



Standpunt VMS t.a.v. spreiding of centralisatie van de tertiaire specialistische zorg

De Vereniging van Medici in Suriname heeft de ontwikkelingen met betrekking tot de tertiaire zorg in ons land nauwgezet gevolgd en wil hierbij als beroepsvereniging van de medici in ons land daaromtrent haar visie delen met de samenleving.

De medisch specialistische zorg oftewel de 2de lijnszorg wordt voornamelijk aangeboden in de ziekenhuizen in Paramaribo en het Mungra Medisch Centrum te Nieuw Nickerie. In de afgelopen dagen zijn onze naasten via de media, die vanwege hun buik/nierdialyse, in een euforische stemming gebracht dat er NU door de nierdialyse patiënten naar een donornier uitgekeken dient te worden, indien zij een nieuwe nier willen ontvangen. Er is daartoe een niertransplantatie kliniek geopend in het St. Vincentius Ziekenhuis. Er is nl. recentelijk met medewerking en goedkeuring van de Regering een vervolgstap gezet in een vrij nieuw traject binnen de gezondheidszorg in Suriname m.n. in de tertiaire zorg oftewel de super specialistische zorg (de 3de lijnszorg).

In 2019 heeft het AZP succesvol onze eerste niertransplantatie uitgevoerd in samenwerking met een Amerikaanse missie. Deze missie is kosteloos uitgevoerd. En kort daarop drong ook in ons land de Covid pandemie binnen, waardoor er nog geen vervolgtraject van dit plan in het AZP heeft plaatsgevonden.

Dat onze Surinaamse huisartsen en medisch specialisten in de afgelopen periode onder enorme druk hun werk (hebben) moeten uitvoeren, dat bepaalde disciplines in onze zorg met veel inzet en inventiviteit ook speciale operaties doen, heeft geen aandacht gehad. Dat diagnostische en andere behandeling technische mogelijkheden zoals de CT-Scan en medische apparatuur nu buiten functie of niet beschikbaar zijn, wordt niet over gesproken. Dat onderhoud, vervanging dan wel aanschaf van de meest basale hulpmiddelen niet mogelijk zijn omdat de ziekenhuizen zich dat momenteel niet eens meer kunnen permitteren, is overal merkbaar doch heeft onvoldoende aandacht, omdat voor dit alles gewoon geen geld beschikbaar is.

De zorgzoekenden, i.c. de patiënten, kunnen hier ook van mee praten, als ze voor de meest eenvoudige medicijnen zoals bijv. voor een aspirientje, hun chronische medicatie, van het kastje naar de muur worden gestuurd, met alle ongerief van dien, waarbij zij soms ook nog moeten bijbetalen voor hun noodzakelijke medicatie. En als de patiënt zijn medicijn(en) niet kan krijgen, komt hij/zij weer terug bij de arts voor een ander recept.

Net zoals het onderwijs, is de gezondheidszorg zelf niet geld genererend, maar kost juist geld en zal nog veel meer geld kosten als de Regering plots de 3de lijnszorg flinke uitbreiding (in de vorm van kostbare duplicatie van die zorg) wil geven: en dat terwijl het van essentieel belang is dat de 1ste lijn en de 2de lijnszorg eerst op een goed niveau en ook op een goed in stand te houden niveau dienen te worden gebracht, alvorens er weer extra geïnvesteerd kan en mag worden in de zeer kostbare tertiaire zorg. Dit is de stellige mening en overtuiging van de VMS!

Het staat buiten kijf dat min of meer 900 patiënten verschillende dialysecentra bezoeken i.v.m. terminaal nierfalen en dat het de overheid bommen geld kost. Men wil besparen eventueel verbeteren voor wat betreft de zorg van deze zorgbehoevende groep.

De discussie over de voornemens van de Diaspora in ons zorgland moet nog aanvangen. Er wordt zoveel gezegd hieromtrent en zoveel “reclame” hiervoor gemaakt, maar is er wel een maatschappelijk, juridisch, medisch draagvlak hiervoor?

