

Motiverende gespreksvoering

INLEIDING

Het is een open deur: roken, (te veel) alcohol, overgewicht en te weinig bewegen zijn verantwoordelijk voor veel ziekte en narigheid. Huisartsen weten hoe moeilijk het kan zijn om mensen te motiveren tot een gezondere leefstijl. Motiverende gespreksvoering kan daarbij helpen. Motiverende gespreksvoering is in de jaren negentig van de vorige eeuw ontstaan in de verslavingszorg¹ en daarna verder ontwikkeld als gesprekstechniek ter verbetering van leefstijl en bevordering van therapietrouw. Inmiddels is motiverende gespreksvoering op veel plaatsen in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg doorgedrongen.

PLAATSBEPALING EN 'EVIDENCE'

Motiverende gespreksvoering is een gesprekstechniek om patiënten te gidsen in de richting van gedragsverandering. De basisprincipes zijn het tonen van empathie, versterken van ambivalentie bij de patiënt, omgaan met weerstand en versterken van het zelfvertrouwen van de patiënt. Motiverende gespreksvoering bouwt voort op het patiëntgericht adviseren en afstemmen zoals huisartsen dat tijdens hun opleiding leren.² Anders dan het stages of change-model³ gaat motiverende gespreksvoering ervan uit dat de hulpverlener de motivatie van de patiënt direct kan beïnvloeden, ongeacht in welk stadium de patiënt zich volgens het stages of change-model bevindt.

Samenvatting

Rietmeijer CBT. *Motiverende gespreksvoering. Huisarts Wet* 2014;57(4):202-5.

Motiverende gespreksvoering is een gesprekstechniek om patiënten te gidsen in de richting van gedragsverandering. De basisprincipes zijn het tonen van empathie, versterken van ambivalentie bij de patiënt, omgaan met weerstand en versterken van het zelfvertrouwen van de patiënt. Motiverende gespreksvoering sluit goed aan bij de patiëntgerichte consultvoering van de huisarts. Tal van onderzoeken maken de werkzaamheid aannemelijk, hoewel er nog onvoldoende hard bewijs is dat motiverende gespreksvoering in de alledaagse huisartsenpraktijk concrete gezondheidsuitkomsten verbetert. Motiverende gespreksvoering is voor veel artsen en praktijkondersteuners goed te leren en prettig om te doen; patiënten voelen zich meer geaccepteerd en begrepen. Patiëntgerichte communicatie, óók in de tweede helft van het consult, is de basis van motiverende gespreksvoering. Dit kan in elk consult en gebeurt misschien te weinig. Als de patiënt ambivalent blijkt ten aanzien van het gegeven advies kan de huisarts aanvullende motiverende technieken inzetten, gericht op het ontlocken van verandertaal.

Een systematische review uit 2010 naar de werkzaamheid van 'communicatiegerelateerde gedragsveranderingstechnieken' in de eerste lijn, waaronder motiverende gespreksvoering, laat zien dat er in 28 van de 50 geïncludeerde onderzoeken significant positieve uitkomsten zijn op het gebied van alcoholgebruik, roken, overgewicht en bewegen.⁴ Motiverende gespreksvoering laat significant positieve effecten zien in 8 van 14 onderzoeken. Huisarts en praktijkondersteuner doen het in deze review even goed.

Zoeken in de Cochrane library op 'Motivational Interviewing' levert 15 systematische reviews op, waarvan er 6 min of meer relevant zijn voor de huisartsenpraktijk.⁵⁻¹⁰ Twee van deze reviews zijn specifiek op motiverende gespreksvoering gericht: *Motivational interviewing for smoking cessation*⁵ en *Motivational interviewing for substance abuse*⁶. De eerste includeert 14 onderzoeken en 10.000 rokers, en laat zien dat motiverende gespreksvoering effectief lijkt als huisartsen of getrainde counselors het doen. Volgens de tweede systematische review (59 trials, ruim 13.000 deelnemers) kan motiverende gespreksvoering drugsgebruik verminderen, maar is het bewijs daarvoor van lage kwaliteit.

