



Continuïteit van COPD-zorg: effect van POH's en zelfmanagement

Samenvatting

Uijen AA, Bischoff EWMA, Schellevis FG, Bor HHJ, Van den Bosch WJHM, Schers HJ. Continuïteit van COPD-zorg: effect van POH's en zelfmanagement. *Huisarts Wet* 2012;55(10):440-3

DOEL COPD-patiënten krijgen steeds vaker te maken met praktijkondersteuners en zelfmanagementprogramma's. Deze ontwikkeling vormt mogelijk een bedreiging voor de continuïteit van zorg. Wij onderzochten in hoeverre de ervaren continuïteit van zorg verandert na de introductie van nieuwe zorgvormen en wat de relatie is tussen continuïteit van zorg en kwaliteit van leven.

METHODE Gerandomiseerde gecontroleerde trial waarin we 180 COPD-patiënten toewezen aan drie verschillende zorgvormen: gebruikelijke zorg van de huisarts, regelmatige controles door praktijkondersteuner en zelfmanagement. We definieerden continuïteit van zorg als (1) persoonlijke continuïteit: het percentage bezoeken aan de eigen huisarts, en (2) teamcontinuïteit: ervaren continuïteit van zorg door het team van hulpverleners in de huisartsenpraktijk. Patiënten vulden vragenlijsten in die de continuïteit van zorg en kwaliteit van leven meten.

RESULTATEN Hoewel persoonlijke continuïteit het hoogst was in de groep die de gebruikelijke zorg ontving, was de kans om geen enkele hulpverlener te zien ook het grootst in deze groep: 29% vergeleken met 5% in de groep die de praktijkondersteuner controleerde en 2% in de zelfmanagementgroep. We vonden geen verschillen in ervaren teamcontinuïteit tussen de drie groepen. We konden geen relatie aantonen tussen ervaren continuïteit en kwaliteit van leven.

CONCLUSIE Hoewel de persoonlijke continuïteit na de introductie van nieuwe zorgvormen daalt, hebben we geen aanwijzingen gevonden dat dit invloed heeft op de ervaren teamcontinuïteit of de kwaliteit van leven van patiënten. Al met al vonden we geen bewijs voor de stelling dat de nieuwe zorgvormen een negatieve impact hebben op COPD-patiënten.

INLEIDING

Naast de gebruikelijke huisartsenzorg voor COPD-patiënten introduceren huisartsenpraktijken steeds vaker andere zorgvormen om de kwaliteit van de COPD-zorg te verbeteren en tegemoet te komen aan de nog immer toenemende zorgvraag.^{1,2} Praktijkondersteuners nemen een deel van de COPD-zorg over en praktijken voeren in toenemende mate

zelfmanagementprogramma's in. Deze nieuwe zorgvormen vormen mogelijk een bedreiging voor de door patiënten ervaren continuïteit van zorg. Uit eerder onderzoek weten we dat verminderde persoonlijke zorgcontinuïteit kan leiden tot een dalend vertrouwen in hulpverleners^{3,4} en minder patiënttevredenheid⁴⁻⁶. Bovendien kan de therapietrouw afnemen.⁷ Het is nog onduidelijk of minder continuïteit ook leidt tot een lagere kwaliteit van leven.⁸⁻¹¹

Wij vergeleken de ervaren continuïteit van zorg van COPD-patiënten met betrekking tot drie verschillende zorgvormen: (1) gebruikelijke zorg door de huisarts; (2) regelmatige controle door een praktijkondersteuner; en (3) zelfmanagement. Onze hypothese was dat de ervaren persoonlijke en teamcontinuïteit zou afnemen na de introductie van een praktijkondersteuner of zelfmanagement, omdat patiënten in deze zorgvormen contact hebben met een extra hulpverlener en er dus ook meer hulpverleners met elkaar moeten communiceren en samenwerken om de continuïteit te waarborgen. We onderzochten ook of er een relatie is tussen ervaren continuïteit van zorg en kwaliteit van leven.

