

## Over kwalitatieve analyse bij onderzoek onder ‘anderen’

**Ria Reis, Sjaak van der Geest en Trudie Gerrits**

Dit hoofdstuk buigt zich over de eisen waaraan een kwalitatieve analyse van onderzoeksresultaten moet voldoen als dat onderzoek zich richt op mensen van een andere cultuur. Wij gaan achtereenvolgens in op de aard van kwalitatieve analyse, op analyse processen tijdens en na de datavergaring en op thema's met betrekking tot validiteit en betrouwbaarheid. Daarbij worden criteria geformuleerd, aan de hand waarvan we nadenken over de vraag waar problemen op kunnen treden in verband met de etnische herkomst van de onderzoeksgroep. Een - gedeeltelijk - fictief voorbeeld van een analytisch proces tijdens veldwerk helpt ons die vraag meer genuanceerd te beantwoorden.

### Kwalitatieve analyse

Kwalitatieve analyse laat zich moeilijk vangen in een definitie. Misschien is de negatieve omschrijving van Strauss en Corbin (1998: 11) nog het duidelijkst: elk niet-mathematisch proces van data-interpretatie, ofwel elke analyse waarbij niet gebruik wordt gemaakt van tellen of meten. Het doel van kwalitatieve analyse is gedetailleerde beschrijvingen, inzichten en theoretische modellen te genereren met betrekking tot sociale verschijnselen. Kwalitatieve analyse probeert patronen te ontdekken in de manier waarop mensen binnen specifieke contexten verschijnselen interpreteren en daar hun handelen op afstemmen. In relatie tot ziekte zal een kwalitatief onderzoeker bijvoorbeeld proberen te begrijpen hoe de betrokkenen de ziekte verklaren, hoe zij met ziekte omgaan, welke zorgbehoeften mensen hebben, hoe zorgverleners daar het best op kunnen inspelen, en hoe gezondheidspraktijken zijn ingebed in bredere maatschappelijke processen.

Deze nadruk op ‘begrijpen’ verleent kwalitatieve benaderingen een interpretatief karakter. Ruwe data uit gesprekken, observaties en andere bronnen worden door de onderzoeker gereduceerd, georganiseerd en geïnterpreteerd in relatie tot elkaar en tot de context waarin die data wordt geproduceerd. De manier waarop mensen over zichzelf en hun omgeving denken vormt daarbij relevante kennis. Met een term ontleend aan de linguïstiek wordt de visie van de insider wel aangeduid met ‘*emic*’. Voor de buitenstaander, die de onderzoeker altijd is, is het nooit ten volle mogelijk zich de *emic* manier van kijken en voelen van degenen die hij bestudeert, eigen te maken. Dat is ook zelden zijn bedoeling; als buitenstaander, vanuit een ‘*etic*’ perspectief, is men immers in staat dingen op te merken die voor de insider zo vanzelfsprekend zijn geworden dat deze ze niet waarneemt. In een kwalitatieve analyse pendelt de onderzoeker voortdurend heen en weer tussen *emic* en *etic* inzichten. En ten slotte is kwalitatief onderzoek ‘naturalistisch’ van aard: sociale fenomenen worden in hun natuurlijke omgeving bestudeerd (Denzin & Lincoln 2003:33; Green & Thorogood 2004:18). Zo kan in de klinische context worden onderzocht of bij kinderen met diabetes een bepaalde bloedsuiker meting overeenkomt met een specifiek klinisch beeld, maar zal een kwalitatief onderzoeker meer geïnteresseerd zijn in hoe kinderen met diabetes tegen hun aandoening aankijken en hoe zij het evenwicht tussen voeding, activiteit en insulinegebruik in hun dagelijks leven hanteren (Dedding et al. 2004, Reis & Dedding 2004)).<sup>1</sup>

In de sociale wetenschappen verschilt men van mening in hoeverre kwalitatieve en kwantitatieve analyse in onderzoek gecombineerd kunnen worden. Sommige stromingen benadrukken hun fundamenteel verschillende filosofische en epistemologische uitgangspunten, dat wil zeggen, onoverbrugbare perspectieven op de werkelijkheid en hoe die werkelijkheid te kennen valt. Anderen benadrukken juist hun complementariteit en laten de keuze voor een methode pragmatisch afhangen van de vragen die men met het onderzoek probeert te beantwoorden.<sup>2</sup> In het kader van interdisciplinair of toegepast onderzoek is dit laatste standpunt het meest vruchtbaar gebleken.

In onderzoeksprojecten of in een opeenvolging van projecten kunnen verschillende soorten synergie gecreëerd worden tussen kwalitatieve en kwantitatieve analyse.<sup>3</sup> Zo kan een kwalitatieve analyse van het dagelijks leven in verpleeghuizen (The 2005) leiden tot de identificatie van problemen, waarvan de verbreiding over Nederlandse verpleeginstellingen vervolgens kwantitatief onderzocht zouden kunnen worden. Omgekeerd zou een kwantitatieve analyse van het verband tussen etnische achtergrond en gewicht van kinderen in de basisschool leeftijd vragen kunnen oproepen voor kwalitatief onderzoek naar de invloed van cultuur op eetpatronen en beweging onder geselecteerde groepen (De Wilde et al. 2003; Breetvelt 2003).

Kwalitatief onderzoek kan helpen om interventies aan te laten sluiten op de ervaren behoeften en het dagelijks leven van doelgroepen, en om de effecten van interventies te interpreteren in categorieën die voor de betrokken mensen zinvol zijn. Nauwkeurige beschrijvingen van het interventieproces kunnen begrijpelijk maken hoe zo'n proces plaatsvindt en ervaren wordt. In een gerandomiseerd controle onderzoek naar de effectiviteit van een psychosociale interventie voor schoolkinderen in post-conflict gebieden dragen kwalitatieve methoden bij aan het identificeren van problemen bij kinderen die door henzelf en hun omgeving als meest belangrijk worden ervaren. Zo worden ook *idioms of distress* opgespoord, cultuurspecifieke manieren waarop mensen hun lijden of onwelbevinden uitdrukken. Deze data wordt ondermeer gebruikt om de insluiting van kinderen in de interventie te verfijnen, en de vragenlijsten te verbeteren die worden gebruikt om de effecten van de interventie te meten (Tol et al. 2007).