Zoeken in PubMed met de termen 'motivational interviewing' en 'general practice' levert onder andere een systematische review uit 2011 op waarin men heeft gekeken naar de effecten van training in motiverende gespreksvoering voor huisartsen.¹¹ De conclusie is dat deze training een gunstige uitwerking kan hebben op de arts-patiëntcommunicatie en leefstijladviesing. Een andere systematische review vindt in de onderzoekssetting een significant positief effect van motiverende gespreksvoering op cholesterol, bloeddruk en alcoholgebruik.¹²

De kern

- Motiverende gespreksvoering sluit goed aan bij de alom geaccepteerde uitgangspunten van patiëntgerichte communicatie.
- Systematische reviews melden positieve effecten van motiverende gespreksvoering.
- Er is tot heden weinig harde evidence voor de werkzaamheid van motiverende gespreksvoering in de dagelijkse huisartsenpraktijk.
- Motiverende gespreksvoering lijkt voor huisartsen met hun al bestaande vaardigheden op het gebied van patiëntgerichte communicatie maar een klein stapje; daarvoor is in de tweede fase van het consult (uitleg en advies) wel een sterkere patiëntgerichtheid nodig.
- Voor praktijkondersteuners die veel met leefstijladviesing bezig zijn lijkt een gedegen, herhaalde training in patiëntgerichte communicatie en motiverende gespreksvoering een logische en verantwoorde investering.

Tot slot twee onderzoeken van Nederlandse bodem. Ten eerste een clustergerandomiseerde trial naar de werkzaamheid van motiverende gespreksvoering door praktijkondersteuners in de diabeteszorg, waarbij men te weinig effect vond om motiverende gespreksvoering aan te kunnen bevelen.¹³ Het tweede betreft een gerandomiseerde gecontroleerde trial naar een leefstijlinterventie door praktijkondersteuners, waarin zij motiverende gespreksvoering combineerden met *problem solving treatment*.¹⁴ In een populatie met verhoogd risico bleek de interventie niet effectiever dan schriftelijke voorlichting in het reduceren van risicofactoren voor type 2 diabetes mellitus en hart- en vaatziekten.

In een redactioneel in *Chronic illness* uit 2009 schrijft Mesters dat er iets gekks met motiverende gespreksvoering aan de hand is: ondanks het gebrek aan *high-level evidence* lijkt motiverende gespreksvoering aan populariteit te winnen.¹⁵ Mesters denkt dat dat deels komt doordat motiverende gespreksvoering een sterk merk is: door de naam snapt iedereen waar het over gaat. Maar nog belangrijker lijkt haar de ervaring, opgedaan in trainingen, dat dokters motiverende gespreksvoering leuk vinden om te doen.

Praktijkondersteuners zijn inmiddels vaak betrokken bij het geven van adviezen over medicatie en leefstijl. Het blijkt goed mogelijk om hen te scholen in motiverende gespreksvoering, waarbij feedback op video-opnamen van consulten een effectief leermiddel is.¹⁶

DE BASIS: ADVISEREN EN AFSTEMMEN

Motiverende gespreksvoering bouwt voort op patiëntgericht adviseren en afstemmen. Als huisarts geven we voortdurend adviezen aan patiënten. Zoals we weten is het niet vanzelfsprekend dat de patiënt het advies zal opvolgen.¹⁷ Het afstemmen met de patiënt vergroot de kans op een advies dat past en dat de patiënt ook zal opvolgen:²

Arts: 'Ik geef u er een extra tablet bij.'

Patiënt mompelt iets in de trant van 'Oké'.

Arts: 'Hoe is dat voor u om er nog een tablet bij te krijgen?'

Patiënt: 'Ja, u zal het wel weten, maar ik lijk wel een chemische fabriek.'

Arts: 'U vindt dat u erg veel pillen moet slikken?'

