

Gezondheidscentrum te Albina

P. DE VRIES, ARTS*

Mogelijkheden en beperkingen

In december 1974 werd te Albina in het district Marowijne in Oost Suriname een nieuw gezondheidscentrum in gebruik genomen. De plaatselijke en regionale omstandigheden en de daarmee samenhangende mogelijkheden en beperkingen ten aanzien van de medische hulpverlening worden besproken.

In het nieuwe in 1974 in gebruik genomen gezondheidscentrum te Albina (Suriname), beschikt de Dienst Volksgezondheid van het Ministerie van Volksgezondheid over een potentieel aan moderne outillage en faciliteiten, dat enig is in Suriname's districten. Tot het complex behoren een algemene polikliniek, tandartsen-unit, laboratorium, apotheek, röntgenkamer, centrale sterilisatie, operatiekamer, streekziekenhuis (36 bedden), mortuarium, centrale administratie, conferentiekamer, keuken, wasserij, garage (ambulance) en technische werkplaats. Er zijn ruim vijftig medewerkers verbonden aan het gezondheidscentrum, onder wie twee artsen, twee hoofdverpleegkundigen, een vroedvrouw – verpleegkundige, een verpleegkundige A, acht ziekenverzorg(st)ers, zeven hulpverpleegsters, twee districtverplegers (polikliniek), een apothekersassistent, een hulplaborant, verder administratief personeel (drie), technisch personeel (drie), keukenpersoneel (vier), wasserij-personeel (drie), schoonmaak-personeel (zes), vier portiers en een tuinman.

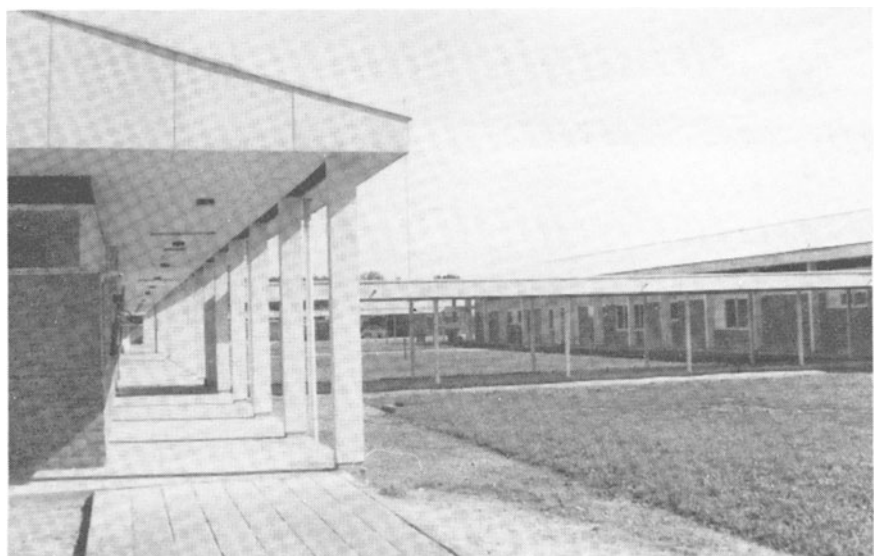
Om redenen van financieel-administratieve aard werd een aantal problemen op het technisch-materiële vlak met betrekking tot de afbouw en oplevering van een aantal bedrijfsruimten en het aansluiten van technische installaties tot op heden niet definitief opgelost (september 1976). Ten gevolge hiervan konden de tandartsen-unit, de centrale sterilisatie en de operatiekamer in het geheel niet in bedrijf worden gesteld. Regelmatig worden trommels naar de centrale sterilisatie afdeling van het Academisch Ziekenhuis in Paramaribo gestuurd. Kleine ingrepen en

curetages bijvoorbeeld worden verricht in de EHBO-kamer, die is ingericht als kleine operatiekamer. Andere bedrijfsruimten zijn ten dele in gebruik genomen.

