

# Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger

**Kvalitative metoder egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved den medisinske virkeligheten. Materialet kan være tekst fra intervjuer, observasjoner med vekslende grad av deltakelse eller skriftlige kilder. Analysen bygger bro mellom rådata og resultater ved fortolkning og sammenfatning av det organiserte data-materialet.**

**Kvalitative forskningsmetoder bygger på velkjente vitenskapsteoretiske forutsetninger for systematisk og reflektiv kunnskapsutvikling, der prosessen skal være tilgjengelig for innsyn og utfordring og resultatene skal ha overførbarhet utover den lokale studiesammenheng.**

**Også kvalitative studier skal kunne bedømmes etter sin vitenskapelige kvalitet. I denne artikkelen fremheves relevans, validitet og refleksivitet som aktuelle kriterier. Refleksivitet handler om å overveie forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen og former resultatene. Den medisinske forsker som vil benytte kvalitative forskningsmetoder, må lære å forholde seg til betydningen av forskerens egen rolle, forutsetninger og konsekvenser knyttet til utvalg og systematisk håndtering av den organisering og fortolkning av materialet som foregår i analyseprosessen. Slike utfordringer gjelder imidlertid for all vitenskapelig virksomhet, uavhengig av om data er tekst eller tall.**

Det medisinske fagfeltet ønsker å forankre sin praksis i vitenskapelig kunnskap. Kunnskapsutviklingen krever relevans, troverdighet og overførbarhet. Vi trenger et bredt repertoar av erkjennelseperspektiver og forskningsmetoder for å utforske og dokumentere ulike sider av den medisinske virkeligheten. Det handler om liv og død, mening og lidelse, interaksjoner og prosesser – fenomener som stiller vårt tradisjonelle faglige erkjennelsesgrunnlag overfor store utfordringer (1).

Vil vi betrakte sykdom og helse som dynamiske prosesser i den levende menneskekroppen, trenger vi ikke bare generaliserbar kunnskap. Vi trenger også vitenskapelige tilnærminger som anerkjenner at slike proses-

---

**Kirsti Malterud**

*Kirsti.malterud@isf.uib.no*

Seksjon for allmenntilleggsmedisin

Universitetet i Bergen

Ulriksdal 8 c

5009 Bergen

og

Central forskningsenhet

og

Afdeling for almenntilleggsmedisin

Københavns Universitet

---

Malterud K.

## **Qualitative methods in medical research – preconditions, potentials, and limitations.**

*Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2468–72*

Qualitative research methods are appropriate for description and analysis of properties, contents, or experiences in the field of medicine. Textual data are drawn from interviews, observations, or written material. In the analysis, raw data are transformed into findings by interpretation and summarization of the material.

Qualitative research methods employ well-known presumptions from the theory of science that are assumed to lead to systematic and reflexive construction of knowledge. The process is supposed to be accessible and contestable, and findings are supposed to reach beyond the local study context.

Assessment of scientific quality is not confined to quantitative studies. Criteria such as relevance, validity, and reflexivity are proposed. Reflexivity deals with the presumptions surrounding the research process that play a part in shaping the results. The medical researcher who wants to apply qualitative methods must learn to handle the impact of the researcher's role, presumptions and consequences of sampling, and systematic organization and interpretation of the material. These are, however, challenges that must be overcome in all scientific pursuits, irrespective of the type of data used.

ser utformes spesifikt hos det individuelle mennesket som befinner seg i en sosiokulturell sammenheng. Kvalitative forskningsmetoder kan åpne mulighetene for vitenskapelig innsyn i slike prosesser. Inspirert av samfunnsvitenskapelig og humanistisk forskning har medisinerne de siste årene i økende grad tatt de kvalitative forskningsmetodene i bruk. Toneangivende medisinske tidsskrifter har gitt klare positive signaler (2, 3). Men fremdeles er kunnskapen om de kvalitative metodene og deres forutsetninger begrenset innen vårt fagmiljø. I denne artikkelen gir jeg en kort presentasjon av de kvalitative forskningsmetodene. Jeg omtaler de-

res egenart og anvendelsesområde, presenterer noen vanlige strategier for innsamling og bearbeiding av kvalitative data i medisinsk og helsefaglig sammenheng og drøfter utfordringer i forhold til vitenskapelig kvalitet.

## **Adekvate strategier for kunnskapsutvikling**

Ved utforskning av menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger kommer vi bare et stykke på vei med biomedisinsk eller epidemiologisk forskningsmetode og hypotesetesting basert på statistisk bearbeiding av numeriske data innsamlet under standardiserte betingelser. Andre forskningsstrategier er nødvendige for å utvikle ny kunnskap om spørsmål av følgende type:

Hva tenker kvinner med kroniske muskelsmerter om smertene sine (4)? Hvorfor skifter pasienter lege (5)? Hva kan primærlegen gjøre i møtet med pasienter der helsevesenet ofte kommer til kort (6)? Hvordan er legers holdninger til forebygging av hjerte- og karsykdom (7)? Hva skal til for at en ulykkesforebyggende strategi skal engasjere deltakere fra lokalsamfunnet (8)? Hvordan kan prosedyrene ved den gynekologiske undersøkelsen forbedres i samsvar med brukernes behov (9) (ramme 1)?