Patiënt: 'Ja, het is gewoon niet normaal, en ik vergeet ze ook vaak.'

Arts: 'Wat bedoelt u met niet normaal?'

Patiënt: 'Nou ja, dat kan toch gewoon niet goed zijn, zoveel pillen?'

De arts weet nu door ernaar te vragen dat de patiënt ambivalent is over het innemen van de pillen. De kans lijkt groot dat hij ze niet of onregelmatig zal nemen. Barbour introduceerde de term 'frisbeeën' als metafoor voor dit afstemmen:² de arts geeft korte brokjes informatie en stelt steeds vragen om te weten of en hoe de informatie bij de patiënt binnenkomt (uitzenden en ontvangen). Dit is patiëntgerichte communicatie: aandacht voor klacht/ziekte/therapie én voor de beleving van de patiënt. Patiënten kunnen (veel) meer informatie onthouden naarmate die beter aansluit bij hun referentiekader, ze volgen afgestemde adviezen beter op en dat leidt tot betere uitkomsten (bijvoorbeeld van de bloeddruk of het HbA1c).¹⁸

Dit afstemmen is de eerste, basale stap in het motiveren van de patiënt. Motiverende gespreksvoering gaat op deze weg van exploratie van weerstand en ambivalentie nog een paar stappen verder.

DE METHODE: ONTLOKKEN VAN VERANDERTAAL

Motiverende gespreksvoering is gericht op wat de patiënt zelf in huis heeft om zijn gedrag te willen en kunnen veranderen. Het helpt de patiënt te laten spreken over zijn wensen en mogelijkheden. De dokter is duidelijk in zijn advies, maar stelt vooral vragen en laat de patiënt praten. Hieronder lichten we de belangrijkste principes en aannamen uit de motiverende gespreksvoering toe:¹

- Iedereen is ambivalent ten aanzien van gewenste gedragsverandering, niemand is volledig ongemotiveerd.
- De hulpverlener kan de motivatie beïnvloeden.
- Het is essentieel dat de hulpverlener vanuit een accepterende houding empathie en begrip toont.
- De menselijke natuur verzet zich tegen dwang en bevoogding.

Iedereen is ambivalent – ook mensen die volstrekt ongemotiveerd lijken hebben hun twijfels. Dat geldt zelfs voor de verstokte roker die al jaren alle stopadviezen negeert: als het geen moeite zou kosten om te stoppen, als hij daar enig vertrouwen in zou hebben, dan zou hij dat misschien wel willen. Er is dus

Abstract

Rietmeijer CBT. *Motivational interviewing*. *Huisarts Wet* 2014;57(4):202-5.

Motivational interviewing is a counselling technique used to guide patients towards behavioural change. It is based on showing empathy, reinforcing patient ambivalence, coping with resistance, and increasing patient confidence. Motivational interviewing is compatible with the patient-centred approach used by general practitioners during consultations. While numerous studies support the plausibility of this approach, there is insufficient hard evidence that motivational interviewing in daily practice improves health outcomes. Many GPs and case managers find motivational interviewing easy to learn and pleasant to use – patients feel more accepted and better understood. Patient-centred communication, also in the second part of the consultation, forms the basis of motivational interviewing. The technique can be applied during every consultation and is probably not used enough. If the patient remains ambivalent about the advice given, the GP can use additional motivational techniques aimed at evoking language of change.

altijd sprake van ambivalentie. Dat betekent dat er argumenten vóór verandering zijn, maar ook tégen. Deze lijken elkaar op te heffen ten gunste van het voortbestaan van de status quo.

De argumenten tegen verandering noemen we *weerstandstaal*: deze wordt uitgelokt door argumenten vóór verandering te noemen. Dus als de dokter de argumenten geeft om te stoppen met roken zal de patiënt benadrukken hoe moeilijk dat is. Dit argumenteren van de dokter noemen we de *reparatiereflex*, een begrijpelijke, maar meestal ineffectieve strategie. De reparatiereflex kiest één kant van de ambivalentie; de patiënt zal de andere kant kiezen (en weerstandstaal gebruiken) en zichzelf van de verandering af praten.