Hoewel vooral kwalitatief materiaal (afkomstig uit open interviews of focusgroep discussies, tekeningen, levensverhalen, dagboeken, observaties en dergelijke) voor kwalitatieve analyse in aanmerking komt, kunnen ook kwantitatieve data (zoals demografische of epidemiologische gegevens) in een kwalitatieve analyse betrokken worden, bijvoorbeeld om individuele ervaringen te relateren aan ruimere maatschappelijke processen, of, omgekeerd, maatschappelijke trends beter te begrijpen (Van Zuuren 1999).

## **Analyse tijdens en na de datavergaring**

In kwalitatief onderzoek hoeven theoretische concepten en modellen niet aan de analyse vooraf te gaan; zij kunnen vanuit de ruwe data (verder) ontwikkeld worden. De onderzoeker is gedurende het gehele onderzoeksproces in interactie met het materiaal. Kenmerkend is een voortdurende cyclus van empirie naar theorie, naar reflectie en weer naar empirie en theorie. Afhankelijk van het doel van het onderzoek en de gebruikte methoden worden naar aanleiding van bevindingen vragen verfijnd of nieuwe vragen ontwikkeld.<sup>4</sup>

In het algemeen is kwalitatief onderzoek kleinschalig, er zijn geen grote aantallen informanten bij betrokken. Niettemin is het zeer intensief en tijdrovend en bovendien heeft het de neiging uit te waaieren. Wat als 'voldoende' data geldt wordt niet bepaald door statistische kracht. Idealiter stopt men met data vergaring wanneer data verzadiging optreedt, dat wil zeggen, wanneer nieuwe gesprekken, nieuwe methodes of inclusie van informanten

met bepaalde kenmerken niet tot nieuwe inzichten omtrent de onderzoeksvraag leiden. Begrenzing is afhankelijk van goede onderzoeksvragen die de analyse sturen en vanzelfsprekend de analytische vaardigheden van de onderzoeker die de voor de onderzoeksvraag en theorievorming relevante en minder relevante data dient te onderscheiden en naar aanleiding daarvan beslissingen in het onderzoeksproces neemt.

Een kenmerk van kwalitatieve data is de relatieve ongestructureerdheid, veelheid en veelzijdigheid ervan. In eenzelfde onderzoek leiden verschillende methoden vaak tot data van heel verschillende aard. Na afsluiting van veldwerk waarin bijvoorbeeld open interviews en focusgroep discussies plaatsvonden, informanten tekeningen maakten en dagboeken bijhielden, en participerende observatie werd verricht, heeft de onderzoeker honderden bladzijden tekst en visueel materiaal. Een eerste taak in de analyse na het veldwerk is een manier te vinden om die massa data te kunnen 'bevragen' zonder het overzicht kwijt te raken.

Handboeken voor kwalitatief onderzoek geven uitstekende beschrijvingen van gesystematiseerde procedures waarmee men een aantal kerntaken van kwalitatieve data analyse na het veldwerk kan uitvoeren (Zie bijvoorbeeld Hardon et al. 2001, Ritchie & Lewis 2003: 212). Reductie vindt plaats door thema's en betekenisvolle concepten en dimensies te identificeren waarbinnen fragmenten gebundeld en gelabeld kunnen worden. Coderen bestaat uit het opdelen van het onderzoeksmateriaal in kleinere segmenten en die met een voor de analyse zinvolle code benoemen. De onderzoeker kan hierbij gebruik maken van beschrijvende codes (indexeren), emic codes (begrippen die informanten zelf gebruiken) en interpreterende codes (theoretische begrippen). Voorbeelden van theoretische begrippen bij onderzoek naar ziekte en gezondheid zijn: *social support*, *explanatory model*, *therapietrouw*, *biopower*, *agency*, culturele herinterpretatie, medicalisering, stigma, *coping*, *embodied experience*, *clinical gaze*, sociaal kapitaal, en *idiom of distress*.

Met behulp van toegekende codes kunnen vervolgens onderzoeksgegevens op allerlei wijzen gesorteerd worden, afhankelijk van waar de onderzoeker zijn analyse op wil richten. Aan de hand van deze sorteringen kan de onderzoeker gaan vergelijken en contrasteren en trachten trends te ontdekken. Hij kan categorieën en typologieën ontwikkelen, en patronen identificeren. En als het onderzoeksontwerp en de bevindingen het toestaan, kan vervolgens een bijdrage worden geleverd aan verklaringen, theoretische vernieuwing of praktische toepassingen.

In deze fase van de kwalitatieve analyse, die deels achter het bureau plaatsvindt, lijken de procedures het meest geformaliseerd en expliciet. Voor het reduceren, coderen, sorteren en het maken van typologieën, matrixen en modellen zijn uitvoerig beschreven procedures voorhanden. Er zijn diverse computerprogramma's voor kwalitatieve analyse die de onderzoeker in deze fase kunnen helpen, maar die we hier niet zullen bespreken. Het is echter belangrijk te beseffen dat ook dergelijke activiteiten gestuurd worden door de creatieve interactie van de onderzoeker met de data. Deze interactie behelst een zoeken naar patronen en relaties tussen data, waarbij men voortdurend de context waarbinnen de data werden geproduceerd voor ogen moet houden, en dat alles in het licht van en gestuurd door vraagstelling, gangbare theorie en publicaties van anderen over het betreffende onderwerp. Een dergelijk hermeneutisch proces, waarin zowel inductie als deductie plaatsvindt, laat zich moeilijk in gefaseerde en geformaliseerde procedures beschrijven (cf. Green & Thorogood 2004: 180; Richters 1991: 141-147).

De analyse wordt afgesloten met het opschrijven van de bevindingen, een proces waarin belangrijke keuzes worden gemaakt: over welke thema's wordt gepubliceerd, van wie worden de stemmen opgevoerd, in hoeverre wordt een kijkje in de keuken van het onderzoeksproces gegund, in hoeverre wordt de rol van de onderzoeker in de sturing van de analyse expliciet gemaakt, enzovoort.