En hovedregel for vitenskapelig virksomhet er å velge en metode som er adekvat i forhold til problemstillingen. Gullstandarden i medisinsk forskning, det klinisk kontrollerte forsøk, forutsetter betingelser som står i skarp motsetning til egenarten ved fenomener av den typen som eksemplene ovenfor representerer (1, 10). Ved slike problemstillinger handler det ofte om å få tilgang til erfaringer som kan berede grunnen for utvikling av nye hypoteser, begreper og forståelsesmåter. Det kan være viktigere å komme frem til nye spørsmål enn å besvare gamle.

Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres (1, 11–14). Materialet består av tekst fra samtaler eller observasjoner, til forskjell fra de kvantitative metodene, som bygger på numeriske data. Grunnlagsprinsippene for de kvalitative metodene atskiller seg etter min mening ikke fra vitenskapsteoretiske forutsetninger som er velkjente premisser for tradisjonell medisinsk forskning: Vi snakker om systematisk og reflektiv kunnskapsutvikling, der prosessen er tilgjengelig for inn-

syn og utfordring. Resultatene deles med andre, med sikte på overførbarehet utover den lokale kontekst der studien er gjennomført. De metodologiske prosedyrene som skal ivareta disse betingelsene, må utformes i overensstemmelse med de spørsmål som skal belyses og det materialet som skal bearbeides. Tolking av tekst og statistisk bearbeiding av tall krever ulike former for operasjonalisering av de vitenskapelige grunnlagspremissene. Overførbarehet på begrepsnivå krever andre prosedyrer enn overførbarehet på populasjonsnivå. Derfor er det behov for spesifikk metodekompetanse ved bruk av kvalitative forskningsmetoder. Prosedyrene kan ikke uten videre ekstrapoleres fra kvantitativ metodologi (14–16).

### **Kvalitative data fra forskjellige kilder**

Kvalitative metoder, i internasjonal litteratur også omtalt som «naturalistic inquiry» eller «interpretive inquiry» (11, 12), bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). De omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekst fra samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener slik det oppleves for de involverte selv (17) innen deres naturlige sammenheng. Den kvalitative forskningstradisjonen støtter seg til teorier fra postmodernisme og sosial konstruksjonisme (18), der forskeren ansees som en aktiv deltaker i en kunnskapsutvikling som aldri kan bli fullstendig, men som handler mer om nye spørsmål enn om universelle sannheter. De kvalitative metodene kan bidra til å presentere mangfold og nyanser. En og samme virkelighet kan alltid beskrives ut fra ulike perspektiver, selv om ikke alle perspektiver er like relevante for den problemstillingen vi som forskere ønsker å belyse. Derfor får forskerens perspektiv og posisjon stor betydning for hva slags kunnskap som kommer frem.

Problemstillingen bestemmer hvilken datainnsamlingsstrategi som best representerer relevans og validitet i forhold til det spørsmålet som prosjektet skal belyse (19). Det kvalitative forskningsintervjuet, også omtalt som dybdeintervju eller semistrukturert intervju, er grundig beskrevet i metodelitteraturen, og oppfattes derfor ofte som et naturlig førstevalg for den uerfarne. Alternative strategier kan imidlertid være vel så godt egnet, og det er nødvendig å kjenne de ulike metodologiers styrker og svakheter for å kunne gjøre et adekvat valg.

### *Intervjudata*

Kvale (18) tar utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv, der målet er å få kunnskap om informantens erfaringer, i lojalitet til informantens egen versjon av sin historie. Ifølge Kvale skal intervjuet åpne for kunnskap som er forankret i informantens livsverden,

### **Ramme 1**

#### *Hvordan opplever kvinner den gynekologiske undersøkelsen?*

Legestudentene Larsen og Oldeide ville gjerne forberede seg til å utføre den gynekologiske undersøkelsen på best mulig måte (9). I litteraturen fant de mange anbefalinger skrevet av gynekologer, men lite om hva kvinnene selv opplevde som viktig. De ønsket å innhente erfaringer fra kvinnene, og valgte å gjøre kvalitative, semistrukturerte intervjuer basert på Kvales prinsipper med et utvalg av 13 kvinner med ulik alder, bakgrunn og erfaring like etter at undersøkelsen hadde vært gjennomført. Intervjuene ble tatt opp på lydband og transkribert i sin helhet. I analysen av materialet, som var inspirert av Giorgis strategi, ble en feministisk referanseramme brukt for å sette søkelys spesielt mot forhold knyttet til kjønn og makt. Kvinnene fortalte at de gruet seg på forhånd, men at det som regel gikk bedre enn de hadde ventet. De nevnte ulike forhold som påvirker deres følelse av å ha kontroll over situasjonen, som legens kjønn, informasjon og kommunikasjon under undersøkelsen, leie, integritet i forhold til nakenhet og bluferdighet og tillit til legen. Etter undersøkelsen var det flere av de aktuelle legene som endret sin praksis, blant annet med hensyn til informasjon om funn ved cytologisk prøvetaking.

