. Dette er en form for gruppeintervju hvor man utnytter dialogen og samhandlingen mellom deltakerne. Intervjuren har ofte en mer tilbaketrukket rolle enn i en vanlig intervjusituasjon, og deltakerne styrer i stor grad intervjuets forløp. Metoden egner seg spesielt godt til å utforske folks oppfatninger og erfaring, samt hvordan og

hvorfor de opplever ting slik som de gjør (5, 6).

Konsensusmetoder. De senere årene har ulike metoder for å kartlegge konsensus, eventuelt utvikle konsensus innen et problemområde, fått stor utbredelse. Delphi-metoden, ekspertpanel og konsensuskonferanser er eksempler på slike metoder som ved hjelp av en kvalitativ tilnærming forsøker å syntetisere tilgjengelig informasjon fra tidligere forskning og/eller klinisk arbeid (7).

Mens forskning basert på kvalitative metoder tidligere ofte ble fremstilt som motpolen til kvantitativ forskning, f.eks. epidemiologi, er det i dag en økende forståelse for at selve forskningsprosessen i stor grad er den samme. Vitenskap defineres ved systematisk søken etter ny kunnskap (ønsket om å finne en underliggende "sannhet"), ikke ved hvorvidt man bruker visse teknikker eller ei.

Det som i første rekke karakteriserer kvalitative metoder er en felles målsetting om å utvikle modeller som hjelper oss til å forstå sosiale fenomener slik de naturlig fremstår (dvs. i motsetning til eksperimentelle situasjoner) (8). Spesielt viktig er det å få frem den betydningen som deltakerne selv tillegger fenomenet, deres erfaringer og synspunkter. Vi benytter derfor ofte kvalitative metoder når vi er opptatt av å forstå et fenomen, hvordan dette fenomenet varierer under ulike omstendigheter og hvorfor. Mens kvantitativ forskning egner seg godt til å studere sammenhengen mellom ulike kategorier (hypotesetesting), er styrken ved den kvalitative forskningen at den hjelper oss til å forstå hvilke kategorier som finnes (hypotesegenererende), samt hvorfor det er sammenheng.

Økende krav til kvalitetssikring, høyt spesialiserte profesjonsgrupper, samt mer kritiske og bevisste pasienter/deltakere er alle forhold som bidrar til å øke behovet for slik informasjon innen medisinsk forskning. Informasjon om hvordan folk opplever helse-undersøkelser, behandlingstilbud eller helseinformasjon er f.eks. viktig for å vite hvordan målgruppene kan nås og for å forstå hvilken effekt ulike tiltak kan ha. Dessuten er det en del informasjon som ikke kan kvantifiseres, og som derfor må beskrives. Kvalitative metoder utfyller de kvantitative. Det er flere måter kvalitative metoder kan utfylle kvantitativ forskning på (8). For det første utføres ofte et kvalitativt arbeid som en nødvendig del i planleggingen av en kvantitativ undersøkelse. Dersom en spørreskjemaundersøkelse skal gjennomføres, er det viktig å sikre seg at målgruppen forstår spørsmålene og at det er relevante spørsmål som stilles. Ved å foreta gruppe- eller dybdeintervju med medlemmer av målgruppen, kan vi relativt raskt få svar på hvorvidt dette er tilfellet. I kohortundersøkelsen *Voksen i år 2000*, som dreier seg om utvikling av helse og helseatferd fra tidlig ungdom til voksen alder (9), har dette vært en kontinuerlig prosess. Spørsmål og tema må stadig revideres etter som deltakernes kognitive evner modnes og deres atferd og interesser endres.

Informasjon fra kvalitative undersøkelser kan også være et viktig supplement til informasjon innhentet ved hjelp av kvantitative metoder. Da vi gjennomførte en epidemiologisk undersøkelse for å kartlegge risikofaktorer for HIV og seksuelt overførbare sykdommer blant kvinnelige bararbeidere i Tanzania, fant vi at de aller fleste oppgav kun å ha én seksualpartner. Dette stemte dårlig med den høye HIV-prevalensen vi fant blant disse kvinnene. En intervju- og observasjonsundersøkelse gjennomført av en sosialantropolog som del av det samme prosjektet, viste at disse kvinnene var økonomisk avhengig av å yte seksuelle tjenester til de mannlige barkundene. "Flere enn 10 i måneden", "om lag 15" og "en mann annenhver natt" er hvordan kvinnene selv anslo antall partnere blant sine kolleger (10). Intervjusituasjonen i den epidemiologiske undersøkelsen (intervjuene ble foretatt av helsepersonell ved en lokal klinikk på et tidspunkt hvor kunnskap om HIV-smitte var høy) gjorde det vanskelig for kvinnene å svare oppriktig på spørsmålene om antall seksualpartnere. Tilsvarende kan kvalitative undersøkelser i en rekke situasjoner bidra til å belyse validiteten av kvantitative data. Men kvalitativ medisinsk forskning utføres også uavhengig av kvantitative undersøkelser. I Bergen ble det nylig gjennomført en fokusgruppeundersøkelse blant mødre som ved spedbarnskontrollene (inntil seks måneder) oppgav at de hadde sluttet å amme. Hensikten med undersøkelsen var å få økt innsikt i og forstå årsaken til prematur ammeslutt og å gjøre helsetjenesten bedre i stand til

