

Naar een betere dialoog

Onderzoekservaringen van gezondheidspersoneel in Bolivia

Mariska de Boer

Toegankelijkheid van zorg staat centraal in Bolivia, een land dat te kampen heeft met hoge moeder- en kindsterftecijfers. De laatste regeringen stelden beleid op waarin nadruk wordt gelegd op gender en interculturaliteit. Onderzoeken zijn uitgevoerd waarin dezelfde conclusies terugkeren: om de bevolking meer gebruik te laten maken van de gezondheidsdiensten in het land, moet de toegankelijkheid verhoogd worden door economische en sociaal-culturele barrières weg te nemen. Waar onderzoek tot doel heeft data te verzamelen over de bevolking met betrekking tot gezondheidszorg, strekken de conclusies van de rapporten zich uit tot aanbevelingen aan de gezondheidswerkers. Het ontbreekt hun echter vaak aan een patiëntgerichte houding waarin de nadruk gelegd wordt op interculturele communicatie en respect voor de andere (inheemse) cultuur. Het hieronder beschreven onderzoek was erop gericht het ziekenhuispersoneel in het onderzoek te betrekken om het luisteren, een belangrijk aspect in de kwaliteit van zorg, te bevorderen. Het eerste deel van dit artikel bespreekt de methodologische veranderingen toegepast in het onderzoek. Het tweede deel richt zich op de vorming van de zorgverleners door hun opleiding.

[gezondheidswerkers, participerend onderzoek, onderzoeksmethodiek, Bolivia, biomedische geneeskunde, traditionele geneeskunde, opleiding, interculturele communicatie]

Dit onderzoek, dat plaats vond in 2001, is onderdeel van een project uitgevoerd in Bolivia door de Boliviaanse NGO Taller de la Historia y Participación de la Mujer (TAHI-PAMU).¹ Zij werkt op het gebied van kwaliteit van zorg in de gezondheidszorg en richt zich op het recht van patiënten op een goede dienstverlening. Dit tweejarig pilot project^{2,3} concentreerde zich op de verbetering van seksuele en reproductieve gezondheidszorg vanuit een perspectief van gendergelijkheid. In dit project werd samengewerkt met gezondheidswerkers van een gezondheidscentrum in de stad El Alto en van het ziekenhuis in de gemeente Patacamaya.⁴ Het project had tot doel instrumenten te ontwikkelen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Geïdentificeerde aspecten van kwaliteit van zorg waaraan aandacht besteed moest worden waren:

- de bevordering van rechten van de vrouwen en het respect voor de traditionele cultuur;
- de harmonisatie tussen de technische competenties aan de ene kant en de gevoeligheid voor het detecteren van impliciete behoeften van zorg gerelateerd aan het affectieve en het sociale aan de andere kant;
- het bereiken van een evenwicht tussen de evaluatie gebaseerd op de bezettingsgraad van de diensten en de tevredenheid over de kwalitatieve aspecten vereist door de bevolking;
- de bevordering van gelijkheid binnen de gezondheidsinstellingen en de democratisering van de diensten middels gemeenschapsparticipatie.

Middels nieuw ontworpen *historias clinicas* (anamneses) waarin de componenten van het project verwerkt waren, workshops, trainingen en observaties tijdens de consulten, werd getracht een integrale benadering van ziekte en gezondheid te bevorderen.

El Alto, de migrantenstad met zo'n 600.000 inwoners, waarvan de meerderheid tot de Aymara bevolking hoort, is gelegen boven La Paz (letterlijk), op 4000 meter hoogte. Patacamaya, waar het onderzoek is uitgevoerd, is een dorp op het platteland, op 108 kilometer afstand van La Paz, met ruim 20.000 inwoners, waarvan de grote meerderheid ook tot de Aymara bevolking hoort en tweetalig is: Aymara en Spaans. Meer dan de helft van de bevolking woont echter niet binnen het dorp, maar in gehuchten erbuiten. Men leeft er van de landbouw en de veeteelt, waarvan de producten op de lokale markten verkocht worden.