## Validiteit, betrouwbaarheid en generaliseren

In kwalitatieve analyse speelt de subjectiviteit van de onderzoeker altijd een rol. Voor onderzoek dat tot doel heeft gedetailleerde beschrijvingen, inzichten, begrip en theoretische modellen en verklaringen te genereren met betrekking tot wat mensen beweegt, is subjectiviteit, subject-zijn, een voorwaarde. Aan de interpretatieve processen in kwalitatieve analyse ligt een impliciete vergelijking tussen *mijn* en *hun* ervaring ten grondslag. De eigen inzichten en ideeën van de onderzoeker, zijn eigen premissen, vormen daarom zowel een instrument als een onderwerp van analyse. De onderzoeker moet zijn eigen ideeën en gevoelens onderzoeken terwijl hij luistert naar de verhalen van anderen. Introspectie, in het kort, is een voorwaarde voor kwalitatieve analyse, maar uiteindelijk draait het om intersubjectiviteit: Is de onderzoeker in staat te vatten wat de ander wil duidelijk maken, of - wat misschien even vaak voorkomt - tracht te verbergen? Kan de onderzoeker die vergelijkbare ervaringen meegemaakt heeft dichter bij de ervaring komen van die ander dan de onderzoeker die zulke ervaringen niet deelt? (Reis 1997; The 1998; Tankink & Vysma 2006).

Dat de onderzoeker bij elke stap in kwalitatieve analyse als subject betrokken is betekent dat validiteit en betrouwbaarheid een andere betekenis hebben dan in kwantitatief onderzoek, zozeer dat sommigen ervoor pleiten termen te gebruiken die geen associaties oproepen met wiskundige testen en criteria (Ritchie & Lewis 2003:271; zie Janesick 2003: 68). In het standaardwerk van Strauss en Corbin (1996) over kwalitatief onderzoek zal men in de index tevergeefs naar deze begrippen zoeken, en ook de auteurs van dit hoofdstuk hadden moeite om formuleringen te ontwikkelen waarin zij zich alledrie konden vinden. Ritchie en Lewis (2003: 270) wijzen erop dat 'betrouwbaarheid' in zijn ruimste betekenis 'houdbaar' betekent, en 'validiteit' in zijn ruimste betekenis 'gegrond'. Meer specifiek betekent 'validiteit' in de antropologie gewoonlijk dat de informant en onderzoeker het over 'hetzelfde' hebben. Of, zoals Pelto en Pelto (1970: 33) schrijven, "Validity refers to the degree to which scientific observations actually measure and observe [and analyse] what they purport to measure [report and analyse]." Daarbij is duidelijk dat de validiteit van de analyse staat of valt met de validiteit van de onderzoeksdata. Voor een kwalitatief onderzoeker houdt het streven naar validiteit echter altijd een zekere tegenstrijdigheid in (Green & Thorogood 2004: 175-176). Enerzijds probeert hij zo goed mogelijk de *emic* gezichtspunten weer te geven van de mensen die hij in zijn onderzoek betreft en accurate beschrijvingen te genereren van sociale praktijken en processen (valide data). Anderzijds reduceert, organiseert en interpreteert hij in de analyse zijn data om onderliggende patronen en verbanden te ontdekken op een (*etic*) manier waarin de individuele informant zich niet noodzakelijk - helemaal - hoeft te herkennen.

Transparantie in het analytisch proces geeft inzicht in de mate waarin de interpretaties van de onderzoeker gegrond zijn in de empirie. Triangulatie van data afkomstig uit verschillende methoden, verschillende datasets, of systematische vergelijking van casussen (Stake 2003: 148) kunnen aanwijzingen geven voor accuraatheid van bevindingen. Hetzelfde geldt voor feedback aan en discussie over data met informanten. Concepten en theorieën die ontwikkeld worden tijdens het onderzoeksproces kunnen onderzocht worden op aannemelijkheid, bijvoorbeeld door gericht naar deviante casussen te zoeken (Green & Thorogood 2004: 192-193), of door hypothesen ontleend aan een deel van de data te toetsen op andere data (Ritchie & Lewis 2003: 275).

Herhaalbaarheid van een kwalitatieve analyse in strikte zin is niet mogelijk, zeker niet de analyse tijdens het veldwerk. Dat heeft te maken met de complexiteit en voortdurende veranderlijkheid van sociale verschijnselen, en van de invloed van wisselende contexten op

interpretaties en motieven van mensen. Hier helpt alleen de transparantie van het analytisch proces de betrouwbaarheid te vergroten. Onderzoekers kunnen er voor kiezen inzicht te geven in de ruwe data, bijvoorbeeld door het gebruik van letterlijke citaten of excerpten uit het materiaal. Digitalisering heeft documentatie van de stappen in de analyse eenvoudiger en daarmee inzichtelijker gemaakt. Samenwerking van onderzoekers in een project kan de betrouwbaarheid vergroten, bijvoorbeeld als zij onafhankelijk van elkaar hetzelfde materiaal coderen en afwijkende interpretaties met elkaar confronteren.

Ritchie en Lewis (2003: 272, 274) bespreken validiteit en betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek aan de hand van een aantal vragen. Sommige van die vragen betreffen vooral de kwaliteit van datavergaring, zoals bijvoorbeeld het vermijden van bias in de keuze voor een sample, en informanten voldoende mogelijkheden bieden om hun ervaringen, interpretaties en motivaties voor het voetlicht te brengen. Men kan hier voor zorgen door een goede omgeving voor gesprekken te kiezen en methoden op de juiste manier toe te passen. Wat betreft de kwaliteit (validiteit en betrouwbaarheid) van de analyse geven zij de onderzoeker het advies zich af te vragen of:

- de analyse systematisch is uitgevoerd en of classificaties, typologieën en dergelijke door de toepassing van multiple methoden bevestigd zijn;
- de interpretatie goed onderbouwd wordt door het materiaal;
- de beschreven fenomenen zo zijn geïdentificeerd, gecategoriseerd en benoemd (gecodeerd) dat zij de betekenisgeving van de studie participanten reflecteren;
- er voldoende intern bewijs is voor de verklarende modellen die de studie genereert;
- de weergave van bevindingen overeenkomt met de data en het anderen mogelijk maakt om te zien waar analytische constructen worden gebruikt.