slik at det er mulig for vedkommende å fortelle om meningsinnholdet og det kvalitative. Intervjuet skal ha en deskriptiv orientering, der svarene blir mest mulig spesifikke. Intervjueren må arbeide med seg selv for best mulig å være i stand til å lytte forutsetningsløst, samtidig som samtalen skal være fokusert. Det gode intervjuet gir rom for den flertydighet som kjennetegner de fleste menneskelige fenomener, og intervjueren skal være lydhør overfor forandringer. Skal forskeren lære noe nytt, er det nødvendig å utvikle en sensitivitet som tar høyde for at samtalen utgjør en bestemt type mellommenneskelig situasjon, fortrinnsvis noe som leder til en konstruktiv erfaring både for forskeren og for informanten (18).

Intervjuer med enkeltpersoner (4, 7, 9, 18, 20, 21) egner seg godt for fordypningstemaer som krever ettertanke og trygghet. Spørsmålene er åpne og ikke standardiserte, selv om intervjueren kan bruke en intervjuguide som støtte. Intervjuguiden bør imidlertid ikke være for detaljert. Individualintervjuer representerer imidlertid en tidkrevende strategi for datainnsamling og leder ofte til omfattende arbeid med transkripsjon og analyse. En trinnsvis tilnærming der felt-

arbeid og analyse går hånd i hånd kan forebygge datadød, der forskeren og prosjektet ellers kan drukne i et stort og uoversiktlig materiale. Justering underveis av intervjuguide og utvalgsstrategi kan også bidra til å styrke validiteten av materialet.

Intervjudata kan også innsamles fra gruppesamtaler (22). En bestemt måte å gjøre dette på, kalles fokusgrupper (23–25). Denne tilnærmingen er spesielt godt egnet hvis vi vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler. Metoden krever erfaring i håndtering av gruppeprosesser, og forutsetter at forskeren gir en nøktern og realistisk vurdering av intern og ekstern validitet for resultatene. Gruppeintervju er en pragmatisk tilnærming som kan gi ny og nyttig kunnskap med overkommelig innsats.

Samtaler mellom mennesker innebærer både informasjonsutveksling og sosial samhandling. Gjennom ordene deler og former vi den virkeligheten vi er en del av. Når forskeren innhenter kvalitative data gjennom samtale, vil konteksten omkring samtalen være en viktig ramme for kunnskapsutviklingen. Derfor er det spesielt viktig at forskeren forstår hva som foregår mellom informant og intervjuer, og hvilken betydning dette har for tolking og funn.

### *Observasjonsdata*

Samhandlingsprosesser og sosiokulturelle rammebetingelser kan dokumenteres ved hjelp av data fra observasjoner med ulik grad av deltakelse og intervensjon. Fra medisinsk forskning har vi mange eksempler på kvalitative studier av samtalen mellom legen og pasienten, basert på lydbandopptak eller videoopptak (6, 26, 27). Deltakende observasjon er en metode hentet fra den etnografiske eller sosialantropologiske tradisjon, der forskeren deltar i den sammenhengen som skal studeres, med sikte på å beskrive problemstillingen i et innenfraperspektiv. Feltnotater kan være det skriftlige materialet som forskeren støtter seg til i analyseprosessen (28).

Observasjonsdata bærer med seg store mengder informasjon som kan være krevende å håndtere og tolke på en systematisk måte. Det dreier seg som regel om mellommenneskelige prosesser, der forskeren i vekslende grad selv har vært aktør. Tolking av observasjonsdata krever som regel forankring i en teoretisk referanseramme for at det skal være mulig å identifisere forskerens perspektiv tilstrekkelig tydelig. For medisinere er dette en spesielt krevende utfordring, der en tverrfaglig orientering i samarbeid med erfarne forskere kan være nyttig.

### *Andre former for kvalitative data*

Kvalitative data kan også hentes fra skriftlige kildemateriale. I den historiske fagtradisjonen brukes eksisterende tekster, oftest hentet fra arkivmaterialer. Plandokumenter kan for eksempel være en aktuell kilde for helsetje-

## Ramme 2

### *Noen tips for den som vil lese mer*

Lunde IM, Ramhøj P, red. *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. Kvalitative metoder*. København: Akademisk Forlag, 1995.

Bred presentasjon av utvalgte sentrale temaer skrevet av bidragsytere med bred erfaring fra kvalitative tilnærminger i medisinsk og helsefaglig forskning. Omfatter både vitenskapsteoretiske prinsipper og praktiske prosedyrer. God grunnlagsbok for den som foretrekker skandinavisk litteratur eller vil gjøre seg kjent med aktivitet i det danske forskningsmiljøet.

Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: TANO, 1996 (14).

Innføringbok for nybegynnere i feltet, både dem som aldri har forsket før, og den erfarne forsker som ikke behersker kvalitative metoder. Boken gir en innføring i grunnlaget og forutsetningene for de kvalitative forskningsmetodene, en oversikt over de forskjellige trinn i forskningsprosessen, utdyping av utvalgte temaer knyttet til feltarbeid, design og teori, og en omtale av etiske utfordringer.

Crabtree BF, Milller WL, red. *Doing qualitative research. 2. utg.* Thousand Oaks, CA: Sage, 1999.

Antologi med tverrfaglig basis, der ulike prosjekt brukes som konkrete eksempler på forskning der kvalitative metoder gir en relevant tilnærming. Eksempelene, som i hovedsak er hentet fra allmenntilmedisin, brukes også til gjennomgang av aktuelle prinsipper. God bok for den som ønsker å lese om utvalgte metodespørsmål i en anvendt sammenheng.

Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods. 2. utg.* Newbury Park, CA: Sage, 1990.

Grundig og praktisk om kvalitative metoder og deres anvendelse i evaluering og forskning. Forfatteren er pedagog og henter sine eksempler fra undervisningsevaluering. God grunnlagsbok for den som vil styrke sin metodologiske plattform.

Kvale S. *InterViews. An introduction to qualitative research writing*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1996 (18).

Perspektivrike synspunkter på kvalitative forskningsmetoder, med samtalen som utgangspunkt. Forfatteren er psykolog, nordisk foregangsmann innen metodemiljøet, og skriver om kunnskap som noe som skapes gjennom dialog. Gjennomgår de viktigste utfordringer i forskningsprosessen med et skarpt sideblikk til spørsmål om validitet og vitenskapelighet. Boken er lettlest, av spesiell interesse for den som ønsker seg en god vitenskapsteoretisk forankring.

Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research. 2. utg* Thousand Oaks, CA: Sage, 2000 (13).

Antologi med en rekke oppdaterte bidrag om de mange ulike retninger innen kvalitative forskningsmetoder. Oppslagsbok som forteller om teoretisk mangfold og skoleretninger, redigert av to av pionerene innen feltet. Nyttig i bokhyllen som påminnelse om bredden i feltet, mange gode og spesifikke kapitler som kan gi gjenkjennelse hos forskere som er i tvil om hva de skal kalle sin tilnærming.

nesteforskning. Forskning basert på medisinske journaltekster eller epikriser nevnes ofte som et aktuelt felt. Den som selv har skrevet journaler, vet imidlertid at dette er tekster skrevet for et bestemt formål, i en bestemt sjanger, der mange grunnleggende forutsetninger for forståelse av meningsinnholdet er utilgjengelige for forskeren. Tolkning av slike tekster kan derfor bli problematisk.

Kvalitative data kan også hentes fra spørreskjemaer med svar på åpne spørsmål (29). Skal slike tekstfragmenter kunne bearbeides på en forsvarlig måte, må forskeren legge mye forarbeid i hvordan spørsmålet stilles, plasseres og oppfattes, og det er nødvendig å vise tilbørlig respekt for de manglende muligheter til å vurdere den interne validiteten. For epidemiologen kan det være fristende å

kvantifisere slike data. Da er det imidlertid viktig å huske at åpne svaralternativer gir en annen type data enn spørsmål med standardiserte svar. Som regel tilfredsstillende ikke denne typen materiale de krav man skal stille til data som skal utsi noe om forekomst, fordeling eller sannsynlighet.

Aksjonsforskning er en strategi utviklet i samfunnsfagene, der datakildene kan være mangfoldige og sammensatte (6, 10, 30, 31). Ved utforskning av nye intervensjoner eller metoder kan dette være et åpent og fleksibelt alternativ for medisinerne i forhold til det randomiserte, kontrollerte forsøk, spesielt når det gjelder utviklings- og implementeringsfasen. Kvalitativ design kan imidlertid ikke gi svar på om intervensjonen gir bedre resultater – da kreves en kontrollgruppedesign.

## Databearbeiding og analyse

En utbredt misforståelse er at de kvalitative metodene fritar forskeren fra forpliktende struktur, fordi helhetsblikket skal fange det vesentlige. En gjennomarbeidet og veldokumentert analyse er imidlertid det som skiller den vitenskapelige tilnærming fra overfladisk syning. Forskerens jobb i denne fasen er å stoppe opp, tenke seg om og holde alternative tolkninger og versjoner opp mot hverandre. Først når forskeren selv kan identifisere systematikken som har vært fulgt i denne prosessen, er det mulig å dele den med andre (14–16).

