

KINDERZIEKENHUIS

“Tony Molleapaza Rojas”

‘ State of the Art’ ziekenhuis in Peru





1.

INTRODUCTIE

Eind 2006 werd aangevangen met de bouw van het 'Tony Molleapaza Rojas Kinderziekenhuis' in Arequipa, in het zuiden van Peru en officieel ingebruikgenomen op 19 april 2012.

2

Dit ziekenhuis richt zich in haar gratis projecten specifiek op kinderen geboren met een defect. Het kinderziekenhuis is een initiatief van de samenwerkende NGO's Stichting PAZHollandesa (Nederland) en de Asociación PAZ-Hollandesa (Peru). Beide organisaties zijn reeds 13 jaar als samenwerkingspartners actief in de Peruaanse gezondheidszorgsector.

Met het 'Tony Molleapaza Rojas Kinderziekenhuis' verschaft PAZ-Hollandesa toegang tot uitvoerige zorg en gepaste revalidatie van hoge kwaliteit aan minder valide kinderen. Het ziekenhuis zal zich op termijn tot een volwaardig kinderziekenhuis ontwikkelen waar alle kinderspecialismen worden aangeboden. Er wordt uitgegaan van gelijkwaardigheid. Sociaaleconomische omstandigheden spelen dus geen rol. Het 'Tony Molleapaza Rojas Kinderziekenhuis' streeft ernaar een model te zijn voor stedelijke ziekenhuizen in Peru, dat toegankelijk is voor mensen mét en zonder financiële middelen.

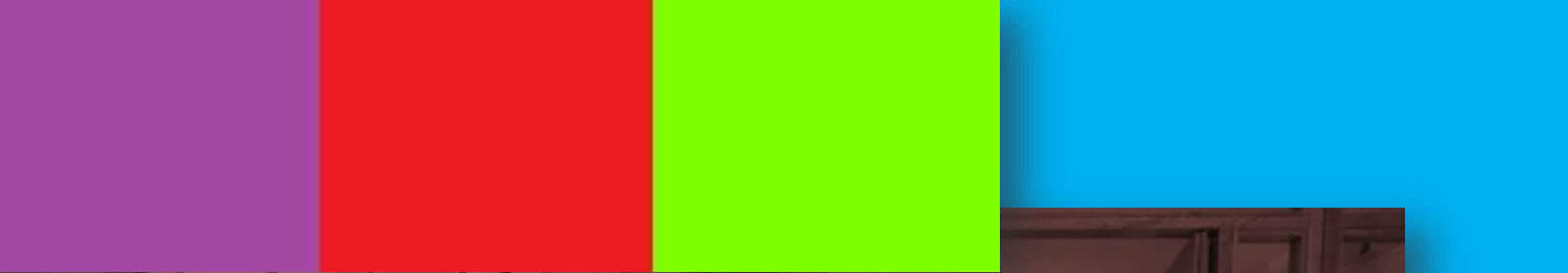
PAZ- Hollandesa verzorgt bovendien opleidingen op management- en operationeel (medisch) niveau, aan haar eigen personeel, verwante projecten en organisaties.

De naam van het kinderziekenhuis is ontleend aan het Peruaanse jongetje Tony Molleapaza Rojas. Hij overleed op 31 januari 2005 op 11-jarige leeftijd aan jeugdkanker. Tony heeft in de jaren dat hij bij PAZ-Hollandesa onder behandeling was een onuitwisbare indruk achtergelaten met zijn enorme drijfveer om tegen zijn ziekte te vechten en zijn immer aanhoudende positivisme en sociale gevoel. Het is ons dan ook een eer om zijn naam te mogen verbinden aan dit bijzondere kinderziekenhuis.

Het uiteindelijke doel van PAZ-Hollandesa is het dichten van de kloof die er bestaat binnen de Peruaanse gezondheidssector en dan in het specifiek voor kinderen (met aangeboren afwijkingen) zonder financiële middelen.

1.2 Capaciteit

Het 'State of the Art' kinderziekenhuis (ontworpen door EGM Architecten, Dordrecht) beschikt over o.a. 8 spreekkamers, 40 bedden verdeeld over 4 zalen en 6 privekamers, 2 operatiekamers, verkoeverkamer, sterilisatie-afdeling, keuken, laboratorium met bloedbank, cafetaria, apotheek, rontgenafdeling, revalidatie-afdeling, EHBO en een volledig gecomputeriseerd ziekenhuismanagementsysteem. Hiermee wordt het gehele traject vanaf het maken van een afspraak, het patientendossier, planning van een eventuele operatie tot het inkopen van medicijnen



Dagelijks kunnen er 6-8 operaties worden uitgevoerd, afhankelijk van de duur van de operatie en het aantal dagen dat een patient opgenomen moet worden.

Qua apparatuur zoals de anaesthesie-apparaten, bewakingsmonitoren, infuuspompen, operatielampen en tafels, is het kindziekenhuis voorzien van de modernste Europese kwaliteit, zowel in de twee operatiekamers, verkoeverkamer en de sterilisatie-afdeling.