Het ziekenhuisje van Patacamaya met vijf bedden, behoort eigenlijk tot de eerste lijn. Er werken drie artsen, van wie er twee hun co-schappen lopen, twee hoofdverpleegkundigen, van wie één stage loopt, zes hulpverpleegkundigen en een tandarts. Hier worden de dagelijkse consulten gedaan, bevallingen (zonder complicaties), eerste hulp, ongelukken. Er komen gevallen binnen die behandeld zouden moeten worden in een ziekenhuis van de tweede lijn, maar omdat het dichtstbijzijnde grote ziekenhuis voor verwijzingen op een uur afstand ligt, worden deze in het ziekenhuisje van Patacamaya behandeld voor zover de omstandigheden dit toelaten.⁵

Bolivia kent een pluralistisch medisch systeem waarin onderscheid gemaakt wordt tussen het officiële biomedische (westerse) systeem en het traditionele. Hoewel deze laatste term op meerdere wijzen interpreteerbaar is (Kroeger & Barbira-Freedman 1992; Van der Geest 1997), zal ik met 'het traditionele' verwijzen naar het scala aan verschillende geneeswijzen die niet onder het officiële biomedische systeem vallen. Over het algemeen maakt de bevolking van Patacamaya gebruik van beide systemen. In een aantal gevallen wordt er onderscheid gemaakt wie men bezoekt. Gaat het om overduidelijke gevallen zoals wanneer de ziel 'verloren' is geraakt, wordt een *yatiri* (een specialist van het traditionele systeem) bezocht. In andere gevallen, zoals bij diarree, hangt het af van de interpretatie over de oorzaak die eraan gegeven wordt en afhankelijk daarvan wordt of een arts of een *yatiri* bezocht. Het kan voorkomen dat de behandeling(en) van een van de systemen geen baat heeft, waarop men het andere systeem 'probeert'.

Lang niet altijd is er vertrouwen van de (inheemse) bevolking in het biomedische systeem. Taalproblemen, paternalistische verhoudingen, het (niet erkende) bestaan van een traditioneel gezondheidssysteem en discriminatie leiden tot een slechte communicatie tussen gezondheidswerkers en patiënten.

Het onderzoek

Dit onderzoek heeft in de loop van het proces twee methodologische veranderingen ondergaan. Deze veranderingen waren niet gepland, maar zijn gaandeweg ingevoerd al naar gelang de noodzaak tot verandering. Met de methodologische veranderingen is tevens het oorspronkelijke doel van het onderzoek verlegd, omdat de data verkregen uit de interviews met de zorgverleners leidde tot een nieuwe focus waarin TAHIPAMU zich besloot te verdiepen.

In eerste instantie had het onderzoek tot doel de behoeften en verwachtingen ten aanzien van de kwaliteit van zorg in het ziekenhuisje te leren kennen, om zo vast te kunnen stellen of het project daarbij aansloot. Een kwalitatief onderzoek werd ontworpen dat uitgevoerd zou worden door een socioloog of antropoloog. Op het moment dat dit onderzoek zou beginnen, een jaar nadat het project was gestart, vond TAHIPAMU het belangrijk dat het gezondheidspersoneel erbij betrokken zou worden, omdat verwacht werd dat op die manier de resultaten door hen serieuzer genomen zouden worden. Bovendien zou het onderzoek op deze manier een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van bekwaamheden voor interpersonele communicatie van het gezondheidspersoneel, juist één van de hiaten die de kwaliteit van de zorg zou kunnen verbeteren. Hoewel het risico bestond dat dit gekleurde informatie zou opleveren, woog het aspect dat met deze methode het luisteren bevorderd zou worden zwaarder. Hiermee werd het doel van het onderzoek uitgebreid.

Het meeste patiëntgerichte onderzoek richt dat deel van de resultaten die te maken hebben met het sociaal-culturele aspect van de toegankelijkheid van zorg, omgezet in aanbevelingen, aan de gezondheidswerkers.⁶ Het risico bestaat echter dat de aanbevelingen niet uitgevoerd worden wegens gebrek aan motivatie. Terecht of onterecht, de kritiek die vaak impliciet in deze aanbevelingen verweven zit, kan tot wrevel leiden. Vaak wordt verwacht dat de gezondheidswerkers veranderen. De betrokkenheid maakt de kans groter dat de aanbevelingen die uit het onderzoek voortvloeien ook werkelijk tot uitvoering worden gebracht. Te vaak wordt dit over het hoofd gezien, terwijl zij, samen met de bevolking, toch de hoofdrolspelers zijn in de gezondheidszorg.