Etter feltarbeidet skal rådata bearbeides og organiseres til en form der de blir tilgjengelige for analyse. Den kvalitative forskningsprosessen omformer virkeligheten til tekst ved transkripsjon av materiale som stammer fra observasjon eller samtaler. Teksten er imidlertid bare en tekst, ikke virkeligheten selv (18). De virkelige rådata er den faktiske hendelsen, slik den fant sted i tid og rom mellom de impliserte parter, og deres opplevelse av den. Når muntlig samtale skal omsettes til skriftlig tekst, skjer det alltid en fordreining, også ved detaljert gjengivelse ord for ord. Få mennesker snakker slik at en direkte nedskrivning av samtalen gir en gyldig gjengivelse av det som ble sagt og hørt. Formålet med transkripsjonen er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informanten hadde til hensikt å meddele. Teksten skal best mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet, særlig slik informantens erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under feltarbeidet.

Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet. Med utgangspunkt i problemstillingen stiller vi spørsmål til materialet, og svarene er de mønstrene og kjennetegnene som vi gjennom systematisk kritisk refleksjon kan identifisere og gjenfortelle. Vi skal avklare betydningen av forforståelsen og den teoretiske referanseramme i forhold til våre funn, og drøfte resultatene opp mot eksisterende teorier. Forskeren skal også ta stilling til betydningen av sin egen rolle og posisjon gjennom alle ledd i forskningsprosessen (32). Analysen skal foregå slik at andre senere kan følge den veien vi har gått, anerkjenne vår systematikk underveis og forstå våre konklusjoner. Analysen skal ikke bare gjennomføres, men også formidles (16).

Analyse innebærer abstraksjon og generalisering, også ved kvalitative tilnærminger. Vi skal bruke den enkelte informants historie og uttrykk til å vinne kunnskap som gjelder for flere. Filtrering og reduksjon av data er ikke noe som bare er aktuelt ved kvantitative tilnærminger – all vitenskapelig analyse krever transformasjon og sammenfatning på en eller annen måte. I resultatpresentasjonen skal forskeren sammenfatte og gjenfortelle de mønstrene som fremkommer gjennom en analyse som er gjennomført i et gitt perspek-

tiv. Velvalgte sitater kan illustrere funnene, men fungerer verken som selvstendige resultater eller som sannhetsbevis. En resultatpresentasjon som i hovedsak består av sitater, antyder at analyseprosessen sannsynligvis er ufullstendig.

Den konkrete fremgangsmåten for kvalitativ analyse kan variere fra prosjekt til prosjekt, avhengig av hva slags kunnskap vi leter etter og hva slags materiale vi skal lese for å finne svar. Analyse av kvalitative data innebærer at det kan finnes flere gyldige alternative tolkninger samtidig. Derfor skal forskeren rapportere hvilke prinsipper og posisjoner som har ført frem til resultater og konklusjoner. Den erfarne forsker vil kanskje være i stand til å rekonstruere sin vei gjennom materialet på en begripelig og pålitelig måte. Balansen mellom fleksibilitet og rigiditet i analysen er en krevende utfordring, der nybegynneren som regel vil ha behov for hjelp fra en erfaren veileder.

Referanse til en tidligere godt beskrevet analyseprosedyre kan tilfredsstillende lesers behov for å følge veien fra data til funn. For nybegynneren kan det være en fordel å følge en foreliggende analyseprosedyre. Da er det lettere å ha sin oppmerksomhet rettet mot innholdssiden av det man gjør. I skandinavisk helsefaglig tradisjon er det særlig to ulike, men beslektede analysemodeller som har vært brukt, nemlig «grounded theory» (33) og fenomenologisk analyse inspirert av Giorgi (34), modifisert av Malterud som systematisk tekstkondensering (14, 15). For mer omfattende omtale av analyseprosessen henvises til metodelitteraturen.

### Utfordringer og kvalitetskrav

Som det (forhåpentligvis) fremgår av ovenstående, bygger denne artikkelen på en forståelse der likhetene mellom de kvalitative og kvantitative forskningsmetoder blir viktigere enn forskjellene. Forutsetningen for dette standpunktet er en anerkjennelse av visse grunnlagskriterier for vitenskapelig kunnskap, spesifisert på prinsippnivå, ikke på prosedyrenivå (16). En sjekklister operasjonalisert for å vurdere kvaliteten av kvantitative strategier kan være særdeles uegnet til å vurdere vitenskapelig kvalitet av en kvalitativ studie. Særlig gjelder dette for hvordan spørsmål som utvalg, overførbarhet og betydningen av forskerens rolle skal vurderes.

I den postmodernistiske bølge har det de siste årene pågått en livlig debatt om hvorvidt vitenskapelige kriterier i det hele tatt kan gjøres gjeldende for kvalitative forskningsmetoder (19, 35). Det foreligger imidlertid en rekke aktuelle oversikter over aktuelle «guidelines» og sjekklister (16, 19, 36–38), operasjonalisert i samsvar med de kvalitative metoders egenart. Chapple & Rogers påpeker imidlertid at sjekklister utviklet av samfunnsvitene, der det for eksempel stilles tunge krav til teoretisk forankring, kanskje ikke er direkte overførbare som kvalitetskrav til medisinsk forskning (39).

