

## Eerstelijnszorg voor chronische kankerpatiënten

### Samenvatting

Van Dipten C, Olde Hartman TC, Biermans MC, Assendelft WJ. *Eerstelijnszorg voor chronische kankerpatiënten. Huisarts Wet* 2016;59(12):538-41.

**ACHTERGROND** Zowel de incidentie van als de overleving na kanker neemt toe. In het debat of de huisarts zorg voor patiënten met kanker deels kan overnemen van de tweede lijn, zijn capaciteit en werkbelasting belangrijke discussiepunten.

**DOEL** Het schatten van benodigde extra consulttijd als huisartsen de nazorg voor kankerpatiënten in de chronische fase op zich nemen.

**METHODE** Wij deden een retrospectief cohortonderzoek naar patiënten met de diagnose 'kanker' in de database van het Netwerk Academische Huisartsenpraktijken Nijmegen over de periode 2008-2012. We kwantificeerden prevalentie, incidentie, overleving, aantal patiënten per praktijk en registratie van risicofactoren bij patiënten met kanker.

**RESULTATEN** Huisartsen hebben gemiddeld 32 chronische kankerpatiënten per 1000 patiënten in hun praktijk. De vijf meest prevalentie typen zijn borstkanker (10,74 per 1000 patiënten), colon- en rectumkanker (4,95), prostaatcancer (3,94), melanoom (2,86) en kanker van blaas en urinewegen (2,55). De vijfjaarsoverleving is respectievelijk 91,5%, 63,8%, 78,3%, 91,9% en 77,3%. Bij 57% is de diagnose meer dan vijf jaar geleden gesteld en 35% is al opgenomen in een zorgprogramma voor een andere chronische ziekte. De registratie van risicofactoren voor kanker is niet compleet; huisartsen registreren beter bij patiënten met comorbiditeit. Bij een gemiddelde duur van twintig minuten per controleconsult en een controlefrequentie zoals die in tweedelijnsprotocollen is vastgelegd, zal de geschatte extra consulttijd in de eerste lijn per 1000 ingeschreven patiënten negentien uur per jaar zijn.

**CONCLUSIE** Indien huisartsen een deel van de chronische kankerzorg overnemen, zou de extra tijdsinvestering geen beperkende factor mogen zijn. De discussie moet gaan over mogelijke psychologische, financiële en professionele barrières.

### INLEIDING

Het aantal kankerpatiënten neemt wereldwijd toe. In Nederland verwacht men in het komende decennium een groei van 57% door vergrijzing van de bevolking, betere behandelingen en grotere overlevingskansen. Steeds meer patiënten zullen zich in de chronische fase van kanker bevinden, de fase tussen de primaire therapie en de terminale fase. Dit zal gevolgen hebben voor de capaciteit en werklust in de tweede lijn. Mede daardoor is de vraag ontstaan of een deel van de chronische

kankerzorg kan worden ondergebracht bij de huisarts.<sup>1-3</sup>

In het huidige systeem zijn huisartsen vooral actief betrokken bij de zorg voor kankerpatiënten vóór de diagnostische fase en in de terminale fase;<sup>4</sup> de follow-up na de diagnose vindt vrijwel volledig plaats in de tweede lijn. Een periode van nacontrole en nazorg is noodzakelijk om een eventuele terugkeer van de kanker, het herstel en de langetermijneffecten van de kankertherapie te monitoren en voor psychosociale ondersteuning en preventie.<sup>2,5</sup> Mogelijk kan de huisarts deze zorg voor de patiënt met kanker overnemen van de tweede lijn.

Kankerpatiënten hebben een relatief hoge leeftijd en velen hebben één of meer comorbide aandoeningen.<sup>6,7</sup> De huisarts ziet velen van hen al periodiek in het kader van een chronisch zorgprogramma en lijkt ook daardoor goed gepositioneerd voor het beheren van de nazorg aan kankerpatiënten. Andere belangrijke argumenten zijn de generalistische blik, de persoonsgerichte benadering, de beschikbaarheid en toegankelijkheid, en het overzicht over de aandoeningen en de behandelaars van de patiënt.<sup>8</sup>

Ons onderzoek had een drievoudig doel: 1) het kwantificeren van prevalentie, incidentie, overleving, aantal chronische kankerpatiënten en de registratie van risicofactoren bij patiënten met alle typen kanker in de huisartsenpraktijk; 2) het kwantificeren van huisartscontacten van kankerpatiënten; 3) het geven van een indicatie van de extra consulttijd voor huisartsen wanneer nacontrole en nazorg verplaatst zouden worden naar de eerste lijn.

