

Bachelor scriptie

Het verband tussen patiënt- en zorgkarakteristieken en
redenen tot no-show



Datum: 30-06-2016

Petra van den Dolder | s1501259

Sander Oudbier | s1256297

Begeleiders: H.G.M. Oosterwijk, J.M. Hummel & E. Bredenhoff

Voorwoord

Voor u ligt de bachelor scriptie voor de studie Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Deze scriptie beschrijft het no-show probleem in Gelre ziekenhuizen voor de vestigingen Apeldoorn en Zutphen wat betreft de karakteristieken van de no-show patiënten en de redenen die door deze patiënten gegeven worden. Naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek zullen aanbevelingen worden gedaan voor Gelre ziekenhuizen om dit probleem zo goed mogelijk aan te pakken.

Via deze weg willen wij alle mensen bedanken die ons hebben geholpen bij het uitvoeren van deze opdracht, in het bijzonder onze externe begeleider, meneer Bredenhoff en onze eerste en tweede begeleider, meneer Oosterwijk en mevrouw Hummel.

Petra van den Dolder

Sander Oudbier

Samenvatting

Internationaal zijn er verschillende onderzoeken gedaan naar no-shows bij poliklinische specialismen. In Nederland is dit onderwerp nog maar nauwelijks onderzocht. Toch hebben ziekenhuizen ook in Nederland te kampen met de negatieve effecten van no-shows. Om aanbevelingen te kunnen doen hoe het no-show probleem op een effectieve manier aangepakt kan worden, is er onderzoek gedaan naar de karakteristieken van no-show patiënten en wat hun redenen zijn om niet te komen. Dit is gedaan in opdracht van Gelre ziekenhuizen. Na het uitvoeren van een patiënt-controle onderzoek in combinatie met een survey kwamen meerdere karakteristieken naar voren als significant verschillend voor no-show patiënten en patiënten die wel zijn gekomen. Zo is het grootste deel man en van jonge leeftijd (tot en met 24 jaar). In de meeste gevallen gaat het om een herhalingsafpraak en afspraken bij beschouwende specialismen. Verder spelen ook de tijd van de dag, geplande tijd voor de afspraak, dag van de week en de maand waarin de afspraak plaatsvindt een rol. De redenen voor no-show die werden genoemd in de enquête waren met name het niet op de hoogte zijn van de afspraak (17,8%), vergeten (15,5%) en foutief als no-show geregistreerd (13,7%). Als er gekeken wordt of er een verband is tussen de redenen voor no-show en de karakteristieken van no-show patiënten kan geconcludeerd worden dat er over het algemeen geen verband is tussen de karakteristieken en redenen. Alleen in enkele gevallen is er wel een significant verband gevonden, namelijk de reden “vergist in de dag/tijd” is significant meer ingevuld voor locatie Apeldoorn dan voor locatie Zutphen, de reden “vergeten” is significant meer ingevuld door patiënten van het mannelijk geslacht dan door patiënten van het vrouwelijk geslacht en de reden “het ziekenhuis heeft de afspraak verzet” is significant meer ingevuld door patiënten uit de leeftijdsgroep onder de 15 jaar dan door patiënten uit andere leeftijdsgroepen. Aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan voor Gelre ziekenhuizen:

- Het versturen van een afspraakbrief via de e-mail
- Het sturen van een herinneringsbericht per SMS
- Het verbeteren van het administratieve systeem en hoe medewerkers er mee omgaan
- Patiënten zelf hun afspraken in laten plannen

Inhoudsopgave

1. Introductie.....	5
2. Probleemverkenning	7
2.1 Aanleiding.....	7
2.2 Context.....	7
2.3 Onderzoeksvraag.....	8
3. Literatuurreview	9
3.1 Voorkomen no-shows	9
3.2 Karakteristieken van no-show patiënten	9
3.3 Redenen waarom mensen niet komen	11
4. Methodologie.....	13
4.1 Onderzoeksopzet.....	13
4.2 Onderzoekspopulatie en selectie	13
4.3 Data verzameling	14
4.4 Data-analyse	16
4.5 Validiteit en Precisie	16
5. Resultaten	17
5.1 No-show percentage poliklinieken Apeldoorn en Zutphen	17
5.2 Karakteristieken van no-show patiënten	18
5.3 Redenen van no-show patiënten.....	26
5.4 Verband tussen karakteristieken en redenen voor no-show	27
5.5 Respons en non-respons.....	27
6. Discussie	29
7. Conclusie	36
7.1 Conclusie	36
7.2 Beperkingen en vervolgonderzoek.....	37
Referenties	39
Bijlage	41
A. Begeleidende brief	41
B. Enquête	42
C. Statistische analyse.....	44
D. Zoekmatrix.....	44

