



**Henk Schers** is unithoofd patiëntenzorg bij de afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboudumc in Nijmegen. Daarnaast werkt hij als huisarts in het academisch gezondheidscentrum Thermion in Lent. Hij is voorzitter van de Verenigingsraad van het Nederlands Huisartsen Genootschap en was tot voor kort voorzitter van het netwerk Regio Nijmegen op Eén Lijn. Op 1 maart 2021 is Schers benoemd tot hoogleraar Regionale netwerkvorming vanuit de huisartsgeneeskunde aan het Radboudumc/de Radboud Universiteit. Zijn onderzoek richt zich op innovaties in de samenwerking tussen zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis. Zijn oratie 'Geen netwerk zonder huisarts' is via [deze link](#) te zien.

# Geen netwerk zonder huisarts

Frank van Wijck, Annemarije Kruis

**Transmurale netwerkzorg is volgens hoogleraar Henk Schers hét grote zorgthema voor de komende jaren. Netwerkvorming is cruciaal in de situatie waarin steeds meer zorgverleners bij de (chronische) patiënt betrokken zijn. Maar het netwerk gaat over meer dan zorg alleen. Een onderwerp als leefstijl moet wel worden geadresseerd, maar dit hoort niet in de zorg te gebeuren.**

In zijn recente oratie beschrijft Schers dat de basis van het huisartsenvak – het gesprek tussen huisarts en patiënt – hetzelfde blijft, maar dat de zorgvragen waarmee de huisarts bezig is wel veranderen. ‘Ik verander dus een beetje’, vertelt hij, ‘van het orakel in de spreekkamer naar de medisch netwerkspeeler in de wijk’. Het begrip netwerk vormt het centrale thema in zijn leeropdracht. En in zijn oratie schetst hij aan de hand van patiënt Jan, een oudere man met multimorbiditeit, dat de verschillende zorgverleners die bij de zorg voor complexe patiënten betrokken zijn elkaar niet altijd vinden en niet altijd goed met elkaar (kunnen) samenwerken.

**‘Ik verander een beetje van het orakel in de spreekkamer naar de medisch netwerkspeeler in de wijk’**

Het antwoord van Schers op de vraag hoe dit moet worden opgelost, is duidelijk: ‘Dé oplossing is er niet’. Hij legt uit: ‘Soms is onduidelijk voor de patiënt wat die van wie kan verwachten op welk moment in zijn behandeltraject. Oncologische behandeling is een goed voorbeeld van hoe groot die onduidelijkheid kan zijn. Daarbij zijn veel professionals betrokken en het vergt nogal wat om die op basis van dezelfde patiëntinformatie met elkaar te laten samenwerken. Ze zitten ieder in hun eigen koker.’ Die onduidelijkheid verklaart ook waarom dubbele diagnostiek wordt verricht. ‘Daaraan maken wij ons als huisartsen ook schuldig’, zegt hij. ‘Het gekke is dat de di-

gitalisering ons daarbij soms juist verder uit elkaar drijft. Systemen sluiten niet op elkaar aan, er is onduidelijkheid over welke informatie mag worden gedeeld, en daardoor wordt de verbinding niet gelegd.’

## *Continuïteit*

Schers is gepromoveerd op continuïteit in de zorg. ‘Ik denk dat we daarbij nog te weinig door de ogen van de patiënt kijken’, zegt hij. ‘Persoonlijke continuïteit doet er écht toe. Ook binnen de beroepsgroep hoor ik vaker dat het niet uitmaakt door welke huisarts de patiënt gezien wordt, als deze maar beschikt over de juiste medische informatie. Maar heel vaak maakt het wél uit. Daar mogen we best meer oog voor hebben, ook als het onszelf soms wat minder goed uitkomt. Het belang van de eigen huisarts zie ik ook als een kwetsbare patiënt op de huisartsenpost terecht komt. Vaak is het complex, en vaak wordt dan verwezen. Dat begrijp ik, maar regelmatig gaat de patiënt dan een cascade van verschillende zorgnetwerken in. In een aantal gevallen zou dat niet zijn gebeurd als dezelfde patiënt door de eigen huisarts was gezien. Ik denk in zulke gevallen vaak: hadden ze me maar even gebeld voor overleg. Die telefoon heb ik toch altijd bij me. Nadenken over een flexibelere bereikbaarheid van de eigen huisarts in het netwerk zou goed zijn voor de patiënt en prettig voor de dienstdoende collega. Ook zou er structureel ruimte in het HIS moeten zijn voor behandelwensen. Het gehannes met extra formulieren werkt niet.’

