

Welke kenmerken van praktijk en patiënt beïnvloeden persoonlijke continuïteit?

Marije te Winkel, Pauline Slottje, Anja de Kruif, Birgit Lissenberg-Witte, Rob van Marum, Henk Schers, et al.

Persoonlijke continuïteit is een kernwaarde van huisartsenzorg die steeds meer onder druk komt te staan. Het doel van dit onderzoek was om met behulp van routinezorggegevens en interviews met huisartsen praktijk- en patiëntkenmerken aan te wijzen die samenhangen met persoonlijke continuïteit. Persoonlijke continuïteit blijkt kleiner naarmate het absolute aantal vaste huisartsen binnen 1 praktijk en het percentage waarneemcontacten groter zijn. Persoonlijke continuïteit neemt toe wanneer een patiënt langer is ingeschreven. Een kleine verandering van een kenmerk blijkt al te kunnen leiden tot grotere persoonlijke continuïteit.

Persoonlijke continuïteit is een kernwaarde van de huisartsenzorg.¹⁻⁵ Deze kernwaarde leidt via herhaalde contacten in de loop van de tijd tot wederzijds vertrouwen en herkenbaarheid tussen patiënten en hun huisarts.⁶ Uit eerder onderzoek is gebleken dat een grotere persoonlijke continuïteit leidt tot een lagere mortaliteit, minder ongeplande opnamen en SEH-bezoeken, een betere arts-patiëntrelatie en een grotere tevredenheid bij de arts en de patiënt.⁷⁻¹⁴

De persoonlijke continuïteit staat onder druk door veranderingen in de maatschappij en de gezondheidszorg. Patiënten en dokters worden steeds mobieler, solopraktijken worden zeldzamer, huisartsen werken vaker parttime en ze organiseren zich in steeds grotere praktijken. Daarnaast hebben patiënten steeds meer behoefte aan keuzevrijheid en snelle toegang tot zorg.^{1,2,5,15}

Om de persoonlijke continuïteit te optimaliseren en waarborgen, is het belangrijk om te achterhalen welke kenmerken met persoonlijke continuïteit samenhangen. Eerder onderzoek naar persoonlijke continuïteit richtte zich op bepaalde specifieke kenmerken. Wij onderzochten verscheidene praktijk- en patiëntkenmerken in onderlinge

samenhang. Om die zo goed mogelijk in kaart te brengen, analyseerden we routinezorggegevens van huisartsenpraktijken, verrijkt met de visies van geselecteerde, geïnterviewde huisartsen.

METHODE

We voerden een *mixed methods*-onderzoek uit, oftewel een complementaire combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Het kwantitatieve deel baseerden we op een analyse van observationele, longitudinale huisartsenzorggegevens uit het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde Amsterdam UMC, locatie VUmc (ANH VUmc). Dit vulden we aan met kwalitatieve informatie afkomstig uit interviews met een doelgerichte steekproef van huisartsen uit 10 van de 48 deelnemende praktijken. We verwachtten dat deze semigestructureerde interviews met huisartsen maximaal aanvullende inzichten zouden geven.

Huisartsenzorggegevens

Om de mate van continuïteit te berekenen gebruikten we alle contacten van 269.478 patiënten die 1) minimaal 1 jaar stonden ingeschreven in 1 van de 48 ANH VUmc-praktijken, en 2) in de periode 2013-2018 minimaal 5 contacten met die praktijk hadden, waarvan minimaal 2 huisartsencontacten. Om de validiteit en robuustheid van onze resultaten te ondersteunen, gebruikten we 4 verschillende berekeningen, die elk een ander aspect van persoonlijke continuïteit van zorg belichten [**kader**].^{16,17}

Dit is een praktijkgerichte bewerking van Te Winkel MT, Slottje P, De Kruif AJTCM, Lissenberg-Witte BI, Van Marum RJ, Schers HJ, et al. General practice and patient characteristics associated with personal continuity: a mixed-methods study. *Br J Gen Pract* 2022;72:e780-9. Publicatie gebeurt met toestemming.