### METHODE

#### Populatie

Voor dit retrospectieve onderzoek extraheerden we alle patiëntengegevens uit het Netwerk Academische Huisart-

#### Wat is bekend?

- Het aantal patiënten met kanker in de chronische fase neemt toe doordat zowel de incidentie van als de overleving na kanker toeneemt.
- Door het groeiende beroep dat chronische kankerpatiënten doen op nazorg in de tweede lijn rijst de vraag of substitutie van geprotocolleerde kankerzorg naar de eerste lijn mogelijk is.
- De huisarts ziet veel chronische kankerpatiënten al periodiek in het kader van zorgprogramma's voor andere chronische ziekten.

#### Wat is nieuw?

- Huisartsen hebben gemiddeld 32 chronische kankerpatiënten per 1000 patiënten in hun praktijk.
- De extra werklust in het substitutiescenario kan worden berekend op negentien uur per 1000 patiënten per jaar.
- Bij 58% van de chronische kankerpatiënten is de diagnose langer dan vijf jaar geleden gesteld; voor deze groep is het controleschema minder intensief.

Radboudumc, afdeling Eerstelijns Gezondheidszorg, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: C. van Dipten, huisarts en onderzoeker in opleiding; dr. T.C. olde Hartman, huisarts en onderzoeker; dr. M.C.J. Biermans, epidemioloog; prof. dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. • Correspondentie: Carola.vanDipten@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd als: Van Dipten C, Olde Hartman TC, Biermans MC, Assendelft WJ. Substitution scenario in follow-up of chronic cancer patients in primary care: prevalence, disease duration and estimated extra consultation time. *Fam Pract* 2016;33:4-9. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

senpraktijken Nijmegen over de periode 1 januari 2008-31 december 2012. Voor het bepalen van incidentie- en prevalentiecijfers excludeerden we overledenen en patiënten die de praktijk om andere redenen hadden verlaten. Kankerdiagnoses zijn geregistreerd conform de International Classification of Primary Care (ICPC-1).<sup>9</sup> In een steekproef, bestaande uit 25 overleden kankerpatiënten per praktijk, gingen we na hoeveel procent van de patiënten met een kankerdiagnose gestorven was met dan wel door de kanker.

### Definitie van comorbide condities

Aan de hand van ICPC-codes zochten we naar comorbide aandoeningen naast de kankerdiagnose. We selecteerden vier clusters: cardiovasculaire ziekten (K74, K74.01, K74.02, K75, K76, K76.01, K76.02, K89, K90.03, K92.01 en K99.01); chronische obstructieve longziekten (R95); diabetes mellitus (T90, T90.01 en T90.02); chronische nierschade (U99.01). We kozen deze categorieën omdat voor deze aandoeningen in de eerste lijn goede geprotocolleerde zorg beschikbaar is en ze, met uitzondering van chronische nierschade, over het algemeen goed geregistreerd worden in de huisartsinformatiesystemen.<sup>10,11</sup>

Omdat sommige comorbide aandoeningen gezamenlijke risicofactoren hebben met kanker en om late effecten van kankertherapie te kunnen monitoren, extraeerden we ook variabelen zoals roken, BMI, glucose, HbA1c, FEV<sub>1</sub>, cholesterol, nierfunctie, creatinine en bloeddruk. We selecteerden de laatst bekende waarde.

### Statistische analyse

We berekenden alle prevalenties voor één moment, 31 december 2012, en de incidenties voor het jaar 2012. De gemiddelde ziekteduur berekenden we met kaplan-meierstatistiek, waarbij we de chronische fase definieerden als de periode vanaf zes maanden na diagnose tot drie maanden voor het overlijden.

Het gemiddelde aantal praktijkcontacten per patiënt berekenden we met een lineair regressiemodel dat rekening hield met leeftijd en geslacht. Met de chikwadraattoets vergeleken we de geregistreerde risicofactoren bij patiënten met en patiënten zonder kanker.

