

# De patiënt en de partner

PH. ELST\*

In deze bijdrage wordt de relatie tussen de chronische patiënt en zijn partner bekeken vanuit het gezichtspunt van de communicatietheorie. Uitgangspunt hierbij is, dat de hulpverlener niet alleen geïnteresseerd zal zijn in het welzijn van de patiënt, maar ook rekening zal willen houden met degene met wie de patiënt dagelijks te maken heeft. Het hier gepresenteerde model wil de werker in het eerste echelon aan het denken zetten over zijn opstelling tegenover de patiënt én diens onmiddellijke omgeving.

## Chronisch ziek-zijn

Wanneer iemand op een bepaald moment in zijn leven te maken krijgt met een aandoening die een langdurig karakter heeft, is dit in de meeste gevallen een schokkende gebeurtenis. Schokkend in de eerste plaats, omdat er meestal sprake is van pijn, moeheid, verminderd uithoudingsvermogen, het uitvallen van bepaalde functies, zich subjectief onwel bevinden, etcetera. Dat wordt des te klemmender, wanneer men zich realiseert dat deze toestand van zeer langdurige, zo niet van blijvende aard zal zijn. Schokkend ook, omdat de ziekte doorgaans gepaard gaat met ingrijpende gevolgen in het leven van de betrokkene. Deze gevolgen laten zich grofweg verdelen in twee brede categorieën:

- *Beperkingen in de actieradius.* Doordat het uithoudingsvermogen kleiner geworden is (mogelijk in combinatie met een verminderde functionele capaciteit), wordt de ruimte waarin men leeft, kleiner. Lopen lukt bijvoorbeeld niet langer dan 10 minuten, gebruik maken van openbaar vervoer wordt moeilijk, zo niet onmogelijk. De mogelijkheid tot actieve vrijetijdsbesteding (bijvoorbeeld sportbeoefening) is meestal sterk beperkt. Soms is ook een aantal beroepsbezigheden onmogelijk, waardoor de arbeidsplaats in gevaar kan komen.

- *Afhankelijkheid van anderen.* Er ontstaat een zekere afhankelijkheid met

betrekking tot die bezigheden die men zelf niet meer kan uitvoeren, maar die toch gedaan moeten worden (de zelfverzorging, toiletbezoek, boodschappen doen, etcetera). Meestal zal er een zekere relatie bestaan tussen de mate waarin men gehandicapt is enerzijds, en de omvang van de beperkingen en de afhankelijkheid anderzijds.

Een dergelijk verlies is niet gemakkelijk te verwerken voor de patiënt; heel vaak treden dan ook verschijnselen op als verdriet, opstandigheid en angst. Vooral het angstgevoel (hoe moet dat in de toekomst verder gaan?) kan een kwelende vorm aannemen. Het hele complex van gevoelens kunnen we samenvatten als een „rouwproces” (de patiënt betreurt zijn verloren mogelijkheden; dit gebeuren is enigszins te vergelijken met het rouwproces na het verlies van een dierbaar iemand).

## De partner

Voor degene die het sterkst bij de patiënt betrokken is, heeft de handicap natuurlijk ook ingrijpende gevolgen. In het psychologisch taalgebruik wordt zo iemand met wie men zijn dagelijks lief en leed deelt, de „significante ander” genoemd. Deze significante ander kan de levenspartner zijn, maar ook de thuiswonende dochter, of de vader of moeder van de patiënt. Gemakshalve zullen we in het verloop van dit artikel de significante ander aanduiden als de partner.

Vanzelfsprekend zal het rouwproces waarin de patiënt verkeert, ook de partner diep beroeren en zal hij zich getrof-

fen voelen door de moeilijke situatie waarin de patiënt is geraakt. Daarnaast treden er ook in het leven van de partner verschillende veranderingen op. In de eerste plaats ontstaan beperkingen in de reeks van activiteiten die men gewend was gezamenlijk te ondernemen. Zo kan van samen gaan kamperen geen sprake meer zijn, gezamenlijke uitjes worden moeilijker, langdurige bezoeken bij vrienden en kennissen worden te vermoeiend, etcetera. In de tweede plaats zal de partner die activiteiten die de patiënt zelf niet meer kan uitvoeren, in de meeste gevallen overnemen, of althans ten dele overnemen. Doordat de eigen werkzaamheden hoogst waarschijnlijk niet veranderen, kan dit resulteren in een grotere belasting van de partner.