å møte ammende kvinners behov (11). Et viktig funn i denne undersøkelsen var at disse kvinnene opplevde et sterkt ammepress fra omgivelsene. Kvinnene, som på tross av positive holdninger til amming av ulike grunner måtte slutte, følte seg stigmatisert som dårlige mødre når de tok frem flasken. Dermed blir ammepresset en ekstra belastning for mødre som ofte var i en presset og vanskelig situasjon fra før. Det er ikke tidligere rapportert om slikt ammepress. Dette er eksempel på et overraskende resultat, med klare implikasjoner for hvordan helsearbeidere møter ammende kvinners behov, og som vi ikke ville sett om vi hadde gjennomført en kvantitativ spørreundersøkelse hvor tema og kategorier var bestemt på forhånd.

Evalueringsforskning er et fjerde område hvor kvalitative metoder utfyller kvantitativ forskning. Mens resultatevaluering (måloppnåelse) i stor grad er basert på kvantifisering, er prosessevaluering (hva skjer underveis) ofte basert på kvalitative metoder. Et eksempel er evalueringen av Helsedirektoratets Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Hovedmålsettingen her var å styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet innen kommunehelsetjenesten. Som del av prosessevalueringen ble det bl.a. gjennomført en undersøkelse av det tverrsektorielle samarbeidet om miljørettet helsevern. Gjennom kvalitative intervjuer med rådmenn, kommuneleger og prosjektledere i fire kommuner studerte man forholdet mellom kommunale sektorer og hvilke faktorer som kan fremme eller hindre samarbeid (12). Slik kunnskap er viktig ettersom en god modell for intersektorielt og tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for et effektivt miljørettet helsevern. Viktig - men vanskelig I kvalitativ forskning blir avstanden fra forskeren til dataene gjerne kortere enn den er i kvantitativ forskning. Forskerens egne erfaringer blir viktige, og det er rom for kreativitet for å oppdage koblinger og sammenhenger i dataene som kan føre til nye og interessante tolkinger. Dette er både en styrke og en utfordring sammenliknet med kvantitativ databearbeiding. Styrken er at en god forsker kan produsere ny og overraskende kunnskap med høy validitet. Utfordringen består bl.a. i at det kan være vanskelig å etterprøve konklusjonene. Samtidig kan det være en ensom og tidkrevende prosess å analysere et omfattende kvalitativt datasett.

Kvalitativ forskning har utvilsomt gjort medisinsk forskning rikere ved å bidra med metoder og teori som bedre setter oss i stand til å forstå de sosiale prosessene som leger, annet helsepersonell og pasienter/deltakere inngår i. Det er viktig at bidraget fra kvalitative metoder, samfunnsvitenskapene og de humanistiske fagene anerkjennes i medisinsk forskning, samtidig som det stilles strenge og kritiske krav til forskere også på dette området.

Knut-Inge Klepp

LITTERATUR:

1. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.
2. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995; 311: 251-3.
3. Patton MQ. How to use qualitative methods in evaluation. Newbury Park, CA: Sage, 1987.
4. Mays N, Pope C. Observational methods in health care settings. *BMJ* 1995; 311: 182-4.
5. Kitzinger J. Introducing focus groups. *BMJ* 1995; 311: 299-302.
6. Kreuger RA. Focus groups: a practical guide for applied research. Newbury Park, CA: Sage, 1987.
7. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995; 311: 376-80.
8. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995; 311: 42-5.
9. Klepp K-I, Aas HN, Mæland JG, Alsaker F. Selvrapportert helse blant yngre tenåringer: en treårsoppfølgingsundersøkelse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 2032-7.

10. Talle A. Barworkers at the border. I: Klepp KI, Biswalo PM, Talle A, red. Young people at risk: fighting AIDS in Northern Tanzania. Oslo: Universitetsforlaget, 1995: 18-30.
 11. Tønjum L. Amming - en problematisk selvfølge. Kvinners perspektiver på vanskelig amming. Masteroppgave iforebyggende helsearbeid. Bergen: HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen, 1996.
 12. Andrews T. Tverrsektorielt samarbeid om miljørettet helsevern i kommunene. En kvalitativ studie av fire "Samletplan" prosjekt. Evaluering av Samlet plan for utviklingsprosjekt innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. HEMIL-rapport nr. 3, 1994. Bergen: HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen, 1994.
-

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no