### Berekening van de extra consulttijd

De extra consulttijd berekenden we door het aantal chronische kankerpatiënten af te zetten tegen de te verwachten consultfrequentie. In de literatuur is beschreven dat een controleconsult in de tweede lijn gemiddeld ongeveer twintig minuten duurt.<sup>12,13</sup> Rekening houdend met de inhoud van de consulten (fysieke nacontrole, screening op late effecten van therapie, psychosociale hulpverlening, bespreking van preventieve maatregelen) en tweedelijnsprotocollen met betrekking tot de controlefrequentie hebben we een beredeneerde schatting gemaakt van de extra tijd die de zorg voor chronische kankerpatiënten in de eerste lijn zou vergen.<sup>14</sup>



Foto: photographee.eu

## RESULTATEN

### Prevalentie en mortaliteit

De database bevatte in totaal 77.285 patiënten van alle leeftijden; eind 2012 was de omvang van de totale populatie na verwerking van verhuizingen, overlijden en nieuwe inschrijvingen 61.193 patiënten. We excludeerden 2554 patiënten omdat ze niet permanent in de praktijken geregistreerd waren. Bij 3252 geïncludeerde patiënten was de diagnose 'kanker' gesteld; bij 3020 was dat één diagnose, bij 232 waren twee of meer typen kanker gediagnosticeerd.

Van de in totaal 1740 patiënten die in de periode 2008-2012 overleden, hadden er 745 kanker. In onze steekproef, die in totaal 296 overleden kankerpatiënten omvatte, was 81,4% overleden aan deze ziekte.

Het type kanker met de hoogste prevalentie was borstkanker (10,7 per 1000 patiënten; 95%-BI 9,9 tot 11,6); dit type had ook de hoogste incidentie (0,8 per 1000 patiënten per jaar; 95%-BI 0,6 tot 1,1). De andere vier typen kanker in de 'prevalentie-top vijf' voor beide geslachten waren colon- en rectumkanker, prostaatkanker, melanoom en kanker van blaas en urinewegen (zie [tabel 1] op [www.henw.org](http://www.henw.org)). De vijf typen samen hadden een aandeel van 63,2% (95%-BI 60,1 tot 66,5) in de totale kankerprevalentie. De vijfjaarsoverleving van deze vijf typen was 91,5% (borstkanker), 91,9% (melanoom), 78,3% (prostaatkanker) en 77,3% (kanker van blaas en urinewegen) en 63,8% (colon- en rectumkanker) (zie [figuur] op [www.henw.org](http://www.henw.org)).

### Comorbiditeit

Comorbiditeit kwam voor bij 34,8% (95%-BI 32,5 tot 37,3%) van de kankerpatiënten. De meest voorkomende comorbide condities waren cardiovasculaire ziekten (18,3%), diabetes (13,9%), chronische nierschade (9,2%) en COPD (6,5%); 30,7% had meer dan één comorbide aandoening. De registratie van risicofactoren bij kankerpatiënten was minimaal (zie [tabel 2] op [www.henw.org](http://www.henw.org)), maar een stuk beter als de patiënt een comorbide aandoening had.

Kankerpatiënten hadden significant vaker contact met hun huisarts (spreekuurconsulten, telefonische consulten en thuisvisites) dan niet-kankerpatiënten (zie [tabel 3] op [www.henw.org](http://www.henw.org)).

**Tabel 4** Aantal chronische kankerpatiënten per 1000 patiënten en verdeling van ziekte duur per jaar

Jaar	n	95%-BI	< 1 jaar	1-2 jaar	2-5 jaar	> 5 jaar
2008	32,5	31,0-34,1	8,1%	9,3%	24,8%	57,8%
2009	31,6	30,2-33,0	5,5%	12,5%	23,8%	58,2%
2010	31,2	29,9-32,6	6,8%	11,1%	24,8%	57,3%
2011	32,2	30,9-33,6	4,7%	11,4%	25,6%	58,3%

**Extra consulttijd**

De prevalentie van patiënten met kanker in de chronische fase in de praktijkpopulatie was 32 per 1000 patiënten (zie [tabel 4]). Bij meer dan de helft van hen (58%) was de diagnose langer dan vijf jaar geleden gesteld. Tot twee jaar na de diagnose zijn per patiënt per jaar vier consulten à twintig minuten nodig (17% van de chronische kankerpatiënten), twee tot vijf jaar na de diagnose zijn per patiënt per jaar twee consulten à twintig minuten nodig (25% van de chronische kankerpatiënten), als er meer dan vijf jaar verstreken zijn na de diagnose is per patiënt per jaar één consult à twintig minuten nodig (58% van de chronische kankerpatiënten). Op basis van deze berekeningen zou substitutie van de nazorg aan deze patiënten een extra consulttijd genereren van negentien uur per 1000 patiënten per jaar.

