

Morten Eriksen og Jakob Kjellberg

# Nedbringelse af udeblivelser i sundhedsvæsenet

- internationalt litteraturstudie

R

K

O

K

A

O

R

*"Nedbringelse af udeblivelser i sundhedsvæsenet"* kan downloades fra hjemmesiden [www.kora.dk](http://www.kora.dk).

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

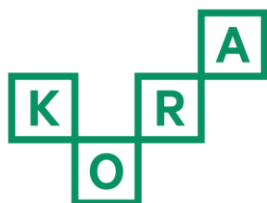
ISBN: 978-87-7509-620-6

10659

August 2013

**KORA**  
**Det Nationale Institut for**  
**Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut  
for Kommuners og Regioners  
Analyse og Forskning

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00

# Forord

Udeblevne patienter kan give sygehuse problemer med at planlægge deres arbejde og at udnytte ressourcerne optimalt, og for patienterne kan det have kliniske konsekvenser ikke at møde op. Derfor er det vigtigt at belyse, hvem der udebliver fra planlagte undersøgelser eller operationer, hvorfor de udebliver, hvad der kan gøres ved udeblivelser, og om det kan betale sig for sygehusene at gøre noget ved det.

Disse spørgsmål har Danske Regioner bedt KORA om at belyse med et internationalt litteraturstudie.

Litteraturstudie og afrapportering er gennemført af seniorprojektleder Morten Eriksen og seniorprojektleder Jakob Kjellberg. Rapporten har gennemgået internt review ved undertegnede, analyse- og forskningschef Charlotte Bredahl Jacobsen samt eksternt review ved professor Mickael Bech, Syddansk Universitet.

*Charlotte Bredahl Jacobsen*

*Analyse- og Forskningschef*

*KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning*

# Indhold

Sammenfatning .....	5
1 Baggrund for litteraturstudie .....	7
2 Fremgangsmåde for studie .....	8
2.1 Litteratursøgning .....	8
2.2 Søgedesign .....	8
2.3 Udvælgelsesproces .....	8
3 Analyse .....	12
3.1 Hvad karakteriserer de patientgrupper, der udebliver fra planlagte undersøgelser eller operationer? .....	12
3.2 Hvad er årsagerne til udeblivelser? .....	14
3.3 Hvilke erfaringer er der gjort med indsatser, der er rettet mod at nedbringe udeblivelser i sundhedsvæsenet? .....	15
3.4 Hvad siger den internationale litteratur om omkostningseffektiviteten herunder de administrative konsekvenser ved initiativer målrettet nedbringelsen af udeblivelser fra planlagte undersøgelser eller operationer? .....	18
3.5 Udeblivelse i en dansk sammenhæng .....	20
3.6 Økonomisk teori til at forklare patienters handlingsrationaler, når de bliver introduceret for gebyrer .....	22
3.7 Hvad er erfaringerne med effekten af at anvende gebyrer ved udeblivelser i sundhedsvæsenet? .....	23
3.8 Gebyrers omkostningseffektivitet .....	24
4 Referencer .....	25
Bilag 1 - Søgeprotokol .....	27

# Sammenfatning

Danske Regioner bedt KORA om at udarbejde et internationalt litteraturstudie, der skal belyse årsagerne til udeblivelse, hvilke patientgrupper der udebliver samt gebyrers og andre påmindelsers effektivitet og omkostningseffektivitet.

## **Sparsom viden om gebyrers effektivitet og omkostningseffektivitet**

Der mangler viden om effekten af at indføre gebyrer ved udeblivelser i sundhedsvæsenet. De få undersøgelser, der er gennemført, konkluderer, at gebyrer medfører mindre udeblivelse. Men disse undersøgelser har metodemæssige mangler i forhold til at indkredse effekten, da de er baseret på før- og eftermåling uden kontrolgruppe. Det er derfor vanskeligt at sige, om effekten skyldes gebyrer eller andre tiltag eller faktorer. Der mangler økonomisk evaluering til at fastslå, om gebyrer er omkostningseffektive.

Ud fra en rationel økonomisk betragtning vil man antage, at gebyrer nedbringer udeblivelser, da patienter vil vurdere konsekvensen af at ikke møde op, og hvis gebyret er tilstrækkeligt stort, vil patienterne vælge at møde op. Denne antagelse udfordres dog af andre forståelser af handlingsrationaler hos patienter, hvor adfærd baseret på normer og værdier samt forestillinger om, hvad udeblivelse kan have af konsekvenser, kan resultere i, at patienterne som følge af gebyrer ikke møder op. Disse antagelser er teorier, som skal testes i virkeligheden for at klargøre, om de er gyldige.

## **Udeblevne patienter er socialt udsatte**

Udeblevne patienter er karakteriseret ved at være yngre patienter i aldersgruppen 17-40 år. Patienter over 40 år har betydelig lavere sandsynlighed for at udeblive end patienter under 20 år. De kommer fra lavere sociale grupperinger, har en høj hyppighed af arbejdsløshed, er ufaglærte og kommer fra mindrebemidlede boligområder. De har gerne lang transporttid til sundhedsudbyderen – patienter over 14 km til sygehus har større sandsynlighed for at udeblive end patienter, der har under syv km til sygehus - og har problemer med at finde transportmidler. Endvidere har patienter med lang ventetid større sandsynlighed for at udeblive end patienter med kort ventetid – ventetid over 21 dage er en god prædikator for udeblivelse. I dansk sammenhæng er det også vigtigt at have fokus på ikke-dansktalende patientgrupper, da de har en større sandsynlighed for at udeblive end dansktalende grundet blandt andet sproglige problemer.

Gebyrer ved udeblivelse kan jf. ovenstående også komme til at berøre udsatte sociale grupper, som måske ikke har de økonomiske midler til at betale gebyret. Det kan betyde, at patienterne ikke møder op til behandling, hvilket kan have kliniske konsekvenser for patienterne. Det skal endvidere afklares, hvad der administrativt kan gøres ved de manglende indbetalte gebyrer, og hvilke sanktioner der skal være for patienter, der ikke betaler gebyret?

## **Udeblivelser skyldes patienters forglemmelse og administrative fejl hos sundhedsudbydere**

De hyppigste årsager til udeblivelse er, at patienterne har glemt deres tid, at telefonen har været optaget hos sundhedsudbydere, så patienterne ikke har kunnet ringe afbud, at det administrative personale har givet patienterne en forkert tid eller har glemt at aflyse tiden. Andre årsager, der nævnes i litteraturen, er, at patienterne ikke er klar over konsekvenser af at udeblive, at patienter ikke har indflydelse på mødetidspunkt og dermed ikke er motiveret for at møde op, at patienter har vanskeligheder ved at booke en tid, at de er for syge til at møde op, patienternes egen sundhedsopfattelse, patienternes jobforpligtigelse og at de besøger en anden sundhedsudbydere. Disse årsager tydeliggør, hvor man med fordel kan sætte ind med indsatser som fx påmindelser til patienter. Patientkarakteristika i sammenhæng med udeblivelse og årsager til udeblivelse kan være forskellige i forskellige kontekster. Der er ingen karakteristika eller årsager, der er gennemgående i den internationale litteratur. Udeblivelser kan også have forskellige konsekvenser for forskellige afdelinger, selvom udeblivelsesraten er den samme i afdelingerne: fx i forhold til patientflow, mulighed for at benytte personale og lokaler i anden sammenhæng og ressourcer brugt på forberedelse af en mødeaftale/behandling. Problemet udeblivelser kan have forskellige konsekvenser for forskellige afdelinger.

## **Telefonpåmindelser, SMS og breve er lige effektive**

Telefon, SMS og breve kan alle nedbringe udeblivelser, men der er dog i litteraturen uenighed om, hvor stor effekten er. Det kan skyldes forskellige metoder til at måle effekt og forskellige kontekster. De nævnte tre indsatser er lige effektive. Der mangler viden om effekten af e-mails. Det er i forbindelse med indsatsers effektivitet vigtigt at være opmærksom på, at effekten kan aftage over tid, da der i forsøgsperioden kan være ekstra fokus fra både personale og patienter på indsatsen. Denne fokus kan aftage, når der ikke længere er tale om et forsøg, og indsatsen er blevet rutine. I den sammenhæng er det også vigtigt at måle på effekten over en længere tidsperiode for at påvise, om effekten forbliver den samme.