Dit betekent dus een tegenslag in het leven van beide mensen, waarbij de patiënt duidelijk de eerst getroffen is. De gezondheidszorg, die zich voor de taak gesteld ziet de patiënt te behandelen, is zich doorgaans sterk van diens leed bewust. In die gevallen waarin geen afdoende behandeling gegeven kan worden, zal de gezondheidszorg er wel op gericht zijn het leed van de patiënt te verminderen of te verzachten. Hij kan in ieder geval een beroep doen op het welwillende oor van de gezondheidswerker met wie hij te maken krijgt.

Anders ligt dit in het geval van de partner; ofschoon het leed dat hem getroffen heeft, een indirect karakter draagt en minder tastbaar is dan dat van de patiënt, worstelt hij toch met een speciale moeilijkheid: in tegenstelling tot de patiënt kan hij bij vrijwel niemand terecht met zijn verdriet. Maar al te vaak stelt zowel de sociale omgeving (wederzijdse familie, vrienden, burens, kennissen) als de gezondheidszorg zich op het standpunt, dat deze tegenslag, die onopzettelijk is ontstaan door de ziekte van een van beiden, door de ander zonder agressie geaccepteerd dient te worden; en als er al agressie is, dient de partner deze alleen te verwerken en er de patiënt niet mee op te schepen). De gezondheidszorg is zo vaak expliciet bezig met de patiënt en diens noden, dat zij aan de soms hoog gestegen nood van de partner niet toekomt. Ook is het moeilijk voor de partner om zich tegenover derden (gezondheidszorg, vrienden, etcetera) te uiten over zijn verdriet, omdat dit al gauw disloyaal lijkt ten opzichte van de zwaarder getroffene.

## Communicatie

De laatste jaren is er veel aandacht be-

\* De auteur is als psychologe verbonden aan het Dr. Jan van Breemen Instituut te Amsterdam.

steed aan de wijze waarop twee mensen met elkaar omgaan. De gedachtengang van *Haley* hierover is, dat de communicatie twee vormen kan hebben: symmetrisch en complementair. In het eerste geval zijn de posities van beide mensen gelijkwaardig („Ik heb zin om naar de bioscoop te gaan, voel jij daar ook wat voor?”); met de wensen van de ander wordt evenveel rekening gehouden als met de eigen voorkeur. In het tweede geval is er sprake van ongelijkheid, in die zin dat de een het initiatief neemt en de ander volgt: de een zegt wat er gebeuren moet, de ander voert het uit. Degene die het voor het zeggen heeft is in de „up-positie”, de ander in de „down-positie”.

Nu is het niet zo dat mensen die veel met elkaar te maken hebben, altijd op dezelfde manier met elkaar omgaan; het is gebruikelijk dat er een behoorlijke hoeveelheid symmetrische communicatie is, en dat er eveneens veel complementaire communicatie is, waarbij de partners afwisselend de up- en de down-positie innemen. Desondanks komt het maar al te vaak voor, dat de twee het niet met elkaar eens zijn over de vorm die de relatie heeft. De een vindt bijvoorbeeld dat de ander te veel domineert, en zou dit graag willen veranderen, terwijl de ander van mening is dat de relatie zo prima loopt, en dat er in feite niets veranderd hoeft te worden. Veel onenigheid tussen echtelieden, en ouders en kinderen gaat in feite over het antwoord op de vraag, wie van de twee het op welk gebied voor het zeggen heeft.