Het ziekenhuispersoneel als medeonderzoeker

Op deze manier werd in overleg met het personeel besloten dat zij de interviews met de bevolking zouden uitvoeren. Er werd overeenstemming bereikt over een semi-gestructureerde vragenlijst die door de begeleidsters van het onderzoek was voorbereid en er werd afgesproken om hen een kleine vergoeding te betalen voor de te houden inter-

views. Omdat er een (veronderstelde) kloof bestaat betreffende concepten over ziekte en gezondheid tussen de gezondheidswerkers en de bevolking, raadde TAHIPAMU aan diegenen te interviewen met wie een bepaalde mate van vertrouwen was (mannen, vrouwen of jongeren).

Hen werd gevraagd om geen interviews binnen de ziekenhuismuren te houden, zodat er sprake kon zijn van een bepaalde mate van neutraliteit, waarmee de psychologische beïnvloeding van het ziekenhuis vermeden kon worden. Het aantal interviews lieten we open. De vragen die tijdens het interview gesteld werden, betroffen persoonlijke ervaringen binnen de familie met betrekking tot ziektes, hoe die begrepen werden, de manieren waarop die genezen werden, door wie en wat indruk maakte. Ook werd gevraagd naar de eerste ervaring in een gezondheidscentrum met artsen en (hulp)verpleegkundigen, hoe ze zich voelden, wat als vervelend werd ervaren en of ze tevreden weggingen. Het ging daarin niet alleen om ervaringen met gezondheidswerkers behorend tot het biomedische systeem, maar ook om ervaringen met traditionele genezers, zoals *yatiris* of traditionele vroedvrouwen. Tevens werd er een aantal breed gerichte vragen gesteld, zoals over de keuzes die men had willen maken in het leven, waarom ze dat niet gedaan hadden en over toegeschreven rolpatronen.

De vragenlijst was opgesteld om inzicht te krijgen hoe de bevolking het biomedische en het traditionele systeem evalueert, naar wie zij toe gaan bij bepaalde klachten en wat hun wensen zijn. Een aantal vragen is zo breed mogelijk geformuleerd om de antwoorden niet te beïnvloeden. Er werd wel uitgegaan van de hypothese dat antwoorden gerelateerd zouden zijn aan seksuele en reproductieve gezondheid.⁷ Gender issues spelen hierbij een rol. Participatie van mannen bij het consult van hun vrouw werd hierom ook nagestreefd binnen het project.

Het ziekenhuispersoneel als geïnterviewden

Hoewel de groep zich bereid toonde om mensen uit hun omgeving te interviewen, kwam dit in eerste instantie niet van de grond. Hun aandacht werd deels opgeëist voor de veranderingen die het project met zich meebracht of voor de 'eisen' van het ministerie, zoals de vaccinatie campagnes. Ze beschikten over weinig tijd. Tijdens werktijd konden de interviews niet gedaan worden, en de enige dag die men vrij heeft brengt men door met de familie, die meestal buiten Patacamaya woont. Daar kwam bij dat niemand ooit geïnterviewd had, wat onzekerheid met zich meebracht om te starten. Er werd hen gevraagd iets te doen wat buiten de dagelijkse activiteiten viel.

TAHIPAMU besloot wederom een verandering in de methode aan te brengen na deze observatie. De begeleidster van het onderzoek zou eerst de gezondheidswerkers interviewen, ter motivatie en training, zodat ze meer vertrouwen zouden krijgen. Er werd gebruik gemaakt van dezelfde semi-gestructureerde vragenlijst met een aantal vragen daaraan toegevoegd over de verschillende opleidingen in de gezondheidszorg. Vaak worden de gezondheidswerkers en de bevolking haaks op elkaar gezet (zowel door henzelf als door onderzoekers of beleidsmakers) waarbij beide groepen gehomogeniseerd worden. Gezondheidswerkers worden geassocieerd met de bio-

medische benadering van ziekte, terwijl de (inheemse) bevolking de traditionele geneeswijze zou aanhangen. Deze splitsing wordt ook nog eens benadrukt door de focus op een interculturele benadering, uitgezet in de richtlijnen van het ministerie van gezondheidszorg (Ministerio de Salud y Previsión Social 1997, Ministerio de Salud y Deportes 2004a, 2004b) en de vele aanbevelingen door de NGO's. Maar staan gezondheidswerkers en bevolking werkelijk zo haaks op elkaar in hun concepten over ziekte en gezondheid en in hun behoeften en verwachtingen over kwaliteit van zorg? Gezondheidswerkers maken deel uit van de bevolking, dus wat is het wat hen "anders" maakt in de ogen van velen? Welke invloed oefent een opleiding in de gezondheidszorg uit?