Boven ieder ziekenhuisbed zijn aansluitingen in de muur ingebouwd welke de patient indien nodig kunnen voorzien van zuurstof, afzuig en perslucht.

Verder is er veel aandacht besteedt aan het zich welbevinden van de patient, in het gebruik van kleuren, ontspanningsmogelijkheden met name een kinderspeelhoek, grote hoeveelheid spelletjes en speelgoed. Daarnaast wordt er tweemaal per week de mogelijkheid gegeven om deel te nemen aan een schilder-en of muziekles.





2. SITUATIESCHETS VAN HET PROBLEEM

2.1 *Groot tekort aan gezondheidsvoorzieningen in Peru*

Er is een groeiend tekort aan ziekenhuizen en ziekenhuisbedden in Peru in relatie tot het sterk gestegen bevolkingsaantal in de afgelopen decennia. In 1959 waren er naar verluidt 210 ziekenhuizen in Peru. In 1972 waren dit er 435, in 1986 353 en in 2005 453 ziekenhuizen, terwijl het bevolkingsaantal in die periode is verdubbeld. Het deel dat in stedelijke gebieden woont is toegenomen van 46 procent in 1960 tot 75 procent in 2012.

Het leveren van elementaire gezondheidsvoorzieningen en eerste hulp is de afgelopen decennia weliswaar sterk toegenomen: het aantal klinieken en posten verdubbelde in de jaren '80 en '90. Na de verkiezingen van 1990, richtte de nieuwe regering zich in grote mate op het bieden van eerste hulp en de meest noodzakelijke hulp binnen de gezondheidssector. De toename van eerste hulpklinieken in de jaren '90 was vooral te danken aan de implementatie van nieuwe programma's in de gezondheidssector.

In 1959 bedroeg het aantal ziekenhuisbedden daarentegen nog 2.2 per 1000 mensen. Tegen 1968 was dit zelfs toegenomen tot 2.4 per 1000 mensen, waarna het snel daalde. Nu is het beddenaantal afgenomen naar 1.5 per 1000.

2.2 *Armoede en handicaps*

Het tekort aan gezondheidsvoorzieningen in Peru is een toenemend probleem, vooral voor de armen. Er bestaat een duidelijk verband tussen armoede en handicaps. Geschat wordt dat ongeveer 10% van de wereldbevolking met een handicap leeft en 80% daarvan is afkomstig uit ontwikkelingslanden. In deze landen wordt echter maar 3-4% van deze mensen bereikt met geschikte tussenkomst van ontwikkelingshulp. Armoede en handicaps maken deel uit van een wereldwijde vicieuze cirkel: mensen die in armoede leven hebben een grotere kans om gehandicapt te raken en mensen met handicaps en hun families lopen het risico om te verarmen.

Dit is ook zeker het geval in Peru: mensen met een handicap, en dan vooral kinderen, kunnen een zware last voor hun families worden omdat de regering niet de juiste behandeling, revalidatie en (re)integratie biedt. Vooral in rurale gebieden komt armoede en extreme armoede veel voor en mensen met gehandicapte kinderen draaien zelf voor al le behandelingskosten op. De verantwoordelijkheid om voor gehandicapte kinderen te zorgen houdt meestal in dat een gezin slud zijn of haar inkomen moet opgeven. Slechts 10% van de families in rurale gebieden ontvangt financiële hulp van de regering.

2.3 Overvolle zorgagenda overheid en inefficiënt bestuur

De laatste decennia zijn in Peru nieuwe gezondheidsproblemen in toenemende mate ontstaan zoals hartziektes, kwaadaardige tumoren en HIV/Aids. Dit zijn nu belangrijke doodsoorzaken. Oudere ziektes zoals malaria komen ook weer in toenemende mate voor. Weerstand tegen bepaalde medicijnen is een probleem in het gevecht tegen tuberculose en andere ziektes. Een derde van de mensen die ziek zijn ontvangt geen zorg. 70% van subsidies gaat naar mensen die deel uitmaken van de twee hoogste inkomensgroepen. Het aantal kindersterftegevallen in de zuidelijke 'sierra' of 'selva' ligt drie keer hoger dan het nationale gemiddelde van Peru. Het onderwero 'handicaps' komt nauwelijks voor op de agenda van de Peruaanse gezondheidszorg.

Daarnaast is er sprake van een slecht ingericht gezondheidssysteem. Peru loopt hierdoor met betrekking tot de beschikbare gezondheidsvoorzieningen (faciliteiten en medisch personeel) en het geringe aantal mensen dat verzekerd is tegen enorme problemen aan.

Samengevat kunnen de volgende kernproblemen worden onderscheiden:

- Er bestaan veel verschillende actieve epidemieën;
- Weinig mensen ontvangen de zorg die ze nodig hebben;
- Er heerst ongelijkheid;
- Lang niet alle ziektebeelden kunnen worden bestreden;
- Er is een groot tekort aan ziekenhuizen en ziekenhuisbedden;
- Er is sprake van inefficiënt bestuur.