Na deze omweg langs de communicatietheorie komen we terug op het onderwerp de patiënt en de partner. Ofschoon dit duo, zoals we zagen, te maken heeft met bepaalde beperkingen in de gezamenlijke activiteiten en een zekere mate van afhankelijkheid van de patiënt ten opzichte van de partner, is het voor het overige toch een paar zoals elk ander; de eerder beschreven communicatievormen zijn ook bij hen aanwezig en er kunnen verschillen van inzicht zijn over de gewenste relatievorm (wie het op welk gebied voor het zeggen heeft). Bij duo's waarvan zowel de een als de ander vindt dat hij de grootste stem in het kapittel mag hebben, kan het gehandicapt-zijn van de een buitensporig belangrijk worden.

Neem het voorbeeld van een vrouw die op een bepaald moment in haar huwelijk gehandicapt raakt. De verhouding tussen de beide echtelieden is zo, dat ze over een aantal dingen verschillend denken, en daar regelmatig onenigheid met

elkaar over hebben. Zo vindt de man het prettig met vrienden een kaartavondje te hebben, terwijl de vrouw hier eigenlijk een broertje aan dood heeft. Hier hebben ze het vaak met elkaar over aan de stok gehad, met als resultaat dat er af en toe een kaartavond was (maar veel minder dan de man zou willen en naar de smaak van de vrouw nog te vaak). Eenmaal gehandicapt krijgt de vrouw bij een onwelkom initiatief van de man („We zullen de Janssens weer eens uitnodigen voor een avondje kaarten”) de mogelijkheid om te zeggen: „Ik zou wel willen, maar ik kan niet, het is me te vermoeiend”. Nu kan het natuurlijk reëel zijn, dat zo'n kaartavond vermoeiend is, en dan kunnen we de afwijzing rangschikken onder beperkingen in de actieradius als gevolg van de ziekte. Toch kan het evengoed zijn, dat zo'n avond eigenlijk best zou kunnen, maar dat de vrouw er gewoon geen zin in heeft. Uit ervaring heeft ze geleerd, dat geen zin hebben op den duur geen geldig excuus is (dit leidt alleen tot uitstel). Niet kunnen ligt anders, want de man wil niet het onmogelijke verlangen. In het tweede geval is er echter geen sprake meer van beperking van de activiteiten als gevolg van de ziekte maar van in een up-positie raken door gebruik te maken van de handicap. Op deze manier krijgt de vrouw – via haar handicap – controle over een situatie die ze op andere wijze niet had kunnen controleren.

Het voorbeeld heeft een triviaal karakter, maar met een beetje fantasie kan men zich voorstellen, dat een dergelijke controle van de relatie via de aandoening over een breed front kan optreden. De handicap is dan een belangrijke rol gaan spelen in de wijze waarop beiden met elkaar omgaan.

### Het labyrint

Bij een chronische aandoening van de een krijgt, zoals we zagen, de partner doorgaans te maken met beperkingen in de actieradius en een hogere dagelijkse belasting dan te voren. Indien het hierboven beschreven proces in werking treedt en er van de kant van de patiënt een controle van de relatie door middel van de handicap plaatsvindt, betekent dat twee dingen:

- de beperkingen van de gezamenlijke actieradius zijn omvangrijker dan de handicap rechtvaardigt; Activiteiten, die het paar best zou kunnen uitvoeren gebeuren niet meer;
- de afhankelijkheid die de patiënt ten opzichte van de partner aan de dag legt,

is groter dan men gezien de handicap zou verwachten; de patiënt is minder „redzaam” dan hij, gezien zijn functionele capaciteit, zou kunnen zijn.

In de revalidatie krijgt men betrekkelijk vaak te maken met patiënten die met hun partner een relatie hebben waarin een dergelijk proces een rol speelt. Hoe beleeft de partner dit nu?

Om te beginnen kan gesteld worden, dat het voor hem uiterst moeilijk, zo niet onmogelijk is om uit te maken wat de reële gevolgen van de handicap zijn, en waar de oneigenlijke (= relatiegerichte) gevolgen beginnen. Meestal kunnen ook anderen hem dat niet vertellen, omdat het meevoelen met de getroffen patiënt een nuchtere benadering sterk kan bemoeilijken (stel aan iemand die blijkbaar veel pijn heeft, maar eens de eis: probeer nu eerst eens zelf hoever je je zonder hulp aan kunt kleden). Volledigheidshalve moet gezegd worden, dat de patiënt zich van dit onderscheid ook niet bewust is, en dat hij doorgaans leeft in de eerlijke overtuiging, dat hij deze of gene activiteit echt niet meer kan uitvoeren.