Zo werd het ziekenhuispersoneel ook geïnterviewd op ervaringen met ziekte tijdens hun jeugd, hoe ze dit genazen, wie dit genas, maar ook werd hun motivatie voor de studie besproken, de impact van de opleiding op hun begrip over ziekte, de persoonlijke verwachtingen die ze hadden en wat ze daadwerkelijk aantreffen tijdens de opleiding, hun ervaringen in de praktijk tijdens of na hun studie, ervaringen met de bevolking die indruk maakten, welke meningsverschillen ze hebben met de bevolking over hun begrip van ziekte etc.

Deze tweede wijziging in onderzoeksmethode, het interviewen van de gezondheidswerkers, trok hen over de streep om zelf aan de slag te gaan. Hoewel ze nog wat onzeker waren bij het eerste interview dat ze afnamen, hadden ze zelf nu ervaren dat het leuk kan zijn om geïnterviewd te worden en dat het eigenlijk gewoon een vorm van gesprek betreft.

De beleving van de medeonderzoekers

Elf gezondheidswerkers (drie mannen en acht vrouwen), hebben 42 interviews gehouden, waarvan acht in het Aymara. 27 Interviews werden in Patacamaya zelf gehouden en 15 in de omliggende dorpjes. De leeftijd van de geïnterviewden varieerde tussen de 14 tot 87 jaar. De interviews die in het Aymara zijn gehouden werden door de hulpverpleegkundigen gedaan. Zeker op het platteland zijn er vrouwen die niet volledig het Spaans beheersen.

Sommigen interviewden burens, vrienden, een familielid, een schooldirecteur, teenagers op school. Niet iedereen hield zich aan 'de regels'; enkele interviews werden met patiënten in het ziekenhuis gehouden en er vond zelfs een interview plaats in de ambulance met een familielid van de zieke. Deze interviews werden met de begeleidster van het onderzoek uitgewerkt. Op een enkele na zijn alle interviews op tape opgenomen. De interviews werden getranscribeerd door de begeleidster van het onderzoek, waarna zij samen met de interviewer het interview doornam, om eventuele gaten op te vullen wanneer het gesprek niet goed verstaanbaar was, en hen aanbevelingen gaf voor volgende interviews wanneer er niet voldoende doorgevraagd werd en door de interviewer een simpel 'ja' of 'nee' als antwoord geaccepteerd werd. Het uitwerken van deze interviews met het gezondheidspersoneel gebeurde buiten werktijd, in de avonduren of in de weekenden, in de gemeenschapsruimte van het ziekenhuis.

Bij het uitwerken van de interviews van de gezondheidswerkers met de bevolking, uitten eerstgenoemden zich niet zozeer als gezondheidswerkers, maar als personen die gemotiveerd en enthousiast waren over de interview(s) die zij gedaan hadden. Ze vertelden over de herkenning met de ervaringen die ze hoorden en hoe herinneringen naar boven kwamen over hoe zij zelf vroeger problemen oplosten (of hun familie). Omdat ze zelf net geïnterviewd waren en hun verhaal kwijt konden, hadden ze tevens de waarde van het luisterend oor en open communicatie ervaren. Een ander verschil met 'de interviews in de spreekkamer' was dat ze geen diagnose hoefden te stellen of een oplossing aan te dragen. De beleving van de herinnering, de uitleg die ze aan hun ziektes en hun genezing gaven tijdens de interviews, bracht nog een voordeel met zich mee. Dagelijks horen ze en worden ze geconfronteerd met soortgelijke ervaringen van de patiënten in het ziekenhuis. Op deze manier kan de afstandelijkheid die vaak plaats vindt in de spreekkamer mogelijk overbrugd worden.