2.4 Zorgverzekeringen voor de armen - SIS

In 2001 heeft de regering een zorgverzekering voor de armen geïntroduceerd onder de naam Seguro Integral de Salud ofwel SIS. Deze stap is genomen om de economische barrière te doorbreken die de armen belemmeren in hun toegang tot zorg. SIS is gebaseerd op kleinschalige ervaringen die in het recente verleden succesvol waren gebleken.

SIS gaat ervan uit dat de aanwezige capaciteit in staatsziekenhuizen en klinieken onvoldoende wordt benut en met de juiste impuls zouden de bestaande aanbieders hun productiviteit kunnen vergroten en zo diensten kunnen bieden aan meer mensen. De infrastructuur, materialen en het personeel worden al betaald met budget afkomstig van het Ministerie van Gezondheidszorg en SIS betaalt een tarief voor elke geleverde dienst aan vastgestelde begunstigden, gebaseerd op tarieven die zo berekend zijn dat ze medische bijdragen, medicijnen en een follow-up traject moeten dekken.

SIS betaalt echter alleen achteraf uit aan ziekenhuizen en medische posten wanneer men daarvoor de bedoelde documentatie aanlevert (bestaande uit facturen en inhoudelijke verantwoording). Dit houdt dus in dat de instellingen zelf moeten voorfinancieren en daar ligteen groot probleem, aangezien de instellingen niet over de financiële middelen beschikken om dit te doen. Om deze reden doen de medische instellingen er ook alles aan om patiënten niet via het SIS-systeem te behandelen.

SIS heeft vijf zorgplannen:

- A voor kinderen tot 4 jaar;
- B voor kinderen van 5 tot 17 jaar;
- C voor zwangerschapszorg;
- D voor noodgevallen en
- E voor een specifiek aantal geselecteerde begunstigde groepen.

In deze laatste groep vallen de leiders van een aantal armoedebestrijdingprogramma's en andere groepen die politieke invloed hebben (zij zijn overigens toegevoegd aan de lijst van begunstigden zonder dat fondsen zijn toegevoegd aan het SIS budget om voor deze diensten te betalen).

(Bron: 'A New Social Contract for Peru' Worldbank 2006).

Hieronder een overzicht van de diensten die **NIET** zijn opgenomen in de SIS voorwaarden:

Niet inclusief in SIS (bron: Ministerio de Salud 2006)

- Behandeling van AIDS bij volwassenen
- Vervolg op besmettelijke en parasitaire ziektes
- Congenitale/geboorteafwijkingen
- Hersenverlamming en andere vergelijkbare ziektebeelden
- Complicaties na medische behandeling of een operatie
- Traumabehandelingen en andere consequenties met een externe oorzaak
- Verwondingen
- Agressie
- Preventieve (profylactische) operaties, esthetisch of cosmetisch
- Rehabilitatie/fysiotherapie
- Transplantatie van organen
- Implantaten, apparaten, protheses en afhankelijkheid van machines



In een rapport dat werd gepresenteerd in 2012 door Amnesty Americas staat: 'Ook al heeft Peru haar eigen zorgverzekering (SIS) opgezet in 2002 om gratis gezondheidszorg te bieden voor alle burgers, laat onderzoek ook zien dat er veel Peruanen buitengesloten zijn van deze zogenaamde universele diensten. Dit is te wijten aan verborgen kosten die gaan zitten in verzekerd zijn wanneer men op reis is en wanneer men medicijnen op recept ontvangt. Om de situatie te verergeren zorgen de culturele en bureaucratische barrières ervoor, dat burgers vooral in de rurale gemeenschappen deze universele diensten worden ontczegd.

2.5 Hoe de toekomst in?

Een complicerend element voor Peru is de brede kloof en onrechtvaardige verdeling van inkomen en de gezondheidszorg in het land. Elke stap om deze situatie te verbeteren moet initiatieven omvatten die de gezondheidskloof kleiner maken. Die initiatieven moeten bestaan uit maatregelen om toegang tot gezondheidszorg voor de armen te vergroten en om de onrechtvaardige sociaal-economische verdeling te verminderen. Dit zou inhouden dat de kloof tussen de verschillende sociale klassen op het gebied van inkomen, educatie, voeding en gezondheidszorg kleiner wordt. Hiervoor is het een vereiste dat er effectievere benaderingen zijn die tegemoet komen aan de algemene elementaire behoeften en gerelateerde problemen waar veel benadeelde mensen tegenaan lopen.

Om de gezondheid van alle Peruanen te verbeteren, zijn er ten eerste zeer grote investeringen nodig op het gebied van volksgezondheid. Verder is een geïntegreerde benadering vanuit de Peruaanse regering van belang en zo ook een sterke verbintenis door het Ministerie van Gezondheidszorg en beleidsmakers. Steun vanuit non-gouvernementele initiatieven en particuliere hoek is hierbij onontbeerlijk.