Een houding die men bij de partner in een dergelijke situatie vaak tegenkomt, is matheid, berusting (dit is blijkbaar mijn levenslot: ik kan er toch niet meer onderuit komen, ik kan hem/haar toch niet zo maar in de steek laten, dus ik zit er verder aan vast). De echtgenoot van een reumatische vrouw zei heel treffend: de reuma van mijn vrouw beheerst ons hele leven, ik heb mijn persoonlijkheid verloren.

### De eerstelijns gezondheidszorg

Binnen de organisatie van de gezondheidszorg is het vooral het eerste echelon, dat te maken krijgt met de patiënt in zijn natuurlijk milieu. Zo zullen huisarts, maatschappelijk werkster, wijkverpleegkundige en pastor doorgaans meer van de gezinsomstandigheden van de patiënt afweten dan de specialist (hoewel ook hier uitzonderingen bestaan, zoals revalidatiearts en kinderarts). De eerstelijns gezondheidszorg zou daardoor een belangrijke rol kunnen spelen bij het scheppen van gunstige voorwaarden voor de patiënt én het milieu waarin hij leeft. In het eerste echelon ligt namelijk de rijkste mogelijkheid om de patiënt te observeren in interactie met zijn omgeving. De eerstelijnswerker die herhaaldelijk contact heeft met de patiënt, zal het – indien hij er enigszins op let – al gauw opmerken hoe deze omgaat met de partner en de overige gezinsleden.

Hieronder volgt een lijstje van gedragingen van de patiënt die aanwijzingen kunnen zijn voor het bestaan van relatiegerichte ziektegevolgen. De lijst is gebaseerd op observaties van patiënten die in de revalidatie-afdeling behandeld worden, en is zeker niet volledig te noemen. Het gaat meer om een idee van het soort gedragingen, dat relevant kan zijn voor de aanwezigheid van relatiegerichte ziektegevolgen, dan om een uitputtende opsomming.

#### *Relatiegerichte beperkingen*

- Men gaat nooit gezamenlijk uit, ofschoon dit wel zou kunnen (patiënt kan wel lopen); patiënt motiveert dit door te zeggen, dat dit te bezwaarlijk (pijnlijk, vermoeiend) voor hem/haar is.
- De patiënt bepaalt wie er wanneer op bezoek komt; personen die meer voor de partner komen dan voor de patiënt, komen nauwelijks nog over de vloer (te vermoeiend).
- Seksueel contact is verbroken of sporadisch geworden, omdat de handicap het seksueel samenzijn ernstig bemoeilijkt. Door de hulpverlener genoemde alternatieven (bijvoorbeeld coïtus in andere houding, manueel in plaats van coïtaal contact) worden door de patiënt afgewezen als onaangenaam en/of ongewenst.

#### *Relatiegerichte afhankelijkheid*

- De partner gaat wel alleen weg voor boodschappen maar bijna nooit om zich te ontspannen. Als hij/zij dit toch eens een keer doet, gebeurt er prompt iets vervelends met de patiënt (is gevallen, heeft pijn aan val of huilbui, etcetera), of de patiënt beklagt zich bij derden (buren, kinderen), dat hij alleen gelaten wordt.
- De patiënt doet minder dan hij, gezien zijn directe beperkingen, zou kunnen. Dingen die hij wel kan (bijvoorbeeld radio aanzetten) worden door de partner gedaan. Er is meer hulp bij de zelfverzorging nodig dan men zou verwachten.