Nog in juni 1976 werd wasgoed gekookt op koolpotten onder het oude hospitaal en werd de was geheel „op de hand” gedaan. Sinds twee maanden is de nieuwe wasserij gedeeltelijk in bedrijf gesteld. Hetzelfde geldt voor de keuken, waar kostbare kook-, bak- en braadinstallaties zijn neergezet, maar niet zijn aangesloten. Voorlopig wordt er nog gekookt op de naar de nieuwe behuizing meegenomen, doch afgekeurde gaspitten van het oude hospitaal. Ook in het ketelhuis is de installatie-revisie niet voltooid, met als gevolg uitgevallen boilers, circulatiepompen en waterreservoir. Kortom van dit potentieel aan kostbare outillage en faciliteiten blijft een groot gedeelte vooralsnog zonder rendement.

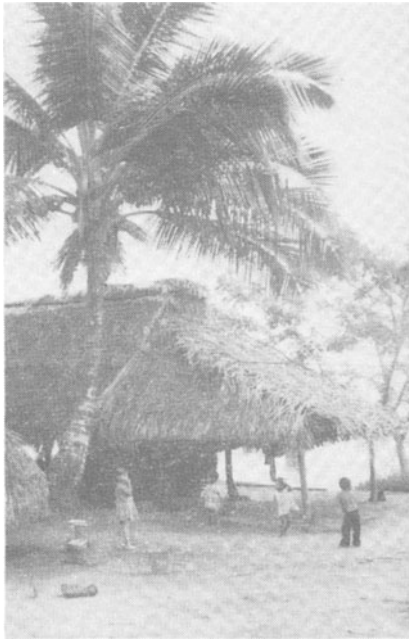
De verdere ontplooiing van activiteiten vanuit het gezondheidscentrum ondervindt hiervan de nodige hinder. Zo konden plannen met betrekking tot een regelmatig bezoek van de specialist (chirurg, gynaecoloog) en de tandarts aan het centrum nog niet worden gerealiseerd. Om andere redenen geldt hetzelfde ten aanzien van het opzetten van een dienst maatschappelijk werk en wijkverpleging in dit rayon. Enerzijds is er een gebrek aan gekwalificeerd personeel dat voor het werk in een district voldoende is gemotiveerd, anderzijds is er het gezondheidscentrum zelf, dat ten gevolge van het voorlopig niet beschikbaar zijn van de eigen voorzieningen en faciliteiten, de beloften als centrum voor de regionale en integrale gezondheidszorg nog niet kan waar maken. Tegen deze achtergrond worden in het navolgende enkele aspecten van de gezondheidszorg in dit rayon belicht.

Het rayon Albina van de Dienst Volksgezondheid in het district Marowijne in Oost Suriname telt naar schatting zes- tot zeventuizend inwoners. In Albina en directe omgeving wonen ongeveer 2500 en langs de Oost-West verbinding omstreeks duizend personen. Zij zijn per auto redelijk goed bereikbaar. Paramaribo ligt op 150 km (en twee veren) afstand van Albina. De overigen wonen in meer of minder grote nederzettingen of kampjes langs de westelijke oever van de benedenloop van de Marowijne rivier, vanaf de eerste grote stroomversnellingen – de Armina vallen, 75 km – tot de Atlantische Oceaan. Het merendeel van deze groep boslandbewoners is slechts per bosneger-korjaal of indianen-piaka over de rivier te bereiken en leeft onder betrekkelijk primitieve omstandigheden. Het indianen-dorp Galibi



Het gezondheidscentrum te Albina

* Verbonden aan het gezondheidscentrum Albina, district Marowijne, Suriname



Indianen-kampje aan de Marowijne rivier

aan de monding van de Marowijne beschikt over radiozendapparatuur. Elders is geen telecommunicatie.

De traditionele geneeskunde kent overal langs de rivier en elders in het rayon haar lokale vertegenwoordigers in de persoon van de indiaanse piaiman, de boslandcreoolse boenoeman of dresieman en de plaatselijke vroedvrouwen. De „officiële” geneeskunde vanuit het gezondheidscentrum te Albina heeft in geen van deze dorpen nog gezondheidsassistenten kunnen opleiden en/of detacheren. Op lokaal niveau zijn er hierdoor vooralsnog weinig mogelijkheden tot wederzijds begrip, kennis-overdracht, samenwerking en onderlinge competentie-afbakening.