METHODE

Dit onderzoek vormt onderdeel van een twee jaar durende gerandomiseerde gecontroleerde trial. Tussen 2004 en 2006 nodigden huisartsen in 15 praktijken in de regio Nijmegen hun COPD-patiënten uit voor deelname aan de trial. Inclu-

Wat is bekend?

- COPD-patiënten krijgen steeds vaker te maken met praktijkondersteuners en zelfmanagementprogramma's om de kwaliteit van zorg te verbeteren en om tegemoet te komen aan de toenemende zorgvraag.
- Door deze nieuwe zorgvormen komt de continuïteit van zorg mogelijk in het gedrang.
- Verminderde persoonlijke continuïteit kan leiden tot een dalend vertrouwen in hulpverleners, minder patiënttevredenheid en afgenomen therapietrouw.

Wat is nieuw?

- COPD-patiënten die gebruikelijke zorg van de huisarts ontvangen ervaren meer persoonlijke continuïteit dan patiënten die de praktijkondersteuner regelmatig controleert of patiënten in de zelfmanagementgroep.
- De kans om geen enkele hulpverlener te zien is het grootst in de groep die de gebruikelijke zorg van de huisarts ontving.
- De ervaren continuïteit van zorg door het team van hulpverleners in de huisartsenpraktijk (teamcontinuïteit) verschilde niet tussen de drie zorgvormen.
- We vonden geen relatie tussen continuïteit van zorg en kwaliteit van leven.

UMC St. Radboud, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB, Nijmegen: A.A. Uijen, huisarts-onderzoeker; E.W.M.A. Bischoff, huisarts-onderzoeker; H.H.J. Bor, statisticus; prof.dr. W.J.H.M. van den Bosch, huisarts/senior onderzoeker; dr. H.J. Schers, huisarts/senior onderzoeker. NIVEL, Utrecht en VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde/EMGO instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, Amsterdam: prof.dr. F.G. Schellevis, hoofd onderzoeksafdeling en hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: A.Uijen@elg.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Uijen AA, Bischoff EWMA, Schellevis FG, Bor HHJ, Van den Bosch WJHM, Schers HJ. Continuity in different care modes and its relationship to quality of life: a randomised controlled trial in patients with COPD. *Br J Gen Pract* 2012;59:422-8. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

siecriteria waren: (1) leeftijd ≥ 35 jaar; (2) post-bronchodilatatoire $FEV_1/FVC < 0,7$ en (3) post-bronchodilatatoire $FEV_1 \geq 30\%$ van voorspeld. We excludeerden patiënten indien (1) ze een ernstige comorbide aandoening hadden die de levensverwachting reduceerde; (2) ze de Nederlandse taal niet beheersten; (3) ze in behandeling waren bij een longarts; (4) ze bezwaar hadden tegen een van de interventiegroepen; of (5) de huisarts om andere redenen besloot dat ze niet moesten deelnemen aan de trial. Voorafgaand aan het onderzoek kregen alle patiënten de gebruikelijke zorg door de huisarts.

Interventies

De verschillende interventies kunnen we als volgt omschrijven:

- 1 gebruikelijke zorg: patiënten ontvangen zorg van hun huisarts, op hun eigen initiatief;
- 2 regelmatige controle door de praktijkondersteuner als aanvulling op de gebruikelijke zorg: patiënten kregen een uitnodiging voor gestructureerde controles door de praktijkondersteuner en de huisarts (twee- tot viermaal per jaar, waarvan één controle door de huisarts). Adviezen van het Nederlands Huisartsen Genootschap vormden het uitgangspunt voor de inhoud van deze periodieke controles;¹²
- 3 zelfmanagement als aanvulling op de gebruikelijke zorg: patiënten volgden het COPD-specifieke zelfmanagement-programma 'Living Well with COPD', dat werd aangeboden door getrainde praktijkondersteuners in vier individuele sessies van 50 minuten.¹³ Gedurende de trial belde de praktijkondersteuner nog zesmaal naar de patiënt om de beoogde gedragsveranderingen door te spreken.

Voor aanvullende gegevens betreffende de interventies verwijzen we naar de originele publicatie.¹⁴

Bij een exacerbatie namen de patiënten, ongeacht de interventiegroep, contact op met de huisarts.

