

Angst voor de markt

Lezing voor het mini-symposium over de eerstelijns gezondheidszorg, ter gelegenheid van het afscheid van Lucas Harms (Diagnostiek voor U)

Margo Trappenburg

Eindhoven 9 maart

Dames en heren,

Een paar jaar geleden ging ik op wandelvakantie naar de Dolomieten. Ik heb behoorlijk last van hoogtevrees en ter voorbereiding op mijn vakantie wou ik daar eigenlijk wel vanaf. Als moderne patiënt heb je daar geen dokter of therapeut bij nodig; je gaat zelf een beetje tips en tricks bij elkaar zoeken op Internet. Een van de tips die ik regelmatig tegenkwam was dat ik mijn angst moest onderzoeken. Waar was ik nu precies bang voor? Hoogteziekte? Te pletter vallen? Een dwarslaesie oplopen? Mijn kind naar beneden zien vallen? Ik weet nog goed dat ik van deze stap 1 in mijn eigen internet therapie alleen maar banger werd. Niettemin wil ik vanmiddag met u gaan kijken naar de angst van huisartsen voor de markt. Waar zijn huisartsen nu precies bang voor? Mijn eigen ervaring indachtig weet ik dat we daarmee de angst *niet* gaan overwinnen, maar dat is ook helemaal mijn bedoeling niet. Ik ga u lekker nog banger maken.

Waarom zijn huisartsen bang voor de markt? Misschien heeft dit te maken met een afkeer van reclame en marketing. In de prachtige beroepscode van de KNMG uit 1936 lezen we:

Een beroep als het onze moet niet met dat van een handelaar over één kam geschoren kunnen worden; een medicus die graag reclame maakt doet beter, evenals zijn collega, wien het alleen om geld verdienen te doen is, in den handel te gaan, waar zijn karakter en gaven meer tot hun recht kunnen komen dan in de medische praktijk.

Ook als u van de generatie van Lucas Harms bent, ben u niet opgevoed met deze beroepscode, maar het verbod op reclame heeft tot begin 21^{ste} eeuw deel uitgemaakt van beroepscode van de KNMG; alleen heel jonge artsen hebben daar waarschijnlijk niets meer van mee gekregen.

De afgelopen jaren deed ik samen met Jolanda Dwarswaard en Medard Hilhorst onderzoek naar veranderingen in de beroepsethiek van dokters als gevolg van de introductie van marktwerking. Daaruit bleek dat veel artsen inderdaad een hekel hebben aan het maken van reclame.

Een geïnterviewde huisarts zei:

“Ik weet niet zo goed wat ik daarvan moet vinden. [...] Waarin je je wilt onderscheiden, daar kun je niet echt reclame voor maken. Ik wil gewoon een prettige en goede dokter zijn voor mensen, maar dat zeg je niet een folder. Dat

doet je niet. Waar ga je dan mee adverteren? Ik zou het avondspreekuur of een rijbewijskeuring niet als aandachttrekker willen.”¹

Een ander vertelde over een van haar collega's

“Ik weet dat er hier een wijkcentrum in de stad wordt opgericht en dat ze wat meer patiënten kunnen gebruiken. Dan gaan ze dus in een bejaardenhuis bij mensen eens gedag zeggen. Ben je nog niet bij ons in de praktijk? Heeft u nog steeds die huisarts op afstand? Zou het niet beter zijn als u bij ons kwam? Dat mag dus niet in mijn ogen.”²

Daar staat tegenover dat we ook artsen interviewden die helemaal geen problemen hadden met een beetje marketing. Een huisarts zei:

“Ik heb zelf weleens een keertje om studenten te lokken een advertentie in een studentenblaadje gezet. Die verhuizen toch zo vaak. [...] daar heb ik ook geen negatieve reacties op gekregen. Van hoe durf je?”³

En een ander legde het zo uit:

“Kijk, je kan twee dingen doen door de marktwerking. Je kan zeggen, oké ik doe daar niks mee of je gaat wel kijken naar de voordelen wat je zelf voor jezelf eruit kan halen. En ik denk als je niks doet, dan snij je in je eigen vingers. [...] Misschien moet je inderdaad eens nog wat flyereren in de wijk om weer wat patiënten te zoeken ja. Als een ander het doet, waarom zou ik het niet doen?”⁴

Angst voor marketing en reclame is een deel van het probleem, maar niet het hele probleem.