De argumenten vóór verandering noemen we *verandertaal*. Een onderzoek bij alcoholverslaafden liet zien dat de hoeveelheid weerstandstaal in een consult negatief correleert met gedragsverandering.¹⁹ Verandertaal uit de mond van de patiënt daarentegen is een voorspeller voor gedragsverandering. De taak van de dokter is daarom de patiënt verandertaal te ontlokken. Op deze wijze beïnvloedt de dokter de motivatie van de patiënt. Uiteraard is de dokter duidelijk in zijn advies, bijvoorbeeld stoppen met roken, maar als hij ongevraagd probeert te argumenteren en te overtuigen, de reparatiereflex, zal dat bij de patiënt weerstandstaal oproepen en dus contraproductief zijn. Het praten over verandering komt dan uit de verkeerde mond. Voorbeelden van verandertaal:

- Verlangen: 'Ik wil...,' 'Ik zou graag...'
- Vermogen: 'Ik kan...,' 'Ik zou misschien kunnen...'
- Redenen: 'Ik zou me beter voelen als...,' 'Het zou beter zijn als...'
- Noodzaak: 'Ik moet wel...'
- Vastbeslotenheid: 'Ik zal...,' 'Ik ga...'
- Stappen die gezet zijn: 'De afgelopen week heb ik...'

Er zijn verschillende manieren om verandertaal aan de patiënt te ontlokken. Een goede start is het uitvergroten van de ambivalentie. Daarbij vraagt de dokter naar de voors en tegens van het ongewenste en het gewenste gedrag. De al genoemde empathie en acceptatie zijn van belang: de dokter is oprecht nieuwsgierig en oordeelt niet. 'Wat ziet u als voordelen van het roken?' 'En wat zijn voor u de nadelen?' De gespreksvaardigheden die de dokter hier gebruikt zijn het stellen van open vragen, het rustig volgen, oogcontact maken, hummen, korte (gevoels)reflecties geven, samenvatten en doorvragen. De patiënt zal zich hierdoor begrepen en geaccepteerd voelen in zijn ambivalentie.

Vervolgens stelt de dokter nog meer open vragen die de patiënt met verandertaal kan beantwoorden: 'Wat zou u het liefste willen...?' 'Wat maakt dit voor u belangrijk?' 'Welke stappen hebt u al gezet?' Zo gidst de dokter de patiënt richting gedragsverandering.

Een specifieke techniek om verandertaal aan de patiënt te ontlokken is het vragen naar belang en vertrouwen door middel van schaalvragen: 'Op een schaal van 0 tot 10, hoe belangrijk vindt u het om met roken te stoppen?' 'Waarom niet een punt lager?' Dit laatste is essentieel: de patiënt beantwoordt

deze vraag met argumenten die richting verandering gaan. Als de dokter vraagt 'waarom niet een punt hoger' gebeurt het omgekeerde: weerstandstaal. De hoogte van het cijfer maakt daarbij niet uit. Als de patiënt bijvoorbeeld een 2 geeft voor het belang van stoppen met roken kan de dokter vragen: 'een 2 zegt u, dat is niet heel hoog, maar waarom is het niet een 0 of een 1?' Dan zal de patiënt de argumenten noemen waarom hij er toch wel enig belang aan hecht. Dezelfde techniek wordt toegepast bij het vragen naar het vertrouwen dat de patiënt heeft in zijn vermogen tot gedragsverandering.

Als de patiënt helemaal geen belang ziet, of totaal geen vertrouwen heeft, zichzelf een 0 geeft, dan kan de hypothetische vraag nog uitkomst bieden: 'Stel dat u er wél enig vertrouwen in had, zou u het dan graag willen?'

Patiënt: 'Het gaat me nooit lukken om te stoppen.'

Arts: 'U vindt het heel erg moeilijk.'

Patiënt: 'Ja.' (Zucht.)

