

# Medisch Leiderschap bij interprofessionele samenwerking in de geriatrische revalidatie

✉ [Arnold Jongenburger](#), Roland van Peppen

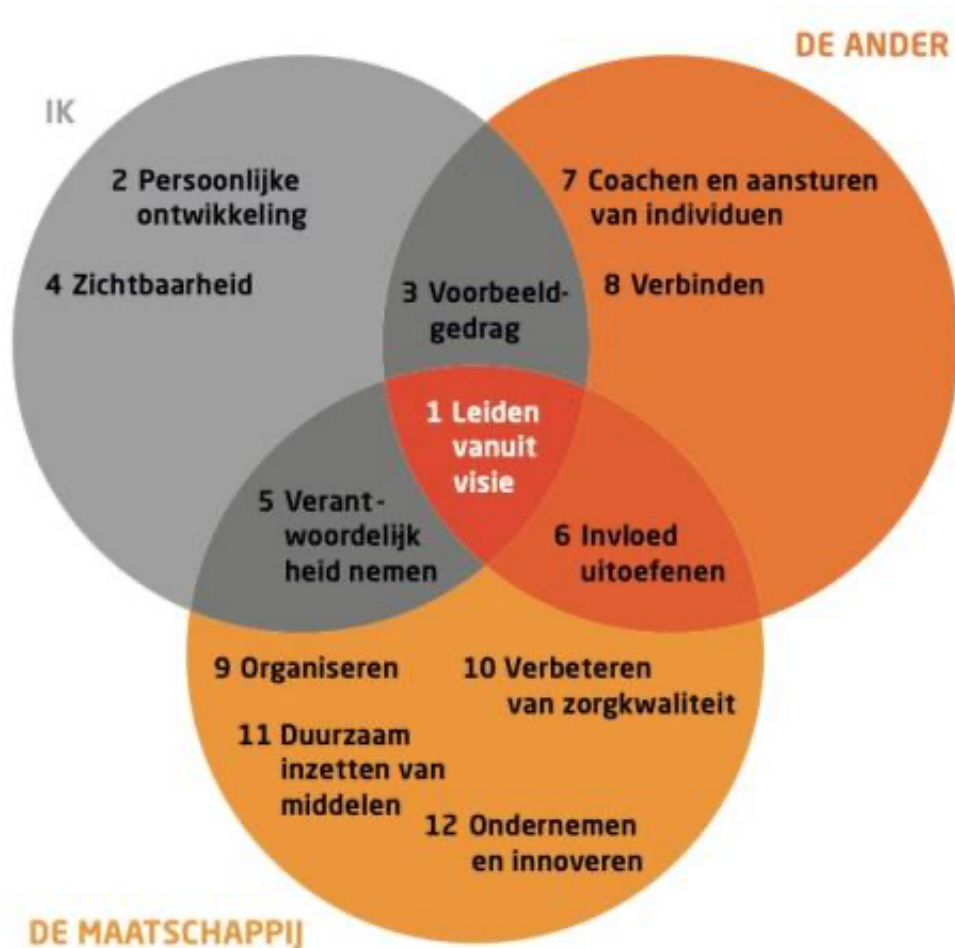
## Inleiding

Medisch Leiderschap is essentieel voor goede gezondheidszorg en in dit kader voor goede revalidatie. De toenemende belangstelling voor dit thema resulteerde in het Raamwerk voor Medisch Leiderschap (RML), een onderbouwde visie op leiderschap verdeeld in verschillende dimensies en competentiegebieden.<sup>1</sup> In 2015 werd in het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde een artikel gepubliceerd over [medisch leiderschap in de dagelijkse praktijk van specialisten ouderengeneeskunde](#). In dit artikel wordt dit verder uitgewerkt en wordt de vertaalslag gemaakt naar medisch leiderschap in de geriatrische revalidatie.<sup>2</sup> Kenmerkend voor geriatrische revalidatie is dat er per definitie sprake is van inzet van meerdere professies.<sup>3</sup> Bovendien werken deze professies niet los van elkaar, maar met interprofessionele afstemming onder inhoudelijke regie van de specialist ouderengeneeskunde.<sup>4</sup> Dit artikel vraagt aandacht voor het belang van het toe-eigenen van die leidingnemende rol door de specialist ouderengeneeskunde binnen de interprofessionele geriatrische revalidatie (GR).