## **Evidensen for påmindelsers omkostningseffektivitet er mangelfuld**

Den internationale litteratur påpeger, at der mangler økonomisk evaluering med den fornødne kvalitet til at kunne give gyldige konklusioner vedrørende indsatsers omkostningseffektivitet. Der er indikationer på, at manuelle telefonpåmindelser er dyrere end breve og SMS, da de kræver mere personaletid og betaling af telefonregninger. Telefonpåmindelser har samme effekt på udeblivelse som breve og SMS. I dette regnestykke indgår dog ikke, at telefon også kan anvendes til at aflyse og aftale en ny tid og kan afklare andre spørgsmål mellem patient og sundhedsudbydere. Dette kan betyde noget for relationen mellem patient og udbydere. Der er også indikationer på, at SMS er det mest omkostningseffektive system i forhold til breve og telefonpåmindelser.

# 1 Baggrund for litteraturstudie

Patienter, der ikke møder op til aftalte undersøgelser, operationer m.v., er et problem for effektivt at udnytte ressourcerne i sundhedsvæsenet. Det forhindrer andre patienter i at komme tidligere til, spilder personalets tid og forhindrer, at teknologi og operationsstuer bliver udnyttet optimalt. Endvidere kan det have kliniske konsekvenser for patienter ikke at møde op til deres aftale. Derfor er det relevant at undersøge, om gebyrer kan nedbringe udeblivelser<sup>1</sup> i sundhedsvæsenet.

Sundhedsloven har siden 2004 givet hjemmel til at opkræve gebyrer, når patienterne udebliver, men loven tager ikke stilling til klagemuligheder, tidsfristen for gyldige afbud eller andre gyldige indsigelser. Dette indikerer behovet for at indsamle yderligere erfaringer med at opkræve gebyrer ved udeblivelse.

Det er på nuværende tidspunkt dog uklart, hvor effektive gebyrer er til at nedbringe udeblivelser, og om gebyrer vil virke forskelligt for forskellige patientgrupper. Endvidere er det ikke klart, om der er andre interventioner, der er mere effektive end gebyrer til at nedbringe udeblivelser, og dertil er de administrative konsekvenser ved at afkræve gebyrer også uklare. Derfor gennemfører KORA et internationalt litteraturstudie for Danske Regioner, der identificerer viden om patienters udeblivelse i sundhedsvæsenet.

Litteraturstudiet har fokus på følgende overordnede spørgsmål:

- Hvad karakteriserer de patientgrupper, der udebliver fra planlagte undersøgelser eller operationer?
- Hvilke erfaringer er der gjort med indsatser, der er rettet mod at nedbringe udeblivelser i sundhedsvæsenet?
- Hvad er erfaringerne med effekten af at anvende gebyrer ved udeblivelser i sundhedsvæsenet?
- Hvad siger den internationale litteratur om omkostningseffektiviteten herunder de administrative konsekvenser ved initiativer målrettet nedbringelsen af udeblivelser fra planlagte undersøgelser eller operationer?

---

<sup>1</sup> Udeblivelse kan defineres som: "1) At en borger ikke giver møde hos en offentlig myndighed m.v. på et aftalt eller pålagt tidspunkt, eller 2) at en borger melder afbud så sent, at myndigheden ikke har mulighed for at indrette sig herpå" (10)

## 2 Fremgangsmåde for studie

### 2.1 Litteratursøgning

Søgning efter forskningsbaserede artikler er foretaget af KORAs bibliotekar i følgende litteraturdatabaser<sup>2</sup>:

- PubMed
- Cochrane
- Embase
- EconLit
- CRD-databaser
- Internet/Google.

Der blev i alt identificeret 130 artikler til videre gennemsyn. I disse artikler er overskrifter og abstracts læst igennem i forhold til undersøgelsens fire problemstillinger med kodning af følgende temaer: patientgrupper, årsager til udeblivelse, effekt af indsatser (telefonpåmindelse manuel og automatisk, e-mail, brev, SMS), effekt af gebyrer og omkostningseffektivitet af indsatser og gebyrer. Læserbreve, debatindlæg, opinion og gengangere publiceret i andre formater eller fora er efterfølgende blevet valgt fra.

### 2.2 Søgedesign

Søgningen var tidsbegrænset til materiale udgivet mellem 2003-2013. Inkluderende sprog var dansk, engelsk, norsk og svensk.

### 2.3 Udvalgelsesproces

Det er i udvælgelsen blevet bestræbt at vælge litteratur på tværs af diagnoser og specialer for at kunne konkludere generelt. Men da undersøgelsen beskæftiger sig med fire overordnede problemstillinger, hvor omfanget af litteratur inden for hver problemstilling er varierende, har det jf. nedenstående ikke kunnet lade sig gøre at vælge entydigt ud fra dette kriterium:

- I afsnittene 3.1 og 3.2 vedrørende patientkarakteristika og årsager til udeblivelse er litteraturen omfattende. Her er der udvalgt reviews og primærstudier på tværs af diagnoser og specialer. I afsnit 3.1 er syv litteraturemner valgt fra og i afsnit 3.2 er 25 emner valgt fra, da de belyser udeblivelse i forbindelse med specifikke diagnoser og specialer.

---

<sup>2</sup> Se bilag 1 for detaljeret søgeprotokol



- I afsnit 3.3 vedrørende erfaringer med indsatser og deres effektivitet er litteraturen også omfattende, og der er her udvalgt reviews, der belyser effekten af indsatser på tværs af diagnoser og specialer. Primærstudier (22 stk.), der belyser indsatsers effektivitet på tværs af diagnoser og specialer, er, grundet den tidsmæssige ramme for opgaven, valgt fra. Ligesom reviews og primærstudier (45 stk.), der belyser indsatsers effektivitet for en bestemt diagnose eller speciale, er valgt fra.
- I afsnit 3.4 vedrørende indsatsers omkostningseffektivitet er otte emner valgt fra, da de vedrører bestemte diagnoser/specialer.
- Afsnit 3.5 har medtaget fire primærstudier, der belyser udeblivelser i danske børneambulatorier.
- I afsnittene 3.6, 3.7 og 3.8 er litteraturen sparsom, og der er ingen litteratur valgt fra.

Det enkelte udvalgte primærstudie eller review kan belyse problemstillinger i flere af de nævnte afsnit. Resten af litteraturmaterialet har været debatindlæg, ledere, gengangere m.v., som er blevet valgt fra – i alt ni litteraturemner.

Litteratur, der vedrører psykiatriske lidelser, er ikke medtaget i denne undersøgelse, da udeblivelse kan være et symptom på pågældende lidelser.

Følgende litteratur er blevet inddraget i undersøgelsen:

*Tabel 1 – Oversigt over den anvendte litteratur*

Forfatter(ere) <sup>3</sup>	Undersøgel- sesform	Formål	Metode
Ajay og Rubin 2003	Review	At diskutere karakteren af udeblivelse i almen praksis og vurdere evidensen for strategier til at nedbringe udeblivelse.	Inklusionskriterier var udeblevnes epidemiologi og indsatser til at nedbringe udeblivelser. Fokus på almen praksis. Medtaget 31 artikler.
Alhamad 2013	Primærstudie	At studere årsagerne til udeblivelse i almen praksis.	Quasi-eksperiment med forsøgsgruppe som udeblev, og kontrolgruppe som mødte op. I alt 760 patienter med 380 i hver gruppe.
Atherton et al. 2012.	Review	At vurdere effekten af at anvende e-mails til at koordinere mødeaftaler og påmindelser for patienter.	Udvælgelseskriterier var randomiserede kontrollerede forsøg, quasi-eksperimenter, kontrollerede før- og eftermålinger og afbrudte tidsserieundersøgelser som brugte e-mail til at planlægge mødeaftaler, til påmindelser og løbende koordinering. Alle sundhedsprofessioner, patientgrupper og omsorgsgivere i alle kontekster blev inkluderet. Ingen studier var af tilstrækkelig kvali-