Laten we dus een stapje dieper afdalen in die angst. Als je kijkt naar de klassieke idealen van de huisartsgeneeskunde, uit 1959, dan kun je je afvragen: waarom zouden die waarden onverkoopbaar zijn? Voor de oprichters van het Nederlands Huisartsengenootschap en het artsenblad *Huisarts en Wetenschap* ging het, tijdens de beroemde Woudschoten conferentie, om integrale, continue en persoonlijke zorg. Mooier kun je het als patiënt toch niet krijgen?

Het jubileumcongres van de Landelijke Huisartsen Vereniging op 2 december in de Ridderzaal in Den Haag werd geopend door Richard Roberts, president van de WONCA, een wereldwijde organisatie van huisartsen. Roberts begon, zoals alleen Amerikanen dat kunnen, met een fantastisch verhaal over een van zijn patiënten. De man was pas overleden en zijn weduwe had hem – dokter Roberts – bij de begrafenis eraan herinnerd dat hij er bij was geweest in het leven van de patiënt: toen zijn kinderen geboren werden, toen hij ziek werd en weer beter, toen hij ten slotte ziek werd en niet meer beter kon worden. Het was een prachtig verhaal over integrale,

¹ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest, Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen*, Boom/Lemma, Den Haag 2011.

² Idem.

³ Idem.

⁴ Idem.

continue en persoonlijke zorg. U bent als huisarts waarschijnlijk aan dit soort emoties gewend, maar als gewone sociale wetenschapper zat ik met tranen in mijn ogen te luisteren. Hoe dan ook: dokter Roberts was er blijkbaar prima in geslaagd dit type zorg aan te bieden in de door marktprincipes beheerste gezondheidszorg in Amerika, dus waarom zou dat in Nederland niet lukken? Het zou natuurlijk kunnen zijn dat huisartsen bang zijn dat de politiek het basispakket zorg zo gaat uitkleden dat minder draagkrachtige patiënten zich geen integrale, continue, persoonlijke zorg meer kunnen veroorloven, maar bij mijn weten zijn er nooit plannen geweest om de huisartsenzorg uit het pakket te gooien. Waar zit de angst dan precies?

Heel af en toe heb ik wel eens het idee dat huisartsen hun ideaal van integrale, continue en persoonlijke zorg te veel hebben laten versloffen en dat zij bang zijn dat anderen de zorg gaan verlenen die de huisarts heeft laten liggen. Ga maar na. In de tijd van de Woudschotenconferentie werd integrale zorg gedefinieerd als “systematische aandacht voor de ziekteverschijnselen, maar ook voor de persoonlijkheid van de patiënt en diens psychische en sociale achtergrond”⁵. De huisarts was – zo heet het in een artikel in *Huisarts en Wetenschap* uit die tijd “één van de weinige personen in onze samenleving, bij wie een mens voor alles en nog wat gehoor kan vinden”⁶ Huisartsen werden bijgeschoold in de psychosomatische benadering:

“De psychosomatische benadering begint met interesse voor alle dingen, die een patiënt bezighouden. Men moet kunnen luisteren naar een verhaal over een petticoat en mee kunnen voelen met de vader, die een hartaanval kreeg toen hij zijn zoon thuis zag komen op suède schoenen.”⁷

Huisartsen moeten vooral op huisbezoek lezen we in *Huisarts en Wetenschap* in 1963.

“Het huisbezoek is van groot belang, hoe weinig efficiënt deze omgeving in medisch-technisch opzicht ook moge zijn. Een bezoek aan huis stelt iemand echter op de beste wijze in staat om contacten met de gezinnen te leggen.”⁸

“[De huisarts] kan daar zien, welke invloeden op zijn patiënten werken: of een echtgenote een steun voor of een druk op haar man betekent; of het milieu een harmonische, een slordige of een al te nette indruk maakt; of het er armoedig is of aangenaam of benauwend welgesteld.”⁹

De integrale zorg is echter geen lang leven beschoren. Eind jaren zestig heet het huisbezoek “een algemeen bekend probleem”. In 1968 verschijnt in *Medisch Contact* een artikel dat als volgt begint

“In de laatste jaren is er veel te doen geweest over de toenemende belasting van de huisdokter [...]. Een oorzaak van deze buitensporige belasting is te zoeken in

⁵ Huygen 1963, geciteerd in Dwarswaard, a.w.