Hij vervolgt: ‘Om nog even bij oncologische zorg te blijven: vanuit het patiëntperspectief bezien is het vreemd dat de huisarts niet weet wat het ziekenhuis verwacht. Hij ontvangt wel een brief van het ziekenhuis, maar daarin staat vooral wat er is gebeurd en gaat gebeuren, maar zelden wat van de huisarts wordt verwacht of wat met de patiënt is afgesproken over contact met de huisarts.’

## *Zorg verschuiven*

Het netwerk vertoont dus meerdere gebreken. ‘Als het om beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg gaat moeten we nadenken over de vraag hoe we dat beter kunnen vormgeven’, zegt Schers. ‘Misschien moeten we daarin als huisartsen meer in the lead zijn, maar ook verantwoordelijkheid nemen. Ik vind het onbestaanbaar

dat voor sommige mensen geen huisarts meer voorhanden is. Voorlopig zullen er geen nieuwe huisartsen bijkomen. We moeten dus met minder mensen huisartsenzorg bieden. Dat betekent grotere praktijken, met betere begrenzing: de niet-huisartsenvragen aanhoren en snel aan de rest van het netwerk teruggeven. Goede regionale netwerken zijn daarvoor uitermate belangrijk.’

De overheid is daarin weinig sturend. Maar Schers is sowieso nuchter over wat we in netwerkvorming van de overheid mogen verwachten. ‘Het sturende principe zit in mensen en organisaties’, zegt hij. ‘Dat is ook de geest van het Integraal Zorgakkoord. De overheid kan daarop invloed uitoefenen door enerzijds de financiering te beperken en anderzijds te verruimen. Dat gebeurt nu nog veel te weinig. Eigenlijk moet een deel van de mensen die nu in het ziekenhuis werkt in de wijk gaan werken. En 20% van de medisch specialisten ergens tussen de eerste en tweede lijn in.’

## ‘Ik vind dat we als zorgaanbieders te veel medicaliseren, macht naar ons toetrekken’

### *Veel ruimte voor verbetering*

Gevraagd of Schers vanuit zijn eigen regio (Nijmegen) een netwerk ziet dat als voorbeeld kan dienen, zegt hij eerlijk: ‘We hebben het nergens integraal goed voor elkaar. Er is veel ruimte om in netwerken dingen beter en doelmatiger te doen, maar veel initiatieven worden onvoldoende doorgezet. Tijdelijk geld, tijdelijk effect. Ik zou graag zien dat medisch specialisten meer in de eerste lijn in het netwerk ingezet kunnen worden, fysiek en virtueel. Dan wordt dichter bij de patiënt gewerkt, meer rekening gehouden met de context en minder geld uitgegeven. Daarvan zijn genoeg voorbeelden. Een kinderpsychiater bijvoorbeeld kan in een half uur heel goed diagnostiek doen, behandelvoorstellen doen en advies geven waarmee je als huisarts verder kunt. Dat bespaart een heel ggz-circus.’ Maar kan de huisarts er – gelet op de nu al hoge werkdruk in de huisartsenpraktijk – meer bij hebben? ‘Nee, dus moeten we nadenken over de vraag of we als huisartsen dingen ook anders kunnen doen’, reageert Schers. ‘Leefstijl is belangrijk, we moeten het erover hebben, maar moeten we er ook iets aan doen? Moet de huisartsenpraktijk al die routinecontroles van chronische aandoeningen doen? Je kunt veel dingen ook anders, misschien regionaal organiseren, of vooral digitaal doen. De mensen die digivaardig zijn kunnen we op deze manier meer bieden dan we nu doen. En dat hoeft helemaal niet ten koste te gaan van de persoonlijke band met de patiënt.’

