

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

### Revalidatie na hartinfarct

Hoewel het hart-team van het Revalidatie Instituut Muiderpoort, dat zich sedert ongeveer twee jaar in nauwe samenwerking met de cardiologische kliniek van het W.G. bezighoudt met de revalidatie van patiënten na een hartinfarct, het voornemen had en nog heeft om pas medio 1974 te zamen met genoemde cardiologische afdeling in de publiciteit te treden (pas dan leek het tijdstip rijp om tot publicatie van een voorlopige evaluatie te komen), zijn wij thans door Prof. MEIJLERS artikel (1973) en meer in het bijzonder door de naschriften in Nr. 39 min of meer „uitgedaagd”, om op een wat eerder tijdstip voor het forum medicorum te treden.

Wij willen daarbij niet vooruitlopen op de in uitzicht gestelde publicatie, doch ons beperken tot een korte dialoog zoals gevraagd. Wij baseren ons daarbij op de situatie zoals die in Amsterdam is gegroeid en waarbij een universitaire cardiologische kliniek samenwerking zocht en vond bij een bestaand, goed geëquipeerd, poliklinisch werkend revalidatie-instituut, op luttele kilometers afstand gelegen. Het revalidatie-team dat aan de activiteiten zou gaan deelnemen, kreeg tevoren een cardiologische instructie-cursus, op later datum herhaald.

In de artikelen van Prof. MEIJLER vinden wij onze eigen ideeën voor een groot deel terug. Saillante punten uit zijn betoog lijken ons „optimale revalidatie na een hart-infarct kan dus in wezen alleen maar zinvol plaatsvinden na een volledig cardiologisch onderzoek, liefst met inbegrip van coronairangiografie en hartcatheterisatie” en „cardio-revalidatie behelst een volstrekt individuele benadering, die een grote mate van deskundigheid en vooral psycho-sociaal engagement vereist”.

Aan de door hem geciteerde: „historische ontwikkeling van de cardiologische visie op de cardio-revalidatie” tillen wij niet zo zwaar. We erkennen volledig, dat het initiatief tot cardio-revalidatie van cardiologen is uitgegaan; tevens, dat de cardioloog in het totaal een groot stuk verantwoordelijkheid dient te dragen inzake selectie van het patiëntenmateriaal, bepaling van globale belastbaarheid, optreden bij gesignaleerde somatische complicaties. Doch wanneer wij het erover eens zijn, dat de fysieke training in het kader van de cardio-revalidatie slechts een bescheiden en zelfs nog moeilijk af te grenzen plaats inneemt en dat veel belangrijker is het totale pakket aan maatregelen, dat wij onder revalidatie verstaan en dat kan leiden tot re-integratie van een patiënt in gezin en maatschappij, dan moeten we het tevens erover eens kunnen worden, dat hier in het bijzonder een belangrijke taak met een geheel eigen verantwoordelijkheid ligt voor een revalidatie-arts. Hij immers is meer dan welke orgaan-specialist getraind en ervaren in het „hakken met het multidisciplinaire bijltje”, het werken in team-verband, het coördineren van de ook in de cardio-revalidatie aan de orde komende activiteiten van fysiotherapeut, arbeidstherapeut, maatschappelijk werker, psycholoog, arbeidsbemiddelaar, inspanningsfysioloog, alsmede sociaal- en verzekeringsgeneeskundige instanties; en hij heeft doorgaans de beschikking over een goed ingespeeld team. Daarbij dient de revalidatie-arts zich te realiseren, dat de groep van infarct-patiënten niet zonder meer op één lijn is te stellen met iedere willekeurige andere groep. Al zijn er duidelijke parallellen, er bestaan meer „aardbevingen door de levensbasis”.

De verantwoordelijkheid van cardioloog en revalidatie-arts kunnen m.i. zeer wel naast elkaar bestaan en behoeven niet strijdig met elkaar te zijn, zoals overigens zo vaak in de geneeskunde gedeelde verantwoordelijkheid bestaat en blijkt te kunnen bestaan. Bezwaarlijk wordt het pas zodra prestige-overwegingen gaan meespelen; niet echter zolang wij medici bereid zijn te erkennen, dat een patiënt recht heeft op de optimale hulp, waarom hij vraagt. En waarbij het niet relevant is welk naambordje de hulpverlener draagt.

Met een door Prof. MEIJLER eventueel te formuleren suggestie, dat het door ons gepropageerde team in zijn samenwerking met de cardioloog dan ook direct „aan de wieg van het infarct” zou dienen te staan, zijn wij het à priori gaarne eens. In de praktijk van ons werk in Amsterdam zijn wij daar helaas nog niet volledig aan toe gekomen. Dat de mate van cardiologische scholing van een dergelijk team en vooral van de revalidatie-arts in kwestie een punt van discussie zou kunnen zijn, beamen wij. In Amsterdam wordt in dit opzicht met een compromis gewerkt.

Literatuur: MEIJLER. F. L. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1234.

Hilversum, oktober 1973

C. HEYBOER, revalidatie-arts

Gaarne kom ik terug op het caput selectum van Prof. MEIJLER (1973) en de daarop gevolgde raecties van collega VAN SWOL en Prof. MEIJLER (1973).

De hoogleeraar vraagt zich af, of en zo ja hoe, een revalidatie-arts kan bijdragen tot de revalidatie van hartinfarct-patiënten. De reden waarom ik meen te mogen reageren op deze vraag is, dat ik van 1 januari 1970 af deel uitmaak van het revalidatieteam voor hartinfarctpatiënten van het Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht. Mijn daarin toch wel „langs natuurlijke weg tot stand gekomen” taak omvat de werkhervatting, c.q. beroepsverandering van deze (ex)-patiënten met alle maatschappelijke procedures die daarbij in het spel zijn. Ik acht de revalidatie-arts daarvoor de aangewezen figuur omdat hij bij uitstek tot taak heeft de mens met een orgaanspecialistisch behandelde functiestoornis maatschappelijk (weer) zo goed mogelijk te laten functioneren. De revalidatie-arts kent het best de consequenties van de sociale-verzekeringswetgeving en de invloeden daarvan op de patiënt en zijn omgeving, en de arbeidsmarkt; de patiënt stelt daarop zijn vertrouwen in die revalidatie-arts, zoals hij gedifferentieerd vertrouwen heeft in bv. de psycholoog, de fysiotherapeut en de maatschappelijk werk(st)er van het team.

Hierop sluit aan de opvatting van ons team (waarin uiteraard een cardioloog zitting heeft) dat de verantwoordelijkheid voor de benadering van de arbeidsproblematiek van de hartinfarctpatiënt/cliënt uiteindelijk berust bij de revalidatie-arts, en niet bij de eerst behandelende cardioloog. Verantwoordelijkheid kan en moet wel degelijk gedeeld zijn, maar de revalidatie-arts wordt geacht deze op geleide van alle teamgegevens — zo men wil gedelegeerd — te dragen. Het oordeel van de orgaanspecialist-cardioloog bestrijkt een geheel ander terrein dan dat van de revalidatie-arts.

Tenslotte dit: uit het caput selectum krijg ik de indruk, dat de schrijver de revalidatie ziet als een onderdeel van de geneeskunde. Als men echter de patiënt met zijn orga-