⁶ Meininger 1958:260, geciteerd in Dwarswaard, a.w.

⁷ Van Wirdum 1960:284 geciteerd in Dwarswaard, a.w.

⁸ Huygen 1963: 349 geciteerd in Dwarswaard, a.w.

⁹ Koopman 1963:261 geciteerd in Dwarswaard, a.w.

het stijf en strak volharden in de tijdverslindende bezigheid van het bezoeken afleggen bij de patiënt thuis.”

De auteur had onderzoek gedaan naar mogelijkheden om het aantal huisbezoeken terug te brengen en had een astronomische daling van het aantal visites gerealiseerd. Ik citeer:

“Patiënten hebben het feit, tijdens hun ziekte slechts een enkele maal te worden bezocht, snel geaccepteerd.”¹⁰

Menige huisarts in de jaren zeventig en tachtig voelt ook niet veel voor een al te psychosociale benadering. Men is dokter geworden om te dokteren. Al teveel aandacht voor de petticoat en de suède schoenen zou het dokteren in de weg staan.

Het ideaal van continue zorg staat ook al vrij snel onder druk. In 1974 lezen we in *Huisarts en Wetenschap* over een 67-jarige huisarts die bij zijn afscheid van het Nederlands Huisartsen Instituut zijn jongere collega's bestraffend toespreekt.

“In de opvattingen, welke ik huldig over medische ethiek, past geen automatische antwoordgever waarop de arts zijn telefoon overzet als de klok van 18.00 uur heeft geslagen.”¹¹

Maar deze huisarts verliest de strijd. Al eind jaren zestig en begin jaren zeventig lezen we in *Huisarts en Wetenschap*:

“Veel huisartsen – en dit geldt vooral voor de jongere artsen – willen niet meer 7x24 uur per week ter beschikking staan. Zij willen een goede waarneming voor de weekends en zij willen ook eens een enkele avond vrij nemen.”¹²

“Met mentaliteitsverandering bedoel ik dat wordt ingezien dat de praktijk niet steeds nummer één behoeft te zijn, dat vrouw en kind heel goed ook op de eerste plaats kunnen staan”¹³

Dat leidt vervolgens tot waarneemdiensten en groepspraktijken om te culminereren in een Nota van de Landelijke Huisartsen Vereniging in 1995 waarin het ideaal van de Woudschoten conferentie wordt geamendeerd tot integrale, persoonlijke en continue zorg “tijdens kantooruren.”¹⁴

Als we onze respondenten mogen geloven staat de persoonlijke zorg tegenwoordig onder druk op de huisartsenposten. Zoals een van hen het formuleerde:

¹⁰ G.N. Narsh, Vermindering toenemende belasting van de huisarts door beperking van het huisbezoek, vertaald door de redactie van Medisch Contact, *Medisch Contact* jrg. 23, nr. 15, 12 april 1968, pp. 399-402.

¹¹ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest, Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen*, Boom/Lemma, Den Haag 2011.

¹² Idem.

¹³ Idem.

¹⁴ C. Spreeuwenberg, Veranderende wereld en veranderende huisartsen, column, *Medisch Contact*, jrg. 50, nr. 49, 8 december 1995, p. 1577.

“Je bent daar toch anoniem. Mensen kennen je niet. De kans dat je je eigen patiënten tegenkomt is heel klein. Dat contact is heel anders.”¹⁵

De Woudschoten waarden van de huisarts staan onder druk en het zou kunnen zijn dat huisartsen bang zijn voor concurrenten: voor dokters of *nurse practitioners* die veel meer en veel sneller op huisbezoek gaan, die meer keer per week een avondspreekuur houden of patiënten de mogelijkheid bieden vragen te stellen per email en daar uitvoerig op reageren.

Een visioen van concurrenten die gaan doen wat de huisarts ooit beloofde, verklaart denk ik ook een deel van de angst, maar opnieuw slechts een deel, want veel huisartsen doen hun best om de Woudschoten waarden zo goed mogelijk in praktijk te brengen. Waarschijnlijk kunnen de meeste huisartsen mij zonder problemen een verhaal vertellen dat lijkt op dat van dokter Roberts van de WONCA.