**BESCHOUWING**

Uit ons onderzoek blijkt dat van iedere 1000 ingeschreven patiënten in de huisartsenpraktijk er 32 zich in de chronische fase van kanker bevinden. Op basis van onze berekeningen zou substitutie van de nazorg aan deze patiënten een extra consulttijd genereren van negentien uur per 1000 patiënten per jaar. Een derde van de patiënten om wie het gaat, wordt reeds gezien in het kader van een zorgprogramma voor een andere chronische aandoening.

**Sterkte en zwakke punten**

Alle deelnemende huisartsenpraktijken zijn verbonden met het Radboudumc en hebben een kwalitatief hoogwaardige registratie.<sup>15</sup> Dat de database een goede afspiegeling vormt van de Nederlandse bevolking wordt bevestigd doordat de prevalentie- en incidentiecijfers van de meest prevalentie kanker-soorten overeenkomen met die uit eerder onderzoek.<sup>1,16,17</sup>

Ons onderzoek heeft ook enkele beperkingen. We zijn bij het bepalen van de chronische fase uitgegaan van de diagnosedatum omdat de datum waarop de primaire kankertherapie was voltooid niet in de registratie voorkwam. De datum van overlijden is wel accuraat geregistreerd, waardoor we het begin van de terminale fase goed konden bepalen.

Omdat we de werkelijke extra consulttijd niet konden bepalen, hebben we een schatting gemaakt op basis van de oncologische richtlijnen.

Kankerpatiënten hebben meer comorbiditeit dan niet-kankerpatiënten. Omdat wij geen gegevens hadden over de reden van het consult konden we niet onderzoeken in hoeverre comorbide aandoeningen van invloed waren op het aantal consulten. Daarom kunnen we niet met zekerheid zeggen dat

kankerpatiënten meer zorg consumeren vanwege de kanker alleen.

**Gevolgen voor de praktijk**

Patiënten die al in een chronisch zorgprogramma zitten of meer dan vijf jaar geleden gediagnosticeerd zijn, hebben vaak minder nazorg nodig.<sup>18</sup> Ook zal er overlap zitten tussen de oncologische controle en de controles in de huidige chronische zorgprogramma's. Dit impliceert dat de extra consulttijd waarschijnlijk niet de belangrijkste barrière is voor de substitutie van nazorg naar de eerste lijn, getuige ook een eerdere constatering dat in het geval van een substitutiescenario de werklust voor huisartsen slechts gering toenam.<sup>19</sup> Er zal uiteraard een tijdsinvestering nodig zijn om de zorg überhaupt te kunnen implementeren in de eerste lijn. Nodig zijn ook duidelijke afspraken tussen huisarts en specialist, en scholing over de verschillende kankersoorten en hun behandelingen. Verder moeten er goede financiële afspraken gemaakt worden. Ook na de implementatie van de nazorg zal de huisarts nog tijd kwijt zijn aan overleg en aan patiëntgebonden afspraken.

Een andere vraag is of de huisarts wel in staat is de nazorg voor kankerpatiënten goed in te vullen. Brits onderzoek vond geen verschillen in welzijn, overleving, recidieven van de kanker, kankergerelateerde problemen, diagnostische vertraging of patiënttevredenheid ten opzichte van de tweede lijn.<sup>20</sup> Canadees onderzoek laat zien dat huisartsen bereid zijn meer verantwoordelijkheid te nemen in de nazorg.<sup>21</sup> Daartegenover staan onderzoeken die suggereren dat oncologen en patiënten geen groot vertrouwen hebben in de vaardigheden van de huisarts om recidieven te herkennen en late effecten van de behandeling tegen te gaan.<sup>22,23</sup> Ander onderzoek brengt naar voren dat huisartsen vaak te zeer geneigd zijn tot afwachtend beleid en zich te weinig proactief opstellen.<sup>24</sup>