Er bevindt zich een beperkt aantal instellingen in de stedelijke gebieden van Peru dat gespecialiseerd is in mensen met handicaps zoals revalidatiecentra en scholen voor kinderen met speciale behoeften. Hun bereik is echter vaak gelimiteerd tot de steden en zelfs dan zijn ze enkel toegankelijk voor een klein deel van de bevolking. Mensen in rurale gebieden, en dan vooral in de afgelegen berggebieden, hebben geen toegang tot consultancy diensten of tot medische, sociale en economische revalidatie opties.

Institutionele procedures volgen meestal het medisch expert model: het lokale medisch personeel beschouwt zichzelf als uitsluitend verantwoordelijk en in staat om alle noodzakelijke tussenkomsten uit te voeren ondanks dat de kwaliteit van de medische trainingen vaak te wensen over laat; patiënten en hun families worden niet betrokken bij de tussenkomsten en worden ook niet getraind om zelf werkzaamheden uit te voeren. Deze procedure zorgt ervoor dat mensen met een handicap minder capabel worden en tegelijkertijd wordt de positie van gespecialiseerd medisch personeel zeer overschat.

Zelfs in Westerse landen wordt de zorg voor mensen met handicaps in tehuizen en speciale faciliteiten steeds meer in twijfel genomen. De vervreemding van hun thuisomgeving, in combinatie met hun afhankelijkheid van experts en speciale instellingen, zorgen er vaak voor dat mensen moeilijker reïntegreren in de maatschappij. Wanneer iemand verzorgd wordt vanuit een instelling, houdt dat ook vaak in dat mensen als passief worden benaderd in plaats van dat ze zelf in staat zijn een eigen leven te leiden.

Met het 'Tony Molleapaza Rojas Kinderziekenhuis' beoogt PAZ-Holandesa een belangrijke bijdrage te leveren in de ontwikkeling van de gezondheidszorg in Peru. Zij gaat hierbij uit van een actieve rol van de patiënt zelf en zijn of haar familieleden. Hierdoor kan op efficiënte wijze worden ingespeeld op het aanwezige tekort van ziekenhuizen en ziekenhuisbedden.





3. DE MISSIE EN VISIE

3.1 Missie

Gehandicapte (kinderen) in Peru worden meer en meer buitengesloten van de maatschappij. De oorzaak is te herleiden naar het feit dat deze kinderen geen financiële middelen hebben. Daarbij komt, dat het verzekeringssysteem SIS de kosten voor aangeboren afwijkingen niet dekt. De kinderen hebben geen toegang tot medische zorg, geschikte voorlichting, begeleiding en educatie en zijn niet in staat een sociaal en financieel onafhankelijk leven na te streven. Met andere woorden, zij zullen zich in extreme armoede en ongezonde toestand blijven bevinden.

PAZ-Holandesa zet zich met de realisatie van het 'Tony Molleapaza Rojas Kinderziekenhuis' in om deze schrijnende situatie van een gepaste en effectieve oplossing te voorzien.

Het uiteindelijke doel van PAZ-Holandesa is het dichten van de kloof die er bestaat binnen de Peruaanse gezondheidssector en dan in het specifiek voor kinderen met aangeboren afwijkingen en zonder financiële middelen.

Het 'Tony Molleapaza Kinderziekenhuis' hanteert een horizontale werkwijze, wat inhoudt dat nazorgtrajecten ook tot de producten en diensten behoren. Het gaat dus niet alleen om het uitvoeren van ad-hoc operaties. Ook worden diensten zoals logopedie, psychologische nazorg en fysiotherapie aangeboden. Daarnaast is capaciteitsopbouw en empowerment door het bieden van opleidingen, workshops, cursussen en trainingen een belangrijk element. Hierbij wordt uitgegaan van de hieronder beschreven visie.

3.2 Visie: *Community Based Rehabilitation (CBR) in een internationale context*

Zorg in ziekenhuizen behoort voor een belangrijk deel te bestaan uit het volgen van een totaaltraject. Te onderscheiden zijn:

- de pre-operatie fase (diagnose stelling, voorlichting en voorbereiding),
- de operatiefase (de ingreep/behandeling) en
- de post-operatiefase (herstel, nabehandeling en revalidatie).

CBR is gebaseerd op de overtuiging dat veel revalidatie ook uitgevoerd kan worden door niet-experts in de thuisomgeving. Dit is een benadering die in ontwikkelingslanden steeds meer wordt toegepast vanwege een tekort aan revalidatie-experts en het ontbreken van middelen om een volledig landelijk netwerk op te zetten om faciliteiten te bieden aan mensen met handicaps.