Een valide en betrouwbare kwalitatieve analyse kan niet zonder meer tot generaliseerbare resultaten moeten kunnen leiden, dat wil zeggen tot resultaten die ook gelden voor andere contexten of voor andere groepen mensen. Hierboven is al gesteld dat betrouwbaarheid voor kwalitatieve analyse een complex thema is. Green en Thorogood (2004: 197 e.v.) geven aan dat kwalitatieve analyse zich in het bijzonder leent voor conceptuele generalisaties. De analyse levert concepten en manieren van kijken naar de wereld op die ons helpen vergelijkbare processen in andere contexten beter te begrijpen. Zekere uitspraken over het op grotere schaal vóórkomen van de bevindingen van kwalitatieve analyse worden pas mogelijk als de uitkomsten van de analyse worden opgenomen en verder onderzocht in kwantitatief onderzoek.

### **‘Allochtone’ en ‘autochtone’ anderen**

Na deze uiteenzetting dient zich de vraag aan of er specifieke eisen gesteld moeten worden als het onderzoek zich richt op mensen van een andere cultuur. Maar wat is cultuur? Er zijn tal van definities in omloop. Een visie die wijd verbreid is, in het bijzonder in de discussie over cultuurconflicten, is dat cultuur vooral gezocht moet worden in ideeën en waarden van mensen. Cultuur wordt daarom wel vergeleken met een bril die je op hebt: zij toont zich in de wijze waarop wij de werkelijkheid om ons heen zien en zin geven. Bij alle definities van cultuur wordt bovendien benadrukt dat het gaat om iets dat mensen van elkaar leren en met elkaar delen. Cultuur is een sociaal verschijnsel.

Kenmerken van een kwalitatieve analyse zijn, zoals we hebben gezien, haar interpretatieve karakter, en haar aandacht voor emic perspectieven. Kwalitatieve analyse is daarom altijd een cultuuranalyse, ook waar het gaat om verschijnselen op het vlak van gezondheid en ziekte. Denken en handelen met betrekking tot ziekte vindt altijd plaats in de context van sociale relaties, of die nu het dagelijks leven, of de interacties met zorgverleners

betreffen. Het benoemen en classificeren van lichaamssymptomen schept betekenis; de symptomen worden daarmee culturele verschijnselen, ook als zij in biomedische termen geïnterpreteerd worden.

Een kwalitatieve analyse is erop gericht de kloof tussen de onderzoeker en zijn informanten op het niveau van begrip te overbruggen. Onderzoekstechnieken en procedures zijn erop gericht interpretatieve en analytische processen, dus daar waar de onderzoeker zijn subjectieve interpretaties mogelijk oplegt aan de data, zo inzichtelijk mogelijk te maken. Daarbij maakt de onderzoeker juist gebruik van de contrasten tussen verschillende perspectieven. Culturele verschillen vormen in een kwalitatieve analyse geen methodologisch probleem, maar een aspect van de empirie op grond waarvan onderzoekers hun vragen ontwikkelen en waaraan zij hun inzichten ontleen.

De vragen die Ritchie en Lewis (2003: 272, 274) formuleerden om op de validiteit en betrouwbaarheid van kwalitatieve analyse te reflecteren, gelden voor onderzoek onder mensen van zowel de eigen als een andere cultuur. Een systematisch en met meerdere methoden uitgevoerde analyse, een goede onderbouwing van de interpretatie door het materiaal, voldoende intern bewijs voor de gegenereerde verklarende modellen en een transparante en heldere weergave: deze criteria zijn niet meer problematisch als de onderzochten een andere culturele afkomst hebben dan de onderzoeker. Het criterium dat fenomenen zo zijn geïdentificeerd, gecategoriseerd en benoemd dat ze de betekenisgeving van de participanten reflecteren, is echter wel moeilijker toe te passen. In het bovenstaande hebben we immers gezegd dat een analyse meer valide is als thema's voor gesprekken, en categorieën, dimensies en concepten die kunnen helpen bij de reductie en organisatie van het materiaal aansluiten bij de belevingswereld van de mensen om wie het gaat. Naarmate de culturele verschillen groter zijn tussen onderzoeker en onderzochten, lijkt dit aspect van validiteit een grotere uitdaging te vormen. Autochtone onderzoekers refereren hieraan als zij melden obstakels te ondervinden tijdens gesprekken, interviews, focusgroepdiscussies, observaties bij en in het bijzonder participatie onder allochtone Nederlanders. Wegens taalproblemen, wederzijdse gevoelens van schaamte, privacy regels, andere gender-relaties, religieuze voorschriften, argwaan en onzekerheid, zou het moeilijk zijn voor een Nederlandse onderzoeker dichter bij de ervaringswereld van 'allochtone' Nederlanders te komen (Staring 2004)

Het is belangrijk te beseffen dat deze problemen noch inherent zijn aan het kwalitatief onderzoeksproces, noch aan kwalitatieve analyse, en ook niet specifiek zijn voor onderzoek onder allochtonen. Elke onderzoeksgroep is voor elke onderzoeker in zekere mate een groep van 'anderen'. Juist in kwalitatief onderzoek wordt voortdurend op de tegenstelling en relatie tussen emic en etic perspectieven gereflecteerd. En juist kwalitatieve onderzoekers horen zich bewust te zijn van het gevaar van wat Kleinman (1987; cf. Helman 1990: 222) een *category fallacy* noemt, het verschijnsel dat categorieën die ontwikkeld zijn voor de ene groep worden toegepast op een groep voor wie deze categorieën geen coherente of valide betekenis hebben. Kwalitatieve onderzoekers hebben een scala aan analytische instrumenten, zoals bijvoorbeeld het onderscheid tussen *illness* (het perspectief van patiënten) en *disease*, of het concept van *explanatory models*, waarmee de contrasten en interacties tussen verschillende perspectieven in kaart gebracht kunnen worden (Helman 1990: 86-99; Kleinman 1980: 104-118).

