

Persoonlijke continuïteit in de huisartsenpraktijk in de context van de 21ste eeuw

George Freeman

In deze vijfde Huygenlezing wil ik vertellen hoe het komt dat persoonlijke continuïteit als een hoeksteen van de huisartsgeneeskunde wordt gezien. Is er wel enig bewijs voor het belang van continuïteit of is het alleen geloof? Vervolgens kijk ik naar de bedreigingen voor het voortbestaan van persoonlijke continuïteit en ten slotte doe ik een aantal suggesties voor verder onderzoek.

Problemen?

Het persoonlijk dokteren, de persoonlijke continuïteit, is tegenwoordig niet vanzelfsprekend meer. Persoonlijke continuïteit in de zorg neemt in Engeland vanwege een aantal oorzaken sterk af, maar wellicht is dat in Nederland nog niet zo. Het bewijs voor het effect van persoonlijke continuïteit is lang niet zo sterk als we denken en bovendien belemmeren allerlei andere prioriteiten bij huisartsen en patiënten het voortbestaan ervan.

Laat ik beginnen bij de definitie. Te vaak hebben onderzoekers niet duidelijk beschreven wat ze onder continuïteit verstaan, zelfs niet nadat Barbara Starfield in 1980 in *The American Journal of Public Health* een commentaar schreef met de titel 'Continuous confusion'.¹ Ik gebruik de definitie van Jeannie Haggerty uit 2003: 'personal continuity, also known as relational continuity is an ongoing therapeutic relationship between a patient and one or more practitioners'.² Een dergelijke relatie betekent dus meer dan alleen maar steeds dezelfde dokter zien.

Tegenwoordig is het zien van telkens dezelfde dokter een probleem. In 1978 bezocht ik Nederland voor het eerst en in tegenstelling tot Engeland werkten hier vrijwel alle huisartsen alleen. Bij ons neemt de grootte van de groepspraktijken nog altijd toe. In een van mijn laatste onderzoeken had de grootste praktijk zelfs 30.000 patiënten. Zowel in Engeland als Nederland neemt het parttime werken toe, maar in Engeland valt deze verandering samen met weinig doordachte overheidsmaatregelen die de inschrijving van patiënten bij individuele huisartsen onmogelijk maken. Patiënten moeten zich inschrijven bij praktijken of teams, die wel uit 10 huisartsen en 6 praktijkverpleegkundigen kunnen bestaan. Desondanks vinden ook wij, Engelse huisartsen, persoonlijke continuïteit nog steeds een van de hoekstenen van ons vak.

Auteursgegevens

George Freeman, Professor Emeritus of general Practice, Department of Primary Care & Social Medicine, Imperial College London Charing Cross Campus, The Reynolds Building, St Dunstan's Road, London W6 8RP.

Wie zegt dat persoonlijke continuïteit een hoeksteen is?

Leiders en gelovigen

De basis van de huisartsgeneeskunde is in de jaren vijftig van de vorige eeuw gelegd. Frans Huygen stak destijds zelfs boven alle andere inspirerende huisartsen uit. Hij was net zo goed kunstenaar als huisarts en onderzoeker. Hij was een van de eerste in de generatie van hoogleraren huisartsgeneeskunde die eerst huisarts waren en pas later onderzoeker werden. De meesten van hen bleven altijd in hun eigen praktijk werken en hadden weinig of geen training in het doen van onderzoek. Ik vond het verrassend om in het proefschrift van Henk Schers te lezen dan Frans Huygen een van de twee mannen was achter de omschrijving van huisartsgeneeskunde tijdens de Woudschotenconferentie in 1959: 'Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen'.³ Let op het woord 'vertrouwen'!