<sup>3</sup> Se kapitel 4 for de fulde referencer

Forfatter(ere) <sup>3</sup>	Undersøgel- sesform	Formål	Metode
			tet og dermed ingen dataanalyse og konklusion.
Bech 2005	Review	At diskutere omkostningerne af udeblivelse for forskellige sundhedsudbydere, karakteren af udeblivelse ud fra et økonomisk perspektiv og den forventede effekt af at opkræve gebyrer hos udeblevne.	Udvælgelse af litteratur vedrørende udeblivelse i sundhedsvæsenet generelt og med fokus på økonomisk evaluering af udeblivelse.
Car et al. 2012	Review	At vurdere effekten af SMS/MMS-påmindelser for fremmøde til mødeaftaler.	Udvælgelseskriterierne var randomiserede kontrollerede forsøg, quasi-eksperimenter, kontrollerede før- og eftermålinger og afbrudte tidsserieundersøgelser med mindste tre målepunkter før og efter indsatsen af studier, som vurderede SMS/MMS-påmindelser. Medtaget 4 randomiserede forsøg med i alt 3547 deltagere.
Chariatte 2007	Primærstudie	At karakterisere udeblivelser og aflyste mødeaftaler i et multispeciale ambulatorium for unge og at vurdere effektiviteten af indsatser rettet mod indførelse af gebyrer ved udeblivelser.	Beskrivende analyse. 32.816 konsultationer repræsenterende 3577 patienter i alderen 12-20 år. Før- og eftermåling.
Guy et al. 2012	Review	At vurdere effektiviteten af SMS-påmindelser til at øge fremmødet af patienter i sundhedsvæsenet.	Inkluderet undersøgelser, der sammenligner fremmødet af patienter mellem patienter, der fik og ikke fik SMS-påmindelser. Medtaget i alt 18 rapporter og heraf 8 randomiserede forsøg og 10 kontrollerede observationsstudier.
Hasvold og Wotton 2011	Review	At vurdere effektiviteten af telefon-, SMS- og automatiserede telefonpåmindelser på udeblivelser i hospitalsregi.	Udvælgelse med PRISMA-metoden. Medtaget 29 studier og heraf 9 baseret på randomiserede forsøg.
Kofoed et al. 2009	Primærstudie	At indkredse årsager til udeblivelse og meget sene afbud til ambulant undersøgelse og behandling i sundhedsvæsenet for at kunne planlægge målrettede interventioner.	Interview af forældre der udeblev eller meldte afbud. Opdeling i forsøgs- og kontrolgruppe, som får og ikke får påmindelsesbrev.
Kofoed et al. 2009	Primærstudie	At undersøge effekten af udsendelse af påmindelsesbreve.	Kontrolleret forsøg med en forsøgsgruppe, der får påmindelsesbrev og en kontrolgruppe, der ikke får påmindelsesbrev.

Forfatter(ere) <sup>3</sup>	Undersøgel- sesform	Formål	Metode
Kofoed et al. 2009	Primærstudie	At undersøge, om effekten af påmindelsesbreve stadig kan påvises efter denne indsats er blevet rutine.	Registerforskning.
Kruse et al.2009	Primærstudie	At undersøge, hvorvidt SMS-påmindelse kunne reducere antallet af udeblivelser.	Prospektivt kohortestudie. Forsøgsgruppe med SMS-påmindelse og spørgeskema. Kontrolgruppe uden SMS-påmindelse og spørgeskema.
Lee et al. 2005	Primærstudie	At dokumentere de faktorer, der påvirker udeblivelse i multispeciale ambulatorium.	Retrospektivt studie baseret på udvalgt stikprøve fra hospitalets database på 22.864 patienter.
Stubbs et al. 2012.	Review	At sammenligne telefon, brev, SMS, e-mail og open-access scheduling for at bestemme, hvilken indsats der er bedst til at reducere udeblivelser i ambulatorier og som giver en nettoindtjening.	Inklusionskriteriet var studier, der gav et numerisk resultat af indsatsers effektivitet, antallet af patienter eller mødeaftaler i forsøgs- og kontrolgruppen og én eller flere indsatser sammenlignet med ingen indsatser. Medtaget 42 artikler med 49 datasæt til at udregne vægtet gennemsnitseffekt.

Der er i alt udvalgt 14 litteraturemner heraf syv reviews og syv primærstudier, som er blevet gennemlæst og kodet i forhold til førnævnte temaer.

## 3 Analyse

Dette kapitel vil først se på, hvem der udebliver fra planlagte undersøgelser eller operationer. Derefter vil årsagerne til udeblivelser blive indkredset, hvorefter indsatsers effektivitet til at påvirke årsagerne og dermed reducere udeblivelse vil blive vurderet. Afslutningsvis ser vi på økonomiske teorier til at forklare handlingsrationaler hos patienter, der bliver introduceret for gebyrer, og vi ser på, hvad den internationale litteratur siger om gebyrers effektivitet og omkostningseffektivitet.

### 3.1 Hvad karakteriserer de patientgrupper, der udebliver fra planlagte undersøgelser eller operationer?

De karakteristika af udeblevne patientgrupper, der oftest går igen i litteraturen, er:

- **Alder.** Unge patienter i alderen 17-40 år har større andel af udeblivelse end andre aldersgrupper, og patienter i aldersgruppen over 40 år har betydelig lavere sandsynlighed for at udeblive end unge under 20 år. Sidstnævnte kan måske skyldes, at børn og unge kan være afhængige af, at deres forældre ikke er optaget af arbejde eller andre forpligtigelser og har mulighed for at køre dem til behandlingsstedet. Litteraturen finder, at unge i aldersgruppen 0-40 år udgør en andel på omkring 68 % af de udeblevne (1,2).
- **Socioøkonomisk status.** Der er en større andel af patienter, der udebliver fra lavere sociale grupperinger uden kompetencegivende uddannelse, der er arbejdsløse og bor i mindrebemidlede områder (5).
- **Transporttid.** Jo længere transporttid desto større sandsynlighed er der for, at patienten udebliver. Lee et al. 2005 finder, at patienter, der bor mere end 14 km fra sygehuset har større sandsynlighed for at udeblive, end patienter der bor mindre end 7 km til sygehuset (13, se også 4).
- **Transportmuligheder.** Patienter, som har svært ved at finde transportmuligheder, har større sandsynlighed for at udeblive (5). Det kan berøre patienter uden bil, eller som bor i områder med lav grad af udbygning af offentlig transport. Alhamad 2013 finder, at arbejdsløse, kvinder og ufaglærte har problemer med at finde transportmuligheder (2).
- **Ventetid.** Længere ventetid giver større sandsynlighed for udeblivelse (4,5). Lee et al. 2005 finder, at ventetid over 21 dage er en god prædikator for udeblivelse (13), men styrken af sammenhængen mellem ventetid og udeblivelse kan være forskellig i de for-

skellige specialer. Ajay og Rubin 2003 peger endvidere på, at den primære sundhedssektor har kortere ventetider end den sekundære sektor (1). Derfor må man formode, at styrken af sammenhængen mellem ventetid og udeblivelse er mindre i den primære sektor. Alhamad 2013 analyserer sig frem til i sin undersøgelse, at ventetid ikke er en faktor, da undersøgelsen vedrører den primære sektor (2).

Der kan være en sammenhæng mellem etnicitet og udeblivelser, men dokumentationen for dette er usikker, da sprog kan være den eksterne variabel, der kan have sammenhæng med udeblivelser. Undersøgelser på sammenhænge mellem etnicitet og udeblivelser har også registreret etnicitet på forskellige måder (1).

Der er heller ikke entydig dokumentation for, at der er sammenhæng mellem tidligere høj hyppighed af udeblivelser hos patienter og udeblivelser (1). Lee et al. 2005 peger dog på, at patienter med tidligere mere end 40 % udeblivelse havde større sandsynlighed for at udeblive end dem med tidligere under 20 % udeblivelse (13). Alhamad 2013 peger også på, at udeblevne patienter har flere tidligere udeblivelser end ikke udeblevne patienter (2).