WAT IS BEKEND?

- Grotere persoonlijke continuïteit leidt tot een lagere mortaliteit, minder ongeplande opnamen en SEH-bezoeken, een betere arts-patiëntrelatie en een grotere tevredenheid bij de arts en de patiënt.
- Persoonlijke continuïteit staat onder druk door veranderingen in de maatschappij en de gezondheidszorg.

WAT IS NIEUW?

- Hoe meer huisartsen binnen 1 praktijk, hoe kleiner de persoonlijke continuïteit.
- Hoe hoger het percentage waarneemcontacten, hoe kleiner de persoonlijke continuïteit.
- Hoe langer een patiënt staat ingeschreven, hoe groter de persoonlijke continuïteit.

Deze score gebruikten we vervolgens als uitkomstmaat in multivariate lineaire regressieanalyses om het verband met verschillende kenmerken op praktijk- en patiëntniveau te onderzoeken.

Interviews met huisartsen

Via een doelgerichte steekproef selecteerden we 10 praktijken. Deze hadden het grootste (positieve of negatieve) verschil in continuïteitscore, dat we baseerden op een vergelijking tussen een wiskundig model met voorspelde score en de daadwerkelijke score. Bij alle geselecteerde huisartsenpraktijken was een huisarts bereid om zich te laten interviewen. De interviews hebben we geanonimiseerd thematisch geanalyseerd.

RESULTATEN

Kwantitatief onderzoek

De geïncludeerde 185.215 patiënten hadden van 2013 tot 2018 4.530.304 contacten met hun praktijk, waarvan 2.734.776 met een huisarts. De gemiddelde praktijkgrootte was 4027 patiënten. De patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 40 jaar en 43% was man. De continuïteit was lager in de grote praktijken met > 4000 patiënten.

We constateerden dat de persoonlijke continuïteit afnam naarmate het absolute aantal vaste huisartsen binnen 1 praktijk groter was. De persoonlijke continuïteit daalde eveneens naarmate het percentage contacten door waarnemende huisartsen toenam. We vonden geen relatie tussen continuïteit en de praktijkgrootte, het aantal vaste werkdagen van de vaste huisarts, het aantal vaste huisartsen langer dan 5 jaar in dienst en de status van de praktijk als opleidingspraktijk.

Op patiëntniveau bleek dat bij vrouwelijke patiënten en patiënten van > 65 jaar sprake was van een grotere persoonlijke continuïteit. Het hebben van meerdere chronische ziekten, psychiatrische aandoeningen en kanker hingen samen met een grotere continuïteit, terwijl coronaire hartziekte samenhang met een afgenomen continuïteit. Hoe langer patiënten in

de praktijk ingeschreven stonden, des te groter de continuïteit was. De continuïteit was ook groter naarmate er meer patiënt-huisartscontacten waren. De resultaten van de 4 verschillende continuïteitsmaten kwamen overeen.

Kwalitatief onderzoek

Uit de analyse van de interviewverslagen kwamen 3 overkoepelende hoofdthema's naar voren: de samenstelling van het team, de organisatie van de praktijk en de persoonlijke visie van de huisartsen.

Alle huisartsen vonden een vaste praktijksamenstelling belangrijk voor het waarborgen van de persoonlijke continuïteit. Ook vonden sommige huisartsen het lastig om vaste collega's met voldoende beschikbaarheid te vinden. Daarnaast benadrukten de huisartsen dat het belangrijk was om ook vaste niet-huisarts-collega's, zoals praktijkassistentes, te hebben. Praktijkondersteuners en aiossen zouden de continuïteit kunnen verbeteren, maar hun aanwezigheid kan mogelijk ook ten koste gaan van het contact tussen de vaste huisarts en de patiënt.