CBR streeft ernaar om bestaande middelen te gebruiken en om revalidatie uit haar zeer gespecialiseerde positie te halen en het te integreren in het dagelijkse leven. Niet-deskundigen kunnen opgeleid worden om geschikte revalidatie maatregelen toe te passen in de thuisomgeving. Wereldwijd zijn er ontelbaar veel CBR voorbeelden en elk van hen is aangepast aan de culturele omstandigheden en lokale eisen. Het is altijd het streven om:

1. De meerderheid van mensen met een handicap te bereiken, zelfs in rurale gebieden;
2. Programma's van hoogwaardige kwaliteit te bieden aan een omvangrijke doelgroep;
3. Mensen met een handicap te betrekken bij het beslissingsproces in plaats van beslissingen voor hen te nemen;
4. Ervoor te zorgen dat revalidatie en integratiemaatregelen altijd plaatsvinden in de normale sociale omgeving (zoals fysiotherapie thuis, integratie op normale basisscholen, het lokaal genereren van inkomsten etc.);
5. Houdingen vanuit de maatschappij te verbeteren met betrekking tot mensen met een handicap wat bijdraagt aan een duurzame integratie.



CBR is gebaseerd op een multisectorale en interdisciplinaire benadering die medische, therapeutische, sociale, educatieve en economische componenten bevat. Hierbij kan gedacht worden aan informatiecampagnes en voorlichting ter voorkoming van ongelukken en handicaps. Er moet toegang zijn tot gespecialiseerde diensten zoals tot ziekenhuizen en medische consultaties voor bepaalde medische behandelingen, orthopedische workshops, specialisten op het gebied van speciaal onderwijs etc. Advies van experts kan dan verschaft worden waar dat nodig is.





4.

DOELSTELLINGEN , ACTIVITEITEN EN DIENSTEN

4.1 Doelstellingen

PAZ-Holandesa streeft ernaar een kinderziekenhuis neer te zetten dat volledige pediatrische zorg biedt en fungeert als een zichtbaar model van succes waar ook andere particuliere ziekenhuizen een voorbeeld aan kunnen nemen in Peru. Het ziekenhuis draagt de naam '*Tony Molleapaza Rojas Kinderziekenhuis*'. Het terrein is 6000 m² en het ziekenhuis zelf heeft een oppervlakte van 3200m² en een maximale bedden capaciteit van 40 bedden.

Het is niet alleen medische zorg dat deel zal gaan uitmaken van de patiëntenzorg maar ook raadgeving, uitwisseling van kennis tussen collega's en het betrekken van familieleden. Een voorbeeld is wanneer moeders van kinderen met een handicap op hun kinderen aan het wachten zijn en een maatschappelijk werker dan met hen praat over onderwerpen zoals:

- mobiliteitsproblemen,
- hoe ze omgaan met hun dagelijkse problemen,
- hoe ze deze oplossen en
- wie ze kunnen contacteren wanneer daartoe de noodzaak aanwezig is.

Deze momenten zijn vaak net zo behulpzaam als de behandeling of het advies van de dokter. Voor en na de operatie worden patiënten en familieleden ook geassisteerd in het begrijpen van beslissingen die genomen worden en zij betrokken worden in het beslissingsproces aangaande hun familielid. Chirurgen en overig medisch personeel nemen de tijd om te luisteren omdat ze werkzaam zijn op een ingrijpend zorgterrein met de wetenschap dat (als voorbeeld) het corrigeren van een schisis bij een kind veel communicatie vereist met de ouders voor en na de behandeling.

De operationele doelstellingen van het 'Tony Molleapaza Rojas Kinderziekenhuis' zijn:

- Het bieden van een hoogwaardige zorg die toegankelijk is voor patiënten met weinig financiële tot geen middelen. Tegelijkertijd moet het de middenklasse en rijke(re) doelgroepen aantrekken om hoogwaardige zorg toegankelijk te maken voor iedereen. Er wordt dus een systeem opgezet waar patiënten betalen wat ze kunnen en ze extra diensten en privileges (zoals privé-kamers) kunnen kopen, zodat de rijkere patiënten meebetalen aan de kosten van de diensten voor de armere klasse.
- Het leveren van omvattende diensten om de integratie naar het dagelijkse leven te vergemakkelijken. Het ziekenhuis is zich ervan bewust dat de diensten vanuit het ziekenhuis gelimiteerd zijn en daarom wil het de ouders en familie in het beslissingsproces betrekken en zo ook in het (re)integratieproces. Het ziekenhuis werkt ook nauw samen met maatschappelijk werkers en mensen die binnen de gemeenschappen werkzaam zijn.
- Het verzorgen van opleiding, training en kennisoverdracht aan Peruaanse medici en paramedici.
- Het verlenen van technische support, advies en training aan verschillende stafleden die werkzaam zijn binnen andere programma's of organisaties in Peru.
- Het organiseren van uitwisselingsprogramma's tussen Peru en Nederland.
- Het verlagen van de input van financiële donors doordat inkomsten vanuit patiënten worden geïnvesteerd in het ziekenhuis. Het is het streven om alle afdelingen zo veelmogelijk duurzaam en d.m.v. auto-financiering te laten werken.