Uitkomstmaten

Continuïteit van zorg

We definieerden continuïteit van zorg als:¹⁵

- 1 persoonlijke continuïteit: zorg door een vaste hulpverlener. We maten persoonlijke continuïteit door middel van de Usual Provider of Continuity (UPC) index;¹⁶ het aantal contacten voor COPD met de eigen huisarts tijdens de tri-

al gedeeld door het totaal aantal contacten voor COPD in huisartsenpraktijk tijdens de trial;

- 2 teamcontinuïteit: continuïteit van de zorg door het team van hulpverleners in de huisartsenpraktijk: de verschillende hulpverleners in de huisartsenpraktijk communiceren goed met elkaar, werken goed samen en geven geen tegenstrijdige adviezen, waardoor de verschillende bijdragen aan de zorg goed op elkaar aansluiten. We gebruikten een zelf ontwikkelde vragenlijst (zes items, vijfpuntsschaal) om de teamcontinuïteit te meten.

Kwaliteit van leven

De kwaliteit van leven hebben we gemeten met de Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) (twintig items, zevenpuntsschaal).¹⁷

Statistische analyse

We gebruikten een multivariaat lineair model om de UPC-index en het verschil in teamcontinuïteit na een en twee jaar tussen de drie interventiegroepen met elkaar te vergelijken. We corrigeerden voor leeftijd, geslacht, GOLD-stadium en aanwezigheid van comorbiditeit (kanker, hartfalen, angst en/of depressie).

Bovendien onderzochten we de relatie tussen de continuïteit van zorg en de kwaliteit van leven. Daarvoor berekenen we het verschil in CRQ-score (Δ CRQ) tussen baseline en na twee jaar. We onderzochten verschillen in Δ CRQ bij verschillende scores op persoonlijke en teamcontinuïteit, en berekenen de pearson's correlatiecoëfficiënt (r) van Δ CRQ en persoonlijke en teamcontinuïteit.

RESULTATEN

We verdeelden 180 COPD-patiënten via loting over de drie interventiegroepen. Na twee jaar rondde 148 patiënten de trial af. Patiënten die uitvielen verschilden niet van de patiënten die niet uitvielen wat betreft leeftijd ($p = 0,94$), geslacht ($p = 0,91$), post-bronchodilatatoire FEV_1 ($p = 0,30$) en CRQ-score ($p = 0,06$). De gemiddelde leeftijd van de patiënten bij de start van de trial was 64,5 jaar, 63% was man en 64% had GOLD-stadium II.

Persoonlijke continuïteit

Patiënten die de gebruikelijke zorg van de huisarts ontvingen

Tabel 1 Gemiddelde score op persoonlijke continuïteit en verschil in teamcontinuïteit tussen de verschillende zorgvormen

Interventiegroep	Gemiddelde UPC-index tijdens de trial*	Gemiddeld verschil in teamcontinuïteit tussen de start van de trial en 1 jaar (95%-BI)	Gemiddeld verschil in teamcontinuïteit tussen de start van de trial en 2 jaar (95%-BI)
Gebruikelijke zorg door huisarts†	0,74 (0,61-0,86)	0,31 (-1,14 - 1,76)	-0,05 (-1,84 - 1,74)
Regelmatige controle door praktijkondersteuner	0,50 (0,39-0,61) ($p = 0,02$)	0,87 (-0,45 - 2,19) ($p = 0,53$)	0,12 (-1,43 - 1,68) ($p = 0,87$)
Zelfmanagement	0,36 (0,25-0,47) ($p < 0,01$)	0,92 (-0,37 - 2,20) ($p = 0,50$)	-0,21 (-1,66 - 1,25) ($p = 0,88$)

* Geschat marginaal gemiddelde gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, GOLD-stadium en aanwezigheid van comorbiditeit.

† Referentiegroep.