Sjekklister for kritisk lesing av kvalitative studier, Malterud (16)			
	Ja	Komm	Nei
<b>Problemstilling</b>			
Er forskningsspørsmålet relevant?			
Er problemstillingen tilstrekkelig avgrenset og fokusert?			
Gir artikkelen tittel et dekkende inntrykk av innholdet?			
<b>Refleksivitet</b>			
Har forskeren presentert motiver, bakgrunn, perspektiver og antakelser?			
Er konsekvensen av for forståelsen drøftet tilfredsstillende?			
<b>Metode og design</b>			
Er kvalitative metoder egnet for utforskning av artikkelens problemstilling?			
Har forskeren valgt den mest adekvate kvalitative design?			
<b>Datainnsamling og utvalg</b>			
Har forskeren presentert sin utvalgsstrategi (oftest strategisk eller teoretisk, ikke representativ eller tilfeldig)?			
Er dette tilfredsstillende begrunnet?			
Er dette en utvalgsstrategi som er best mulig egnet til å belyse problemstillingen?			
Har forskeren drøftet konsekvensene av sin utvalgsstrategi i forhold til alternative valg?			
Presenteres betydningsfulle kjennetegn ved utvalget tilstrekkelig til at leseren kan forstå konteksten for gjennomføring av studien?			
<b>Teoretisk referanseramme</b>			
Presenteres de teoretiske perspektivene som studien bygger på?			
Er den teoretiske referanserammen adekvat i forhold til prosjektets problemstilling?			
Forklarer forfatteren hvordan teorigrunnlaget har formet analysen?			
<b>Analyse</b>			
Beskrives prinsipper og prosedyrer for bearbeiding og analyse av data tilstrekkelig til at leseren får innsyn i veien fra rådata til resultater?			
Forklarer forfatteren hvordan kategoriene i resultatdelen ble etablert – stammer de fra teorigrunnlaget eller er de utviklet med bakgrunn i de empiriske data?			
Forklares prinsippene for organisering av resultatpresentasjonen?			
Presenteres strategier for resultatvalidering (f.eks. alternative fortolkninger, informantvalidering, triangulering) i metodepresentasjonen eller diskusjonen?			
<b>Resultater</b>			
Gir resultatene relevante svar på studiens problemstilling?			
Lærer vi noe nytt ved å lese resultatene?			
Er resultatpresentasjonen en overbevisende fremstilling av funn utviklet fra det empiriske materialet som noe annet og noe mer enn forskerens forståelse og teoretiske referanseramme?			
Brukes sitater på en adekvat måte til å understøtte og berike forskerens sammenfatning av mønstre identifisert og gjenfortalt fra systematisk analyse av materialet?			
<b>Diskusjon</b>			
Drøftes spørsmål om intern validitet (hva handler egentlig denne studien om)?			
Drøftes spørsmål om ekstern validitet (overførbarhet av funn eller begreper)?			
Drøftes spørsmål om refleksivitet (forskerens rolle, perspektiver og posisjoner)?			
Finner vi selvkritiske overveielser om konsekvenser av den valgte design?			
Drøftes studiens begrensninger, samtidig som forskeren tar ansvar for de valg som er gjort?			
Drøftes funnene i lys av aktuelle teoretiske og empiriske referanser?			
Peker forskeren på noen utvalgte implikasjoner av de funn som er presentert?			
<b>Presentasjon</b>			
Er teksten velorganisert og lettles?			
Kan leseren skjønne mellom informantens stemmer og forskerens stemme?			
<b>Referanser</b>			
Er sentrale og spesifikke referanser på feltet tilfredsstillende dekket og presentert?			

Leser vi denne delen av metodelitteraturen på tvers, kan vi identifisere noen kriterier som de fleste ser ut til å være enige om. Hamberg og medarbeidere (40) støtter seg til Lincoln & Guba (11), som snakker om «credibility» (som parallell til intern validitet), «confirmability» (som parallell til objektivitet) og «transferability» (som parallell til generaliserbarhet), dessuten «dependability» (som tar høyde for de kontekstuelle forutsetninger). Mays & Pope (19) lanserer, i samsvar med Hammersley (41), validitet og relevans som de viktigste kriteriene, selv om de vedgår at det kan være komplisert å operasjonalisere hvorvidt og hvordan disse er tilfredsstillt. Mays & Pope (19) sier at validiteten kan styrkes gjennom strategier som triangulering, informantvalidering, klar

fremstilling av datainnsamling og analyse, refleksivitet, synliggjøring av data som reiser spørsmål ved forståelse og funn, og balansert håndtering av materialet. Relevans kan styrkes gjennom detaljert rapportering og ulike utvalgsstrategier. Giacomini & Cook understreker betydningen av klinisk relevans (42).