Patienter med kroniske lidelser er bedre til at møde op end andre patientgrupper, men om det skyldes deres alder eller lidelsens karakter er uklart. Ligeledes er patienter, der opfatter deres lidelse som akut, bedre til at møde op (1).

Lee et al. 2005 peger på, at patienter, som har oplyst sundhedsudbyder om deres mobilnummer, har 6 til 17 gange større sandsynlighed for at holde deres aftaler end patienter, der ikke har oplyst om deres mobilnummer (13). Patienternes oplysning om deres mobilnummer er her en vigtig prædikator, men det fremgår ikke af de andre undersøgelser.

En arbejdsgruppe under regeringen undersøgte tilbage i 2004 blandt andet epidemiologien for udeblivelser. Undersøgelsen kunne ikke påvise en klar sammenhæng mellem social gruppering og hyppigheden af udeblivelser. Den bekræftede altså ikke, at en større andel af udeblevne kommer fra lavere sociale grupperinger (14). Der må dog tages forbehold for denne konklusion, da data var baseret på skøn fra de involverede hospitalsafdelinger, da sygehuse ikke registrerede patienters sociale status. Arbejdsgruppens undersøgelse viste også, at mindre alvorlige lidelser havde større hyppighed af udeblivelser, og at der var flere udeblivelser til ambulante behandlinger end ved operationer med indlæggelse (14).

Der er ingen faktorer, der går igen i karakteristikken af udeblevne patienter i den internationale litteratur (2). Dette kan skyldes de forskellige kontekster med forskellige samfundsforhold, populationer, kulturer, religioner, lokale forhold, geografi m.v. Fx er adgang til offentlig transport og geografiske afstande faktorer, der på forskellige måder kan sige noget om styrken af sammenhængen mellem transport og udeblivelser. En undersøgelse i Singapore kunne fx ikke dokumentere en sammenhæng mellem transporttid og udeblivelse. Det kan skyldes et velud-

bygget transportnet og kort rejsetid (13). Ligeledes kan bestemte diagnoser og specialer have karakteristika, der er specifikke i sammenhæng med udeblivelse. Fx er lang ventetid en prædikator for udeblivelse, men varigheden af ventetid er forskellig i de forskellige specialer, hvilket er forventeligt i forhold til varigheden af symptomer, akutbehovet for behandling og lettelse af symptomer uden behandling. Dermed er styrken af sammenhængen mellem ventetid og udeblivelse også forskellig i de forskellige specialer (13). Forskellige afdelinger kan, trods den samme udeblivelsesrate, opleve konsekvenserne af udeblivelse forskelligt fx i forhold til patientgennemstrømning, sammensætningen af indlæggelser akut/elektiv, ressourcer anvendt til at forberede patientaftalen, muligheden for at bruge personale og lokaler i anden sammenhæng. Karakteren af problemet kan altså være forskellig på de forskellige områder.

### **Sammenfatning**

Sammenfattende kan man sige, at prædiktorerne for udeblivelse kan være forskellige mellem afdelinger, mellem patientpopulationer og mellem lande. Der er dog prædiktorer, der nævnes hyppigt i litteraturen: yngre patienter i aldersgruppen 17-40 år, patienter fra lavere sociale grupperinger og fra mindrebemidlede boligområder, lang transporttid, problemer med adgang til transportmidler og ventetid.

## **3.2 Hvad er årsagerne til udeblivelser?**

Dette afsnit vil belyse, hvad den internationale litteratur finder af årsager til udeblivelse. De identificerede årsager betyder, at man kan målrette indsatser til at påvirke årsagerne, som så igen kan påvirke problemet - antallet af udeblivelser. Man vil anvende indsatser, hvor der er dokumenteret viden om, at de kan gøre en forskel med de ressourcer og den tid, man har til rådighed.

Det er dog vanskeligt at undersøge årsager til udeblivelse, fordi det er svært at få fat i de patienter, der er udeblevet og få dem til at respondere på, hvorfor de ikke er mødt op. Patienterne kan frygte sanktioner i denne sammenhæng, hvis det ikke bliver pointeret, at data skal bruges i forskningsmæssigt øjemed, og at der ingen sanktioner er for patienterne. Der kan på grund af patienternes frygt være stort frafald i undersøgelser, der belyser årsager til udeblivelse (1), og det kan hæmme undersøgelsernes gyldighed.

Litteraturen peger gennemgående på følgende årsager til udeblivelse:

- **Forglemmelse.** Patienten har glemt sin aftale. Ajay og Rubin 2003 dokumenterer, at dette er den hyppigste årsag til, at patienter ikke møder op (1). Forfatterne henviser til en undersøgelse, hvor der er blevet spurgt til, hvorfor patienterne ikke har aflyst deres aftale. Hovedparten af patienterne angiver, at det skyldes, de har glemt det eller ikke har overvejet det. Den næst hyppigste årsag var, at der var optaget på telefonen hos sundhedsudbyder (1, se også 3,5,7).

- **Administrative fejl hos udbydere.** Ajay og Rubin 2003 finder, at dette er den næst hyppigste årsag til, at patienter udebliver. Det kan fx være, at patienten har fået en forkert tid, eller at aftaler ikke er blevet aflyst af det administrative personale (1).
- **Patienten ikke klar over konsekvenser af udeblivelse.** Alhamad 2013 finder, at patienter, der møder op, er mere bevidste om konsekvenserne af udeblivelse, end patienter der ikke møder op (2).
- **Patienten har ikke indflydelse på tidspunkt for aftale.** Alhamad 2013 finder, at patienter ikke altid har indflydelse på tidspunktet for aftalen, og at øge denne mulighed kan måske øge antallet af holdte aftaler (2). Ajay og Rubin 2013 påpeger, at patienter i den primære sektor selv tager initiativ til at træffe aftaler, mens det til den sekundære sektor er professionelle, der henviser patienten. Dette kan have indflydelse på patientens motivation for at møde op (1).
- **Vanskeligheder ved at booke en tid.** Alhamad 2013 indkredser i sin undersøgelse dette som en vigtig årsag til udeblivelse. Det er uklart, om hans undersøgelse refererer til muligheden for at aflyse og booke en ny tid, eller om det drejer sig om at booke den første aftale. Alhamad pointerer dog, at det er vigtigt med en klar praksis for, hvordan patienter kan aflyse deres tid.

Ajay og Rubin 2003 finder også, at patienterne kan være for syge til at møde op, eller at symptomerne er forsvundet. Alhamad 2013 påpeger også patientens opfattelse af egen sundhed, patienters jobforpligtigelse, patienter besøger en anden klinik og problemer med at booke tid som årsager til udeblivelse.

### **Sammenfatning**

Da forglemmelse og administrative fejl er de hyppigste årsager til udeblivelse, siger det også noget om vigtigheden af at målrette indsatser mod patienters forglemmelse og sundhedsudbydere administration og kommunikation. I det næste afsnit vil vi se på effekterne af indsatser til at nedbringe udeblivelser.

## **3.3 Hvilke erfaringer er der gjort med indsatser, der er rettet mod at nedbringe udeblivelser i sundhedsvæsenet?**

I dette afsnit belyser vi først effekterne af de enkelte indsatser, og derefter bliver effekterne af indsatserne sammenlignet.

### **Telefonpåmindelse via manuelle og automatiserede opkald**

Stubbs et al. 2012 konkluderer, at telefonpåmindelse resulterede i en vægtet gennemsnitsreduktion på 9,4 procentpoint af udeblivelsesraten. 23 studier dokumenterede faldende udeblivelsesrate med telefonpåmindelse, og i 15 af disse var forbedringerne statistisk signifikante.

### **Brev eller postkort**

Stubbs et al 2012 finder, at brevpåmindelser i syv studier viste en gennemsnitlig 7,6 % reduktion af udeblivelser. Heraf viste fire studier signifikante forbedringer.