Het grootste deel van de angst zit niet in een slecht geweten. Het grootste deel heeft te maken met de poortwachterfunctie van de huisarts. Een van de eerste artikelen over de huisarts als poortwachter in *Medisch Contact* dateert uit 1978. De auteurs leggen de principes van het poortwachteren daarin glashelder uit. Ik citeer:

“Naar ons oordeel moet de gezondheidszorg aan een aantal voorwaarden voldoen. Deze kunnen het best worden geformuleerd door drie invalshoeken te kiezen: die van de hulpzoekende, de geneeskunde en de gemeenschap. (...) Vanuit de gemeenschap gezien spelen verschillende factoren een rol. Een eerste zorg is de kosten van de gezondheidszorg zo gering mogelijk te laten zijn. (...) De huisartsgeneeskunde is in vergelijking met de ziekenhuisgeneeskunde relatief goedkoop. Het is dus uit economisch oogpunt van belang dat in de eerste lijn zoveel mogelijk kan worden afgehandeld. (...) Er is een ontstellende medicalisering op gang gekomen van problemen die elders, in werk en huwelijk, in maatschappij en in persoonlijke draagkracht zijn gelegen. Ouderwets gezegd bestaat er een vlucht in de ziekte. [Preventie van de patiëntenrol is daarom een zeer belangrijke taak van de huisarts.] Zijn poortwachtersfunctie houdt niet alleen een goede zeeffunctie ten aanzien van de tweede lijn in, maar ook een zodanige hulpverlening dat de hulpzoekende zoveel mogelijk wordt geleerd zichzelf te helpen. Dit is het bevorderen van hulp in eigen kring, verwijzing naar de ‘nulde’ lijn.”¹⁶

Daar is geen woord Spaans bij. Poortwachteren, zo leren we hier, doen huisartsen voor de gemeenschap, om medicalisering te voorkomen en om kosten te besparen. Het is opvallend dat dit in latere jaargangen van *Medisch Contact* zelden meer zo onomwonden wordt gezegd. In latere jaargangen wordt steeds omfloerst, in eufemismen gesproken over de poortwachterrol. In een artikel in 1984 heet het dat de huisarts “als generalist opereert op de grens van systeem en maatschappij” en een “belangrijk aandeel heeft in de verfijnde afstemming tussen beide”. De huisarts vervult een “makelaarsfunctie: hij brengt op de grens vraag en aanbod (patiënt en

¹⁵ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest, Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen*, Boom/Lemma, Den Haag 2011.

¹⁶ J.C. van Es en R.A. de Melker, Wat voor gezondheidszorg willen wij? *Medisch Contact* nr. 31/1978.

specialist) bijeen.”¹⁷ In 1993 schrijft een oud voorzitter van de KNMG: “Het is niet zo dat de huisarts als ‘poortwachter’ de patiënt uit de klauwen van de specialist moet houden: ze zijn complementair.”¹⁸ In 1994 lezen we:

“Het begrip ‘poortwachter’ dat het risico in zich draagt van de negatieve connotatie van ‘toezichthouder op de uitstroom’ zou breed moeten worden opgevat: de huisarts als degene die de zorgvraag verduidelijkt, interpreteert en vertaalt in voor de gezondheidszorg relevante termen. De huisarts die vervolgens de patiënt informeert over de mogelijkheden en onmogelijkheden van de hulpverlening (...) die samen met de patiënt zoekt naar de meest geëigende behandelaar en de patiënt begeleidt, informeert en ondersteunt waar dat geboden lijkt.”¹⁹

In 1995 legt scheidend voorzitter van de LHV Knook het zo uit:

“Het woord ‘poortwachter’ suggereert een heleboel wat we eigenlijk niet willen. Het is niet een klerenkast van een meneer die voor de opening van de gezondheidszorg staat en iedereen maar tegenhoudt. Het is in onze ogen veel meer iemand die bij de toegang tot de gezondheidszorg het eerste aanspreekpunt is”²⁰

En in 1996 schrijft een huisarts:

“Het woord poortwachter roept allerlei negatieve associaties op, zoals de associatie met een figuur die past in een roman van Kafka of met een domme machtswellusteling. Boven de benaming ‘poortwachter’ prefereer ik de benaming ‘medische verkeersleiding’: die geeft meer het gevoel van wegwijzer, vraagbaak, receptionist.”²¹

Dat is, met permissie, jezelf voor de gek houden. Door hun poortwachtersfunctie zijn huisartsen in een aantal opzichten wezenlijk anders dan medisch specialisten. Huisartsen lijken in die opzichten op bedrijfsartsen, maar ook op docenten, politieagenten en ambtenaren bij de sociale dienst. Als docent kan ik het mezelf heel makkelijk maken door mijn studenten voortdurend complimenten te geven en hoge cijfers. Ik weet dat ik dat niet moet doen, want dat ondergraaft de waarde van hun diploma en het ondergraaft de betekenis van hoge cijfers. Dat is niet in het belang van de universiteit, van de gemeenschap en op langere termijn ook niet in het belang van mijn studenten. Maar op de korte termijn zijn er natuurlijk studenten die de waarde van hun diploma minder belangrijk vinden dan wat minder studie en meer vrije tijd.

¹⁷ H.J. Dokter en P. van Berkel, Is er toekomst voor generalisatie in de geneeskunde?, *Medisch Contact*, jrg. 39, nr. 40, 5 oktober 1984, pp. 1296-1298.

¹⁸ A. Ankoné, Een masterplan voor de KNMG. Interview met dr. Menno van Leeuwen, oud-voorzitter van de KNMG, *Medisch Contact*, jrg. 48, 2 april 1993, pp. 391-393.

¹⁹ Commentaar van de VNZ: Een advies waarmee wat te doen valt, *Medisch Contact*, jrg. 49, nr. 5, 4 februari 1994, pp. 165-167.

²⁰ Interview met gaande en komende voorzitter van de LHV, *Medisch Contact*, jrg. 50, nr. 4, 27 januari 1995.

²¹ J. Kingma, De huisarts op de markt van zorg en behandeling, *Medisch Contact*, jrg. 51, nr. 3, 19 januari 1996.

Het bewaken van normen tegen de korte termijn belangen van studenten in kost moeite en energie.

Bijstandsambtenaren kunnen aanvragers een uitkering geven en het daarbij laten. Dat scheelt energie en voorkomt een hoop gezeur aan het loket. Maar het is niet in het belang van de Nederlandse belastingbetaler en op de langere termijn is het ook voor de werkloze misschien veel beter als hij weer aan het werk gaat.

Politieagenten kunnen verkeersovertreders met de schrik vrij laten komen in plaats van een bekeuring uit te schrijven. Verkeersovertreder blij en dankbaar, en de politieagent krijgt ook eens een glimlach. Maar onze verkeersveiligheid is daar op de langere termijn niet bij gebaat. We houden ons beter aan de regels als we weten dat er sancties staan op overtreding en dat die ook echt worden opgelegd.

Zo werkt het bij de huisarts ook, leerden we van de respondenten die door Jolanda Dwarswaard werden geïnterviewd.

Een jonge vrouwelijke huisarts zei:

“Ik vind wel dat als ik bijvoorbeeld kan kiezen tussen een goedkoop medicijn of een duur medicijn, dan kies ik voor het goedkope. Niet voor mezelf en voor de patiënt, ja ook, maar wel voor de totale kosten in de gezondheidszorg. Daar probeer ik steeds aan te denken. Ook bijvoorbeeld met diagnostiek. Ik denk niet alleen dat is onnodige diagnostiek, want dat brengt me niet verder of daar heeft de patiënt niets aan, maar ook aan de kosten.”²²

Een ander vertelde:

“Er zijn mensen die zoveel dingen eisen. Ik had van de week een mevrouw die had bloedarmoede en ze kreeg daarvoor ijzertabletten. Die nam ze niet. Waarom geeft u me geen bloedtransfusie [lacht]? Die bloedtransfusie kost honderden euro's en daarvoor kun je iemand een leven lang ijzertabletten geven.”²³