Omdat ze niet in de officiële rol van personeel stonden konden ze opener tegenover de geïnterviewde staan, zonder belerend te zijn, met respect voor de keuzes die deze had gemaakt. Want hoewel ze geacht worden geen heil te zien in het traditionele gezondheidssysteem, hebben zij net als de bevolking gebruik gemaakt van beide gezondheidssystemen. Dit zette aan tot een meer horizontale dialoog, wat waarneembaar was in de opgenomen interviews. Zo ontstond er meer ruimte voor een gelijkwaardige relatie. In haar onderzoek met huisartsen toont Bensing (1990: 188) aan dat zowel instrumenteel als affectief gedrag van belang is in het consult, waarbij in het laatste onderscheid wordt gemaakt tussen sociaal gedrag en empathie: "sociaal gedrag is alleen van belang voor het scheppen van een goede sfeer in het consult, en daarmee alleen voor de kwaliteit van de arts-patiënt relatie; empathie heeft daarnaast ook een belangrijke diagnostische en therapeutische functie in het consult." Ook taal speelde een rol bij het soepel verlopen van de interviews. Binnen de spreekkamer wordt er een jargon gehanteerd, dat in de informele setting van het interview niet aan de orde was.

De volgende citaten geven enkele van de ervaringen weer van de gezondheidswerkers:

(Wat betreft) de vier interviews die ik gedaan heb, in een van de gevallen heeft het me ontroerd en ik kan zeggen dat het haast gebeurd is zoals bij mij, het raakte mij op het moment dat ik het interview deed (...) Het is een mooie ervaring die ik erbij gekregen heb en ook heb ik gezien dat, door naar een persoon te luisteren die persoon zich opgelucht voelt, ze storten hun hart bij je uit, vertrouwen in je (verpleegkundige).

Ik interviewde voor het eerst. Het was een mooie ervaring. De twee interviews gingen niet goed want de taperecorder nam niet goed op. Het was niet goed te horen. Maar de laatste drie interviews heb ik niet opgenomen maar opgeschreven en dat ging wel goed. Ik heb mijn huisbazin geïnterviewd. Zij is heel vertrouwd, een goed persoon dus ze beantwoordde alle vragen die ik haar stelde (hulpverpleegkundige).⁸

Focusgroepdiscussies

Er zijn twee focusgroepdiscussies gehouden na het uitwerken en analyseren van de interviews door de NGO om de thema's te bespreken die naar voren kwamen in de interviews. Zowel ervaringen over het geïnterviewd worden als het houden van de interviews werden gedeeld, en op beide avonden werd een thema besproken. De eerste avond was dat het effect van de opleiding in de gezondheidszorg op het uitoefenen van hun beroep in de praktijk. De tweede avond werden ervaringen besproken met de traditionele geneeswijze. Deze twee thema's bleken zo'n belangrijke bron van informatie dat we ons hierin wilden verdiepen. Uiteindelijk zijn deze onderwerpen de basis van de hierover verschenen publicatie geworden.⁹

In de groepsdiscussies werden er taboes gebroken, al was het na enige aarzeling, zoals het bespreken van de eigen ervaringen met het traditionele gezondheidssysteem of de opleiding. Aarzelend kwamen er steeds meer verhalen, ondanks de aanwezigheid van collega's, al dan niet verteld als een grapje, over de dingen die hun overkomen waren. Moeilijkere momenten waren die waarin het personeel met de bevolking vergeleken werd. Door de NGO waren er verschillende citaten uitgekozen, alle anoniem, over ervaringen met traditionele geneeswijzen. We vroegen aan de gezondheidswerkers aan te duiden welke citaten van de bevolking kwamen en welke van hen als team. Meerdere malen bleken ze niet in staat te zijn dit onderscheid te maken. Ideeën over ziekte en gezondheid of taalgebruik weken niet zo veel af van die van de bevolking. Tevens werd voor elkaar duidelijk dat velen positieve ervaringen hadden met de traditionele geneeskunst. Dit kwam naar voren in de interviews die met hen werden gehouden. Dit openlijk erkennen was echter een hele stap. Om dit in een vertrouwelijk interview te vertellen aan een buitenlandse onderzoekster is één ding, om dit met de collega's te delen ligt gevoeliger. Er bestaat immers een (impliciete) censuur op erkennen van de werkzaamheid van het traditionele systeem.