### **SMS**

Car et al. 2012 finder, at tre studier med moderat evidens viste, at SMS/MMS forbedrede fremmøderaten sammenlignet med mødeaftaler uden påmindelser. To studier med moderat kvalitet af evidens viste, at SMS/MMS og telefonopkald havde samme effekt på fremmødet. Forfatterne finder, at ulemperne med tekstbeskeder kan være mangel på forståelse eller misforståelser hos patienterne, som læser SMS'er, og at svagsynede og personer med læsevanskeligheder kan have svært ved at læse SMS. Der bliver samlet konkluderet i reviewet, at der er begrænset evidens for effekten af SMS/MMS på udeblivelse, og at der er behov for mere forskning på området baseret på randomiserede kontrollerede forsøg.

Guy et al. 2012 konkluderer, at der er en stor effekt af at bruge SMS, og at effekten er den samme uanset, om det drejer sig om den primære sundhedssektor eller ambulante klinikker på sygehuse, om påmindelsen gives inden for 24, 48 eller 72 timer før den aftalte tid, og om det er yngre eller ældre patienter. SMS angives i reviewet til at være et simpelt og effektivt redskab, der kan kobles til teknologi, der gør det muligt at sende SMS'er samtidigt og automatisk. Endvidere kan SMS bruges af mange grundet den store udbredelse af mobiltelefoner.

Stubbs et al. 2012 finder en 8,6 % reduktion af udeblivelser som følge af SMS. Disse reduktioner var signifikante i 9 af de 12 medtagne studier.

### **E-mail**

Atherton et al. 2012 har i deres review ikke inddraget nogen undersøgelser til at belyse effekten af e-mails på udeblivelser, da der ifølge forfatterne mangler effektstudier af høj kvalitet. Derfor kan der ikke konkluderes på effekten af mails, og forfatterne opfordrer til mere forskning på området.

Forfatterne peger dog på flere fordele ved mails:

- Mails kan være automatiserede og indeholde yderligere informationer uden ekstra omkostninger.
- Patienter kan bruge mails til at aflyse en tid eller få en ny tid uden at skulle vente på at komme igennem hos receptionisten hos sundhedsudbyderen og uden at skulle forklare årsagen til aflysningen.



- Sundhedsudbyder kan behandle og sende mails på mindre tidspressede perioder i hverdagen.
- Patienterne kan forholde sig til mails på ledige tidspunkter i hverdagen.
- Mails er ikke så omkostningstunge i forhold til traditionelle breve.
- Kvittering kan anvendes til at bekræfte, at patienten har læst mailen.
- Mails kan fungere som dokumentation for både patient og udbyder (3).

Ulemperne ved mails kan være:

- Det kan give en øget arbejdsbyrde for sundhedsudbyder, da der måske skal flere mail-udvekslinger til for at finde en passende tid for patienten. Dette kan specielt være tilfældet, hvis der ikke er et online-system, hvor patienten kan se ledige tidspunkter.
- Der kan være en social skævhed ved at benytte mails, da det ikke er alle i befolkningen, der har adgang til digitale medier. Specielt kan ældre borgere, lavindkomstgrupper og fremmedsprogede have manglende adgang til digitale systemer.
- Der kan være tekniske problemer knyttet til brugen af mails, som fx at modtagerens mailboks er fyldt op, så mailen går retur til afsender. Eller problemer med at skabe forbindelse til central server eller strømafbrydelser, og så kan der være menneskelige fejl i form af utilsigtet indhold i mail og forkerte modtagere (3).

### **Sammenligning af effekten af indsatserne**

Stubbs et al. 2012 sammenligner effekten af telefonpåmindelser, breve, SMS og e-mail for at se, hvilken indsats der er bedst til at reducere udeblivelse. Der er begrænset viden om effekten af e-mails.

Forfatterne finder, at SMS kan have fordele i forhold til telefon og breve, fordi

- SMS kan få fat i jobbeskæftigede patienter efter arbejdstid
- SMS kan frigøre administrativt personale til andre opgaver
- SMS kan let integreres i eksisterende systemer på hospitaler
- SMS ikke kræver den store efteruddannelse af personalet til at håndtere denne indsats
- SMS kan sendes i forskellige sprog og kan automatiseres til at sende på fastlagte datoer før aftalerne (15).

Forfatterne pointerer, at der i reviewets medtagne studier ikke er kontrolleret for socioøkonomisk status, selv om det kan have betydning for adgang til moderne informationsteknologi. Lav socioøkonomisk status kan også være en selvstændig prædikator for udeblivelse. Der er heller ikke kontrolleret for patientpopulation, alder, diagnoser, geografi, køn, fysisk aktivitet og andre faktorer, hvilket gør det vanskeligt at sammenligne de enkelte studier. Forfatterne gør opmærksom på, at det kan være vanskeligt at generalisere studierne på grund af nationale og lokale kulturelle forskelle og indkomstmæssige samt teknologiske forskelle.

Hasvold og Wotton 2011 har sammenlignet effekten af telefonopkald og herunder automatiserede opkald med SMS. Manuelle telefonpåmindelser, automatiserede telefonpåmindelser og SMS reducerede udeblivelser med i alt 34 % på hospitaler. Automatiserede telefonopkald og SMS var mindre effektive end manuelle telefonopkald. De førstnævnte havde 29 % reduktion i udeblivelse, og sidstnævnte havde 39 % reduktion i udeblivelse. Det synes at være passende at sende påmindelser ud inden for en uge inden mødeaftalen i forhold til at undgå, at patienten glemmer mødeaftalen. Forfatterne konkluderer, at evidensen, for at indsatser har effekt på udeblivelser, er overvældende.

Bech 2005 finder, at påmindelsesbreve og telefonpåmindelser har en signifikant effekt på udeblivelsesrater. Breve har reduceret udeblivelsesraten på mellem 47 og 68 %, og telefonpåmindelser har reduceret udeblivelsesraten på mellem 27 og 75 %. Begge indsatstyper synes lige effektive, men forfatteren pointerer, at telefonpåmindelser kan lette processen med at booke ny tid til patienten og lette processen med at identificere ledige tider og til at aflyse mødeaftaler. Forfatteren finder, at det er vanskeligt at generalisere resultater af indsatserne på grund af forskellige kontekster og patientpopulationer.

### **Sammenfatning**

Vi kan sammenfattende konkludere, at der er effekt af telefonpåmindelse, SMS og breve til at nedbringe udeblivelser. De tre indsatser ser ud til at være lige effektive men med varierende omkostningseffektivitet. Mere herom i afsnit 3.4. Der er for lidt viden til at sige noget om effekten af e-mails. Man skal ligesom ved patientkarakteristika ved udeblivelser og årsager til udeblivelser være opmærksom på begrænsninger i at generalisere undersøgelserne, da der kan være forskelle i patientpopulationer, geografi m.v.

## **3.4 Hvad siger den internationale litteratur om omkostningseffektiviteten herunder de administrative konsekvenser ved initiativer målrettet nedbringelsen af udeblivelser fra planlagte undersøgelser eller operationer?**

Omkostningseffektiviteten måles ved at sammenligne effekt – antallet af udeblivelser - med de ressourcer (personaletid, opsætning af IT og dokumentationssystemer m.v.), der tilføres indsatsen.

At måle omkostningseffektivitet er betinget af, at der er solide undersøgelser, der dokumenterer effekten af indsatserne. Litteraturen er sparsom, når det drejer sig om omkostningseffektivitet, og der mangler økonomiske evalueringer med solide designs til at fastslå omkostningseffektiviteten af indsatser til at nedbringe udeblivelser. I nedenstående vil vi, trods nævnte begrænsninger, forsøge at sammenligne indsatsernes omkostningseffektivitet.

### **Sammenligning af indsatsers omkostningseffektivitet**

Car et al. 2012 finder, at omkostningerne pr. påmindelse er lavere ved SMS end ved telefonpåmindelse. To studier har målt omkostninger pr. enhed af effektiv SMS over for effektiv telefonpåmindelse. Fremmøderaten for patienter er den samme ved begge indsatser, men omkostningerne for SMS var lavere end omkostninger for telefon i begge studier. Den relative omkostning ved SMS pr. fremmøde var i det ene studie 55 % af omkostning for telefonpåmindelse og 65 % i det andet studie (5).

Guy m.fl. 2012 finder, at brevpåmindelser og telefonpåmindelser involverer betydelig personaletid, og at SMS reducerer personaleomkostninger sammenlignet med brev og telefon (7).