4.2 Producten en diensten

Om deze doelen te kunnen realiseren voert het 'Tony Molleapaza Rojas Kinderziekenhuis' de volgende behandelingmethodes, ingrepen, operaties en specifieke diensten uit:

- Plastische chirurgie (schisis, brandwonden)
- Orthopedische chirurgie (klompvoetcorrectie, osteologie/anatomie van de beenderen, peesverlenging, artrodese/vastzetten van gewrichten)
- Kindergeneeskunde
- Cardiologie
- Endocrinologie
- Urologie
- Kinderchirurgie
- Dermatologie
- Fysiotherapie
- Logopedie
- Tandheelkunde
- Psychologie
- Röntgen
- Laboratorium/bloedbank
- Maatschappelijk werk/kinderbegeleiding
- Apotheek

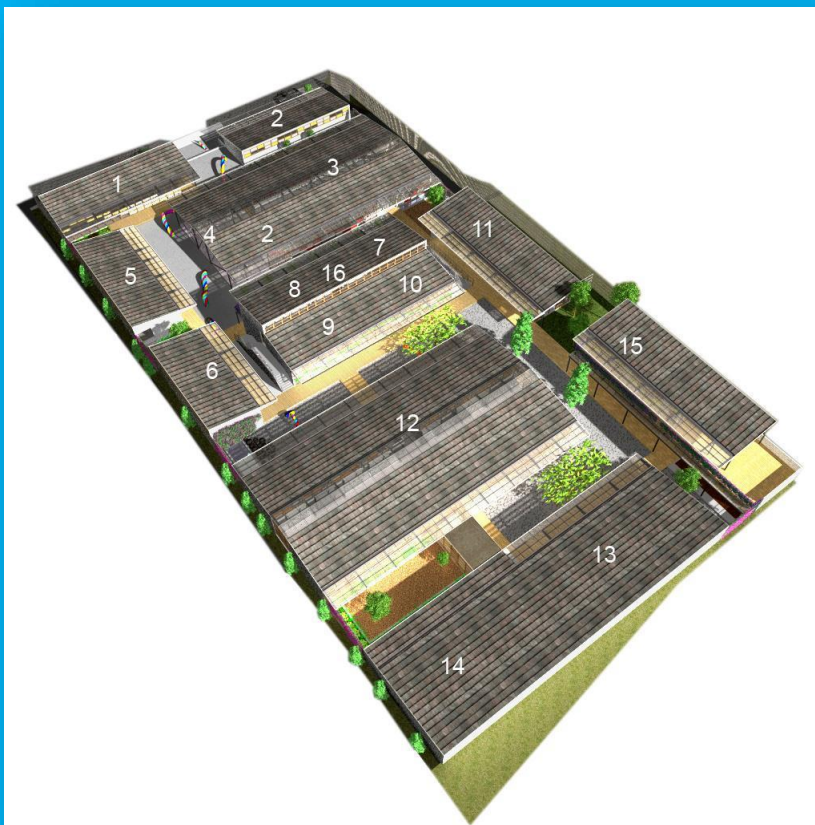
- Trainingen /cursussen/symposia

Ook worden vanuit de accommodatie andere services aangeboden:

- training- en voorlichtingsruimte
- restauratie
- logeerfaciliteiten voor ouders en verblijfsruimte voor patiënten tijdens nazorg.

Hieronder staat het ontwerp van het ziekenhuis afgebeeld.

1. entree en ehbo
2. familieverblijven
3. polikliniek
4. wachtruimte
5. administratie
6. keuken
7. technische ruimten bucky kamer
8. apotheek
9. klinisch laboratorium
10. cafetaria
11. revalidatieruimte
12. kliniek
13. operatiekamers en recovery
14. csa (central sterilisation department)
15. verblijfruimten staf
16. administratie





4.3 Specialisatie en nazorg

Het ziekenhuis zal gespecialiseerd zijn in operaties en behandelingen van kinderen met een schisis, spina bifida of andere geboortedefecten.

Het ziekenhuis implementeert in de loop der tijd meer kinderspecialisaties. Op dezelfde wijze zal het ziekenhuis zich zelf ook onderscheiden wat betreft de prijs en kwaliteit van de diensten. Aan patiënten wordt een nazorgproject geboden. Wanneer patientjes van ver komen verblijven de ouders in een ouderverblijf en zullen worden begeleid. Het vervoer wordt geregeld en aanwezige NGO's bemiddelen over oplossingen voor eventuele problemen bij de achterblijvers, bijvoorbeeld met betrekking tot werk en de zorg voor andere kinderen.

4.4 Activiteiten

Jaarlijks zullen in het kinderziekenhuis minimaal vier operatieprojecten worden voorbereid en uitgevoerd. De behandelingen die tijdens deze operatieprojecten zullen worden uitgevoerd zijn schisis, brandwonden, orthopedie (inclusief fysiotherapie), voorlichting en specifieke hulp aan spina bifida patiënten. Het is de bedoeling dat er tijdens de operatieprojecten steeds meer Peruanen zullen worden opgeleid zodat ook tussen de projecten door patienten in behandeling kunnen worden genomen.