Ian McWhinney leverde ook een belangrijke bijdrage aan de theorievorming in de huisartsgeneeskunde. Hij ontwikkelde en leidde in Canada een befaamde academische onderzoeksgroep met een onderzoeksprogramma dat zich vooral richtte op persoonlijke zorg en patiëntgerichte zorg.⁴ In 1969 schreef hij dat voor een huisarts 'the relationship with patients is continuous and transcends the individual episodes of illness'.⁵

Denis Pereira Gray schreef in 1979 over 'the key to personal care'.⁶ Maar toen hij hier in 1999 de vierde Huygenlezing uitsprak, moest hij toegeven dat zijn solopraktijk van destijds was uitgegroeid tot een team van 30 professionals. Terwijl zijn praktijk groeide en hij

Huygenlezing

Prof.dr. Frans Huygen (1917-1998) was een van de grondleggers van de moderne huisartsgeneeskunde, niet alleen in Nederland maar wereldwijd. Zijn promovendi organiseren af en toe speciale voordrachten over de huisartsgeneeskunde. De eerste lezing – over het NHG en de huisartsgeneeskunde – werd door Vic Tielens in 1992 uitgesproken bij zijn afscheid als voorzitter van het NHG; Ruut de Melker hield de tweede lezing in 1993 over het belang van onderzoek naar kleine kwalen, Wil van den Bosch hield bij zijn oratie in 1999 de derde lezing over gezinsgeneeskunde, Denis Pereira Gray, een van de grondleggers van de Engelse huisartsgeneeskunde, hield in 2001 de vierde lezing over academisering. George Freeman, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de University of London hield op 17 november 2004 de vijfde. We publiceren hier een bewerkte, vertaalde versie van zijn lezing.



Frans Huygen aan het tekenen in de Provence

vanwege zijn universitaire verplichtingen steeds vaker weg was, onderzocht zijn team wat er gebeurde met de continuïteit in zijn praktijk. Jonge mannen die werkeloos waren of uit de lagere sociale klassen kwamen, zagen het minst vaak dezelfde huisarts.⁷

John Horder heeft mij altijd geïnspireerd; hij stuurde me een felicitatie toen mijn eerste artikel over continuïteit in de *BMJ* verscheen.⁸ Hij schreef: 'dit bewijst wat ik altijd al geloofde'. Dat zegt vooral iets over auteurs over continuïteit; we zijn een verzameling gelovigen die voor de al bekeerden prediken.

Onderzoekers en bewijs

De vroege fase van ideeënvorming werd gevolgd door een periode met meer en echt onderzoek.

Per Hjortdahl, hoogleraar huisartsgeneeskunde in Oslo, is nu een van de meest geciteerde auteurs over continuïteit. Hij verrichtte in Noorwegen een uitstekend opgezet en uitgevoerd dwarsdoorsnedenonderzoek waarin hij vragenlijsten zond over een consult aan een landelijke steekproef van patiënten en huisartsen. Hij vroeg naar hun opvattingen, maar ook naar de inspanningen om tot persoonlijke zorg te komen en naar het effect. Patiënttevredenheid was sterker gerelateerd aan de duur van de relatie dan aan de intensiteit, maar nog sterker was de relatie tussen tevredenheid en het gevoel dat de huisarts verantwoordelijk was voor

alle gezondheidsproblemen. Er was dus een gevoel van een veelomvattende verantwoordelijkheid; persoonlijk dokteren resulteerde in minder aanvullend onderzoek, kortere consulten en vaker een afwachtend beleid, maar ook in meer geneesmiddelenvoorschriften, verwijzingen en verklaringen voor werkverzuim.⁹⁻¹⁴ Moira Stewart is als opvolger van McWhinney nu de leider van de onderzoeksgroep in London Ontario. Ze onderzoekt het belang van persoonlijke zorg en patiëntgerichtheid in de geneeskunde en kijkt vooral naar de manier waarop dat werkt. Haar werk is overtuigend en bevat een sterk kwalitatief element met het doel de meer persoonlijke aspecten van zorg te onderzoeken.¹⁵ Maar ook zij laat zich soms meeslepen en is soms te enthousiast. In een recent commentaar over continuïteit van zorg benadrukte ze de effecten van persoonlijke continuïteit op harde uitkomsten wel erg sterk, terwijl ze terecht het belang van de therapeutische relatie benadrukte.¹⁶