Zoals bij alle chronische ziekten heeft het de voorkeur de zorg te arrangeren in een apart zorgprogramma volgens een *shared care*-model, waarin de specialist de zorg voor de patiënt na afronding van de primaire therapie weer grotendeels teruggeeft aan de huisarts.<sup>25,26</sup> Hoekstenen van dit model zijn gezamenlijke afspraken over behandeling en monitoring, periodieke evaluatie door de huisarts, goede communicatiekanalen tussen huisarts en specialist, en goede beschikbaarheid van de specialist voor vragen, consultaties en (mede)behandeling.<sup>27,28</sup>

Een deel van de nazorg in de eerste lijn zou eventueel overgenomen kunnen worden door een gespecialiseerde verpleegkundige; uit onderzoek is gebleken dat die zorg van gelijke kwaliteit is en dat patiënten net zo tevreden zijn.<sup>29,30</sup>

**CONCLUSIE**

Substitutie van de nazorg voor chronische kankerpatiënten van de tweede naar de eerste lijn lijkt uitvoerbaar en acceptabel. De extra consulttijd voor huisartsen is beperkt, vooral doordat de diagnose bij een meer dan de helft van de patiënten langer dan vijf jaar geleden gesteld is, waardoor zij minder controles en waarschijnlijk ook minder zorg nodig hebben.

Bovendien is een substantieel deel van de chronische kankerpatiënten al in beeld bij de huisarts omdat ze wegens comorbide aandoeningen reeds opgenomen zijn in bestaande zorgprogramma's voor chronische ziekten. Er is aandacht nodig voor het feit dat risicofactoren bij kankerpatiënten slecht zijn geregistreerd.

Twijfel over de extra werklust voor huisartsen zou geen leidende overweging moeten zijn in de substitutie van nazorg voor chronische kankerpatiënten naar de eerste lijn. De discussie moet gaan over de psychologische, financiële en professionele barrières die kunnen ontstaan. ■