### *Praktijkhouderschap faciliteren*

Gelet op de titel van Schers’ rede – Geen netwerk zonder huisarts – is de terughoudendheid onder jonge huisartsen om de stap te zetten naar praktijkhouderschap problematisch. Differentiatie in mogelijkheden, verantwoordelijkheden en tarieven, waarbij praktijkhouderschap beter wordt beloond, zou volgens Schers een stap in de goede richting zijn om dit probleem aan te pakken. Maar hij vindt ook dat huisartsenorganisaties in de regio zich meer met dit vraagstuk zouden moeten bezighouden. ‘Ontwikkel samen met de niet-praktijkhouders een systeem waarin het praktijkhouderschap voor de huisarts aantrekkelijk is, met ondersteuning op zaken als administratie, personeel en huisvesting’, zegt hij. ‘Zoek daarin samenwerking met de gemeente, om tot betaalbare huisvesting te komen. Bij ons in Nijmegen-Noord heeft de gemeente hierin haar verantwoordelijkheid genomen, maar we zien hierin grote verschillen tussen gemeenten. Waar een gemeente het laat afweten kan burgerinitiatief een rol spelen om continuïteit van huisartsenzorg te waarborgen. Dat zien we ook wel gebeuren.’ Al met al is Schers niet somber over de toekomst van het vak. ‘De kern blijft overeind: als medisch generalist in contact zijn met individuen in de eigen omgeving’, zegt hij. ‘Wel zullen we meer digitaal gaan doen, meer taken gaan overdragen aan ondersteuners en verpleegkundigen, en beter begrenzen. Plus onze aandacht deels verleggen naar mensen die met complexe problematiek in de thuissituatie blijven. Aandacht voor te veel medicaliseren is daarbij een belangrijk aandachtspunt. De trend naar grotere praktijken die zijn ingebed in aanpalend zorgaanbod en sociaal werk zijn in dit licht een goede ontwikkeling.’

### *Hoogleraarschap en praktijk*

Dat laatste is kort samen te vatten als: meer netwerken. ‘De missie van mijn leerstoel’, zegt Schers. ‘Overall waar ik zie dat het beter kan dit onder de aandacht brengen. De zorg een beetje beter maken. Ik vind dat we als zorgaanbieders te veel medicaliseren, macht naar ons toetrekken. Als ik zie hoeveel ziekenhuizen leefstijlpoli’s openen, ik vind dat verschrikkelijk. Het is niet de verantwoordelijkheid van de specialist, ook niet van de huisarts. Het is heel belangrijk, maar de aandacht ervoor hoort elders in de keten. Daarom is die netwerksamenwerking zo belangrijk, en goede afstemming daarin.’ De titel van zijn oratie maakt duidelijk dat dit laatste de rode draad is in zijn hoogleraarschap. Maar hoogleraar of niet, hij blijft ook actief als huisarts en praktijkhouder. ‘Veel mensen adviseerden me daarmee op te houden, zeker toen ik hoogleraar werd’, vertelt hij, ‘maar dat doe ik niet. Ik vind wetenschap leuk, maar de praktijk ook. En die fifty-fifty mix houdt het in balans en zorgt ervoor dat ik in beide energie blijf. Als ik te veel in de academie ben, ben ik bang dat ik vervreemd van de praktijk. En andersom kan ook niet. Het is fijn als een substantieel deel van de hoogleraren huisartsgeneeskunde in Nederland ook nog stevig in de praktijkklei staat. Dat houdt de boel in evenwicht.’ ■