In principe maakt het daarom niet uit of een kwalitatieve analyse allochtone of autochtone Nederlanders betreft, zoals het op principiële niveau voor de analyse ook niet uitmaakt of een onderzoeker van autochtone of allochtone afkomst is. Een goede kwalitatieve analyse wordt per definitie gekenmerkt door een voortdurende kritische reflectie op de invloed van de eigen premissen die het interpretatieve proces sturen. Op basis daarvan moeten wij kwalitatieve onderzoekers, van autochtone dan wel allochtone afkomst, dan ook aanraden geen principiële onderscheid te maken en elke onderzoeksgroep te beschouwen als mensen met wie zij veel gemeen hebben en die tegelijkertijd ook heel anders zijn.

## Kwalitatieve analyse in een context van ongelijkheid

Dat neemt niet weg dat in een kwalitatieve analyse onder elke onderzoeksgroep zich problemen kunnen voordoen die te maken hebben met de maatschappelijke gesitueerdheid of specifieke kenmerken van die groep. In het algemeen zou men kunnen zeggen dat allochtone populaties in Nederland historisch, economisch en sociaal-politiek een positie van ongelijkheid innemen. Deze ongelijkheid heeft gevolgen voor processen die de gezondheid betreffen, maar kan ook de analyse sturen of beperken. Een dergelijke sturing kan optreden in alle fasen van het analytisch proces. De veldwerkfase is echter in het bijzonder gevoelig voor een dergelijke sturing, vanwege het feit dat een opeenvolging van beslissingen bepaalt hoe de onderzoeksvragen zich ontwikkelen, ofwel, welke delen van de werkelijkheid door middel van datavergaring worden opgelegd. Laten wij daarom de stappen in het analytisch proces tijdens het veldwerk nog eens onder de loep nemen. We doen dat aan de hand van een fictief onderzoek naar de problemen die mensen met een chronische aandoening in het dagelijks leven ondervinden.<sup>5</sup> Vooralsnog laten wij de etnische afkomst van informanten in het midden.

We nemen aan dat de onderzoeker nog weinig bekend is met de onderzoekspopulatie. Hij zou daarom kunnen beginnen met de bestudering van documenten, wetenschappelijke en meer populaire, over de aandoening. Daaruit vormt de onderzoeker zich niet alleen een beeld van de aandoening maar ook van de sociale wereld van de mensen die eraan lijden. De onderzoeker identificeert op die manier sleutelpersonen, bijvoorbeeld afkomstig uit de patiëntenvereniging of hulpverlening, en voert met hen open gesprekken. Waarschijnlijk komen uit die gesprekken verschillende categorieën patiënten naar voren, die tot aanpassingen in het ontwerp van de studie leiden. Thema's die in de gesprekken naar boven komen als belangrijk voor het dagelijks leven, worden verwerkt in zogenaamde topic-lijsten waarmee de thema's in semi-gestructureerde gesprekken met patiënten verder worden geëxploreerd. Patiënten stellen mogelijk nieuwe thema's aan de orde, die men in vervolggesprekken en gesprekken met andere patiënten kan uitdiepen.

Niet alle thema's zullen voor alle patiënten even belangrijk zijn, de onderzoeker begint met het ontwikkelen van tentatieve categorieën en dimensies waarop patiënten en hun problemen verschillen. Thema's die door taboes omgeven worden, bijvoorbeeld de invloed van de aandoening op seksualiteit, zullen pas in latere interviews en niet bij alle patiënten aan de orde komen, of slechts als de onderzoeker ze nadrukkelijk aan de orde stelt. Met een aantal patiënten bouwt de onderzoeker een meer vertrouwelijke relatie op zodat het mogelijk wordt een periode te participeren en observeren in hun dagelijks leven. Dit levert informatie op over problemen die zo vanzelfsprekend en alledaags zijn dat patiënten er niet op gekomen waren deze aan de onderzoeker of aan hun hulpverleners te vertellen. Ook zaken die men liever verhuult, zoals spanningen in het gezin ten gevolge van de aandoening, kunnen door participerende observatie aan het licht komen.

De onderzoeker ontdekt dat verschillende levensfasen verschillende problemen kennen. Hij kan een aantal levensverhalen optekenen, om zo ook een diachronisch beeld te krijgen van wat een aandoening in het leven van mensen heeft betekend. Hij kan camera's meegeven om patiënten visueel obstakels te laten vastleggen die ze in de route van hun huis naar het werk tegenkomen. Partners van patiënten blijken een heel eigen visie op de problematiek te hebben, en de onderzoeker kan besluiten deze te exploreren door een focusgroep met hen te organiseren, dat wil zeggen, een rond een beperkt aantal open vragen gestructureerde groepsdiscussie. Ondertussen wordt de onderzoeker in het contact met sommige patiënten dusdanig met zijn eigen sterfelijkheid geconfronteerd dat hij weerstanden

bij zichzelf signaleert die hem ervan weerhouden bepaalde thema's uit te diepen. Deze gevoelens en overdenkingen noteert hij in zijn dagboek, dat aldus plaats biedt aan het beschrijven van 'geschiedenis' van het onderzoek en de context waarbinnen het zich voltrok. In dat dagboek documenteert de onderzoeker ook de tijdens het onderzoek gepleegde analyse, opdoemende inzichten en daaruit volgende beslissingen.<sup>6</sup>

Verloopt de analyse in dit onderzoeksproces nu anders als het niet autochtone maar allochtone patiënten met een chronische aandoening betreft? Voor de meeste stappen lijkt dit niet het geval te zijn. Dat wil zeggen, de etnische afkomst van informanten zal ongetwijfeld een rol spelen in bijvoorbeeld de onderwerpen die met taboes bekleed zijn, de mate van vertrouwelijkheid die de onderzoeker weet op te bouwen, of de mate waarin het dagelijks leven voor participerende observaties toegankelijk is. Maar dergelijke zaken betreffen vooral de kwaliteit van de datavergaring en vergen mogelijk aanpassing van methodes aan de doelgroep, niet het analytisch proces als zodanig.