Maatschappelijk: Denkt de zorgzoekende een veilige, adequate en duurzame behandeling/nazorg te krijgen na zo’n ingreep, wat zijn de garanties daarvoor? Ingeval dat er door de patiënt/zorgverzekeraar betaald moet worden, is het genoemd bedrag van EURO 40.000,- per patiënt ook haalbaar voor de patient?

Wie, wat en hoeveel diaspora-artsen vormen de Diaspora? Hoe worden ze in de gezondheidswereld gedragen? Hoe komen ze aan het (slechts) voor te schieten kapitaal?

Juridisch: wordt er voortvarendheid aan de dag gelegd m.b.t. wetgeving met als nieuwe invalshoek orgaan-/donor-handel. In hoeverre kan een zorgverlener, die contractueel verbonden is aan een overheidsziekenhuis, verplicht worden door de Regering middels zijn werkgever om in een particulier ziekenhuis te gaan werken?

Medisch: waarom zou er uitgeweken moeten worden naar het perifeer St. Vincentius Ziekenhuis in de plaats van het AZP, waar als academisch ziekenhuis de tertiaire zorg thuis hoort?

Historisch: onze gezondheidszorg is dusdanig geërodeerd, doordat er geen investeringen zijn gepleegd door de vorige regering en wij nu in een situatie zijn beland van donaties en hulp vanuit het buitenland. Is er een Flow chart van het diaspora idee? Is er gebenchmarked over de “hulp” van de Diaspora? Waarom moeten de kosten van de Diaspora zo extreem veel hoger uitvallen, zelfs vele malen hoger dan in Columbia, waarmee wij intussen een speciale relatie in de gezondheidszorg hebben opgebouwd? Er behoeft toch niet verdiend te worden aan ons? Is er een goed gespecificeerde begroting, zoals wij gewend zijn, die past bij het gepresenteerd prijskaartje van EURO 40.000,- per patiënt?

Voor de Vereniging van Medici, waar verreweg de meeste medici in Suriname aangesloten zijn, staat het belang van de patiënt voorop, dat de patiënt een (2de) kans krijgt om bij zijn/haar familie te mogen vertoeven en voor sommigen weer terug naar het maatschappelijk functioneren. De essentiële discussie of er meer aan de elementaire behoeften van de 1ste en 2de lijn gewerkt moet worden of dat het nu tijd is voor duplicatie van tertiaire zorg, blijft open.

Als wij nu duplicatie krijgen van deze zorg in ziekenhuizen, is dat zonder meer te kwalificeren als verspilling van momenteel zeer schaars kapitaal. Wij weten ook dat met deze medische ontwikkeling (Diaspora kennis) er een wezenlijke verbetering van de zorg kan worden bewerkstelligd (denk maar “nieuw” kennis en vaardigheid voor medisch en verpleegkundig personeel).

Een structurele organisatie en samenwerking zal nodig zijn van alle relevante schakels. M.a.w. de hele infrastructuur en informatie moeten eerst in place zijn voor er wordt gestart met de tertiaire zorg .

Kortom, wij pleiten voor:

1. Een goede 1ste en 2de lijnszorg zodat er in de toekomst uiteindelijk minder (in dit geval) patiënten met ernstige nierproblemen zullen zijn.
2. Eerst daarna een adequate communicatie en voorbereiding met alle stakeholders i.v.m. complexe zorg, opdat zulks tot een optimaal succes geboden met schaarse middelen, kan leiden.
3. Prettige en kennis verrijkende samenwerking met een ieder, hetzij Diaspora (onze buitenlandse artsen met Surinaamse roots) of anderszins.
4. Goede zorg voor elke Surinaamse burger, maar dat zal uiteraard alleen mogelijk zijn met een goede, betaalbare financiële investering in onze zorg.

Wij als VMS volgen deze recente medische ontwikkelingen op de voet, nauwlettend, en komen vervolgens hierop terug in het belang van onze gezondheidszorg.

Namens het bestuur van de Vereniging van Medici in Suriname

Drs. M. Simbhoedatpanday, Voorzitter