Indien er een gesprek met patiënt plus partner plaatsvindt, kunnen de volgende aspecten belangrijk zijn:

- De patiënt is het meest aan het woord en het gesprek handelt voornamelijk over de handicap en alles wat patiënt niet kan. Als de partner het gesprek op een ander thema brengt, kapt de patiënt dit doorgaans af. De partner zit er stil bij, heeft weinig inbreng.
- De patiënt vindt het heel vanzelfsprekend, dat de partner zoveel voor hem/haar doet. De erkenning dat dit voor de

partner toch ook een hele opgave is, komt bij de patiënt niet of nauwelijks op.

Als hij op grond van deze en soortgelijke observaties tot de conclusie komt, dat bij dit paar de relatiegerichte ziektegevolgen de overhand dreigen te nemen ten detrimente van de partner, kan het gewenst zijn een gesprek te arrangeren tussen patiënt, partner en hulpverlener. Bij dit gesprek zijn drie punten belangrijk.

De partner zal zijn problemen moeten kunnen bespreken zonder het gevoel te hebben, dat hij zich niet loyaal gedraagt. Dit eist van de hulpverlener, dat hij zich belangstellend opstelt tegenover de partner, en laat merken dat deze hem net zo ter harte gaat als de patiënt.

De beperkingen en de afhankelijkheid worden door de hulpverlener weer in proportie gebracht tot de handicap. Dit betekent dat de relatiegerichte ziektegevolgen als zodanig onderkend zullen worden. Dit type gesprek eist een goed inzicht, onderscheidingsvermogen en tact van de hulpverlener, omdat hij de situatie van dit paar eerlijk moet kunnen bespreken zonder daarbij de patiënt voor het hoofd te stoten.

Samen met patiënt en partner wordt geanalyseerd hoe de partner meestal reageert op de overtrokken beperkingen en afhankelijkheid van de patiënt; meestal gaat het om de te toegeliefte reactie. Daarna wordt doorgenomen hoe de partner in de toekomst op een aantal gedragingen anders zou kunnen reageren, (bijvoorbeeld meer stimulerend in plaats van direct hulpbiedend). Dit alles is niet zo eenvoudig, omdat er ingegrepen wordt in meestal al langer bestaande dagelijkse gewoonten; de ervaring in het revalidatiecentrum leert, dat één gesprek over dit onderwerp ook zeker niet genoeg is, maar dat in de eerste maanden daarna regelmatige coaching nodig is: op welke punten is er iets van het nieuwe reactiepatroon terechtgekomen, op welke niet; waar zitten precies de moeilijkheden, hoe kunnen deze overwonnen worden; stimuleren van het zelfvertrouwen van patiënt en partner, etcetera.

Het is belangrijk het moment van het gesprek goed te kiezen: zo'n goed moment kan zijn het ontslag van de patiënt uit ziekenhuis of revalidatieinrichting. Belangrijk is dan dat hetgeen de patiënt in dit instituut geleerd heeft, ook behouden blijft. Koekkoek zegt, in zijn artikel over het coachen van het thuismilieu na het ontslag uit een revalidatiekliniek: „De uiteindelijke bedoeling van de

thuisbegeleiding is in feite om de significante persoon of personen in het thuismilieu zodanig te trainen, dat deze zelf in staat zal (zullen) zijn, zonder hulp van wie dan ook, om het nieuwe gedrag van de weer thuis aanwezig patiënt te ondersteunen, en het probleemgedrag te extingueren.”

In het model van Koekkoek wordt de thuisbegeleiding gedaan door personeel uit de revalidatiekliniek. Dit mag echter meer uitzondering dan regel heten; doorgaans zal de begeleiding toch gebeuren, door eerstelijns werkers (huisarts, maatschappelijk werkster, wijkverpleegkundige, pastor). Voorwaarde hiervoor is natuurlijk wel, dat het betreffende instituut bij het ontslag van de patiënt voor goede informatie voor de eerstelijns werkers zorgt. Hiervoor zou ik dan ook sterk willen pleiten. Indien meer dan één eerstelijns hulpverlener bij de betreffende patiënt is betrokken, is het belangrijk dat allen op de hoogte zijn van de informatie, en dat ze een gelijklopende gedragslijn kiezen (één hulpverlener die op meer traditionele wijze op relatiegerichte ziektegevolgen reageert, kan het werk van de anderen ongedaan maken).