Arts: 'Stel dat het makkelijk zou zijn, zou u het dan eigenlijk graag willen?'

Patiënt: 'Tja, als u het zo vraagt...'

Arts: 'Ja?'

Patiënt: 'Ja, dan denk ik van wel.'

Arts: 'En waarom zou u dan precies willen stoppen?'

Patiënt: 'Ja, ik wil natuurlijk graag nog een tijd leven, en niet weer een infarct krijgen.'

Arts: 'Hoe belangrijk vindt u het om te stoppen, op een schaal van 0 tot 10?'

Patiënt: 'Nou, toch wel een 6.'

Arts: 'En waarom niet een 5?'

Patiënt: 'Het zou wel fijn zijn om de trap op te kunnen; en ik wil mijn kleinkinderen nog een tijdje meemaken.'

De patiënt voelt zich erkend en geaccepteerd en krijgt daardoor ruimte om over verandering te kunnen praten. Als de arts in dit voorbeeld vanuit zijn reparatiereflex had gezegd: 'Maar het is echt heel slecht voor u', was de patiënt waarschijnlijk teruggevallen op weerstandstaal. Als de patiënt verandertaal uit, is het van belang daarop door te vragen, zodat de patiënt meer vertelt over de gewenste verandering. Als de patiënt verandertaal spreekt is er vaak sprake van een positieve energie in het gesprek, een zekere, prettige verbondenheid, een positieve *flow*. Als de patiënt echter weerstandstaal uit, zal de dokter vaak

enig ongeduld bij zichzelf voelen, misschien ook irritatie, hij kan het gevoel krijgen dat het niet opschiet, dat het niks wordt. Dit gevoel is een belangrijk signaal voor de arts: het betekent namelijk dat hij mogelijk in de reparatiereflex is terechtgekomen en de patiënt daarop met weerstandstaal reageert. Als de arts weerstandstaal hoort moet hij zich afvragen of hij deze soms zelf heeft opgeroepen en kan hij iets anders proberen. Anders gezegd: als je verandertaal hoort, ben je goed bezig. Als je weerstandstaal hoort, moet je iets anders gaan doen.

Een motiverend gesprek eindigt met de vraag wat de patiënt nu, alles overziend, van plan is. Arts en patiënt maken daarover afspraken, zonder dat de arts daarbij iets aan de patiënt probeert op te dringen. De afspraak kan variëren van wanneer erop wordt teruggekomen, tot een concreet veranderplan.

BESCHOUWING

Motiverende gespreksvoering sluit goed aan bij patiëntgerichte consultvoering in de huisartsenpraktijk. Deze gespreksmethode is daardoor voor huisartsen goed aan te leren en toe te passen. Toch gebruiken huisartsen deze techniek blijkens onderzoek niet vaak. Ze blijken nauwelijks te vragen naar gedachten en gevoelens over gedragsverandering.²⁰ Huisartsen en patiënten praten heel weinig over therapietrouw, wat men wel omschrijft als *the conspiracy of silence*.²¹ Het lijkt erop dat huisartsen vooral patiëntgericht zijn bij het verhelderen van de hulpvraag aan het begin van het consult. Het afstemmen, het exploreren van gevoelens en gedachten van de patiënt naar aanleiding van een gegeven advies, of dat nu een medicatieadvies of een leefstijladvies is, lijkt minder gemeengoed.² Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de fase van uitleg en advies aanbreekt op het moment dat de consulttijd vaak al zo'n beetje verstreken is. We hebben de hulpvraag verhelderd, de anamnese afgenomen, het lichamenlijk onderzoek gedaan en onze handen gewassen. Intussen hebben we klinisch gereviseerd en een hypothese gevormd. Nu nog uitleggen wat er aan de hand is en een recept uitschrijven en dan de volgende patiënt. Als dokter zijn we bijna klaar en 'patiëntgericht fris-beeën' rekenen we in deze fase van het consult misschien niet zo tot onze taak. Laat staan het uitgebreid exploreren van ambivalenties. Ons SOEP-systeem kent geen S aan het einde...