Barbara Starfield en Jeannie Haggerty zijn geen huisartsen maar epidemiologen. Starfield is vooral bekend vanwege haar elegante onderzoek waarmee zij aantoont dat de eerstelijnsgezondheidszorg bij uitstek kosteneffectief is, vooral in die systemen waarbij patiënten een vaste arts hebben.¹⁷ Haggerty onderscheidt in con-

tinuïteit twee aspecten: de zorg voor een individu en de zorg gedurende langere tijd. Ze beschrijft drie typen continuïteit: continuïteit van informatie, continuïteit als een eenduidig en samenhangend beleid en persoonlijke/relationele continuïteit.² Onderzoekers uit de VS dragen flink bij aan de literatuur over continuïteit, deels omdat continuïteit in hun op de markt gerichte gezondheidssysteem niet vanzelfsprekend is.¹⁸⁻²²

Het lijkt tevens dat de cruciale positie van de huisarts als 'expert-generalist' nog eens onderstreept moet worden. Starfield benadrukte onlangs nog het belang van comorbiditeit in de eerste lijnszorg. Comorbiditeit bij een patiënt kan betrekking hebben op andere diagnoses, maar ook op allerlei ongedifferentieerde gevoelens, symptomen en stress.²³ Juist persoonlijke continuïteit is dan nodig om fragmentatie van beleid te voorkomen.

Het meten van de effecten van persoonlijke continuïteit is een bijzondere uitdaging. Het is natuurlijk plezierig om betere, harde uitkomsten te vinden, maar de huisartsgeneeskunde gaat vooral ook over het vinden van een antwoord op ongedifferentieerde *distress* en over de zorg die daarbij komt kijken. John Howie's *patient enablement index* (PEI) is een belangrijke stap voorwaarts op dit terrein. Simpel gezegd meet de PEI of patiënten zich beter voelen en meer controle hebben over zichzelf en hun leven na een consult met een hulpverlener. De PEI is hoger na langere consulten en als patiënten een dokter zien die ze goed kennen. Het kennen van de dokter is een simpele benadering van het begrip persoonlijke continuïteit.²⁴

En tot slot, in Nederland is het programma van Wil van den Bosch in Nijmegen vooral gericht op de bijdrage van informatietechnologie aan continuïteit van zorg. Henk Schers beschrijft in zijn proefschrift deze relatie tussen persoonlijke continuïteit en continuïteit van informatie.³ Volgens hem zouden we gek zijn als we persoonlijke continuïteit niet zouden koesteren en lopen we het gevaar iets op te geven waar we later spijt van zullen krijgen.

Bedreigingen

Het bewijs voor het nut van persoonlijke continuïteit lijkt wel goed als je daarvan al overtuigd bent, maar lijkt veel minder sterk als je sceptisch bent of andere prioriteiten hebt. Maatschappij, patiënten en zorg veranderen. Patiënten worden consumenten en willen een snelle toegang tot zorg en misschien verliezen we als dokters ook wel het vertrouwen.

Veranderingen in de maatschappij

Nadruk op snelle toegang is nadelig voor continuïteit

De moderne kijk op de geneeskunde is meer instrumenteel en onthecht – totdat mensen serieus ziek worden. De mogelijkheid tot kiezen is een kenmerk van de moderne maatschappij. Keuze-mogelijkheden krijgen veel politieke aandacht in Engeland. Maar keuzen staan nooit op zichzelf. Patiënten kunnen vele tegenstrijdige prioriteiten hebben en de keus naar welke dokter te gaan is er maar een van de vele. Er is veel (onderzoeks)interesse in de afweging van prioriteiten bijvoorbeeld die tussen het hebben van een persoonlijke dokter en een snelle toegang tot de zorg. Prak-

tijken worden in Engeland beloond voor een snelle toegang: € 6000 per jaar als er een gegarandeerde toegang binnen 48 uur is. De banen van de praktijkmanagers kunnen afgerekend worden op het behalen van deze doelen, maar er zijn geen doelen (en beloningen!) voor het bereiken van persoonlijke continuïteit.