## Wat is medisch leiderschap?

Het RML bestaat uit 12 competentiedomeinen, die grafisch kunnen worden ingedeeld in drie overlappende dimensies. Deze dimensies staan voor competenties die meer gericht zijn op het individu ('ik'), het team ('de ander') en de externe omgeving ('de maatschappij'), zie figuur 1.<sup>1</sup> Het eerdergenoemde [artikel van Van Opstal et al.](#) heeft een opsomming gemaakt van de diverse aan de specialist ouderengeneeskunde toebedeelde competenties en vaardigheden.<sup>2</sup> Uiteraard begint medisch leiderschap ook in de geriatrische revalidatie met persoonlijk leiderschap ('ik') en de wijze waarop de specialist ouderengeneeskunde de eigen werkzaamheden organiseert. In dit artikel willen wij echter vooral de focus leggen op de inhoudelijke regievoering in het interprofessioneel samenwerken ('de ander'), omdat dit de kern betreft van geriatrische revalidatie. Vanzelfsprekend is ook de rol van de specialist ouderengeneeskunde in de effectieve ketenzorg en de rol van de specialist ouderengeneeskunde in de beleidsparticipatie relevant binnen de geriatrische revalidatie ('de maatschappij'), maar niet wezenlijk verschillend van andere domeinen binnen de ouderengeneeskunde.

[Figuur 1. Raamwerk Medisch Leiderschap<sup>1</sup>](#)



©2015, Platform Medisch Leiderschap / Universiteit Twente

## Inhoudelijk leiderschap bij interprofessioneel werken

Zoals reeds genoemd wordt geriatrische revalidatie per definitie in multi- of interprofessioneel teamverband gegeven.<sup>3</sup> Wat betekent leidinggeven aan deze interprofessionele teamsamenwerking?

Het betekent niet dat een specialist ouderengeneeskunde de rol van manager van de afdeling overneemt. De specialist ouderengeneeskunde richt zich in eerste instantie op het inhoudelijk leiderschap en neemt de regie in het interprofessionele team. Maar dat is geen eenvoudige opgave. Leiderschap in teamsamenwerking is complex.

Welke taken zal deze leidingnemende specialist ouderengeneeskunde zich dan toe moeten eigenen? Heel belangrijk is volgens ons het hebben van een visie op geriatrische revalidatie. Dit betekent dat de specialist ouderengeneeskunde in de geriatrische revalidatie: a) opvattingen heeft over de wijze waarop de diverse professies met elkaar samenwerken aan het behalen van de doelen van de revalidant; b) een richtinggevende rol vervult in de inrichting van het multidisciplinair overleg (MDO); c) opvattingen heeft over het vormgeven van een revalidatieklimaat; en d) de focus van het gehele team richt op het hoofddoel, namelijk de terugkeer van de revalidant naar huis. Visie staat niet voor niets centraal in de visuele weergave van het RML.<sup>1</sup> Een specialist ouderengeneeskunde met visie zal door de GR-teamleden en ook door het management/bestuur als een belangrijke ambassadeur en

facilitator van de geriatrische revalidatie worden gezien.

Vanuit die inhoudelijke visie werkt de specialist ouderengeneeskunde ten eerste aan het realiseren van een collectieve ambitie. Met andere woorden: welke geriatrische revalidatie willen we met elkaar op deze afdeling bieden? De specialist ouderengeneeskunde vervult een belangrijke rol in het maken van afspraken over interprofessionele samenwerking, het vormgeven van revalidatieklimaat en de wijze waarop de revalidanten betrokken worden bij hun revalidatie. De specialist ouderengeneeskunde weet het team ervan te overtuigen dat voorkeuren en stokpaardjes van individuele teamleden ondergeschikt worden gemaakt aan de collectieve ambitie. Het sturen van het team en het formuleren van een gezamenlijke ambitie vraagt dus leiderschap van de specialist ouderengeneeskunde.