Maar voor de patiënt begint het dan pas: hoe gaat hij de diagnose en het advies mee naar huis nemen? Kan en wil hij het advies opvolgen? Is hij erdoor gerustgesteld of juist gealarmeerd? Als we er niet naar vragen, weten we het niet en zijn al onze inspanningen misschien voor niks geweest. Als we er wel naar vragen kunnen we de patiënt zo nodig helpen bij het zoeken naar zijn belang bij en vertrouwen in het opvolgen van het advies. Als motiveren extra inspanning vraagt, kunnen aanvullende technieken uit de motiverende gespreksvoering behulpzaam zijn.

CONCLUSIES, LEERPUNTEN

Motiverende gespreksvoering sluit goed aan bij onze patiëntgerichte consultvoering. Tal van onderzoeken maken de werkzaamheid aannemelijk, hoewel er nog onvoldoende hard bewijs is dat motiverende gespreksvoering in de alledaagse huisartsenpraktijk concrete gezondheidsuitkomsten verbetert. Motiverende gespreksvoering is voor veel artsen en praktijkondersteuners goed te leren en prettig om te doen; patiënten voelen zich meer geaccepteerd en begrepen. Patiëntgerichte communicatie, óók in de tweede helft van het consult, is de basis van motiverende gespreksvoering. Dit kan in elk consult en gebeurt misschien te weinig. Als de patiënt ambivalent blijkt ten aanzien van het gegeven advies kan de huisarts aanvullende motiverende technieken inzetten, gericht op het ontlocken van verandertaal. ■

LITERATUUR

- 1 Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Gorinchem: Ekklesia; 2009.
- 2 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg, een evidence-based benadering. 2e druk. Den Haag: Lemma, 2006.
- 3 Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: application to addictive behaviours. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.
- 4 Noordman J, Van der Weijden T, Van Dulmen S. Communication-related behavior change techniques used in face-to-face lifestyle interventions in primary care: a systematic review of the literature. *Patient Educ Couns* 2012;89:227-44.
- 5 Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1:CD006936.
- 6 Smedslund G, Berg RC, Hammerström KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;5:CD008063.
- 7 McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;8:CD005191.
- 8 Rueda S, Park-Wyllie LY, Bayoumi A, Tynan AM, Antoniou T, Rourke S, et al. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD001442.
- 9 Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;3:CD001055.
- 10 Lopez LM, Hiller JE, Grimes DA, Chen M. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD001863.
- 11 Söderlund LL, Madson MB, Rubak S, Nilsen P. A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Educ Couns* 2011;84:16-26.
- 12 Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;55:305-12.
- 13 Heinrich E, Candel MJ, Schaper NC, De Vries NK. Effect evaluation of a Motivational Interviewing based counseling strategy in diabetes care. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;90:270-8.
- 14 Lakerveld J, Bot SD, Chinapaw MJ, Van Tulder MW, Kostense PJ, Dekker JM, et al. Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013;10:47.
- 15 Mesters I. Motivational interviewing: hype or hope? *Chronic Illn* 2009;5:3-6.
- 16 Noordman J, Van der Weijden T, Van Dulmen S. Effects of video-feedback on the communication, clinical competence and motivational interviewing skills of practice nurses: a pre test post-test control group study. In: Noordman J, ed. *Lifestyle counseling by physicians and practice nurses in primary care, an analysis of daily practice* [proefschrift]. Nijmegen, 2013.
- 17 Haynes RB, Mc Kibbon KA, Kanani R. Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medication. *Lancet* 1996;348:383-6.
- 18 Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989;27:S110-27.
- 19 Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison for two therapist styles. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:455-61.
- 20 Van Dulmen S, Noordman J. Motiverende gespreksvoering bij leefstijladviezen. *Huisarts Wet* 2013;43:15.
- 21 Bensing J. De nieuwe kleren van de huisarts. *Huisarts Wet* 2007;50:470-3.