UPC: Usual Provider of Continuity, varieert van 0 (minimum) tot 1; teamcontinuïteit varieert van 6 (minimum) tot 30.

scoorden significant hoger op persoonlijke continuïteit vergeleken met de patiënten in de beide andere interventiegroepen [tabel 1]: de gemiddelde UPC-score was 0,74 voor patiënten die de gebruikelijke zorg ontvingen, 0,50 voor patiënten die de praktijkondersteuner regelmatig controleerde en 0,36 voor patiënten in de zelfmanagementgroep. De kans dat de patiënt tijdens de trial geen enkele hulpverlener zag was echter ook het grootst in de groep die de gebruikelijke zorg ontving: 29% vergeleken met 5% in de groep die de praktijkondersteuner controleerde en 2% in de zelfmanagementgroep.

Teamcontinuïteit

Aan het begin van de trial ervaarden de meeste patiënten veel teamcontinuïteit. We vonden geen verschillen tussen de 3 groepen. Na 1 en 2 jaar zagen we ook geen verschillen in de ervaren teamcontinuïteit tussen de verschillende interventiegroepen ($p = 0,69$) [tabel 2].

Continuïteit en kwaliteit van leven

We vonden geen klinisch relevante relatie tussen persoonlijke of teamcontinuïteit en kwaliteit van leven. De pearson's correlatiecoëfficiënt van Δ CRQ en persoonlijke continuïteit was 0,12 en die tussen Δ CRQ en teamcontinuïteit was -0,04.

BESCHOUWING

Voor zover wij weten is dit het eerste onderzoek dat veranderingen in ervaren persoonlijke en teamcontinuïteit analyseert na de introductie van verschillende zorgvormen. We vonden de hoogste persoonlijke continuïteit (het percentage contacten met de eigen huisarts) in de groep die de gebruikelijke zorg van de huisarts ontving. Dit was ook te verwachten vanwege de manier waarop de zorgvormen georganiseerd zijn. In tegenstelling tot onze hypothese vonden we echter geen ver-

schil in de ervaren teamcontinuïteit tussen de verschillende zorgvormen. Blijkbaar ervaren alle patiënten, ongeacht de zorgvorm en het aantal betrokken hulpverleners, dat de zorg soepel verloopt, en dat hulpverleners in de huisartsenpraktijk de patiënt goed kennen en goed met elkaar communiceren en samenwerken.

Hoewel de persoonlijke continuïteit het hoogst was in de groep die de gebruikelijke zorg van de huisarts ontving, was de kans om geen enkele hulpverlener te zien tijdens de trial ook het grootst in deze groep (bijna 30%). We hebben geen aanwijzingen gevonden dat de dalende (persoonlijke) continuïteit invloed heeft op de kwaliteit van leven van patiënten.

Al met al hebben we in ons onderzoek geen bewijs gevonden voor de stelling dat de nieuwe zorgvormen een negatieve impact hebben op COPD-patiënten.

Ons onderzoek heeft enkele methodologische beperkingen. Zo is de *power* van het onderzoek berekend op de uitkomstmaat 'kwaliteit van leven' en niet op 'continuïteit van zorg'. Mogelijk hebben we te weinig patiënten geïncludeerd om verschillen in teamcontinuïteit te vinden. Daarnaast waren er veel mogelijke COPD-patiënten die uiteindelijk niet deelnamen aan de trial. Dit kan de generaliseerbaarheid van de resultaten beïnvloeden. De patiënten die we wel geïncludeerd hebben, zijn wat betreft leeftijd, geslacht en GOLD-stadium echter vergelijkbaar met eerstelijns-COPD-patiënten in andere onderzoeken.^{18,19}

Voor zover wij weten bestaat er geen ander onderzoek naar verschillen in ervaren continuïteit bij verschillende zorgvormen. De relatie tussen continuïteit van zorg en kwaliteit van leven is complex doordat waarschijnlijk vele andere factoren invloed hebben op deze relatie. Verschillende onderzoeken zijn echter gericht op de relatie tussen continuïteit van zorg en kwaliteit van leven, aangezien kwaliteit van leven een belangrijke uitkomstmaat is. Zo vond men bij een onderzoek ook geen relatie tussen de UPC-index en kwaliteit van leven.⁹ Een onderzoek onder diabetespatiënten vond een relatie tussen het zien van de eigen huisarts gedurende ten minste twee jaar en de kwaliteit van leven.¹⁰ Twee onderzoeken analyseerden de relatie tussen een multidimensionale definitie van continuïteit van zorg en kwaliteit van leven, waarbij één onderzoek wel een relatie vond,⁸ maar het andere niet¹¹.