Ook hebben we een aantal uitspraken in kolommen naast elkaar gezet over de opleiding en reflecties over wat de opleiding met je doet als persoon en hoe dit je houding tegenover de patiënt beïnvloedt. Het expliciet maken van dit weinig besproken onderwerp stelde ons in staat de thema's uit te diepen. Zo stonden in de eerste kolom uitspraken over de motivatie (willen helpen), in de tweede kolom het contrast (het tegendeel van hun verwachtingen) en in de derde de huidige beleving van hun beroep. Drie corresponderende uitspraken waren bijvoorbeeld: "Ik heb altijd willen dienen op een bepaalde manier, mijn steentje bijdragen om je naaste te kunnen helpen"; "Ik dacht dat een arts een humaan persoon was, erg gevoelig"; "Hoe verder men is als arts, hoe harder de mens". Dit soort citaten lieten aan de gezondheidswerkers hun opvattingen en gevoelens zien in de loop van de tijd en hoe de opleiding hierin een bepalende rol heeft gespeeld.

Wat ter motivatie diende, namelijk het interviewen van de gezondheidswerkers zelf, werd uiteindelijk een bron van onverwachte informatie en gaf nieuwe inzichten in de complexe situatie waarin de gezondheidswerkers zich bevinden. Deze verandering van strategie creëerde begrip naar de gezondheidswerkers toe, en zij zelf konden het belang en nut ervaren van gehoord te worden.

Dit bracht met zich mee dat het doel van het onderzoek ook veranderd werd: het onderzoek naar de wensen en behoeften van de bevolking kwam meer op de achtergrond en de focus van het onderzoek verschoof naar de gezondheidswerkers zelf. De door TAHIPAMU veronderstelde wensen en behoeften van de bevolking, zoals het recht van de patiënt op gelijkheid, informatie, privacy en respect voor andere culturele waarden etc, bleek bij interviews nauwelijks te verschillen met de wensen en behoeften van de gezondheidswerkers. Vooral door terug te gaan naar herinneringen en ervaringen uit hun jeugd werd dit duidelijk. Door thema's als de opleiding en de traditionele geneeswijze te bespreken werd gereflecteerd over hun eigen behoeften.

Mijn vader heeft geleden in het ziekenhuis. Ze gaven hem geen po, hij plaste in bed. Die vrouwen verpleegden hem niet. (...) Ik wilde studeren en zou mijn vader genezen, en mijn moeder. Kijkend naar mijn vader, mank, met zijn slechte oog, klagend over de pijn (verpleegkundige).

Ook bespraken we of het mogelijk was om een dialoog in de spreekkamer te hebben.

Ik herinner me dat (...) opeens werd ze meer open, ze begon me te vertellen over haar privéleven, over seksuele relaties, ze vertelde me dat ze twee kinderen heeft en dat haar man in het binnenland werkt en dat hij veel kinderen had, en wát kon ze doen (...) en veel dingen meer. Ze begon zelfs te huilen en toen besepte ik de belangstelling die iedere arts moet hebben voor zijn patiënt. Het klopt dat wanneer je een beetje belangstelling toont dat ze je alles vertellen zonder dat je moet blijven vragen "en wat gebeurde er daarna? (arts in groepsdiscussie).

Onderzoeksomstandigheden

De algemene verwachting was dat na een onderzoek of evaluatie er veranderingen zouden worden gebracht in de houding van de gezondheidswerkers, terwijl zij zelf mogelijk hele andere noties hadden over wat kwaliteit van zorg inhoudt. Hier werd echter niet naar gekeken. Een van de veronderstellingen was bijvoorbeeld dat men respect heeft voor de traditionele geneeswijzen, zoals beschreven in verschillende documenten van het ministerie van gezondheidszorg.¹⁰ In een land met zo'n grote economische en sociaal-culturele ongelijkheid, waarin de medische opleiding de heersende structuur bevestigt, is dit respect niet vanzelfsprekend. Daarom was het belangrijk om aandacht te besteden aan het onderwijssysteem en aan diegenen die de veranderingen in gezondheidszorgcentra moeten uitvoeren: de gezondheidswerkers.

TAHIPAMU heeft met de toegepaste methode in het onderzoek een poging gedaan bij te dragen aan een attitudeverandering. Een verandering die niet middels aanbevelingen in rapporten of van bovenaf opgelegd kan worden.

De methodologische veranderingen waren alleen mogelijk doordat de financierende NGO, Population Concern, zich naar TAHIPAMU flexibel heeft opgesteld. Zij keurde niet alleen de methodologische veranderingen goed, maar gaf de ruimte en verschoof de deadlines. Zij stelde zelfs extra geld beschikbaar, omdat het onderzoek en