Het is vooral de oriënterende fase die cruciaal lijkt te zijn voor de richting van het onderzoek en de insluiting dan wel uitsluiting van bepaalde categorieën patiënten of bepaalde aandachtsgebieden. In deze fase geven de literatuur en sleutelpersonen sturing aan (aanpassingen in) de onderzoeksvraag, het onderzoeksontwerp, de categorieën patiënten die benaderd worden en thema's die in gesprekken met patiënten verder uitgediept worden. Juist in deze prille fase stuit de onderzoeker naar allochtonen en gezondheid op problemen. Sommigen hebben te maken met de specifieke structuur van de gemeenschappen waarvan de beoogde informanten deel uitmaken. Het vinden van sleutelinformanten met inzicht in de problematiek waarin de onderzoeker is geïnteresseerd en die toegang bieden tot alle groepen informanten kan bijvoorbeeld problematisch blijken te zijn. Naarmate gemeenschappen meer hiërarchisch zijn gestructureerd, langs bijvoorbeeld lijnen van leeftijd of sekse, is de kans groter dat de stem van bepaalde groepen door sleutelpersonen in de eigen gemeenschap niet wordt vertolkt, zodat zij 'mond dood' blijven. Omdat allochtone patiënten vooralsnog minder dan autochtonen aan patiëntenverenigingen deelnemen – een typisch westers fenomeen –, vallen sleutelpersonen in die categorie gewoonlijk af. Hulpverleners die bij andere onderzoeksgroepen mogelijk als sleutelinformanten zouden kunnen dienen, zijn dikwijls juist degenen die klagen over problemen in de communicatie met allochtone patiënten of over de moeilijkere toegankelijkheid van deze groep.

Dit soort praktische problemen valt echter in het niet bij een meer fundamenteel probleem. De literatuur over allochtonen is niet alleen beperkt in omvang, maar ook gekleurd door een perspectief waarin vooral het anders zijn wordt benadrukt. Van etniciteit wordt vooral gewag gemaakt in de context van aangetroffen of veronderstelde verschillen. Thema's waarvoor dit minder het geval is, lopen meer kans gemist te worden, zelfs als zij vanuit het perspectief de betrokken etnische groepen meer relevant zijn. Ook andere aspecten veroorzaken sturing op etnische of culturele verschillen. De perspectieven van buitenstaanders, bijvoorbeeld hulpverleners, zijn dikwijls van meer invloed op de ontwikkeling van onderzoeksvragen.

In een onderzoek in een algemeen ziekenhuis naar chronische buikklachten (Van Duursen et al. 2002; 2004) werd de onderzoeksvraag geformuleerd door specialisten die zich geconfronteerd meenden met problemen in de hulpverlening aan allochtone patiënten. Zij observeerden een overconsumptie van medisch diagnostische technologie en ervoeren hun hulpverlening aan deze patiënten als minder effectief dan die aan autochtone patiënten. Bij een nauwkeurige analyse van wat artsen in hun klinische interacties als 'moeilijke patiënten' ervoeren, bleek echter dat het allochtoon zijn van patiënten geen bepalende factor was. De conclusie was dat het weinig zin heeft om de problemen die zorgverleners ondervinden in hun behandeling van patiënten met chronische buikklachten te begrijpen in termen van



‘allochtonie’. Artsen hanteren interpretatiekaders die gebaseerd zijn op hun eigen sociale identiteit die veel meer dimensies beslaat dan alleen hun autochtoon Nederlander zijn. De ‘culturele afstand’ - een concept dat ontwikkeld werd in deze studie - tussen artsen en hun cliënten die problemen kan geven in de communicatie varieert op meer dimensies dan alleen de etnische herkomst.

Het gevaar van sturing op culturele verschillen speelt ook een rol in de relatie van onderzoeker en onderzochten, zeker als de onderzoeksvraag ook in die termen is geformuleerd. Daarmee is het belangrijkste instrument van kwalitatieve analyse, het onderscheidingsvermogen van de onderzoeker, in alle fasen van het analytisch proces in het geding. Onderzoekers moeten evenzeer bedacht zijn op verborgen gelijkenissen als op verschillen. Zij mogen zich niet laten misleiden door het gemakzuchtige toverwoord ‘cultuur’ en daarmee de overlapping van existentiële ervaringen in ziekte en gezondheid tussen autochtoon en migrant ontkennen of over het hoofd zien. Culturalisering van de ‘allochtone ander’ draagt het gevaar met zich mee dat we het vermogen tot intersubjectiviteit verliezen, dat toch de basis is van kwalitatieve analyse (cf. Tankink & Vysma 2006). Het leidt tot naïeve, statische en stereotiepe interpretaties van gedrag en denkwijzen van deze ‘anderen’. Een ander risico van culturalisering is dat we de ‘vreemdheid’ of ‘cultureel bepaaldheid’ van Nederlandse respondenten onderschatten en te gemakkelijk aannemen dat we begrijpen waar ze het over hebben, wat ze bedoelen. Oppervlakkige culturele overeenkomsten kunnen dieper liggende verschillen en tegenstellingen op andere gebieden (bijvoorbeeld emotie, sociale positie, economische situatie, religie, gender, specifieke ervaringen met ziekte) camoufleren. Ze zijn als ‘false friends’ bij het leren van een andere taal: men komt bekende woorden tegen en neemt aan dat ze hetzelfde betekenen als in het Nederlands. Het vertrouwde is slechts schijn en daarom zo misleidend.