CONCLUSIE

Hoewel persoonlijke continuïteit na de introductie van nieuwe zorgvormen afneemt, hebben we geen aanwijzingen gevonden dat dit invloed heeft op de ervaren teamcontinuïteit of de kwaliteit van leven van patiënten. Blijkbaar ervaren alle patiënten, ongeacht de zorgvorm en het aantal betrokken hulpverleners, dat de zorg soepel verloopt en dat hulpverleners in de huisartsenpraktijk de patiënt goed kennen en goed met elkaar communiceren en samenwerken. Al met al vonden we geen bewijs voor de stelling dat de nieuwe zorgvormen een negatieve impact hebben op COPD-patiënten. ■

Tabel 2 Totale teamcontinuïteitscore tussen de verschillende zorgvormen ten tijde van de start van de trial en na 1 en 2 jaar

Score op teamcontinuïteit per zorgvorm	Start van de trial	Na 1 jaar	Na 2 jaar
Gebruikelijke zorg door de huisarts	n = 40	n = 30	n = 27
30	30%	30%	30%
24-29	53%	57%	48%
18-23	10%	10%	15%
12-17	5%	0%	4%
6-11	3%	3%	4%
Regelmatige controle door praktijkondersteuner	n = 63	n = 52	n = 41
30	35%	35%	29%
24-29	44%	56%	46%
18-23	16%	8%	24%
12-17	2%	2%	0%
6-11	3%	0%	0%
Zelfmanagement	n = 59	n = 45	n = 43
30	31%	38%	33%
24-29	58%	49%	54%
18-23	9%	13%	9%
12-17	3%	0%	5%
6-11	0%	0%	0%

De teamcontinuïteitscore varieert van minimaal 6 tot maximaal 30.

LITERATUUR

- Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet* 2007;370:765-73.
- Rabe KF, Beghe B, Luppi F, Fabbri LM. Update in chronic obstructive pulmonary disease 2006. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175:1222-32.
- Heller KS, Solomon MZ. Continuity of care and caring: what matters to parents of children with life-threatening conditions. *J Pediatr Nurs* 2005;20:335-46.
- Schers H, Van den Hoogen H, Bor H, Grol R, Van den Bosch W. Familiarity with a GP and patients' evaluations of care. A cross-sectional study. *Fam Pract* 2005;22:15-9.
- Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992;304:1287-90.
- Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med* 2004;2:445-51.
- Gray DP, Evans P, Sweeney K, Lings P, Seamark D, Seamark C, et al. Towards a theory of continuity of care. *J R Soc Med* 2003;96:160-6.
- Adair CE, McDougall GM, Mitton CR, Joyce AS, Wild TC, Gordon A, et al. Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2005;56:1061-9.
- Chien CF, Steinwachs DM, Lehman A, Fahey M, Skinner EA. Provider continuity and outcomes of care for persons with schizophrenia. *Ment Health Serv Res* 2000;2:201-11.
- Hanninen J, Takala J, Keinänen-Kiukaanniemi S. Good continuity of care may improve quality of life in type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 2001;51:21-7.
- King M, Jones L, Richardson A, Murad S, Irving A, Aslett H, et al. The relationship between patients' experiences of continuity of cancer care and health outcomes: a mixed methods study. *Br J Cancer* 2008;98:529-36.
- Smeele IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, Van der Molen T, Thoonen B, Schermer T, et al. NHG-Standaard COPD (Tweede herziening). *Huisarts Wet* 2007;50:362-79.
- Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beupre A, Begin R, et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003;163:585-91.
- Uijen AA, Bischoff EWMA, Schellevis FG, Bor HHJ, Van den Bosch WJHM, Schers HJ. Continuity in different care modes and its relationship to quality of life: a randomised controlled trial in patients with COPD. *Br J Gen Pract* 2012;599:422-8.
- Gulliford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of Care in Type 2 Diabetes: Patients', professionals' and carers' experiences and health outcomes. Research summary. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation Research and Development. 2006. Zie: www.phm.umds.ac.uk/martin/reprints/sdo-continuity-report.pdf (bekeken op 30 mei 2012).
- Jee SH, Cabana MD. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev* 2006;63:158-88.
- Schunemann HJ, Goldstein R, Mador MJ, McKim D, Stahl E, Puhan M, et al. A randomised trial to evaluate the self-administered standardised chronic respiratory questionnaire. *Eur Respir J* 2005;25:31-40.
- Afonso AS, Verhamme KM, Sturkenboom MC, Brusselle GG. COPD in the general population: Prevalence, incidence and survival. *Respir Med* 2011;105:1872-84.
- Bourbeau J, Sebaldt RJ, Day A, Bouchard J, Kaplan A, Hernandez P, et al. Practice patterns in the management of chronic obstructive pulmonary disease in primary practice: the CAGE study. *Can Respir J* 2008;15:13-9.