Vorige zomer publiceerden we een artikel over kwalitatief onderzoek dat aantoonde dat patiënten leden onder minder persoonlijke continuïteit.²⁶ Samen met een aantal studenten onderzocht ik daarna 600 patiënten in 6 Londense praktijken. We observeerden ook receptionisten bij het maken van meer dan 200 afspraken. De praktijken bleken de keus van de patiënt voor een bepaalde huisarts sterk te belemmeren door te voorkomen dat mensen afspraken op wat langere termijn maakten. Tegelijkertijd bleken patiënten niet meer om persoonlijke zorg te vragen omdat ze die toch niet kregen. De receptionisten gaven vooral prioriteit aan het halen van de toegangstermijn (artikelen zijn in voorbereiding). In een ander onderzoek dat nog niet gepubliceerd is, vroeg slechts 25% van de patiënten in een groepspraktijk om een specifieke huisarts.

Vertrouwen

Ik wil nog even terugkomen op het begrip 'vertrouwen'. In 1959 spraken Huygen en zijn collega's over patiënten die zich aan de zorg van de huisarts toevertrouwden. Vertrouwen krijgt de laatste paar jaar meer aandacht, misschien omdat vertrouwen niet meer vanzelfsprekend is. Het publiek blijkt dokters – als groep – sterk te vertrouwen, veel en veel meer dan politici en journalisten, maar verschillende voorbeelden van disfunctionerende dokters haalden de afgelopen jaren de krantenkoppen. Managers en politici hebben ook makkelijk kunnen wijzen op de onverklaarbare variatie in handelen van hulpverleners. Ze dringen ook voortdurend aan op regulatie door middel van het afdwingen van het volgen van richtlijnen. Uitsluitend vertrouwen op het professioneel handelen lijkt steeds meer op de achtergrond te raken.

Het vertrouwen van patiënten in individuele artsen is een belangrijk onderzoeksonderwerp en is mogelijk zelfs relevanter voor de arts-patiëntrelatie dan patiënttevredenheid. Partnerschap tussen patiënten en huisartsen is een concept dat door professionals is ontwikkeld en snel is opgepakt door politici in het Verenigd Koninkrijk. Het staat zelfs prominent in het huidige NHS-plan.²⁷ Misschien wordt er ook wel te veel van verwacht, want in werkelijkheid vinden patiënten het concept 'partnerschap' maar vreemd. Bij partnerschap denken ze vooral aan een zakelijke relatie of zoals een 78-jarige dame me vertelde: 'you mean go out and have a drink together or something?' Patiënten benadrukken vaak de ongelijke machtsverhouding en zeiden niet in te zien dat dit ooit anders zou kunnen zijn (persoonlijke mededeling Josip Car). De relatie tussen persoonlijke continuïteit en macht verdient meer onderzoek. Op het eerste gezicht lijkt het paradoxaal: een patiënt die zijn dokter kent en vertrouwt, is mogelijk zekerder in het contact en assertiever. Maar, als een patiënt slechts één dokter ziet – in een exclusieve verhouding – dan mist hij de mogelijkheid om artsen te vergelijken en ook om kritiek te hebben. In mijn eigen onderzoek bleek dat patiënten die gedwongen waren

om slechts één huisarts te zien, erg tevreden waren, maar ook erg weinig kritisch²⁸ en dat bovendien de zorg voor hun epilepsie slechter was.²⁹ Ik denk dat patiënten meer invloed kunnen hebben als de therapeutische relatie gebaseerd is op een echte keuze voor deze of gene huisarts.