Volgens de geïnterviewde huisartsen kunnen praktijken met een kleinere populatie meer continuïteit bieden dan grotere praktijken. Aan de andere kant moeten kleine praktijken dikwijls waarnemers inhuren wanneer de vaste huisarts afwezig is. Grotere praktijken kunnen afwezigheid vaker binnen de praktijk oplossen. Persoonlijke continuïteit kan vergroot worden door een 'duodoktersconstructie'. Dat betekent dat een klein team van 2 tot 3 huisartsen samen zorg draagt voor een groep patiënten. Het instellen van een vast inloopsprekuur en een tijdsefficiënt telefonisch spreekuur zou kunnen leiden tot grotere continuïteit. Ten slotte zou een praktijk een vaste huisarts kunnen toewijzen aan een deel van de populatie met een complexere hulpvraag – de oudere, kwetsbare patiënt. De meeste huisartsen vonden dat continuïteit het werkplezier vergroot. Andere vonden continuïteit niet haalbaar of pleitten

KADER: BEREKENEN PERSOONLIJKE CONTINUÏTEIT
In dit onderzoek gebruikten we 4 verschillende berekeningen om per patiënt de persoonlijke continuïteit te berekenen. Alle berekeningen baseerden we op het aantal contacten tussen de huisarts en de patiënt in een bepaalde periode, ongeacht het aantal contacten met andere praktijkmedewerkers. Een voorbeeld van een berekening is de *usual provider continuity* [UPC]-index: het aantal contacten met de eigen huisarts gedeeld door het totale aantal contacten met een huisarts. De verschillen tussen deze berekeningen worden beïnvloed door: 1] de verdeelsleutel van de contacten tussen de huisartsen; 2] het aantal huisartsen per patiënt; 3] de weging van contacten met een niet-vaste huisarts; en 4] de mate van continuïteit bij patiënten met weinig contacten. Alle uitkomsten van de berekeningen liggen tussen de 0 en 1 per patiënt.

voor een andere invulling (bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat er binnen de praktijk altijd een huisarts beschikbaar is).

BESCHOUWING

Uit dit onderzoek komt naar voren dat persoonlijke continuïteit samenhangt met het absolute aantal vaste huisartsen binnen 1 praktijk en het percentage contacten door waarnemers. De status van opleidingspraktijk en de praktijkgrootte hingen niet samen met continuïteit. Op patiëntniveau hield continuïteit verband met inschrijfduur, leeftijd en geslacht. Deze bevindingen zijn dosisafhankelijk, wat betekent dat een kleine verandering van het betreffende kenmerk al kan leiden tot vergroting van de persoonlijke continuïteit.

Deze bevindingen werden aangevuld met de 3 hoofdthema's uit de huisartseninterviews: de teamsamenstelling, praktijkorganisatie en persoonlijke visie. Volgens de geïnterviewde huisartsen wordt continuïteit bevorderd door te werken in een klein, stabiel en vertrouwd team van 2 tot 3 huisartsen die bij afwezigheid voor elkaar waarnemen. Deze 'duodokters' dragen samen de verantwoordelijkheid voor hun patiëntengroep, ook binnen een grotere praktijk. Gedeeltelijke vervanging van tijdrovende face-to-faceconsulten door efficiënte telefoontjes kan de continuïteit ook verbeteren. Ten slotte adviseerden sommige huisartsen om proactief 1 (of 2) vaste huisarts(en) aan te wijzen bij oudere patiënten met veel chronische aandoeningen. Een belangrijk sterk punt van dit onderzoek is de combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden, ofwel een grote dataset met routinezorggegevens, aangevuld met informatie uit semigestructureerde interviews met huisartsen. Daarnaast gebruikten we 4 verschillende manieren om de con-

tinuïteit te berekenen. De mate van continuïteit was vergelijkbaar met wat eerdere eerstelijns onderzoeken vonden.^{18,19} Een beperking van dit onderzoek is dat alle 48 huisartsenpraktijken zich in een stedelijke omgeving bevonden: Haarlem en Amsterdam en omstreken. Ook bekeken we alleen de contacten tussen huisartsen en patiënten. Praktijkondersteuners en aiossen kunnen hun patiënten wellicht ook persoonlijke continuïteit bieden. Ook de visie van de patiënten op continuïteit hebben we in dit onderzoek niet meegenomen.