1. Introductie

Het niet komen van een patiënt op een (poliklinische) afspraak zonder zich van te voren af te melden is een internationaal probleem [1]. De no-show, zoals dit probleem ook wel genoemd wordt, komt voor bij een breed scala aan specialismen. Zo ligt het percentage in Groot-Brittannië tussen de 5,4% en 23% afhankelijk van het specialisme. Ook in Scandinavische landen is er een groot verschil te zien tussen de specialismen, namelijk tussen de 7,8% en 27,6%. In Nederland is dit verschil minder te zien. Hier is het gemiddelde no-show percentage 4% (laagste 2%, hoogste 7%). Dit percentage klinkt misschien laag vergeleken met andere landen, maar in totaal worden de kosten hiervan geschat op ongeveer 300 miljoen euro per jaar [2]. Deze kosten worden veroorzaakt doordat er voor een afspraak personeel beschikbaar staat die in deze tijd geen patiënten kan helpen maar wel betaald moet worden. Verder wordt er ook ruimte en medische apparatuur gereserveerd die op deze manier inefficiënt gebruikt wordt.

Andere nadelen van no-show zijn met name voor de patiënt. Voor de patiënten die wel op hun afspraak komen kan no-show betekenen dat de wachttijd onnodig oploopt wanneer een andere patiënt niet afbelt. Als de behandelend arts van tevoren had geweten dat deze patiënt niet zou komen, zou de tijd die ingepland is voor deze no-show patiënt gebruikt kunnen worden om de opgelopen wachttijd in te lopen door de wel gekomen patiënt te helpen, in plaats van onnodig op de no-show patiënt te wachten. Verder kan no-show invloed hebben op de gezondheid van de niet gekomen patiënt door bijvoorbeeld verlate diagnose, of gemiste behandeling, wat het ziektebeeld kan verergeren [3-5]

Ook Gelre ziekenhuizen heeft te maken met no-show en de negatieve gevolgen hiervan. Om deze gevolgen te verminderen is er dan ook een opdracht opgesteld om te onderzoeken wat de karakteristieken zijn van de no-show patiënten en welke redenen zij hebben om niet te komen om zo een effectieve manier te kunnen vinden voor het aanpakken van no-shows. Internationaal zijn hier al enkele onderzoeken naar gedaan. Echter, in Nederland is er nog geen onderzoek gedaan naar de karakteristieken en enkel een onderzoek naar de redenen van no-show.

In dit onderzoek zal dan ook gekeken worden of de resultaten van dit onderzoek in Nederland overeenkomen met karakteristieken en redenen die internationaal gevonden zijn. Verder wordt in dit onderzoek gekeken of er een verband is tussen de karakteristieken en de redenen. Er zal worden gekeken naar patronen en of bepaalde redenen voornamelijk voorkomen bij een specifieke patiëntenpopulatie. Om dit te doen zal allereerst in hoofdstuk twee een beschrijving worden gegeven van de aanleiding en de context van dit onderzoek en zullen de hoofdvraag en deelvragen worden gepresenteerd. In het derde hoofdstuk zal een verdieping in de literatuur plaatsvinden om weer te geven wat er al is onderzocht. Dit zal als basis gebruikt worden om voorspellingen te doen van de uitkomsten van dit onderzoek. Daarna zal de methode worden uitgewerkt en in hoofdstuk vijf zullen de resultaten worden gepresenteerd per deelvraag. In het zesde hoofdstuk zal een discussie van de resultaten plaatsvinden, waarbij de link gelegd wordt naar aanbevelingen voor Gelre. In het laatste

hoofdstuk zal een conclusie getrokken worden en zullen de tekortkomingen van dit onderzoek en punten voor mogelijke vervolgonderzoeken worden beschreven.