Tijdschrift voor praktijkondersteuning

Binnenkort verschijnt nummer 5 van het Tijdschrift voor praktijkondersteuning met daarin onder meer aandacht voor beweegadviezen, stoppen met roken en polyfarmacie.

Online stoppen met roken

Eline Smit en haar collega's deden onderzoek naar de invloed van de wervingsmethode op het bereik van een online advies-op-maatmethode voor stoppen met roken. De rokers die waren geworven door praktijkondersteuners waren meer gemotiveerd om te stoppen in vergelijking met deelnemers geworven via massamedia. Ook maakte deze groep meer gebruik van het programma, gebruikte het langer en rapporteerde meer stopgedrag. De verklaring hiervoor is dat de groep rokers die waren geworven door praktijkondersteuners bepaalde kenmerken bezitten, zoals een grotere motivatie. Deze kenmerken waren bekend door een voormeting. Verder bereikten de praktijkondersteuners relatief meer lager opgeleide rokers.

Feiten over beweging

Tinus Jongert is lector Innovatieve Bewegingstimulering en schreef speciaal voor TPO een tweeluik over beweegadviezen

op maat. In dit eerste deel aandacht voor de wetenschappelijke onderbouwing van beweging, de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, hoeveel Nederlanders bewegen en wat de theorie is over gedragsverandering en bewegen.

Richtlijn Polyfarmacie

De multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie verscheen in mei 2012. Essentieel in de richtlijn is de periodieke systematische evaluatie van het geneesmiddelengebruik van een patiënt. De praktijkondersteuner kan hierin een belangrijke rol spelen door de juiste patiënten te selecteren voor medicatiebeoordeling en de medicatiebeoordeling uit te voeren, uiteraard in nauw overleg met de huisarts. Belangrijk is om bij ouderen vooral op maat te werken, dus wat werkt bij deze oudere?

Reukzin

Een artikel over de reukzin is een logisch vervolg op de smaakzin in de rubriek 'Zintuigen'. Beide zintuigen werken namelijk intensief samen. Aukje van Beek beschrijft niet alleen de biologische aspecten van de reuk, maar ook de psychische, sociale en maatschappelijke functies.

Winderigheid

Iedereen laat winden, maar als er sprake is van overmatige gasvorming kan winderigheid leiden tot schaamte en zelfs tot mijden van sociale contacten. In deze aflevering van 'Euvels' staan onder meer leefstijltips die mensen met dit probleem mogelijk wat verlichting kunnen bieden.

En verder

Huisarts Nelien Hylkema en praktijkondersteuner Annemieke de Jong vertellen over de soms moeizame, maar uiteindelijk succesvolle weg naar de geaccrediteerde praktijk. 'Buitenlands nieuws' gaat ook over stoppen met roken: een Brits onderzoek naar het zwaarder worden en blijven. Columnist Bas Janssen legt ook nu weer links tussen zaken die zo op het oog niets met elkaar te maken hebben.

Het Tijdschrift voor praktijkondersteuning verschijnt tweemaandelijkse en kost € 72,95 per jaar. Heeft uw praktijkondersteuner nog geen abonnement? Vraag een proefexemplaar aan en bezoek ook eens de website www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl. Meer informatie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum bv, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon (030) 6383736, www.bsl.nl.