Veranderingen in de professionele context

Ook onze eigen professionele context verandert. In het Verenigd Koninkrijk zien we een hernieuwde belangstelling voor specialisatie binnen de huisartsgeneeskunde. Deels wordt dat veroorzaakt door professionele onderhandelaars die manieren zoeken om extra geld van de NHS te krijgen en door de overheid die denkt dat er geld te besparen valt door zorg over te hevelen van de specialisten naar de huisartsen. Er ontstaat nu een aparte categorie huisartsen met speciale belangstelling die in staat zijn extra beloningen te verwerven. Subspecialisatie is een bedreiging voor persoonlijke continuïteit omdat patiënten nu eenmaal zo veel comorbiditeit meebrengen. Deze ontwikkeling is erg zorgwekkend geworden nu specialisatie wel extra geld krijgt en generalisme niet. Hoewel er terecht belangstelling is voor verbetering van de 'technische zorg', ligt het grootste deel van de taak van de huisarts in de zorg bij ongerustheid en distress en in het geven van een betekenis aan symptomen. Het concept van de expert-generalist is moeilijk te verkopen aan politici; het meetbare wint het van het belangrijke.

Een van de belangrijkste factoren in de veranderingen van persoonlijke continuïteit zijn we zelf, de professionals. Waar halen wij onze voldoening vandaan? Ik heb al opgemerkt dat het bij persoonlijke continuïteit niet uitsluitend om het zien van dezelfde dokter gaat, maar dat patiënten willen kiezen. In Engeland zijn de populaire huisartsen lang van te voren volgeboekt. In de meeste groepspraktijken proberen huisartsen hun werklast gelijk te verdelen, dus als je eigen huisarts is volgeboekt dan moet je als patiënt wachten of een andere dokter zien. Hier komen ook onze eigen keuzen om de hoek kijken: waar vinden we een evenwicht tussen werk en eigen leven? Ook kan een speciaal aandachtsveld meer professionele voldoening geven en dus meer prioriteit. We moeten ons afvragen of we werkelijk zo veel prioriteit aan patiëntgerichtheid geven als we wel zouden willen. Gebrek aan patiëntgerichtheid kan betekenen dat we minder waarde hechten aan therapeutische relaties, aan betrokkenheid.

Patiënten kunnen ook alleen een zinvolle, geïnformeerde keus maken als ze ervaringen hebben met verschillende hulpverleners ofwel persoonlijk ofwel door gemeenschappelijke ervaringen van familie of vrienden. Een van Henk Schers' conclusies is dat teams niet te groot moeten zijn, zodat patiënten beredeneerd kunnen kiezen zonder in verwarring te raken.³ Tot nu toe is er maar weinig bewijs voor de optimale grootte en werkwijze van teams in relatie met continuïteit.

Persoonlijke continuïteit is vaak geen prioriteit

Hoewel niemand iets tegen persoonlijke continuïteit heeft, lijkt deze dus in de 21ste eeuw langzaam naar de achtergrond te ver-

dwijnen. In Engeland vormen de eisen voor een snelle toegang een serieuze bedreiging, vooral vanwege het enthousiasme van onze receptionisten om aan de normen te voldoen. Patiënten lijken zich al te snel aan deze eisen aan te passen, misschien omdat ze persoonlijke continuïteit niet belangrijk vinden of omdat ze zich machteloos voelen.

Hoe nu verder?

We zouden opnieuw moeten proberen om de kosten vast te stellen als patiënten veel verschillende dokters zien. Ik ben mij er goed van bewust dat patiënten in mijn eigen grote praktijk 'heen en weer drijven' met niet goed uitgevraagde en onopgeloste problemen; Pereira Gray duidde dit verschijnsel aan als *collusion of anonymity*.⁶ Een extreem voorbeeld: een Koerdisch gezin komt op het spreekuur: vader, moeder en hun aardige achttienjarige zoon, die prima vertaalde. Langzaam werd het me duidelijk dat de moeder allerlei symptomen van een depressie en rouw en bovendien veel lichamelijke klachten had. Toevallig leidde de medisch student die bij mij in de praktijk was het gesprek zodat ik intussen in de gegevens kon terugkijken. Ik vond in het afgelopen jaar niet minder dan zes consulten met dezelfde klachten met zes verschillende huisartsen. Dat ontlokte me de opmerking tegen de zoon: 'if only you were to see the same doctor each time!' Waarop hij antwoordde: 'if only we could – how do you do it?'