## LITERATUUR

- Meulepas JM, Kiemeny LALM. Kanker in Nederland tot 2020: Trends en prognoses. Den Haag: KWF Kankerbestrijding, 2011.
- Knottnerus JA, Wijffels JEAM. Nazorg bij kanker: De rol van de eerste lijn. Den Haag: KWF Kankerbestrijding; 2011.
- Gezondheidsraad. Nacontrole in de oncologie: Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007.
- NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG, 2014.
- Carver JR, Shapiro CL, Ng A, Jacobs L, Schwartz C, Virgo KS, et al. American society of clinical oncology. Clinical evidence review on the ongoing care of adult cancer survivors; cardiac and pulmonary late effects. J Clin Oncol 2007;25:3991-4008.
- Danese MD, O'Malley CD, Lindquist KJ, Gleeson M, Griffiths RI. An observational study of the prevalence and incidence of comorbid conditions in older women with breast cancer. Ann Oncol 2012;23:1756-65.
- Deckx L, Van den Akker M, Metsemakers J, Knottnerus A, Schellevis F, Buntinx F. Chronic diseases among older cancer survivors. J Cancer Epidemiol 2012;article ID 206414.
- Schellevis F. Prominente rol huisarts in de oncologische nazorg. Huisarts Wet 2011;54:612.
- NHG. ICPC: Nieuwe versie oktober 2013 [internet]. Utrecht: NHG, 2014. [https://www.nhg.org/themas/artikelen/icpc\\_geraadpleegd\\_2014](https://www.nhg.org/themas/artikelen/icpc_geraadpleegd_2014).
- Barkhuysen P, De Grauw W, Akkermans R, Donkers J, Schers H, Biermans M. Is the quality of data in an electronic medical record sufficient for assessing the quality of primary care? J Am Med Inform Assoc 2014; 21:692-8.
- Van de Bijl S, Biermans M, Khan N, Akkermans R, Peters, Levelink H, et al. De kwaliteit van de verslaglegging in medische dossiers: Uitbreiding van de EPD-scan. Utrecht: NIVEL, 2013.
- Benson RJ, Burnet NG, Williams MV, Tan LT. An audit of clinic consultation times in a cancer centre: implications for national manpower planning. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2001;13:138-43.
- Grávalos C, Salvador J, Albanell J, Barnadas A, Borrega P, García-Mata J, et al. Functions and workload of medical oncologists in Spain. Clin Transl Oncol 2012;14:423-9.
- Integraal Kankercentrum Nederland. Richtlijnen oncologische zorg [internet]. Utrecht: IKNL; 2014. [www.oncoline.nl\\_geraadpleegd\\_2014](http://www.oncoline.nl_geraadpleegd_2014).
- Van der Wel M, Bakx C, De Grauw W, Van Gerwen W, Mulder J, Van Weel C. The influence of guideline revisions on the process and outcome of hypertension management in general practice: a descriptive study. Eur J Gen Pract 2008;14:47-52.
- De Vegt FD, Van Dijk JAAM, Van de Lisdonk EH, Verbeek ALM. Nacontrole oncologie: grotere rol voor de huisarts. Ned Tijdschr Geneesk 2011;155: A4148.
- Integraal Kankercentrum Nederland. Cijfers over kanker 2014 [internet]. Utrecht: IKNL; 2014. [http://www.cijfersoverkanker.nl\\_geraadpleegd\\_2014](http://www.cijfersoverkanker.nl_geraadpleegd_2014).
- Christensen KG, Fenger-Grøn M, Flarup KR, Vedsted P. Use of general practice, diagnostic investigations and hospital services before and after cancer diagnosis - a population-based nationwide registry study of 127,000 incident adult cancer patients. BMC Health Serv Res 2012;12:224-31.
- Van der Velden L, Schellevis FG. Toekomstige zorg voor patiënten met kanker. Huisarts Wet 2011;54:341.
- Lewis RA, Neal RD, Williams NH, France B, Hendry M, Russell D, et al. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care; systematic review. Br J Gen Pract 2009;59:e234-47.
- Del Giudice ME, Grunfeld E, Harvey BJ, Piliotis E, Verma S. Primary care physicians' views of routine follow-up care of cancer survivors. J Clin Oncol 2009;27:3338-45.
- Potosky AL, Han PKJ, Rowland J, Klabunde CN, Smith T, Aziz N, et al. Differences between primary care physicians' and oncologists' knowledge, attitudes and practices regarding the care of cancer survivors. J Gen Intern Med 2011;26:1403-10.
- Lewis RA, Neal RD, Hendry M, France B, Williams NH, Russell D, et al. Patients' and healthcare professionals' views of cancer follow-up: systematic review. Br J Gen Pract 2009;59:e248-59.
- Geelen E, Krumeich A, Schellevis FG, Van den Akker M. General practitioners' perceptions of their role in cancer follow-up care: a qualitative study in the Netherlands. Eur J Gen Pract 2014;20:17-24.
- Oeffinger KC, McCabe MS. Models for delivering survivorship care. J Clin Oncol 2006;24:5117-24.
- Kendall M, Mason B, Momen N, Barclay S, Munday D, Lovick R, et al. Proactive cancer care in primary care: a mixed-methods study. Fam Pract 2013;30:302-12.
- Rubin G, Berendsen A, Crawford M, Domett R, Earle C, Emery J, et al. The expanding role of primary care in cancer control. Lancet Oncol 2015;16:1231-72.
- Klabunde CN, Han PKJ, Earle, CC, Smith T, Ayanian JZ, Lee R, et al. Physician roles in the cancer-related follow-up care of cancer survivors. Fam Med 2013;45:463-74.
- Laurant MG, Hermens RPMG, Braspenning JCC, Sibbald B, Grol RP. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. BMJ 2004;328:927.
- Harmsen M, Laurant M, Van Achterberg T, Hulscher M, Wensing M, Woltersheim H, et al. Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: Uitkomsten van literatuuronderzoek. Nijmegen: Radboudumc, afdeling Kwaliteit van Zorg, 2009.

## Erratum

In de vorige H&W (november, nr. 11) heeft het artikel van Erik Stolper, Margje van de Wiel en Paul van Royen op pagina 478 per abuis een verkeerde titel gekregen. De juiste titel is: Diagnostisch denken over alledaagse ziekten. Ook in de inhoudsopgave staat deze titel foutief vermeld. Op de website [www.henw.org](http://www.henw.org) is de goede versie van het artikel te vinden. Wij betreuren deze fout.

*Bureau redactie Huisarts en Wetenschap*