Selv vil jeg legge mest vekt på relevans, validitet og refleksivitet (16). Refleksivitet handler om å forholde seg til forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen og former den kunnskapen som kommer ut av prosessen (32). Forskerens rolle og perspektiver underveis, herunder forståelse og teoretisk referanseramme, bestemmer hvilken side av virkeligheten som kan beskrives, fortolkes og analyseres (14).

## Metodologiske utfordringer

Den medisinske forsker, som er opplært i en kvantitativ forskningsstradisjon, møter erfaringsmessig noen bestemte utfordringer når kvalitative forskningsmetoder skal tas i bruk for første gang. Dette handler særlig om betydningen av forskerens egen rolle, forutsetninger og konsekvenser knyttet til utvalg og sist, men ikke minst, systematisk håndtering av den organisering og fortolkning av materialet som foregår i analyseprosessen. Der som disse utfordringene ikke møtes med metodologisk kompetanse, kan validiteten bli skadelidende. Forskerens rolle kan for eksempel gjøres tilgjengelig for drøfting ved at man deler sin forforståelse og motivasjon (21) eller etablerer metaposisjoner som gjør det mulig for forskeren å se seg selv utenfra (30). Utvalgets sammensetning og konsekvenser skal overveies og drøftes (20), slik at det blir mulig å overveie hvilken overførbarhet funnene kan tillegges (22). Analyseprosessen kan klargjøres for leseren blant annet ved at den teoretiske referanserammen presenteres tydelig (27) og at veien fra data til resultater gjøres godt tilgjengelig (28).

## Muligheter og begrensninger

Kvalitative metoder kan åpne for forskning på felter der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, der problemstillingen som skal utforskes er sammensatt og kompleks, og der vi stiller oss åpne for et mangfold av mulige svar. Metodene er godt egnet for forskning som vil sette nye spørsmål på dagsordenen, eller ved problemstillinger der vi på forhånd ikke har oversikt over hva som kan være relevante svaralternativer. Vi kan bruke de kvalitative metodene til å utvikle nye beskrivelser, begreper eller teoretiske modeller, eller til å få frem mangfold og nyanser. Kvalitative forskningsmetoder læres best gjennom praksis og erfaring i arbeid med et konkret materiale, fortrinnsvis i følge med en veileder som behersker metodehåndverket. Kritisk lesing av artikler som andre har skrevet kan også representere nyttig læring (16). Ramme 2 gir noen litteraturtips for den som vil lese mer.

Vi skal ikke velge kvalitative metoder hvis vi ønsker å besvare spørsmål som «*hvor mye?*», «*hvor ofte?*», «*mer effektivt enn?*». Vil vi kartlegge omfang eller fordeling eller si noe om forskjell, samvariasjon eller prediksjon, er ikke kvalitative tilnærminger egnet. Vi skal ikke bruke kvalitative metoder hvis vi vil vite hvor ofte primærlegen gjør gynekologisk undersøkelse, hvor lang tid denne undersøkelsen tar, eller hvorvidt eldre kvinner føler mer ubehag enn yngre kvinner ved gjennomføring av undersøkelsen. Da skal vi heller samle tallmateriale som kan bearbeides statistisk.

Kvalitative metoder kan gjøre mange av medisinenes humanistiske, sosiale og kulturelle elementer tilgjengelige for utforskning og forståelse. Det er imidlertid ikke bare medisinenes «*bløte*» sider som er aktuelle pro-

blemstillinger der kvalitative metoder kan egne seg. Kliniske prosedyrer og håndgrep, som palpasjon av abdomen, persepsjon av hjertelyder, terminologi for lungefysikalia, er fenomener som bare i begrenset grad foreligger i medisinsk litteratur i form av systematiske beskrivelser og analyser. Det samme gjelder for så forskjellige felter som kirurgiske teknikker, erfaringer fra rehabilitering og trening samt implementering av forvaltningsreformer i helsetjenesten. Det kan være nyttig å minne om at kvalitative tilnærminger også har sin plass innen «*harde*» naturvitenskapelige fagområder som geologi og kjemi. Her kan det handle om å konsentrere seg om egenskaper og kjennetegn til forskjell fra mengder og fordelinger. Det dreier seg altså i prinsippet om forskningsmetoder som er aktuelle for beskrivelse, analyse og forståelse av alle slags fenomener, selv om de innen det medisinske fagfeltet kanskje har sin spesielle styrke innen menneskelig samhandling og opplevelse.