In het ziekenhuis werken alleen Peruanen op vaste basis. De operatieteams zullen voor een belangrijk deel uit Nederlanders en Spanjaarden bestaan en dat zal de komende acht jaar zo blijven. Deze tijd is nodig om aan capaciteitsopbouw te doen onder de Peruanen.

Bij elk operatieproject worden specialisten aangeschreven om de projecten bij te wonen en om zo aan capaciteitsopbouw te doen. Afhankelijk van de motivatie, worden de artsen weer uitgenodigd voor verdere projecten.

Het implementeren van nieuwe diensten op het gebied van revalidatie zal gericht zijn op het behandelen van een grotere verscheidenheid aan patiënten. Dit vanuit de visie om de patiënten gedurende het gehele behandelproces te kunnen begeleiden.

Het implementeren van nieuwe medische diensten is afhankelijk van de vraag naar deze diensten. Deze activiteiten zullen zelf voldoende geld moeten genereren om het benodigde personeel te kunnen financieren.

4.5 Auto-financiering op termijn

De diensten worden verleend aan zowel armen als aan middenklasse patiënten, tegen verschillende tarieven. De inkomsten uit de patiënten worden volledig geïnvesteerd in het kinderziekenhuis. De inkomsten zullen gegenereerd worden op de volgende manieren:

- Tarieven patiënten dagbehandeling
- Operatietarieven
- Apotheek
- Verlenende diensten
- Multidisciplinaire afdeling
- Laboratoriumdiensten
- Foto's (X-Ray, echoscopie)

Binnen 10 jaar beoogt het 'Tony Molleapaza Rojas Kinderziekenhuis' onafhankelijk van fondsen en overige steunverleners te opereren.



5. LOCATIE EN DOELGROEP

5.1 Locatie

Het ziekenhuis bevindt zich in het zuiden van de stad Arequipa, in de deelgemeente Paucarpata, dichtbij de Calle Colón, één van de belangrijke toegangswegen van de stad, waardoor er vanuit verschillende delen van de stad toevoer is van personen. Het ziekenhuis is een constructie van 3200m², verdeeld over 10 gebouwen en elk gebouw bestaat uit één verdieping. Alle faciliteiten zijn van hoge kwaliteit en alle benodigde voorzieningen zijn aanwezig om de activiteiten van het ziekenhuis op hoog niveau te kunnen realiseren.

Het systeem van het 'Tony Molleapaza Rojas Kinderziekenhuis' is het meest levensvatbaar in of in de buurt van steden, waar zich ook een bevolkingsgroep bevindt die zich de hogere tarieven kan veroorloven. Dat is echter niet de enig belangrijke reden waarom PAZ-Holandesa dit kinderziekenhuis in een stad wilde neerzetten. Het verleden leert ons dat NGO's en kerkelijke organisaties betere gezondheidsfaciliteiten in de rurale gebieden hebben opgezet terwijl de regering vaker diensten in de steden aanbood. Dit resulteerde in een tekort aan toereikende diensten in de steden. Dit tekort heeft nu een kritiek punt bereikt door een enorme migratiegolf vanuit de rurale gebieden (voornamelijk armen) naar de steden. Alleen al in Arequipa zijn in de afgelopen 10 jaar ruim 300.000 inwoners bijgekomen.

5.2 Doelgroep

De voornaamste doelgroep is kinderen van 0 tot 16 jaar.

De doelgroepen waarop het 'Tony Molleapaza Rojas Kinderziekenhuis' zich richt, zijn in vier hoofdsegmenten te verdelen:

- 1.-Kinderen onder de 16 jaar, die zich in extreme armoede bevinden**, die geen toegang hebben tot de gangbare medische zorg en die behandeld moeten worden voor een geboortedefect.
- 2.-Het publiek in het algemeen** (kinderen en volwassenen) dat over de financiële middelen beschikt om operaties en behandelingen te bekostigen voor bovenstaande aandoeningen.
- 3.-Kinderen onder de 16 jaar** dat een algemeen arts, psycholoog of logopedist wil raadplegen of een ander(e) behandeling of (laboratorisch) onderzoek nodig heeft. Ook kunnen zij gebruik maken van de apotheek en röntgenafdeling tegen concurrerende prijzen.
- 4.-Toeristen** die een algemeen arts willen raadplegen of een andere behandeling of (laboratorisch) onderzoek nodig hebben. Ook kunnen zij gebruik maken van de apotheek en röntgenafdeling tegen commerciële prijzen.

Daarnaast wordt in het kader van samenwerking en capaciteitsopbouw gericht op medisch personeel op management- en operationeel niveau in Peru. Er wordt hierbij samengewerkt met diverse NGO's. Er is in het ziekenhuis ruimte voor opleiding en capaciteitsopbouw. Paz Holanda bezoekt ook regelmatig de gemeenschappen en dorpen waar veel patiënten wonen. De 'community workers' leren daar bijvoorbeeld eenvoudige oefeningen die ze dan in de gemeenschappen met de kinderen kunnen doen om het revalidatieproces voort te zetten.