Praktijkgrootte hing in eerdere onderzoeken samen met persoonlijke continuïteit (hoe groter de praktijk, hoe kleiner de continuïteit).^{20,21} Wij vonden geen direct verband tussen praktijkgrootte en continuïteit, maar wel een indirect verband, namelijk tussen het aantal vaste huisartsen en continuïteit (hoe meer huisartsen, hoe kleiner de continuïteit). Grotere praktijken hebben over het algemeen meer huisartsen. Net als bij 'praktijkgrootte', vallen de kenmerken 'aantal jaren huisarts' en 'aantal vaste werkdagen' mogelijk onder hetzelfde construct als 'aantal huisartsen'.

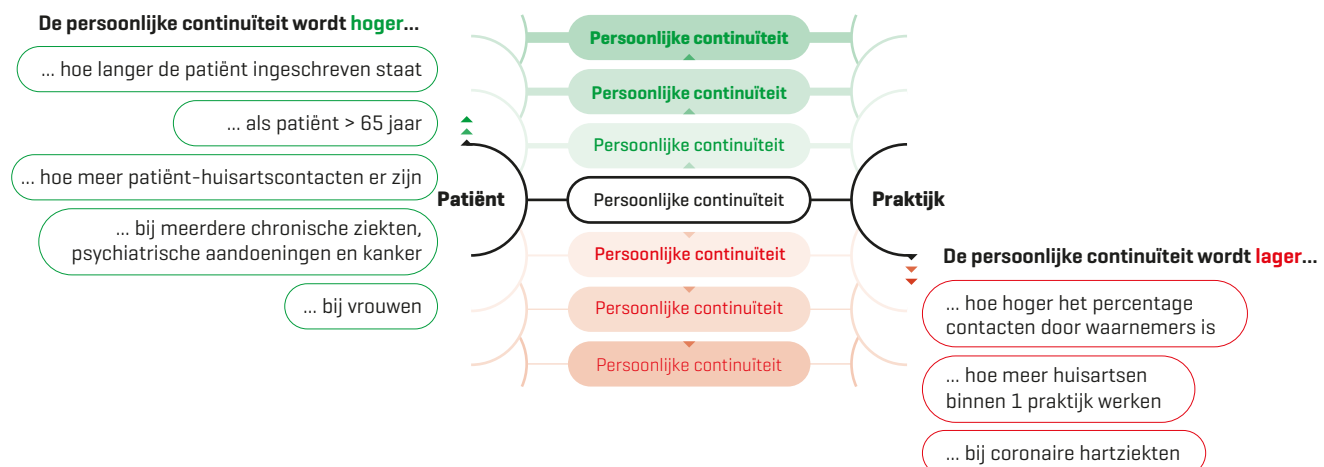
In onze jonge populatie vinden we een verband tussen continuïteit en patiënten met een oudere leeftijd en het vrouwelijke geslacht. Dat ouderen en jongere vrouwen een relatief grotere persoonlijke continuïteit hebben, komt overeen met bevindingen uit eerdere onderzoeken.^{18,20} Een verklaring hiervan vraagt om aanvullend onderzoek. Patiënten die langer ingeschreven staan, hebben een grotere continuïteit. Ook dit komt overeen met resultaten uit eerder onderzoek.²²

CONCLUSIE

De conclusies staan in de [infographic]. ■


Infographic

De conclusies van dit onderzoek.