## Litteratur

1. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001; 358: 397–400.
2. Horton R. The interpretive turn. *Lancet* 1995; 346: 3.
3. Jones R. Why do qualitative research? It should begin to close the gap between the sciences of discovery and implementation. *BMJ* 1995; 311: 2.
4. Johansson E, Hamberg K, Westman G, Lindgren G. The meanings of pain: an exploration of women's descriptions of symptoms. *Soc Sci Med* 1999; 48: 1791–802.
5. Gandhi IG, Parle JV, Greenfield SM, Gould S. A qualitative investigation into why patients change their GPs. *Fam Pract* 1997; 14: 49–57.
6. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Oslo: TANO, 1990.
7. Dahlgren LO, Diwan VK, Tomson G, Wahlstrom R. On the variation in conceptions among primary care physicians regarding hypercholesterolemia: a phenomenographic analysis. *Scand J Prim Health Care* 1992; 10: 316–20.
8. Bjarås G. The need of leadership for motivation of participants in a community intervention programme. *Scand J Soc Med* 1991; 19: 190–8.
9. Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all... Women's experiences of pelvic examinations. *Fam Pract* 1997; 14: 148–52.
10. Malterud K. Action research – a strategy for evaluation of medical interventions. *Fam Pract* 1995; 12: 476–81.
11. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1985.
12. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis. An expanded sourcebook*. 2. utg. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.
13. Denzin NK, Lincoln YS, red. *Handbook for qualitative research*. 2. utg. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000.
14. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: TANO, 1996.
15. Malterud K. Shared understanding of the qualitative research process – guidelines for the medical researcher. *Fam Pract* 1993; 10: 201–6.
16. Malterud K. *Qualitative research: standards, challenges, and guidelines*. *Lancet* 2001; 358: 483–8.
17. Burkett GL, Godkin MA. *Qualitative research in family medicine*. *J Fam Pract* 1983; 16: 625–6.
18. Kvale S. *InterViews. An introduction to*

qualitative research writing. Thousand Oaks, CA: Sage, 1996.

19. Mays N, Pope C. Quality in qualitative health research. I: Pope CP, Mays N, red. *Qualitative research in health care*. 2. utg. London: BMJ Books, 2000: 89–101.
20. Skelton AM, Murphy EA, Murphy RJJ, O'Dowd TC. General practitioner perceptions of low back patients. *Fam Pract* 1995; 12: 44–8.
21. Gardner K, Chapple A. Barriers to referral in patients with angina: qualitative study. *BMJ* 1999; 319: 418–21.
22. Söderlund A, Skoge AM, Malterud K. «I could not lift my arm holding the fork...» Living with chronic fatigue syndrome. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18: 165–9.
23. Morgan DL, red. *Successful focus groups. Advancing the state of the art*. Beverly Hills, CA: Sage, 1993.
24. Krueger RA. *Focus groups. A practical guide for applied research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.
25. Kitzinger J. Introducing focus groups. *BMJ* 1995; 311: 299–302.
26. Arborelius E, Bremberg S, Timpka T. What is going on when the general practitioner doesn't grasp the situation? *Fam Pract* 1991; 8: 3–9.
27. Nessa J. From a medical consultation to a written text. *Scand J Prim Health Care* 1995; 13: 83–92.
28. Miller WL. Routine, ceremony, or drama: an exploratory study of the primary care clinical encounter. *J Fam Pract* 1992; 34: 289–96.
29. Malterud K, Bærheim A. Peeing barbed wire. Symptom experiences in women with lower urinary tract infection. *Scand J Prim Health Care* 1999; 17: 49–51.
30. Stensland P, Malterud K. New gateways to dialogue in general practice. Development of an illness diary to expand communication. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15: 175–9.
31. Whyte WF, red. *Participatory action research*. Newbury Park, CA: Sage, 1991.
32. Baarts C, Tulinius C, Reventlow S. Reflexivity – a strategy for a patient-centred approach in general practice. *Fam Pract* 2000; 17: 430–4.
33. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research. Grounded theory – procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage, 1990.
34. Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. I: Giorgi A, red. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press, 1985: 8–22.
35. Blaxter M. Criteria for evaluation of qualitative research. *Med Sociol News* 1996; 22: 68–71.
36. Elder NC, Miller WL. Reading and evaluating qualitative research studies. *J Fam Pract* 1995; 41: 279–85.
37. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995; 311: 109–12.
38. Giacomini MK, Cook DJ. Users' guides to the medical literature. XXIII. Qualitative research in health care. A. Are the results of the study valid? *JAMA* 2000; 284: 357–62.
39. Chapple A, Rogers A. Explicit guidelines for qualitative research: a step in the right direction, a defence of the «soft» option, or a form of sociological imperialism? *Fam Pract* 1998; 15: 556–61.
40. Hamberg K, Johansson E, Lindgren G, Westman G. Scientific rigour in qualitative research – examples from a study of women's health in family practice. *Fam Pract* 1994; 11: 176–81.
41. Hammersley M. *Reading ethnographic research*. New York: Longman, 1990.
42. Giacomini MK, Cook DJ. Users' guide to the medical literature. XXIII. Qualitative research in health care. B. What are the results and how do they help me care for my patients? *JAMA* 2000; 284: 478–82.

○