Ten tweede stuurt de inhoudelijk leidingnemende specialist ouderengeneeskunde de interactie tussen teamleden onderling en ook tussen revalidanten en professionals. Er moet een sfeer van interprofessioneel samenwerken worden gecreëerd, waarbij de specialist ouderengeneeskunde leidinggeeft aan die samenwerking. Binnen de revalidatietrajecten betekent dit dat de specialist ouderengeneeskunde in samenspraak met de revalidant en de teamleden een duidelijk teamdoel formuleert. Dit teamdoel staat centraal voor alle betrokken professies en geeft richting aan de revalidatie. Alle monoprofessionele doelen zijn daarbij te herleiden naar dit overkoepelende teamdoel. Als medisch leider maakt de specialist ouderengeneeskunde dankbaar gebruik van de aanwezige expertise in het revalidatieteam en stimuleert daarbij de inhoudelijke discussies om uiteindelijk met elkaar tot een gezamenlijk teamdoel te komen. Meestal gebeurt dat in goede overeenstemming met elkaar, maar soms zal de medisch leider de knoop door moeten hakken. De specialist ouderengeneeskunde speelt als inhoudelijk regievoerder ook een grote rol in het bepalen van de duur en intensiteit van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC). In afstemming met het team wordt een afweging gemaakt van duur en intensiteit van de revalidatiebehandeling. Ook bij de beoordeling van de intensiteit die door de verschillende professies wordt ingezet om dit teamdoel te bereiken, neemt de inhoudelijk leider het voortouw.

Ten derde bewaakt de leidingnemende specialist ouderengeneeskunde de kwaliteit van de interprofessionele teamleden. Naast monoprofessioneel vakmanschap is ook 'samenwerken' een belangrijke competentie van revalidatieprofessionals. De specialist ouderengeneeskunde kan als geen ander de bijdrage aan teamdoelen beoordelen die de professionals uit het GR-team hebben opgesteld en aangeven welke expertise in het team ontbreekt of kan worden aangevuld. Ook zal de specialist ouderengeneeskunde moeten kunnen medebeoordelen hoe de huidige teamleden functioneren en bij niet-functionerende teamleden als inhoudelijk leider in het belang van de revalidanten stappen moeten kunnen ondernemen. Anders komen die revalidanten wat tekort. Dit vraagt nogal wat en roept direct de vraag op of de specialist ouderengeneeskunde in de geriatrische revalidatie dan een hiërarchisch leidinggevende rol heeft. Hoe verhoudt de specialist ouderengeneeskunde zich dan tot de managers op de afdeling? Het getuigt van medisch leiderschap als de specialist ouderengeneeskunde het voortouw neemt bij het beoordelen van de kwaliteit in het interprofessionele team. Het revalidatieteam is in onze optiek het gereedschap van de inhoudelijk verantwoordelijk specialist ouderengeneeskunde. Zoals een chirurg zich druk maakt over zijn operatie-instrumentarium, zo zal de specialist ouderengeneeskunde zich druk maken om de

samenstelling van het team. Wij stimuleren de betrokkenheid van specialisten ouderengeneeskunde bij zowel functioneringsgesprekken (evaluatie) van GR-teamleden als bij sollicitatiegesprekken om nieuwe interprofessionele collega's te werven. Uiteraard levert de specialist ouderengeneeskunde hierbij vooral input en is de manager verantwoordelijk voor de uitvoer van de functionerings- en selectiegesprekken. Onze oproep is echter wel om, als specialist ouderengeneeskunde, een goede analyse te maken van de aanwezige deskundigheid in het revalidatieteam en waar mogelijk het voortouw te nemen bij het aanvullen van ontbrekende expertise.

Ten vierde en tot slot, wanneer een gebrek aan ondersteunende systemen en/of outillage een goede revalidatie bemoeilijkt, frustreert of onmogelijk maakt, zal de specialist ouderengeneeskunde, in samenspraak met management en bestuur, moeten beoordelen op welke wijze dit kan worden verbeterd. Een voor de geriatrische revalidatie geschikt elektronisch cliëntdossier is daar een voorbeeld van. Maar ook het initiëren van het evalueren en monitoren van de revalidatie met adequate meetinstrumenten is een passend voorbeeld van medisch leiderschap.

Met bovenstaande competenties kan de specialist ouderengeneeskunde zich etaleren als de gewenste leider van het revalidatieteam die van zo'n team een topteam kan maken. Immers zonder goed leiderschap functioneert een team minder goed.