Tips van de huisartsen


Werken in kleine, vaste teams met 2 tot 3 huisartsen


Meer efficiëntere telefonische consulten


Proactief vaste huisarts(en) aanwijzen bij kwetsbare ouderen

LITERATUUR

1. Guthrie B, Saultz JW, Freeman GK, Haggerty JL. Continuity of care matters. *BMJ* 2008;337:a867.
2. Stokes T, Tarrant C, Mainous AG 3rd, Schers H, Freeman G, Baker R. Continuity of care: is the personal doctor still important? A survey of general practitioners and family physicians in England and Wales, the United States, and the Netherlands. *Ann Fam Med* 2005;3:353-9.
3. Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract* 2003;20:623-7.
4. Van der Horst HE, Dijkstra R. Woudschoten 2019. *Huisarts Wet* 2019;62:19-22.
5. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327:1219-21.
6. Starfield B, Horder J. Interpersonal continuity: old and new perspectives. *Br J Gen Pract* 2007;57:527-9.
7. Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen B. Attachment in the doctor-patient relationship in general practice: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 2010;28:185-90.
8. Ridd M, Shaw A, Salisbury C. 'Two sides of the coin' – the value of personal continuity to GPs: a qualitative interview study. *Fam Pract* 2006;23:461-8.
9. Kohnke H, Zielinski A. Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a population-based cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care* 2017;35:113-9.
10. Ridd MJ, Ferreira DLS, Montgomery AA, Salisbury C, Hamilton W. Patient-doctor continuity and diagnosis of cancer: electronic medical records study in general practice. *Br J Gen Pract* 2015;65:e305-11.
11. Raivio R, Jaaskelainen J, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Fam Pract* 2014;15:98.
12. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ* 2017;356:j84.
13. Leleu H, Minvielle E. Relationship between longitudinal continuity of primary care and likelihood of death: analysis of national insurance data. *PLoS One* 2013;8:e71669.
14. Maarsingh OR, Henry Y, Van de Ven PM, Deeg DJ. Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2016;66:e531-9.
15. Versteeg S, Vis E, Van der Velden L, Batenburg R. De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018: en een vergelijking met 2013. Utrecht: Nivel, 2018.
16. Jee SH, Cabana MD. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev* 2006;63:158-88.
17. Schloss PD. Identifying and overcoming threats to reproducibility, replicability, robustness, and generalizability in microbiome research. *mBio* 2018;9:e00525-18.
18. Coma E, Mora N, Peremiquel-Trillas P, Benítez M, Méndez L, Mercadé A, et al. Influence of organization and demographic characteristics of primary care practices on continuity of care: analysis of a retrospective cohort from 287 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Fam Pract* 2021;22:56.
19. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Bruno R, Chung Y, Phillips RL Jr. Higher primary care physician continuity is associated with lower costs and hospitalizations. *Ann Fam Med* 2018;16:492-7.
20. Guthrie B. Continuity in UK general practice: a multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor. *Fam Pract* 2002;19:496-9.
21. Palmer W, Hemmings N, Rosen R, Keeble E, Williams S, Paddison C, et al. Improving access and continuity in general practice: practical and policy lessons. [Online pdf]. 2018. Beschikbaar via: nuffieldtrust.org.uk. Geraadpleegd op 15 september 2022.
22. Kristjansson E, Hogg W, Dahrouge S, Tuna M, Mayo-Bruinsma L, Gebremichael G. Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors. *BMC Fam Pract* 2013;14:72.

Te Winkel MT, Slottje P, De Kruif AJTCM, Lissenberg-Witte BI, Van Marum RJ, Schers HJ, Uijen AA, Bont J, Maarsingh O. Welke kenmerken van praktijk en patiënt beïnvloeden persoonlijke continuïteit? *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2244-5.

Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: M.T. te Winkel, onderzoeker, m.tewinkel@amsterdam-umc.nl; dr. P. Slottje, senior onderzoeker; dr. J. Bont, docent; dr. O.R. Maarsingh, universitair hoofddocent. Afdeling Epidemiologie en Biowetenschappen: dr. A.J.T.C.M. de Kruif, senior onderzoeker. Afdeling Epidemiologie en Biostatistiek: B.I. Lissenberg-Witte, senior onderzoeker. Afdeling Geriatrie: dr. R.J. van Marum, docent. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: dr. H.J. Schers, docent; dr. A.A. Uijen, senior onderzoeker.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.