De staf en vooral receptionisten vervullen een sleutelrol in grote groepspraktijken. Kleinschalig onderzoek en gevalsbeschrijvingen suggereren dat de staf een grote rol speelt in het realiseren of het tegenwerken van de keus van een patiënt voor een bepaalde dokter. We zouden meer moeten weten van de wensen van patiënten. Weliswaar weten we iets uit ons onderzoek in Leicester,^{26,30} maar ik zou zo graag een idee uitvoeren dat ik al jaren heb en dat onlangs ook eens door Moira Stewart is geopperd: volg nieuwe patiënten in een groepspraktijk gedurende een paar jaar en kijk hoe ze erin slagen (of falen) om relaties aan te knopen met dokters en andere hulpverleners in de praktijk.¹⁶

Maar hoe moeten we intussen verder, wachtend op nieuw en beter bewijs? Ik denk daar niet veel anders over dan toen ik in 1987 samen met Per Hjortdahl een commentaar in de BMJ schreef.³¹ Patiënten moeten de keus hebben om al dan niet te kiezen voor persoonlijke continuïteit. Het is niet aan ons, professionals, om hen een therapeutische relatie op te leggen. Daarom moeten we ons systeem zo organiseren en onszelf en onze staf zodanig trainen dat patiënten ook echt kunnen kiezen.

Verder zouden we eens af moeten stappen van de dwangbuis van het directe contact in de spreekkamer. Zowel huisartsen als patiënten leiden een druk leven; e-mail biedt het voordeel dat er geen gelijktijdig contact hoeft te zijn. Als dit wel nodig is, is dit misschien eenvoudiger via de telefoon te realiseren dan op het spreekuur. David Mechanic verwoordde dit pas prachtig in de BMJ.³²

Beide punten raken het fundamentele probleem van de moeilijke keus tussen een snelle toegang en een persoonlijke dokter. Op korte termijn betekent het dat er net zo veel aandacht moet zijn

bij het opzetten van systemen en beloningen voor persoonlijke continuïteit als voor een snelle toegang.

Conclusie

Waarom maken we ons eigenlijk zo druk? Misschien wel om twee redenen: allereerst bestaat ons werk ook tegenwoordig minstens zoveel uit zorgen als uit genezen. De therapeutische relatie speelt daarbij een belangrijke rol. Weliswaar is dat niet altijd goed te meten, maar onze discipline moet dat toch proberen [zie ook artikel van Van Os, pagina 95, en commentaar Lucassen en Van Weel, pagina 94, redactie]. Maar nog belangrijker, we moeten er altijd voor waken om alles voetstoots voor waar aan te nemen en beseffen dat persoonlijke continuïteit alleen een middel is en geen doel op zich. Ons doel is dat mensen zich beter voelen. De ervaring van de patiënt is de uiteindelijke toetssteen.

Om kort te gaan: ja, persoonlijke continuïteit is een van de hoekstenen van ons vak, maar continuïteit staat onder druk. We zijn zelf deel van deze veranderende context en moeten ons niet verschuilen achter factoren die we blijkbaar niet kunnen beïnvloeden. Zelf zijn we ook ambivalent en soms hebben we tegenstrijdige belangen. Om ons geloof in overeenstemming te brengen met de realiteit moeten we vertrouwen in onze rol als expert-generalisten en dat betekent zorg én continuïteit. Alleen op die manier kunnen we de ervaring van patiënten met continuïteit verbeteren. En de beste manier om continuïteit te bewaren is om in praktijk te brengen wat we prediken, terwijl we intussen proberen uit te zoeken hoe dat het beste kan. Dus: 'use it, or lose it'.

Wat zou Frans Huygen nu vinden van onze dilemma's? Misschien zou hij eerst lachen en ons uitnodigen voor een goed glas wijn afkomstig uit zijn wijnkelder. Daarna zou hij een serieus gesprek beginnen. En als we hem even op de hoogte zouden brengen van de huidige context zou hij vast opnieuw een stimulerende collega zijn die ons erbij zou helpen de beste weg te vinden voor onze discipline. Gelukkig heeft hij een uitstekend instituut achtergelaten met goed multidisciplinair onderzoek en twee huisartsen die onderzoek naar continuïteit van zorg zullen voortzetten.