“Met bloedprikken, dan zeggen ze: ‘kruis dat ook maar aan en dat ook’. Ik zeg dan: ‘ik zie daar geen reden voor’. [De patiënt reageert dan door te zeggen:] ‘het is toch uit de grote gezondheidszorgpot en dat wordt toch allemaal betaald, daar maak jij je toch geen zorgen om’. Ik zeg: ‘ik moet in een groter geheel denken’. Als je in dat soort discussie komt, dan verlies je het. Eigenlijk moet je daaruit blijven, want de patiënt heeft daar niets aan.”²⁴

En de mooiste typering van de huisartsgeneeskunde vonden wij:

“De huisartsgeneeskunde is een stuk roeien tegen de stroom op. Ook tegen de vraag van de patiënt.”²⁵

Om een poortwachterfunctie goed uit te kunnen oefenen heb je steun nodig. Allereerst van je collega's. Als mijn collega's studenten allemaal achten en negens gaan geven terwijl ze bij mij hard moeten werken voor een zes, verlies ik de strijd.

Poortwachteren kun je niet in je eentje. In het geval van huisartsen zijn er de

²² Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest, Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen*, Boom/Lemma, Den Haag 2011.

²³ Idem.

²⁴ Idem.

²⁵ Idem.

standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Het helpt als huisartsen van elkaar weten en zien dat iedereen zich daar zo goed mogelijk aan houdt, en het helpt dus ook om veel samen te werken en niet tegen elkaar uitgespeeld te worden. Je hebt je collega's nodig. Precies op dit punt kan het verschrikkelijk mis gaan door marktwerking.

Ten tweede heb je steun nodig van de studenten, patiënten, werklozen en verkeersdeelnemers voor wie je het doet. Ze mogen best een beetje geïrriteerd zijn als een poortwachter hun weg kruist – niemand vindt het leuk om een bekeuring of een onvoldoende te krijgen en veel patiënten krijgen liever een aanvullend onderzoek dan uitleg waarom dat niet nodig is. Maar ze moeten wel aanspreekbaar blijven op hun betere ik: ze moeten snappen waar het om draait op school, aan de universiteit, bij de sociale dienst, in het verkeer en in de eerstelijnszorg. Precies op dat punt kan het verschrikkelijk mis gaan door marktwerking. Een marktideologie leert mensen dat zij consumenten zijn die recht hebben op instant bevrediging van hun behoeften of vraaggestuurde zorg. Patiënten zijn medeburgers en mogen dus best een beetje mee tobben over de kosten van publieke voorzieningen. Natuurlijk niet als ze overduidelijk heel ziek zijn, maar wel als ze in de ogen van hun huisarts vragen om nutteloze behandelingen of dure diagnostiek.

En ten derde heb je rugdekking nodig van de overheid: erkenning van je belangrijke maatschappelijke taak. Niet in geld – financieel hebben artsen in Nederland niets te klagen – maar wel in woorden, wetten en beleid.

Dus wat te doen, in deze tijd van vermarkting en overvallen door de NMA? Ik denk dat huisartsen eerlijk moeten zijn, tegenover zichzelf over hun poortwachterrol, maar vooral ook ten opzichte van de overheid.

Op dit moment is het verhaal van huisartsen vaak – althans dat is mijn indruk - : huisartsen leveren 90 of 95 procent van de zorg, tegen een paar procent van de kosten. Huisartsen gaan een nog groter deel van de zorg voor hun rekening nemen en willen dus extra geld.

Dat lijkt me niet de meest tactische insteek. Leg uit hoe het komt dat huisartsen ruim 90 procent van de zorg leveren tegen een paar procent van de kosten. Leg uit dat dit komt door de poortwachterrol en dat die rol niet altijd makkelijk is. Leg uit dat huisartsen die rol niet kunnen vervullen als de overheid hen geen rugdekking geeft, als patiënten tot consumenten worden opgevoed en huisartsen tegen elkaar worden uitgespeeld. U denkt misschien dat dat een open deur is, maar geloof mij, dat is het niet. In beleidskringen is dat allang niet meer het geval. De vanzelfsprekendheden van de Nederlandse huisarts moeten eindeloos, eindeloos, eindeloos worden uitgelegd, want menig beleidsmaker in de zorg is totaal de weg kwijt. Trap die open deuren in en blijf strijden voor de goede zaak, zou ik zeggen. Ik wens de Nederlandse huisarts daarbij heel veel succes. Mijn steun heeft u en die van Lucas Harms waarschijnlijk ook.