Hasvold og Wotton 2011 finder, at de økonomiske evalueringer i reviewets medtagne studier er mangelfulde i deres designs, men at der er gjort forsøg med at indkredse omkostningerne ved indsatserne. I et studie så man på telefonpåmindelse, automatiseret telefonpåmindelse og SMS, og omkostningerne var 0,41 Euro pr. påmindelse. De gennemsnitlige omkostninger for telefon lå på 0,9 Euro pr. patient, og SMS og automatiseret opkald lå på 0,14 Euro pr. patient (8). Telefonpåmindelse er altså mindre omkostningseffektiv end automatiserede opkald og SMS, da der er udgifter til personale og telefonregninger, og telefon er ikke mere effektiv end de to andre indsatser. Forfatterne nævner, at det er sandsynligt, at omkostninger ved indsatser er betydelige mindre end omkostninger ved udeblivelser (8).

Stubbs et al. 2012 finder, at SMS er mere omkostningseffektiv end breve, telefon og mail. Omkostningseffektiviteten definerer forfatterne som den procentvise reduktion i udeblivelse i forhold til indsatsens omkostning pr. amerikanske dollar. Forfatterne henviser til et studie, som sammenlignede en gruppe med telefonpåmindelser med en gruppe uden påmindelser, og det demonstrerede, at nettoindtægterne, som blev genereret af gradvis højere fremmøde blandt patienterne, oversteg omkostningerne ved at ringe til patienterne. Undersøgelsen antog, at der var seks procents højere aflysningsrate i gruppen af patienter med telefonpåmindelse, og at 40 % af aflysningerne kunne fyldes ud med aftaler næste dag. Undersøgelsen estimerede, at tiden brugt til at ringe til patienten var et minut, og at nettogevinsten pr. patient var 60 amerikanske dollars (15). Forfatterne henviser også til et andet studie, som estimerede, at hvis man kunne forhindre én udeblivelse, ville det opveje omkostningerne ved at ringe til 200 patienter (15). Udgifter til SMS blev i et randomiseret forsøg sammenlignet med udgifter til mobiltelefonpåmindelser. SMS kostede 45 % mindre end påmindelser fra mobiltelefoner, uden at der i de to indsatser var signifikant forskel i effekten af udeblivelser (15). Et andet randomiseret forsøg bekræftede denne konklusion – 64 % færre omkostninger end telefonpåmindelser uden forskelle i effekten (15) Forfatterne påpeger, at efteruddannelse af personale til at anvende SMS-software er minimal, og når det er installeret, vil omkostningerne ved at drive systemet sjældent stige, når antallet af SMS-påmindelser stiger. SMS er ifølge forfatterne det mest omkostningseffektive system til at nedbringe udeblivelse (15). En undersøgelse sammenlignede omkostningerne pr. påmindelse: postkortpåmindelser (0,67 dollars) med telefonpåmindelser (0,91

dollars) og med kombineret postkort/telefonpåmindelser (1,58 dollars), analyserede afkast af investeringer og konkluderede på ændringer i indsatsernes nettoindtægt. Der blev anvendt en standardmodel på 5.000 mødeaftaler om året og en nettoindtægt på 100 dollars pr. patientbesøg. De nåede frem til, at postkort gav en bedre nettoindtægt (10 dollars pr. 1 dollar investeret) end telefonpåmindelser (0,11 dollars pr. 1 dollar investeret). Telefonpåmindelser gav en årlig nettoindtægt på 500 amerikanske dollars, postkort gav 33.500 amerikanske dollars og kombineret postkort/telefonpåmindelser gav 57.500 amerikanske dollars. Ved den kombinerede indsats var effekten 76,5 % fremmøde, postkort 71,7 % fremmøde og telefon 65,1 % fremmøde (15). Breve har i et andet studie vist at reducere udeblivelse med betydelig omkostningsreduktion (15).

Bech 2005 pointerer også i sin artikel, at økonomisk evaluering af indsatser til at nedbringe udeblivelser er mangelfuld. Men forfatteren finder det dog sandsynligt, at breve er billigere end manuelle telefonpåmindelser, da breve kræver færre administrative ressourcer, og da telefon og breve har samme effekt, må breve antages at være mere omkostningseffektive (4).

### **Sammenfatning**

Den udvalgte litteratur i dette afsnit giver indikationer på, at telefonpåmindelser er mindre omkostningseffektive sammenlignet med brevpåmindelse og SMS. I dette regnestykke indgår der dog ikke, at en telefonsamtale kan være effektiv i forhold til at aflyse og booke ny tid og til at afklare andre spørgsmål mellem patient og sundhedsudbyder. Denne dialog kan have betydning for relationen mellem patient og udbyder. Men der mangler dog solide undersøgelser til mere entydigt at kunne konkludere på indsatsers omkostningseffektivitet.

## **3.5 Udeblivelse i en dansk sammenhæng**

Dette afsnit er medtaget for at kunne sige noget om udeblivelse i en dansk sammenhæng, da det kan have betydning for den måde, man vælger at tilrettelægge indsatser på i danske sygehusafdelinger. Litteraturen vedrører undersøgelser af patientkarakteristika, årsager til udeblivelse og sene afbud, effekt og omkostningseffektivitet af påmindelsesbreve samt effekt af SMS, alle i børneambulatorier.

Kofoed 2009 et al. finder, at udeblivelser eller for sene afbud, defineret som afbud inden for et hverdagsdøgn inden besøget, primært skyldes forglemmelse hos barnets familie eller administrative fejl eller kommunikationsfejl hos sundhedsudbyder. Dette er i overensstemmelse, hvad anden litteratur påpeger. Forfatterne har sammenlignet årsagerne i en forsøgsgruppe, der får påmindelsesbrev 14 dage før aftalen med en kontrolgruppe, der ikke får et påmindelsesbrev. I gruppen uden brev angiver 28,1 % af samtlige udeblevne/sene afbud, at de havde glemt tiden. I gruppen med brev angiver 8,8 % af samtlige udeblevne/sene afbud det samme. I gruppen uden brev oplyser 15,5 % af forældrene, at de ikke vidste, de skulle komme, mens det drejer sig om 7,4 % i gruppen med brev. 10,8 % i kontrolgruppen oplyser, at barnet var blevet akut

sygt eller indlagt, mens det drejer sig om 23,5 % i forsøgsgruppen. Forfatterne påpeger, at der vil være udeblivelser eller sene afbud, som sundhedsudbyder ikke kan tage højde for med fx påmindelsesbreve. Vedrørende patientkarakteristika finder forfatterne, at ikke-dansktalende familier havde større sandsynlighed for at udeblive eller melde sene afbud end dansktalende familier. Dette blev dog mindsket, når de havde modtaget et påmindelsesbrev, hvilket kan tyde på sproglige/forståelsesmæssige problemer som årsag. Forfatterne henviser til et engelsk studie, som påpeger, at udeblevne har en stor andel, der kommer fra socialt belastede familier, og at man også skal være opmærksom på dette i en dansk sammenhæng for at kunne yde den nødvendige støtte (9).

Kofoed 2009b et al. har i relation til ovennævnte studie om årsager til udeblivelser foretaget et kontrolleret forsøg med påmindelsesbreve til familier. Familier, der fik påmindelsesbrev 14 dage før planlagte besøg, havde 2,4 % udeblivelse, mens forældre uden påmindelsesbrev havde 9,5 % udeblivelse. Forfatterne konkluderer, at udeblivelser kan reduceres signifikant med påmindelsesbreve (10).