Literatuur

- 1 Starfield B. Continuous confusion? *Am J Public Health* 1980;70:117-9.
- 2 Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review: a synthesis of the concept of 'continuity of care' in the health and policy literature. *BMJ* 2003;327:1219-21.
- 3 Schers HJ. Continuity of care in general practice: exploring the balance between personal and informational continuity. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen. Wageningen: Ponsen & Looijen, 2004.
- 4 McWhinney IR. Being a general practitioner: what it means. *Eur J Gen Pract* 2000;6:135-9.
- 5 McWhinney IR. The foundations of Family Medicine. *Can Fam Physician* 1969;15:13-27.
- 6 Gray DP. The key to personal care. *J R Coll Gen Pract* 1979;29:666-78.
- 7 Sweeney KG, Pereira Gray D. Patients who do not receive continuity of care from their general practitioner – are they a vulnerable group? *Br J Gen Pract* 1995;45:133-5.
- 8 Ettlinger PRA, Freeman GK. General Practice compliance study: is it worth being a personal doctor? *Br Med J* 1981;282:1192-4.
- 9 Hjortdahl P. General practice and continuity of care: organisational aspects. *Fam Pract* 1989;6:292-8.
- 10 Hjortdahl P. Ideology and reality of continuity of care. *Fam Medicine* 1990;22:361-4.
- 11 Hjortdahl P. The influence of general practitioners' knowledge about their patients on the clinical decision-making process. *Scand J Prim Health Care* 1992;10:290-4.
- 12 Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991;303:1181-4.
- 13 Hjortdahl P. Continuity of care: General practitioners' knowledge about and sense of responsibility towards their patients. *Fam Pract* 1992;9:3-8.
- 14 Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992;304:1287-90.
- 15 Stewart M, Belle Brown J, Wayne Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, editors. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2nd ed. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2003.
- 16 Stewart M. Continuity, care, and commitment: the course of patient-clinician relationships. *Ann Fam Med* 2004;2:388-90.
- 17 Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press, 1998.
- 18 Mainous AG 3rd, Goodwin MA, Stange KC. Patient-physician shared experiences and value patients place on continuity of care. *Ann Fam Med* 2004;2:452-4.
- 19 Mainous AG 3rd, Baker R, Love MM, Pereira Gray DJ, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Fam Med* 2001;33:22-7.
- 20 Christakis DA, Wright JA, Koepsell TD, Emerson S, Connell FA. Is greater continuity of care associated with less emergency department utilization? *Pediatrics* 1999;103:738-42.
- 21 Saultz JW. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *Ann Fam Med* 2003;1:134-43.
- 22 Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med* 2004;2:445-51.
- 23 Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Ann Fam Med* 2003;1:8-14.
- 24 Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross-sectional survey. *BMJ* 1999;319:736-43.
- 25 Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract* 2001;51:712-8.
- 26 Windridge K, Tarrant C, Freeman GK, Baker R, Boulton M, Low J. Problems with a 'target' approach to access in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2004;54:364-6.
- 27 Secretary of State for Health. The NHS Plan. London: Stationery Office, 2000.
- 28 Freeman GK, Richards SC. Is personal continuity of care compatible with free choice of doctor? Patients' views on seeing the same doctor. *Br J Gen Pract* 1993;43:493-7.
- 29 Freeman GK, Richards SC. Personal continuity and the care of patients with epilepsy in general practice. *Br J Gen Pract* 1994;44:395-9.
- 30 Tarrant C, Windridge K, Boulton B, Freeman G, Baker R. 'He treats you as a person not just like a number': A qualitative study of the meaning of personal care in general practice. *BMJ* 2003;326:1310-2.
- 31 Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997;314:1870-3.
- 32 Mechanic D. How should hamsters run? Some observations about sufficient patient time in primary care. *BMJ* 2001;323:266-8.