Behalve bij ontslag van de patiënt zijn er nog meer „goede” tijdstippen, bijvoorbeeld bij ziekte of dreigende overbelasting van de partner, bij aanspraken van de kant van de patiënt op externe hulp die de grens van de redelijkheid overschrijden.

*Samenvatting. Iemand die op een bepaald moment in zijn leven een aandoening met een chronisch karakter krijgt, ziet zich geconfronteerd met ingrijpende gevolgen, zoals beperkingen in zijn actieradius en afhankelijkheid van anderen. Ook voor de partner ontstaan ingrijpende veranderingen, zoals beperkingen in hetgeen men gewend was gezamenlijk te ondernemen en de noodzaak de patiënt hulp te bieden bij bepaalde activiteiten. De situatie van de partner kan nog moeilijker worden, als de patiënt zijn handicap gebruikt om eventuele meningsverschillen in zijn voordeel te beslissen, dat wil zeggen als er relatiegerichte ziektegevolgen ontstaan. Besproken wordt op welke wijze de eerstelijns gezondheidszorg het welzijn van patiënt én partner kan bevorderen. Het belang van het observeren van de patiënt in zijn natuurlijke milieu wordt benadrukt, waarbij wordt gewezen op een aantal gedragingen die een uiting kunnen zijn van relatiegerichte ziektegevolgen. Tevens wordt besproken hoe en wanneer de*

eerstelijns werker in een dergelijk interactiepatroon zou kunnen interveniëren.

*Summary. The patient and the partner. A person who incurs an illness of a chronic nature at a given moment in the course of his life, is confronted with far-reaching consequences such as reduction of his range of action, and dependence on others. The partner, too, faces significant changes such as restriction of previously jointly undertaken activities, and the necessity of aiding the patient in some activities. The partner's situation can become even more difficult when the patient utilizes his handicap as a means to decide possible differences of opinion to his advantage, i.e. when relation-oriented illness behaviour develops. This paper discusses ways in which primary health care can promote the well-being of patient and partner alike. The importance of observing the patient in his natural environment is emphasized, and mention is made of modes of behaviour which may be interpreted as relation-oriented illness behaviour. The manner in which primary health care workers might intervene in such a pattern of interaction is also discussed.*

Haley J. Strategies of psychotherapy. Grune & Stratton, New York, 1963.

Koekkoek J., Mediatetherapie in de revalidatie: begeleiding in en door het thuismilieu. (1977) *De psycholoog* 12, 133-156.

## Nota bene

Ontwikkelingsonderzoek op consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters leidt tot kwaliteitsverbetering van het werk. Naast het effect van vroegtijdige signalering van stoornissen, dat maar een kleine groep kinderen betreft, heeft ontwikkelingsonderzoek neveneffecten die liggen op het gebied van de positieve gezondheidszorg, die alle kinderen ten goede kunnen komen.

De vraag is niet „huisarts of jeugdarts op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters?“, maar „Aan welke eisen moet de arts werkzaam in jeugdgezondheidszorg voldoen?“.

(Stellingen bij: E. A. Schlesinger-Was. Ontwikkelingsonderzoek van zuigelingen en kleuters op het consultatiebureau. *Diss. Leiden*, 1981.)

(1981) *huisarts en wetenschap* 24, 484

# Ingezonden

## Kwaliteitseisen

Naar aanleiding van de thans gevoerde discussie over de wenselijkheid om aan het NHG-lidmaatschap zekere kwaliteitseisen te gaan stellen, heb ik er behoefte aan een persoonlijke motivatie onder woorden te brengen; een motivatie die naar mijn mening herkenbaar is.

- Ik ben huisarts en heb daar niet meer of minder moeite mee dan de meesten van mijn collega's.

- Ik heb als huisarts geen last van een identiteitscrisis; daar ben ik niet jong en niet oud genoeg voor (35 jaar).