Op regionaal niveau levert ook de eventuele radiocommunicatie (Galibi) gebrekkige en weinig adequate medische informatie op, waardoor het radio-advies wordt bemoeilijkt en de plaatselijke therapeutische mogelijkheden vaak beperkt moeten blijven tot eenvoudige wondbehandeling, asperines of verwijzingen. Zonder lokale hulpkrachten konden wij de kwaliteit en het rendement van de incidentele medische hulpverlening en de preventieve zorg niet duidelijk verder verbeteren. Via onze enige zender blijkt dan ook bijna dagelijks dat de beoogde decentralisatie van de gezondheidszorg, door een medisch-ethisch verantwoord delegeren van een deel van de werkzaamheden aan beperkter gekwalificeerde dienstverleners, relatief veel kennis en deskundigheid in de periferie vereist.

Het peil van de algemene ontwikkeling in

deze besloten leefgemeenschappen is naar westerse maatstaf laag, naar niet westerse maatstaf niet onredelijk. Het onderwijs, de hygiëne en de sanitaire voorzieningen zijn gebrekkig. De volwassenen zijn merendeels analfabeet, bijscholing ontbreekt. Voor de kinderen bestaat er geen feitelijke leerplicht, de morele leerplichting is individueel bepaald en wisselt per ouder, per kind en per dag. Veel onderwijskrachten zijn onvolledig bevoegd tot les geven. Het curriculum is onvoldoende aangepast aan de plaatselijke omstandigheden en behoeften. Van de kinderen die de lagere school afmaken volgen slechts enkele aanvullend lager, technisch of middelbaar onderwijs. Zijn uiteindelijke bestemming vindt deze kleine groep meestal niet meer in het dorp van herkomst aan de rivier, maar bijvoorbeeld in Paramaribo.

Buiten de bestuurscentra ontbreken waterleiding, riolering en electriciteit groten-deels. De lokaal beschikbare kennis en de primaire en secundaire levensvoorwaarden, levensbehoeften en levensomstandigheden zijn derhalve in vele gevallen nog van dien aard, dat een geïsoleerde, van buitenaf komende aanpak van preventie en behandeling van ziekten alléén, op lange termijn geen verdere structurele verbetering van gezondheidszorg kan brengen. Hiervoor lijkt in het huidige stadium een geïntegreerde, multidisciplinaire benadering noodzakelijk, waarbij met name ten aanzien van de bedreiging en aantasting van de bestaande sociologische en cultureel antropologische omstandigheden specifieke deskundigheid en belangstelling in de projectleiding zal zijn vereist.

In het rayon Albina bleek het echter tot dusverre onmogelijk een dergelijk project op te zetten. Tot de factoren, die hierop mede van invloed zijn, behoren de gecompliceerdheid van het probleem, het ontbreken van statistisch feitelijk materiaal, het ontbreken van een feitelijke probleemstelling, het ontbreken van een daadwerkelijke politieke belangstelling en de passieve houding van de lokale bevolking.

Ten gevolge van de moeilijkheden bij de coördinatie en samenwerking tussen de diverse ambtelijke beleidsinstanties en door het ontbreken van specifieke deskundigheid en gezaghebbende leiding op dit terrein kon een feitelijk structuurplan nooit worden opgesteld. Welliswaar bestaat er van overheidswege een „Initieel Plan Ontwikkeling Binnenland”, dat een concentratie van de verspreid wonende boslandbevolking in regionale leefgemeenschappen wil bevorderen, onder andere in het district Marowijne. De auto-

nome boslandbewoners lijken echter in de praktijk nog weinig te voelen voor deze regionale toekomstige wooncentra.

Op initiatief van de Surinaamse overheid is een stichting ter voorbereiding van een Algemene Ziektekostenverzekering (A.Z.V.) in het leven geroepen. In het kader van een wettelijk verplicht te stellen volksverzekering wil de A.Z.V. ingrijpende hervormingen in de organisatie van de medische dienstverlening realiseren. Binnen het bestaande systeem van on- en minvermogens, die recht hebben op vrije geneeskundige behandeling door iedere gouvernementarts en in aanmerking kunnen komen voor een sociale uitkering van de overheid, rechthebbenden (ambtenaren in overheidsdienst), bedrijfsverzekerden en particulieren gelden, met name ten opzichte van de sociaal minder weerbare groep patiënten, verschillen ten aanzien van het formele en praktische recht op medische dienstverlening. Ook is er een absolute en relatieve concentratie van medische voorzieningen in Paramaribo ten nadele van de districten.