Bovenstaande maakt duidelijk dat het voor de specialist ouderengeneeskunde in de geriatrische revalidatie hard werken is om voortdurend inhoudelijk leiderschap te tonen en uit te dragen. De inhoudelijk leider verricht zelf veel werk bij bijvoorbeeld de triage, intake, opstellen (concept)behandelplan, openen DBC en medisch-inhoudelijke zaken. Maar daarnaast heeft de specialist ouderengeneeskunde ook een uiterst belangrijke rol in het sturen en bijsturen van de GR-teamleden en daarmee in het verbeteren van de kwaliteit van de geriatrische revalidatie. In het KPMG-rapport (2017) 'Van goed naar geweldig leiderschap' komt het belang van leiderschap als doorslaggevende factor voor kwaliteit naar voren.<sup>5</sup> Wij zijn ervan overtuigd dat medisch leiderschap van een specialist ouderengeneeskunde op de geriatrische revalidatie een doorslaggevende factor is voor de kwaliteit van de geleverde revalidatie.

## Concrete aanbevelingen

1. Zorg dat uw eigen werk en werkzaamheden binnen de revalidatie naar uw tevredenheid zijn georganiseerd (persoonlijk leiderschap).
2. Ontwikkel een visie op goede geriatrische revalidatie en deel die met het GR-team en management. Praat veel met collega's, houd interviews, maak werkbezoeken en haal informatie op bij diverse bronnen.
3. Maak duidelijke afspraken over de interprofessionele samenwerking in het team. Neem de regie tijdens de teamvergadering. Zorg voor gezamenlijke doelen en prioriteiten. Geef professionals ruimte voor inbreng, maar houdt de regie.
4. Maak een analyse van uw revalidatieteam en bespreek de sterke en zwakke punten en mogelijkheden tot verbeteringen. Daarvoor moet u uw teamleden kennen. Dus investeer in uw teamleden. Lunch bijvoorbeeld minimaal 1x per week met een teamlid of drink vaker koffie op de afdeling. Neem deel aan sollicitatiegesprekken (u weet wat u nodig heeft!). Lever input voor de functioneringsgesprekken (u heeft last van slecht presterende behandelaren).

5. Vraag aandacht voor de eigenheid van de geriatrische revalidatie en geef aan waar de ondersteunende systemen voor de GR anders moeten zijn dan de systemen die in de Wlz worden gebruikt. Neem het voortouw bij het inrichten van ondersteunende systemen die passend zijn voor GR in plaats van het accepteren van tekortschietende systemen die gericht zijn op langdurige zorg (denk hierbij bijvoorbeeld aan een ander ECD of het inzetten van meetinstrumenten).
6. Neem uw rol in de ketenzorg. Overleg regelmatig met specialisten uit het ziekenhuis en de eerstelijns. Maak duidelijke afspraken over triage, instroom en doorstroom van uw revalidanten.

## Auteurs

- > drs. L. (Arnold) Jongenburger, Studio GRZ
- > dr. R.P.S. (Roland) van Peppen, Studio GRZ

## Literatuur

1. Platform Medisch Leiderschap. 2015. Raamwerk medisch leiderschap: <http://platformmedischleiderschap.nl/wp-content/uploads/2015/10/PML-Brochure-RML-web.pdf>
2. Van Opstal E.Y., De Ruiter C.M., Smalbrugge M. Medisch leiderschap: hype of noodzaak? Tijdschrift voor ouderengeneeskunde, (5) 2015.
3. Verenso. Definitie Geriatrische Revalidatie. 2011. Eindverslag Werkgroep Geriatrische Revalidatie: <https://www.studiogrznl/wp-content/uploads/2014/12/Eindverslag-Werkgroep-Geriatrische-Revalidatie-Verenso.pdf>
4. Verenso. Competentieprofiel specialist ouderengeneeskunde. 2019: [https://www.studiogrznl/wp-content/uploads/2019/05/VERENSO\\_Compententieprofiel2019.pdf](https://www.studiogrznl/wp-content/uploads/2019/05/VERENSO_Compententieprofiel2019.pdf)
5. KPMG. Van goed naar geweldig leiderschap, over verschillen in ervaren kwaliteit in de verpleeghuiszorg. 2017 <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/nl/pdf/2017/sector/gezondheidszorg/van-goed-naar-geweldig-door-leiderschap.pdf>