Het is bekend dat een sturing op culturele verschillen onderliggende economische en andere ongelijkheid, of het falen van de hulpverlening kunnen verhullen (Stronks et al. 1999; Van Dijk 1989). De marginale historisch-politieke en sociaal-economische positie van allochtone bevolkingsgroepen in het algemeen brengt problemen voor de analyse met zich mee. Laten we nog eens naar ons fictieve voorbeeld kijken. Mensen die aan een chronische aandoening lijden, raken vaker dan gezonde mensen gemarginaliseerd en geïsoleerd. Voor patiënten van allochtone afkomst komt deze marginalisatie echter boven op de al bestaande marginale sociale positie die zij als migranten innemen. Hun sociale wereld wordt bovendien meer dan die van autochtone Nederlanders, gekenmerkt door snelle veranderingsprocessen. Dat betreft niet alleen hun eigen verleden van migratie, maar ook grote verschillen onderling, bijvoorbeeld tussen eerste en tweede generatie allochtonen, in de manier waarop zij de dynamiek tussen de eigen achtergrond de Nederlandse cultuur en samenleving het hoofd bieden. Het vergt een zeer zorgvuldige analyse om in onderzoek naar de problemen die allochtonen met een chronische aandoening in hun dagelijks leven ondervinden deze meergelaagde problematiek uiteen te rafelen om tot valide beschrijvingen en verklarende modellen te komen.

Een voorbeeld uit de praktijk: in een onderzoeksproject naar morele dilemma’s in de hulpverlening aan Marokkaanse patiënten met een chronische ziekte (Coppoolse 2006) leidde de beschikbare literatuur tot een focus op externaliserende dikwijls exotische verklaringen voor ziekte, waarbij de *locus of control* buiten de patiënt zelf wordt gelegd. Vanuit de hulpverlening wordt een dergelijk perspectief als problematisch ervaren omdat het de patiënt niet ondersteunt om zelf actie te ondernemen die hem kan helpen. In de eerste gesprekken met Marokkaanse patiënten werden niet alleen dergelijke verklaringen nauwelijks aangetroffen, maar kreeg de onderzoeker ook nauwelijks informatie over de betekenis van de aandoening voor de patiënt. Het vergde genuanceerde aanpassingen in het onderzoeksontwerp om uit te zoeken in welke mate deze ‘leegheid’ van de onderzoeksdata voortkwam uit problemen die

met de culturele afstand van de onderzoeker en haar informanten te maken hadden, in het bijzonder problemen in de communicatie; of met het migratieverleden en de geïsoleerde en gemarginaliseerde positie waarin sommige patiënten zich bevonden, zowel ten aanzien van de gemeenschap in Marokko, de locale Marokkaanse gemeenschap als tegenover de Nederlandse samenleving; of met de aandoening zelf; of met het falen van de hulpverlening; of met culturele factoren zoals de betekenis van roddel en schaamte.

De maatschappelijke context van de vraagstukken die in onderzoek naar gezondheid van allochtonen aan de orde komen, in het bijzonder de vraagstukken rond ongelijkheid, maken dergelijk onderzoek overigens per definitie politiek geladen. Niet zelden roepen juist kwalitatieve beschrijvingen die dicht bij de dagelijkse ervaringen van mensen staan heftige maatschappelijke en politieke debatten op. De onderzoeker maakt zelf ook deel uit van deze politiek-maatschappelijke context. De afstand tussen een autochtone onderzoeker en allochtone onderzochten heeft vaak minder te maken met culturele verschillen, en meer met machtsongelijkheid. Naarmate de posities in de strijd om meer gelijkheid meer verharder zal deze politieke context zich sterker aan onderzoeker en onderzochten opdringen en dus de kwalitatieve analyse gaan beïnvloeden. Deze problemen kunnen liggen in het interpretatieve proces, verharding van posities kan het onderzoekers moeilijker maken de beweegredenen en keuzes van hun informanten te begrijpen. Maar er schuilt ook gevaar in een politieke sturing van de analyse. Zo kan een studie van thema's die uit het materiaal opborrelen en die relevant lijken te zijn voor een beantwoording van onderzoeksvragen politiek niet opportuun blijken te zijn.

Ook kunnen zich ethisch-politieke dilemma's voordoen waarin de gestandaardiseerde ethische richtlijnen van de beroepsgroepen van sociale wetenschappers geen antwoord op geven. Deze dilemma's kunnen in het bijzonder een rol spelen in de fase van het schrijven, waar men keuzes maakt over de thema's waarover men publiceert, over de perspectieven die men hanteert, en over beleidsadviezen die men geeft. Kwalitatief onderzoek behoeft altijd een reflectie op ethische thema's, maar in sterkere mate wanneer het onderzoek maatschappelijk kwetsbare groepen betreft. Het verdient aanbeveling dergelijke dilemma's en keuzen te bespreken met collegae die in hetzelfde veld werkzaam zijn. Dergelijke intervisie is belangrijk om de integriteit van zowel onderzoeker, onderzochten als het onderzoek zelf te bewaren.

Kortom, in een kwalitatieve analyse van problemen op het vlak van gezondheid en mensen van allochtone afkomst moet de onderzoeker rekening houden met veel 'witte plekken' in de beschikbare informatie. Daarnaast kan in alle fasen van de analyse een ongewenste sturing optreden naar onderzoeksvragen, domeinen en thema's die voortkomen uit het contrast met autochtonie en die niet noodzakelijk relevant zijn vanuit het perspectief van de onderzochte groep zelf.

## Noten

<sup>1</sup> Zie voor de manier waarop mensen geneesmiddelengebruik in hun dagelijks leven vormgeven Verbeek-Heida 1992, Haafkens 1997 en Whyte et al. 2002.

<sup>2</sup> Hier ontbreekt de ruimte om op deze verschillende posities in te gaan. Zie voor een heldere beschrijving van de debatten bijvoorbeeld Ritchie & Lewis 2003:11-15)

<sup>3</sup> zie onder meer Van Zuuren 1999

<sup>4</sup> Zie hiervoor bijvoorbeeld Andrews 2003, hoofdstuk 2: How research questions emerge.

<sup>5</sup> Het voorbeeld is een voor deze gedachteoefening met enkele methodische stappen uitgebreide combinatie van meerdere onderzoeken waarbij de eerste auteur betrokken was onder autochtonen met epilepsie, allochtonen met chronische buikklachten, en Marokkanen met chronische aandoeningen (Reis 2001 ; Van Duursen et al. 2002; Van Duursen et al. 2004; Coppoolse et al. 2005) .