- Ik heb geen last van een minderwaardigheidsgevoel ten opzichte van de gespecialiseerde collegae, integendeel.

- Ik wil graag een goede huisarts zijn en stel daartoe, om mij heen kijkend en bij het ontbreken van een duidelijke vakafbakening, mijn eigen normen, waarvan ik overigens geloof, dat ik ze met vele collega's deel. Bijvoorbeeld: elke verwijzing van een patiënt naar een andere hulpverlener – zeker als deze zich verder „van huis“ bevindt – dient met de grootste zorgvuldigheid plaats te vinden en liefst voorkomen te worden. Dat geldt ook voor de patiënten met niet direct puur somatische problemen; we kennen nu het gevaar van somatische fixatie, maar ik zou tevens willen wijzen op het gevaar van psychische fixatie.

- Ik ben gemotiveerd mee te werken aan het toetsen van mijn normen aan die van anderen, en ik hoop dat daardoor een afbakening van ons vak mogelijk wordt. Dat zie ik als mijn belang, maar ook als dat van onze patiënten.

- Ik ben van mening, dat het NHG een taak heeft in dit proces van kwaliteitsbepaling van de huisartsgeneeskunde.

- Ik ben van mening, dat het NHG van haar leden mag verlangen, dat zij meewerken aan de afbakening van hun vak.

- Ik ben van mening, dat dit heel goed kan plaatsvinden door het vormen van regionale/lokale groepen die gevoed worden door het NHG met bijvoorbeeld toetsingsprogramma's. Dit zou heel goed kunnen worden opgezet (en naar mijn mening móeten worden opgezet) in samenwerking met de universitaire huisartseninstituten.

Overigens ben ik ook van mening, dat de angst voor een NHG als elitecorps

ongegrond is. Ik denk dat de groep huisartsen die gemotiveerd met hun werk bezig zijn, de grote meerderheid van de vakgenoten omvat. Wél zijn we van huis uit gewend ons individueel voort te bewegen. Daarom is het belangrijk dat er een centraal initiatief wordt genomen. Dat is in het belang van de huisartsgeneeskunde als vak en dus in het belang van alle gemotiveerde huisartsen en hun patiënten.

Pieter Sluis,  
Nieuwkoop

## Tenniselleboog

Naar aanleiding van het artikel *De tenniselleboog* van de Projectgroep Tilburg willen wij de volgende opmerkingen maken:

Het is onjuist te stellen, dat er sinds 1957 geen aanbevelingen meer zijn gedaan over de toepassing van fysiotherapie bij deze klacht. Reeds na een kort onderzoek vonden wij een aantal artikelen waarin fysiotherapie wel degelijk als geïndiceerd wordt gezien. Op grond van deze informatie, gekoppeld aan de eigen ervaring met de fysiotherapie, geloven wij dat er wel degelijk een plaats is voor de fysiotherapeut bij het behandelen van een patiënt met een tenniselleboog. Een goede werkdiagnose is evenwel onontbeerlijk.

A. de Wijer en  
H. de Moolenaar,  
fysiotherapeuten

Biehl, G. von und J. Schmitt. Zum Problem der Epicondylitis als typischem Tennis-sportschaden. (1978) *Dtsch. Z. Sport-med.* 8, 205-210.

Kulund, D. N., F. C. McCue III, D. A. Rockwell et al. Tennis injuries: prevention and treatment. A review. (1979) *Amer. J. Sports Med.* 7, 249-253.

LaFrenière, J. G. „Tennis elbow“. Evaluation, treatment, and prevention. (1979) *Phys. Ther.* 59, 742-746.

Oerke, H. -P. von, M. Horst, U. Jacobsen et al. Gemeinschaftsstudie Epicondylitis humeri. (1979) *Orthop. Praxis* 13, 265-269.

Pluymers, R. J. De tenniselleboog als sportletsel. (1978) *Geneesk. Sport* 11, 123-127.

Priest, D., V. Braden and S. Goodwin Gerberich. The elbow and tennis, part 2: A study of players with pain. (1980) *Physician Sportsmed.* 8, 77-85.