5.3 Effecten voor de doelgroepen

Vanaf het begin van haar bestaan (het jaar 2000) is PAZ-Holandesa bezig geweest met het opzetten van duurzame activiteiten. Dit heeft zich onder meer geuit in het aangaan van verschillende samenwerkingsverbanden met gerelateerde organisaties in Peru en in het opzetten van verschillende structurele posten voor eerste hulp, ondersteuning, assistentie en voorlichting (in de vorm van de polikliniek, de reiskliniek en het nu ingebruikzijnde eigen kinderziekenhuis). Door een grootschalige rurale campagne, wil PAZ-Holandesa deze problemen op integrale wijze aanpakken waardoor mogelijkheden worden gecreëerd die tot voor kort ondenkbaar waren in Peru.

De verwachte effecten voor de doelgroepen zijn divers:

- Er zal een substantiële toename plaatsvinden in het aantal gehandicapte kinderen dat toegang krijgt tot zorg en zorginformatie van een hoge kwaliteit. PAZ-Holandesa zal aan kennisoverdracht doen door trainingen te geven aan dokters en verpleegkundigen. Zij zullen gecapaciteerd worden op het gebied van de laatste operatietechnieken. Gezien het feit dat kinderen van inheemse bevolkingsgroepen de minste toegang hebben tot zorg, zal er veel steun worden geboden om een beter beleid op te stellen waardoor het makkelijker zal zijn voor etnische groepen om toegang tot zorg te krijgen.
- De aanpak gaat uit van actieve participatie van de kinderpatiënten. Zij worden zelf actief betrokken bij het beslissingsproces en de revalidatiefase. Hierdoor zullen zij zelf veel bewuster worden van hun probleem en hoe zij daar mee om kunnen gaan.
- De betrokkenheid van de ouders wordt aangemoedigd. De ouders blijven verantwoordelijk voor hun kinderen en ze zijn betrokken in alle stappen van het beslissingsproces met betrekking tot de revalidatie. Die betrokkenheid is van zeer groot belang omdat de meeste kinderen langdurige klinische behandeling nodig zullen hebben. Motivatie en betrokkenheid vanuit de ouders is cruciaal in het laten slagen van de behandeling. De ouders ontvangen daardoor ook trainingen en informatie over hoe zij hun kinderen het beste kunnen helpen.
- PAZ-Holandesa geeft lokale chirurgen en medische professionals in Peru de kans om zelf de operaties uit te voeren. Deze lokale medische teams zullen op basis van deze training en steun vanuit PAZ-Holandesa gebruiken om schisis operaties uit te voeren bij kinderen.
- Door trainingen en educatie aan te bieden aan artsen, verpleegkundigen, andere ziekenhuizen en medische opleidingen op het gebied van plastische chirurgie, orthopedische chirurgie, verpleegkunde en ziekenhuismanagement ontstaat er een verspreiding van kennis, die niet alleen voorbestemd is voor het werkgebied van PAZ-Holandesa. Hierdoor zal de kennis namelijk ook in andere delen van Peru doordringen.
- Er is een mobiel bereikbaarheidsprogramma opgezet om het reeds actieve CBR programma te verbeteren. Zoals eerder beschreven is CBR gebaseerd op de overtuiging dat veel revalidatie ook uitgevoerd kan worden door niet-experts in de thuisomgeving. Steeds meer komt dit naar voren als een veelbelovende benadering, vooral in ontwikkelingslanden die geen toereikend aantal revalidatie-experts hebben en ook niet over de middelen beschikken om een landelijk netwerk van faciliteiten voor mensen met een handicap op te zetten.

5.4 Overige effecten

De realisatie van een ziekenhuis voor kinderen met een handicap en resterende implementatieprogramma's zijn belangrijk voor de toekomst van PAZ-Holandesa en voor de gezondheidszorg in het algemeen. Bij het slagen van het ziekenhuis en de implementatieprogramma's worden ook andere positieve effecten zichtbaar:

- Voor PAZ-Holandesa betekent de realisatie van het ziekenhuis een belangrijke mogelijkheid om haar activiteiten verder uit te breiden. Hierdoor wordt er een positieve impuls gegeven aan de professionalisering van de organisatie en de duurzame ontwikkeling op het gebied van het zorgbeleid in het algemeen in de regio van Arequipa. In de nabije toekomst kan de werkwijze van PAZ-Holandesa ook dienen als voorbeeld voor de rest van Peru.
- Door de noodzakelijke medewerking van andere gerelateerde organisaties, worden de activiteiten door die partners ook uitgebreid en dat draagt bij aan de verdere ontwikkeling van de lokale en nationale gezondheidszorg in Peru.
- Vanuit het oogpunt van de subsidieverlener is het, behalve dat sterk wordt bijgedragen aan het tegengaan van veelvoorkomende syndromen, dat zij ervoor zorgen dat er een belangrijke stap gezet kan worden in de richting van een duurzame oplossing.



www.pazholandesas.com

www.flickr.com/Pazholandesas¹⁵

[www.facebook/pazholandesas](https://www.facebook.com/pazholandesas)