<sup>6</sup> In dit fictieve voorbeeld zijn lang niet alle methoden beschreven die data voor een kwalitatieve analyse kunnen leveren. Over de verschillende methoden waarvan men in kwalitatief onderzoek gebruik kan maken zijn goede handboeken voorhanden (Hardon et al 2001). Onderzoekers kunnen er op basis van de vraag die zij willen beantwoorden voor kiezen slechts een of enkele methoden te gebruiken. Onderzoekers verschillen bovendien

---

van elkaar in wat zij goede methoden vinden. Voor bepaalde doelgroepen worden soms methoden ontwikkeld die meer zijn afgestemd op veronderstelde vaardigheden. Zo wordt voor onderzoek onder kinderen vaak gebruikt gemaakt van tekeningen en spelletjes. Onderzoek dat zich andersoortige doelen stelt, bijvoorbeeld actie-, interventie of participierend onderzoek, volgt andere stappen dan explorerend onderzoek.

## Literatuur

Andrews, R.

2003 *Research questions*. London: Continuum.

Breetvelt,

2003 Overgewicht bij kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst. Een literatuurverkenning naar de factoren die een rol spelen. *Epidemiologisch Bulletin* 38 (4): 24-27.

Coppoolse, K.

2006 *Ziektebeleving van chronisch zieken van Marokkaanse afkomst en morele dilemma's in de zorgverlening*. De Tijdstroom: Vrije Universiteit van Amsterdam.

Coppoolse, K., A. Oderwald, R. Reis & M. de Haan

2005 Informed consent in onderzoek onder allochtonen. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek* 15 (1)17-21.

Dedding, C., R. Reis, C. Ramaker & B. Wolf

2004 We zijn een dokter voor onszelf. De leefwereld van kinderen met diabetes onderzocht. *Medisch Contact* 1/2: 31-34.

Denzin, N.M. & Y.S. Lincoln

2003 *Strategies of qualitative inquiry*. London: Sage.

Dijk, R. van

1989 Cultuur als excuus voor een falende hulpverlening. *Medische Antropologie* 1(2): 131-143.

Duursen, N. van, R. Reis & H. ten Brummelhuis

2002 Dezelfde zorg voor iedereen? Een explorerende studie naar 'allochtonen' en 'autochtonen' met chronische buikklachten. Amsterdam: University of Amsterdam.

Duursen, N. van, H. ten Brummelhuis & R. Reis

2004 Zorgverlening bij chronische buikklachten. Is er een verschil in de behandeling van 'allochtone' en 'autochtone' patiënten? *Cultuur, Migratie, Gezondheid* 2: 28-39

Green, J. & N. Thorogood

2004 *Qualitative methods for health research*. London: Sage.

Haafkens, Joke

1997 *Rituals of silence. Long-term tranquilizer use by women in the Netherlands. A social case study*. Amsterdam: Het Spinhuis.

- 
- Hardon, A. et al  
2001 *Manual for applied health research. Anthropology of health and health care.* Amsterdam: het Spinhuis.
- Helman, C.G.  
1990 *Culture, health and illness. An introduction for health professionals.* London: Wright.
- Janesick, V.J.  
2003 The choreography of qualitative research design. In: Denzin, N.M. & Y.S. Lincoln (eds) *Strategies of qualitative inquiry*, pp. 46-79. London: Sage.
- Kleinman, A.  
1980 *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry.* Berkeley: University of California Press.  
1987 Anthropology and psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 151: 447-454.
- Pelto, P.J. & G.H. Pelto  
1970 *Anthropological research. The structure of inquiry.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Reis, R.  
1997 Resonating to pain; Introspection as a tool in medical anthropology 'At Home'. *Anthropology and Medicine* 5 (3): 295-310.  
2001 Epilepsy and self-identity among the Dutch. *Medical Anthropology* 19 (4): 355-82.
- Reis, R. & C. Dedding  
2004 Kinderen als medeonderzoekers: Mogelijkheden en problemen van kind-gestuurd Onderzoek. *Medische Antropologie* 16 (1): 79-92.
- Richters, A.  
1991 *De medisch antropoloog als verteller en vertaler.* Delft: Eburon.
- Ritchie, J. & J. Lewis (eds)  
2003 *Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers.* London: Sage.
- Stake, R.E.  
2003 Case studies. In: Denzin, N.M. & Y.S. Lincoln (eds) *Strategies of qualitative inquiry*, pp. 134-165. London: Sage.
- Staring, R.  
2004 Op zoek naar Turkse illegalen. *KWALON* 9 (3): 18-21.
- Strauss, A. en J. Corbin  
1998 *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory.* Thousand Oaks, California: Sage.
- Stronks, K., Uniken Venema, H.P. & Dahhan, N.

- 
- 1999 Allochtoon, dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 77: 33-40.
- Tankink, M. en M. Vysma  
2006 The intersubjective as a tool in medical anthropology. *Medische Antropologie* 18 (1): 249-265.
- The, A.  
1999 Emotie en inzicht: Eigen onderzoekservaringen en inzicht. *Medische Antropologie* 11 (2): 323-334.  
2005 *In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurende samenleving*. Amsterdam: Thoeris.
- Tol, W.A., M.J.D. Jordans, R. Reis & J.T.V.M. de Jong  
2007 Ecological resilience: Working with child-related psychosocial resources in war-affected communities. In press.
- Verbeek-Heida, P.  
1992 *De eigen wijsheid van de patiënt. Alledaagse overwegingen bij geneesmiddelengebruik*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Whyte, S.R., S. van der Geest & A. Hardon  
2002 *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wilde, J.A., B.J.C. Middelkoop, S. van Buuren & P.H. Verkerk  
2003 Overgewicht bij Haagse schoolkinderen. *Epidemiologisch Bulletin* 38 (4): 12-23.
- Zuuren, F.J. van  
1999 Ervaringen van patiënten in de somatische zorg: Voor- en nadelen van verschillende onderzoeksbenaderingen. *Medische Antropologie* 11 (2): 302-313.