Volgens het planbureau van de A.Z.V. is „de huidige situatie van de gezondheidszorg medisch-ethisch gezien niet alleen onrechtvaardig, maar ook zowel vanuit economisch als medisch standpunt inefficiënt”. Voor zover mogelijk zal de medische zorg naar de patiënt moeten worden toegebracht onder meer door het oprichten van gezondheidscentra en het opleiden van para-medisch hulp personeel met een bevoegdheid tot beperkte dienstverlening. Het streven naar een „decentraliserende herstructurering van de gezondheidszorg” is een van de centrale beleidspunten binnen het nieuwe A.Z.V.-kader. Hiertoe behoren ook organisatorische maatregelen ten behoeve van een efficiëntere beleidvoering ten aanzien van de medische voorzieningen, zoals bijvoorbeeld een centraal ziekenhuis-beleid, een centraal medicamenteel beleid en een standaardisatie van de medische administratie. Verder behoren hiertoe algemene, (infra)structuur-verbeterende maatregelen, bijvoorbeeld het Initieel Plan Ontwikkeling Binnenland, naast preventieve maatregelen op het gebied van gezondheidsbescherming en gezondheidsvoorlichting. Het planbureau ter voorbereiding van de A.Z.V. heeft in dit verband een groot aantal uitgangspunten en aanbevelingen geformuleerd. Het wachten is echter nog op de realisering van deze, gezien de huidige omstandigheden mijns inziens in enkele gevallen nogal onrealistisch en utopistisch aandoende, maar overigens hoopvolle en waardevolle plannen.

Een systeem van redelijk gekwalificeerde

lokale gezondheidsmedewerkers in de periferie is wél een haalbare eerste stap in de goede richting op dit moment. In afwachting van de verdere dingen die komen gaan, zou dit al een wezenlijke verbetering betekenen van de huidige situatie. Elders in het binnenland van Suriname is het reeds mogelijk gebleken (particulier) initiatief met betrekking tot de gezondheidszorg te bundelen. De stichting Medische Zending Binnenland Suriname (Medizebs) bijvoorbeeld coördineert de opleiding van lokale hulpkrachten in het kader van een poging tot verbetering en uitbreiding van de medische zorg door middel van effectiever decentraliseren van de hulpverlening. Doel van deze opleiding is het mogelijk te maken plaatselijke krachten in te schakelen ten behoeve van de gezondheidszorg voor het binnenland, waardoor de verspreid wonende bevolking beter kan worden bereikt via meer (en goedkopere) medewerkers, die dicht bij de mensen staan. Vier categorieën medewerkers worden opgeleid: gezondheidsassistenten, laboratoriumassistenten, polikliniekhulpverleners.

In de organisatievorm van de Medische Zending omvat een ressort in het binnenland ongeveer vijfduizend inwoners. Aan het hoofd hiervan staat een arts, die de beschikking heeft over een hospitaaltje. Specialistisch consult (radiotelefonie), specialistische verwijzing (vliegtuig) en gehele medische organisatorische coördinatie geschiedt via het modern geoutilleerde Diaconessenhuis in Paramaribo, waar de basispecialismen zijn vertegenwoordigd. Per ressort zijn er één of meer streekpoliklinieken. Hoofd van een streekpolikliniek is een verpleegkundige. Elke streekpolikliniek omvat een aantal hulpposten – elk voor ongeveer duizend inwoners – onder directe dagelijkse leiding van een gezondheidsassistent. Voor elk dorp of kampje, ressorterend onder een bepaalde hulppost, is een helper aangewezen en opgeleid, die in de regel niet meer dan tweehonderd mensen met raad en daad bijstaat. Een helper beschikt over twintig genees- en verbandmiddelen, welke hij gedurende een beperkt aantal dagen, volgens een vastgestelde dosering op bepaalde, omschreven indicatie mag geven.