Kofoed 2009c et al. har fulgt op på ovennævnte studie om påmindelsesbreve og har vurderet på brevenes effektivitet og omkostningseffektivitet, efter at udsendelse af påmindelsesbreve er blevet en fast del af de administrative procedurer på børneambulatoriet. Udeblivelsesraten, før påmindelsesbreve blev en fast administrativ procedure, var på 7,7 %. Efter det blev en administrativ procedure lå den på 4,1 %. Efter at påmindelsesbreve er blevet fast rutine i ambulatoriet, er der dog sket en ikke-signifikant nedgang i effekten fra 2006 til 2008, og udeblivelsesraten er nu højere, end den var i det ovennævnte kontrollerede forsøg tilbage i perioden 2002-2003 i ambulatoriet. Forfatterne forklarer dette med, at både personale og patienter kan være mere fokuserede i forsøgsperioden, og når forsøget stopper og bliver rutine, kan denne fokus forsvinde. Derfor vurderer forfatterne, at det er vigtig også at have fokus på indsatsen, når det bliver en del af rutinen og være opmærksomme på, hvordan effekter kan aftage over en længere tidsperiode. Forfatterne vurderer, at breve er omkostningseffektive, men pointerer også, at der ikke er foretaget en systematisk økonomisk evaluering af denne indsats (11).

Kruse 2009 et al. finder, at SMS-påmindelser er effektive til at nedbringe udeblivelser i et børneambulatorium. Forsøgsgruppen, som fik SMS-påmindelse, havde en udeblivelsesrate på 5,9 %, mens kontrolgruppen uden SMS-påmindelse havde en udeblivelsesrate på 10 %. Hovedparten af familierne ønskede en ny SMS for en eventuelt ny aftale (12).

### **Sammenfatning**

Undersøgelser i en dansk sammenhæng bekræfter, at forglemmelse hos patienter og administrative fejl samt kommunikationsfejl hos sundhedsudbyder er de væsentligste årsager til udeblivelser. Det er vigtigt med en fokus på ikke-dansktalende familier og patienter, da der her er en sammenhæng med udeblivelse. Breve og SMS er effektive indsatser, men effekten af indsatser kan aftage over tid. Derfor skal man være opmærksom på, hvordan man dels kan holde

fokus på indsatsen, efter den er blevet rutine og indgår i driften, og dels at man måler på effekten over en længere tidsperiode.

### 3.6 Økonomisk teori til at forklare patienters handlingsrationaler, når de bliver introduceret for gebyrer

Dette afsnit ser på teoretiske perspektiver på, hvordan patienter vil handle, når de bliver introduceret for gebyrer. Som det vil fremgå, er patienternes handlingsrationaler ikke entydige, og derfor vil effekten af gebyrer heller ikke være entydig.

Den ene af teorierne ser patienter som rationelle individer, der handler i forhold til incitamenter. Hvis patientens nytte ved udeblivelse overstiger dets omkostning fx i form af gebyr, vælger patienten at udeblive. Og omvendt hvis omkostning overstiger nytten, møder patienten op. Så desto højere gebyr desto mindre udeblivelse. Dette perspektiv antager, at gebyrer kan nedbringe udeblivelser (4).

Den anden af teorierne kaldes "incomplete contract framework", der antager, at hvis kontrakten mellem patient og sundhedsudbyder ikke er tydelig, så kan patienten gøre sig nogle forestillinger om, hvad udeblivelse kan have af konsekvenser. Patienter kan fx opfatte gebyrer som mindre alvorlige, end hvis de tror, at de bliver fjernet fra ventelister til behandling eller kommer bagerst i køen på ventelister. Hvis den implicitte kontrakt mellem patient og udbyder bliver tydeligere i form af fx gebyrer, kan patienterne have mindre grund til at tro, at der vil være sanktioner, der er værre end gebyrer. Og hvis patienterne opfatter gebyrer som en mindre alvorlig sanktion end andre tiltag, kan antallet af udeblivelser stige (4).

Det tredje perspektiv kaldes for "the crowding out model", som antager, at patientens indre motivation og normer kan medvirke til, at patienten ser det som pinligt ikke at møde op til en aftale – normen er, at man møder op. Hvis der derimod indføres gebyr ved udeblivelse, kan patienten gå fra at føle skyld til at se udeblivelse i forhold til monetære incitamenter, hvilket medfører, at patientens indre motivation bliver "crowded out" eller fortrængt. Dette kan føre til højere udeblivelse. Perspektivet kan også ses i relation til patienternes mulighed for at have indflydelse på tidspunktet for booking. Det antager, at patienter får større motivation for at møde op, når de selv har indflydelse på tidspunktet (4).

Teorierne peger på, at gebyrer både kan nedbringe og øge antallet af udeblivelser. Det afhænger af det perspektiv, man lægger på patienternes handlingsrationaler. Dermed er effekten af gebyrer ikke entydig. Effektevaluering skal teste og sandsynliggøre, om de nævnte teorier holder i den virkelige verden, hvor man kan antage, at gebyrer vil virke forskelligt i forskellige sammenhænge for forskellige patientgrupper. Det vil sige, at det ikke kun er et spørgsmål, om gebyrer er effektive eller ikke-effektive, men også et spørgsmål om gebyrer er effektive i for-

skellige behandlingskontekster for forskellige patientgrupper. I det næste afsnit ser vi på, hvad den internationale litteratur siger om effekten af gebyrer.

### 3.7 Hvad er erfaringerne med effekten af at anvende gebyrer ved udeblivelser i sundhedsvæsenet?

Til dette afsnit har det ikke været muligt at udvælge litteratur, som analyserer på tværs af diagnoser og specialer, da litteraturen vedrørende gebyrer og udeblivelser er sparsom. Det betyder, at det kan være problematisk at generalisere konklusionerne til andre sammenhænge. Der er fundet i alt to artikler, der belyser dette emne. Den ene artikel er et litteraturreview, som henviser til et primærstudie, og den anden artikel er et primærstudie.

Bech 2005 henviser i sin artikel til et finsk studie fra 1992/93 baseret på en før- og eftermåling i en ambulans oftalmologi-afdeling, som konkluderer, at udeblivelsesraten faldt fra 6,4 % til 5,5 %, efter der blev indført en afgift ved udeblivelse (4).

Et schweizisk studie, også baseret på en før- og eftermåling i perioden 1999 til 2006 i en ambulans almen klinik for teenagere i alderen 12-20 år, konkluderer, at indførelsen af gebyrer ikke har nogen indflydelse på udeblivelsesraten, men at den har indflydelse på aflysningsraten med den fordel, at det er lettere for klinikken at booke nye aftaler og fylde dagen ud med konsultationer. Undersøgelsen er baseret på 32.816 konsultationer med 3.577 patienter. Udeblivelsesraten før indførelsen af gebyrer var i 1999-2003 på 11,9 %. Efter interventionen i 2004-2006 var den på 11,6 %. Artiklens forfattere nævner muligheden for, at målgruppen teenagere ikke selv skal betale udeblivelsesgebyret, men at dette bliver betalt af deres forældre. Derfor kan effekten af gebyrer udeblive. Aflysningsraten steg fra 8,4 % i 1999-2003 til 14,5 % i 2004-2006, hvilket indikerer, at gebyrer kan øge antallet af aflysninger fra patienter, og dermed gøre det lettere for sundhedsudbyder at planlægge mødeaftaler med patienter (6).

Man kan problematisere både det finske og schweiziske studie i deres undersøgelsesdesign til at fastslå, om der er en effekt af gebyrer ved udeblivelser. De er begge baseret på før- og eftermåling uden en kontrolgruppe. Det kan hermed være vanskeligt at fastslå, om fx nedbringelse af udeblivelse skyldes gebyrer eller andre foranstaltninger eller faktorer. Det er ligeledes problematisk at fastslå, at gebyrer ikke påvirker udeblivelse. Dermed må evidensen for gebyrers effektivitet til at nedbringe udeblivelser betragtes som begrænset.

#### **Sammenfatning**

Sammenfattende må man sige, at der for nærværende ikke er tilstrækkelig med dokumentation for, at gebyrer kan nedbringe udeblivelser. Der er behov for effektevalueringer med robuste designs til at kunne fastslå gebyrers effektivitet, og der er behov for at teste antagelser om, hvordan patienter vil handle, når de bliver konfronteret med gebyrer.

### 3.8 Gebyrers omkostningseffektivitet

Som nævnt mangler der solide undersøgelser af gebyrers effektivitet. Det vil derfor også begrænse, hvad der kan siges om gebyrers omkostningseffektivitet.