De blok-cursus „helper” duurt één tot twee weken en vindt plaats op de streekpolikliniek. De gezondheidsassistent in opleiding krijgt onderricht in de theoretische en praktische verloskunde (prenatale periode, baring, kraambed) en algemene ziekteleer. Hij leert zelfstandig bevallingen leiden.

Tijdens de cursus, die vier maanden duurt en gegeven wordt in het ressort-

centrum, wordt de nadruk gelegd op algemene principes van de diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende ziektebeelden, de evaluatie van het therapeutisch handelen en de consultatie/verwijzings-indicaties voor de gezondheidsassistent. Hierna volgen vier maanden van min of meer zelfstandig werken in een streekpolikliniek in de streek van herkomst. Na een gunstige beoordeling volgt detachering naar de eigen hulppost, alwaar de adspirant gezondheidsassistent onder supervisie van de streekverpleegkundige poliklinische hulp verleent, gedurende een proefperiode van twee jaar. Enige malen per dag kan radioadvies worden aangevraagd via streekpolikliniek, ressortcentrum of algemeen coördinatiecentrum in Paramaribo. Het diploma gezondheidsassistent wordt pas uitgereikt na een opleiding (herhalingscursussen voor de adspirant-gezondheidsassistent, verslagen) van in totaal drie jaar.

Met dit systeem is in Suriname nog pas enkele jaren ervaring opgedaan (in tegenstelling tot bijvoorbeeld in afrikaanse landen), maar de eerste resultaten lijken bemoedigend. In het rayon Albina bestaat een dergelijke organisatie van de gezondheidszorg voorsnog niet. Wel gaan vanuit het gezondheidscentrum te Albina arts en districtsverpleger bij toerbeurt op buitendienst, waarbij wekelijks buitenpoliklinieken in enkele (vier) dorpen worden gehouden. Het ligt in de bedoeling in de nabije toekomst gezondheidsassistenten uit en voor onder meer deze vier grotere dorpen via de Medizebs op te leiden. Voorlopig beschikt de Dienst Volksgezondheid alleen te Galibi over twee medewerkers op helpersniveau.

In afwachting van multidisciplinaire projecten, van lokaal medisch hulppersoneel en van een Algemene Ziektekostenverzekering vordert intussen gestaag het toch min of meer onafwendbare en logische aanpassingsproces in de diverse dorpsgemeenschappen in dit rayon via de wegen der geleidelijkheid en door middel van incidentele initiatieven op verschillend gebied. De eerder aangegeven patstelling, waarin de gezondheidszorg in de periferie van het ressort door uitwendige en (infra)structurele omstandigheden is geraakt, is dan ook niet absoluut doch relatief en variabel, alhoewel zulks per definitie onmogelijk is.

Suriname, „land van onbegrensde mogelijkheden”, is ook een land in ontwikkeling. Vandaar het signaleren van deze schijnbare paradox tussen mogelijkheden en onmogelijkheden, waarin wellicht

vele van de relatieve en absolute moeilijkheden, die kennelijk ontstaan bij het omzetten van een eventuele visie in een concreet project, hun wortels vinden. Een schrale troost voor sommigen is dan dat de verschillende vernieuwings- en aanpassingsprocessen hierdoor mogelijk een natuurlijker verloop hebben. Dit geldt echter in mindere mate voor de plaatselijke gouvernementsarts, verbonden aan het gezondheidscentrum te Albina, die op het grensvlak van twee werelden en tenminste drie culturen gezondheidszorg moet bedrijven.

De boslandbewoner (indiaan of bosneger) kiest vanuit zijn betrekkelijke isolement en traditionele leefgewoonten vaak in eerste instantie voor de eigen magische geneeskunde en geneeskunsten. Vindt men hierbij onvoldoende baat en zijn daartegen geen overwegende bezwaren van de kant van de familie- of dorpsraad, dan komt aanvullende „officiële” geneeskunde via het gezondheidscentrum te Albina in aanmerking. De vooronderstellingen, de voorschriften en de implicaties van onze geneesmethoden spreken echter in deze wereld van magisch realisme in het tropische regenwoud geenszins vanzelf. Zij vormen in feite een belemmering voor de praktische toepassingsmogelijkheden ervan en zijn de oorzaak van een vermindering van het rendement.