Bech 2005 nævner, at omkostningerne ved gebyrer inkluderer personaletid, opsætning af it-faciliteter, opsætning af økonomistyringssystemer og post og påmindelsesomkostninger. Omkostninger til gebyrer har i Danmark været udregnet til cirka 40 kr. (2003-priser) pr. gebyr. Bech påpeger, at gebyrer ser ud til at være mere omkostningstunge end brev- og telefonpåmindelser. Dog vedrører de administrative omkostninger de udeblevne, mens telefon og breve vedrører alle patienter med en aftale. Bech skriver, at indsatser kræver personaletid, brevomkostninger, telefonregninger, som sundhedsudbyderen skal dække. Dette gælder også, når der skal opkræves gebyrer. Udbyderen skal opbygge et system, der kan indkræve gebyrer og skal bære omkostningerne ved dette system. Disse omkostninger kan dog fuldt eller delvis blive dækket af indtægterne fra gebyrer – men selvfølgelig kun hvis gebyret har den fornødne størrelse. Størrelsen af gebyret kan fx være betinget af, hvor omkostningerne er størst (operationer), og lavere hvor omkostningerne er mindre (rutinebesøg i ambulatorier). Det betyder dog også, at forskellige indkomstgrupper rammes forskelligt. Bech peger også på, at man kunne overveje at gøre gebyrernes størrelse proportionelle med de udeblevnes indkomst.

Det er tidligere dokumenteret, at udeblevne patienter kan være socialt udsatte og dermed kan have vanskeligheder ved at betale gebyrer. Derfor kan man overveje at gøre gebyrets størrelse afhængig af den personlige indkomst, som den danske økonom Mickael Bech er inde på i ovenstående. Det er et system, der også anvendes ved bøder for visse trafikforseelser. Hvis udsatte patienter ikke kan betale udeblivelsesgebyr, kan det måske også have som konsekvens, at de ikke møder op til den aftalte undersøgelse eller behandling, hvilket kan have kliniske konsekvenser for patienterne. Man skal i den forbindelse overveje, hvad man administrativt skal stille op med ikke-betalte gebyrer, og hvilke sanktioner der skal være for patienterne.

#### **Sammenfatning**

Der foreligger ingen undersøgelser af gebyrers omkostningseffektivitet, og dermed er der ingen dokumentation for, at det kan svare sig at opkræve gebyrer af udeblevne patienter.



## 4 Referencer

- (1) Ajay G, Rubin G. Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. *Family Practice* 2003; 2(20):178-184.
- (2) Alhamad Z. Reasons for missing appointments in general clinics of primary health care center in Riyadh Military Hospital, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Science and Public Health* 2013; 2(2):258-267.
- (3) Atherton H et al. Email for the coordination of healthcare appointments and attendance reminders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 8.
- (4) Bech M. The economics of non-attendance and the expected effect of charging a fine on non-attendees. *Health policy* 2005; (74):181-191.
- (5) Car J et al. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 7.
- (6) Chariatte V et al. Missed appointments in an adolescent outpatient clinic: descriptive analyses of consultations over eight years. *Swiss Medical Weekly* 2007; 137: 677-681.
- (7) Guy R et al. How Effective Are Short Message Service Reminders at Increasing Clinic Attendance? A Meta-Analysis and Systematic Review. *HSR: Health Services Research* 2012; 2(47):614-632.
- (8) Hasvold P. E., Wotton R. Use of telephone and SMS reminders to improve attendance at hospital appointments: a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2011; 17:358-364.
- (9) Kofoed Poul-Erik, Hansen Lene Mølgaard, Ammentorp Jette. Årsager til udeblivelser og afbud i et børneambulatorium. *Ugeskrift for læger* 2009; 171(17):1379-1383.
- (10) Kofoed Poul-Erik, Hansen Lene Mølgaard, Ammentorp Jette. Udeblivelser fra et børneambulatorium reduceres ved hjælp af påmindelsesbreve. *Ugeskrift for læger* 2009; 171(17):1368-1371.
- (11) Kofoed Poul-Erik, Hansen Lene Mølgaard, Ammentorp Jette. Påmindelsesbreve reducerer udeblivelser i et børneambulatorium – et opfølgingsstudie. *Ugeskrift for læger* 2009; 171(17):1375-1379.
- (12) Kruse Lisbeth Venø, Hansen Lars G, Olesen Charlotte. Udeblivelse fra aftale i børneambulatoriet – SMS-påmindelse hjælper. *Ugeskrift for læger* 2009; 171(17):1372-1375.

- (13) Lee V. J. et al. Predictors of failed attendance in a multi-specialty outpatient centre using electronic databases. BMC Health Services Research 2005; 5(51):1-8.
- (14) Rapport fra arbejdsgruppen vedr. betaling ved udeblivelse fra aftaler med det offentlige. April 2004.
- (15) Stubbs N D. et al. Methods to Reduce Outpatient Non-attendance. The American Journal of the Medical Sciences 2012; 3(344):211-219.

# Bilag 1 - Søgeprotokol

## **Litteratursøgning vedr. projekt 10659, Nedbringelse af udeblivelser juni 2013**

*Tidsbegrænsning: 2003-2013*

*Sprog: Dansk, engelsk, norsk og svensk*

### **PubMed:**

- #1 "Appointments and Schedules"[Mesh] AND "Reminder Systems"[Mesh]: 151 fund
  - #2 "Appointments and Schedules"[Mesh] AND ("Fees and Charges"[Mesh] OR "Reminder Systems /economics"[Mesh]): 102 fund
  - #3 "Appointments and Schedules"[Mesh] AND "Patient Dropouts"[Mesh]: 98 fund
  - #4 "Appointments and Schedules"[Mesh] AND "Patient Compliance"[Mesh]: 14 fund
  - #5 "Appointments and Schedules"[Mesh] AND ("Hospitals"[Mesh] OR "Ambulatory Care"[Mesh]): 15 fund
  - #6 "Cost-Benefit Analysis"[Mesh] AND "Reminder Systems/organization and administration"[Mesh]: 25 fund
- Alle fund gennemset og evt. relevante artikler udvalgt til videre gennemsyn, i alt 102 artikler.

### **Cochrane:**

- #1 "Appointments and Schedules"[Mesh] AND ("Reminder Systems"[Mesh]): 31 fund
  - #2 "Appointments and Schedules"[Mesh] AND ("Patient Compliance"[Mesh] OR "Patient Dropouts"[Mesh]): 39 fund gennemset
  - #3 [Cost-Benefit Analysis][Mesh] AND ("Reminder Systems"[Mesh]): 31 fund
- En del "gengangere" fra PubMed, 14 artikler valgt til videre gennemsyn.

### **Embase:**

- #1 (Non attendance AND Reminder system)[Subject heading]: 0 fund
- #2 (Non attendance[All fields] AND Reminder system)[All fields]: 29 fund gennemset, mange "gengangere", 3 artikler valgt
- #3 Non attendance[Keyword]: 48 fund, flere "gengangere" fra tidligere søgning, 8 artikler valgt

### **EconLit:**

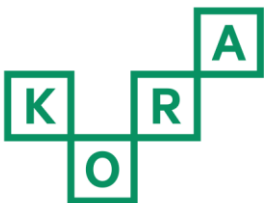
- #1 (Non-attendance)[Abstract]: 14 fund
  - #2 Fee AND Attendance[Fritekst]: 21 fund
  - #3 (Appointment scheduling)[Fritekst]: 24 fund
- Alle fund gennemset, 3 artikler valgt til videre gennemsyn.

### **CRD-databaser:**

- #1 Non-attendance[inTitle] OR Non-attendance[InTitle]: 3 fund (CRD-reviews)
- #2 No-show [InTitle] OR Noshow[InTitle]: 0 fund
- #3 Non-attende[e][Any field] OR Non-attende[e]s[Any field]: 3 fund, ikke relevante
- #4 Patient reminder[inTitle]: 2 fund, 1 CRD-review valgt
- #5 Attendance rate[Any field] OR Attendance rates[Any field]: 26 fund gennemset, de relevante "gengangere" fra tidligere søgning

### **Internet/Google:**

- #1 Non-attendance + Reminder
  - #2 Patient non-attendance
- De første sider gennemset



**Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00