Toch blijken de buitenpoliklinieken langs de Marowijne rivier in een behoefte te voorzien. Van het totaal aantal van ongeveer 2500 op een buitenpolikliniek ingeschreven patiënten, zocht een signifi-



Indiaanse familie te Galibi

cant hoger percentage (58 procent) dan het praktijkgemiddelde (38 procent) in het afgelopen jaar medische hulp. Ondanks hieraan inherente problemen is door een geregelde buitendienst de drempel voor deze patiënten kennelijk toch zodanig verlaagd, dat het relatieve polikliniekbezoek zoveel hoger ligt dan het gemiddelde. Deze eigen ervaring vormt dan ook een extra stimulans om te komen tot een verdere aanpassing aan de noden, de mogelijkheden en beperkingen van de lokale omstandigheden door middel van een verdere ontwikkeling van de eigen methodologie en het in versneld tempo opleiden van plaatselijk hulppersoneel.

Mede in verband met de aangekondigde en hiervoor reeds vermelde Algemene Ziektekostenverzekering werd onlangs een herinventarisatie gemaakt van het aantal ingeschreven patiënten. Het huidige kaartsysteem, dat loopt vanaf 1969, werd hiertoe doorgelicht. Op 31 december 1975 bedroeg het totaal aantal ingeschrevenen 13.536. Van dit aantal bleken 10.352 patiënten (76,6 procent) afkomstig te zijn uit het rayon Albina (eerder geschat op 6000-7000 inwoners...), terwijl 3184 patiënten (23,4 procent) in deze periode van buiten het eigen rayon afkomstig bleken te zijn. Slechts 4950 van het totaal aantal ingeschrevenen (37,8 procent) bezochten echter een van de poliklinieken van het gezondheidscentrum in 1975. In 1974 zochten 2013 patiënten (14,8 procent) voor het laatst medische hulp.

Het bleek bij revisie van het kaartsysteem dat van het totaal van 13.536 ingeschreven patiënten, maar liefst 6563 patiënten (47,4 procent) na 31 december 1973 niet meer op een van de poliklinieken zijn verschenen. Hiervoor is een aantal mogelijke oorzaken aan te geven. Het kan zijn dat het invoeren van medische hulp voor personen uit het eigen rayon in de afgelopen twee jaar niet noodzakelijk is geweest omdat zij niet ziek waren, elders hulp hebben gevonden, inmiddels verhuisd zijn, of omdat zij in de periode 1969-1974 zijn overleden. Een aanzienlijk aantal van deze 6563 patiënten behoort echter tot een groep incidentele en accidentele polikliniekbezoekers en is afkomstig van buiten het rayon Albina. Hiertoe behoren tijdelijk in de regio gedetacheerde ambtenaren en werklieden, fouragerende en passerende bovenlandse indianen en bosnegers en tenslotte vakantiegangers. Vele van deze polikliniekbezoekers zijn echter geboekt als „tijd(elijk) Albina“.

In de afgelopen twee jaren samen zijn 6963 verschillende patiënten door een

arts in dit rayon gezien. Hierbij moeten in overweging nemen dat de officiële rayongrenzen ten gevolge van de regionale functie van het gezondheidscentrum en bijbehorend streekziekenhuis te Albina geenszins overeenkomen met de feitelijke praktijkgrenzen. In 1975 kwam ruim 20 procent van de 4950 patiënten van buiten het eigen rayon. Voor het streekziekenhuis alleen is dit cijfer uiteraard nog sprekender. Van de 726 in 1975 opgenomen patiënten kwamen er 309 (42,5 procent) van buiten het rayon Albina! Het centrum heeft dus een duidelijke streek-functie ontwikkeld in het eerste jaar van de ingebruikneming. Het totaal aantal consulten op de diverse poliklinieken in 1975 bedroeg ongeveer 16.000, waarvan 12.000 via het Gezondheidscentrum en 4.000 via de buitendienst. In het afgelopen jaar vonden 158 specialistische verwijzingen plaats (1 procent van het totaal aantal consulten).

In het gezondheidscentrum wordt drie keer per week algemene polikliniek gehouden. Het gemiddelde aantal patiënten (inclusief de wondbehandelingen, nabehandelingen en tandextracties) per polikliniekochtend (07 - 14 uur) bedraagt ongeveer 80. Een keer per week houden vroedvrouw en arts samen een consultatiebureau voor zwangeren. Gemiddeld worden op deze prenatale polikliniek per ochtend ongeveer 40 zwangeren onderzocht. In 1975 bedroeg het aantal bevallingen in het streekziekenhuis 268. Voor 1976 worden omstreeks driehonderd klinische bevallingen verwacht. Het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters wordt twee keer per maand in Albina gehouden, waarbij per keer 60-70 kinderen worden gezien (cijfers over 1976). Ruim één kwart van de poliklinische werkzaamheden in het gezondheidscentrum ligt op het terrein van de preventieve geneeskunde. Op de diverse buitenpoliklinieken vinden als reeds gezegd in totaal ongeveer 4000 consulten plaats, hetgeen betekent dat ongeveer 25 procent van het totaal aantal consulten wordt gedecentraliseerd vanuit het gezondheidscentrum naar de perifere woonkernen in het rayon. Via de buitendienst wordt een keer per maand in de twee grootste dorpen aan de rivier (Galibi en Bigiston) eveneens een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters gehouden, waar gemiddeld per keer 50 kinderen verschijnen. Over het gehele jaar gerekend vinden in deze twee buitenpoliklinieken tezamen, in totaal ongeveer 1300 C.B.-consulten plaats, hetgeen bijna evenveel is als het C.B.-jaargemiddelde op de centrale polikli-

niek in het rayon Albina (cijfers van 1975). De bestaande decentraliserende tendens, zoals in het voorgaande aangegeven, past in het door de voorbereidingscommissie van de Algemene Ziektekostenverzekering aangekondigde herstructureringsbeleid van de gezondheidszorg. De huidige rendementsverliezen van het in principe in het gezondheidscentrum aanwezige potentieel aan voorzieningen en de hiermee samenhangende operationele belemmeringen, hangen ten dele samen met de intrinsieke complexiteit van de Surinaamse samenleving en overheden en met de specifieke Surinaamse situatie. Het vooralsnog ontbreken van een aanvaardbaar algeheel overzicht van de op dit terrein op te lossen problemen en van de consequenties van de in dit verband eventueel voorgestelde oplossingen, staat de uitvoering van een daadwerkelijk project nog in de weg.

Tenslotte is het mogelijk dat er vanuit het gezondheidscentrum te Albina relatief veel aandacht van de bevoegde instanties onder meer binnen de Dienst Volksgezondheid wordt opgeëist voor een in groter kader wellicht niet zeer urgent en relatief onbelangrijk deelprobleem van de totale gezondheidszorg in het ontwikkelingsland Suriname. Toch is het te hopen dat er op korte termijn een structurele en infrastructurale, wettelijke basis zal worden gelegd voor de beloofde piramidale heropbouw van de gezondheidszorg, daar anders de culturele en medische emancipatie van bijvoorbeeld de boslandbevolking in het rayon Albina van het district Marowijne een al te geleidelijk en te weinig geleid evoluerend beloop zal gaan vertonen.

- Hagens, G. A. Uitgangspunten voor een nieuw beleid gezondheidszorg Suriname met betrekking tot een Algemene Ziektekostenverzekering, 1974.
- Hallewas, J. Jaarverslag 1974 van 's Lands Hospitaal te Albina, 1975.
- King, M. A. Medical care in developing countries. Oxford University Press, Londen, 1966
- Kloos, P. The Maroni river Caribs of Surinam. Van Gorcum, Assen, 1971
- Tiggelaar-Dercksen, H. A. De opleiding hulpkrachten van de Medische Zending in Suriname. Diaconessenhuis Paramaribo, 1975
- De Vries, P. en A. M. I. de Vries-Gadiot. Jaarverslag 1975 Gezondheidscentrum Albina, 1976.

Summary. The Albina health centre. A new health centre was opened in Albina, district of Marowijne, east Surinam, in December 1974. The local and regional conditions and the related possibilities and limitations of medical care are discussed.