2. Probleemverkenning

In dit hoofdstuk zal een beschrijving worden gegeven van het kader waarbinnen dit onderzoek is uitgevoerd. Allereerst zal de aanleiding van dit onderzoek uiteengezet worden. In paragraaf 2 zal de context worden uitgewerkt waarbinnen het onderzoek is gedaan. Tot slot, zullen in paragraaf 3 de hoofdvraag en de deelvragen worden gepresenteerd.

2.1 Aanleiding

De aanleiding van dit onderzoek is de vraag vanuit Gelre ziekenhuizen om de omvang van het no-show probleem te inventariseren. Momenteel heeft Gelre ziekenhuizen nog geen inzicht in de actuele no-show percentages per vestiging en per specialisme. Dit inzicht zal dan ook worden verkregen aan de hand van dit onderzoek.

Ook wil Gelre ziekenhuizen het percentage no-show verlagen om verspilling in de zorg tegen te gaan. Door te kijken wat de karakteristieken zijn van de no-show patiënten, wat de redenen zijn van patiënten om niet komen en of deze redenen in verband staan met bepaalde karakteristieken, kan advies worden gegeven aan Gelre wat mogelijke maatregelen zijn om no-show te verminderen.

2.2 Context

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Gelre ziekenhuizen, afdeling regiebureau patiënten logistiek en marketing. Gelre ziekenhuizen is een topklinisch opleidingsziekenhuis gevestigd in Nederland. Gelre ziekenhuizen heeft twee hoofdlocaties (Apeldoorn en Zutphen) en een aantal kleine buiten poliklinieken (Dieren, Epe en Lochem). Het totaalaantal polibezoeken bedroeg in 2015 650 duizend verdeeld over de vestigingen Apeldoorn en Zutphen. In 2016 ligt dit aantal momenteel al op ongeveer 312 duizend. In tabel 1 zijn enkele basale kerngetallen te zien om een beeld te geven van de grootte van Gelre ziekenhuizen.

Tabel 1 Kerngetallen Gelre ziekenhuizen

Aantal specialismen:	27
Aantal medewerkers:	3.559
Aantal verpleegkundigen:	1.020
Aantal medisch specialisten in loondienst:	81
Aantal medisch specialisten:	270
Aantal artsen in opleiding:	85
Aantal opnamen per jaar:	27.091
Aantal dagopnamen per jaar:	27.353
Gemiddelde verblijfsduur:	5,1 dagen
Aantal opleidingen:	19
Adherentiegebied:	280.000 inwoners
Omzet:	327.907.681 euro

2.3 Onderzoeksvraag

Om het verband tussen de patiëntkarakteristieken en de redenen tot no-show te onderzoeken is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *Is er een verband tussen de no-show patiënt- en zorgkarakteristieken en de redenen tot no-show bij poliklinische specialismen in Gelre ziekenhuizen?*

Deze vraag zal worden beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

- *Hoe vaak komen no-shows voor bij Gelre ziekenhuizen en wat is het bijbehorende capaciteitsverlies?*
- *Wat zijn de karakteristieken van de no-show patiënten?*
- *Wat zijn de redenen van het voorkomen van no-shows?*
- *Wat is het verband tussen de karakteristieken en de redenen voor no-show?*

Verder zal er gekeken worden wat de implicaties zijn van dit onderzoek voor Gelre door antwoord te geven op de vraag “*Welke tegenmaatregelen kunnen Gelre aanbevolen worden om het percentage no-show te verminderen?*”.

3. Literatuurreview

In dit hoofdstuk zal een verdieping in de internationale literatuur worden beschreven met betrekking tot het voorkomen van no-shows, de karakteristieken van no-show patiënten en de redenen die worden gegeven voor no-show. De artikelen die gebruikt zijn voor deze verdieping zijn gefilterd voor alleen Europese landen; een groot aantal Britse onderzoeken, een enkele uit Denemarken en een onderzoek uit Nederland. Aan de hand van deze literatuur zullen verwachtingen worden geformuleerd over de resultaten van dit onderzoek.

3.1 Voorkomen no-shows

In verschillende landen is er onderzoek gedaan naar het voorkomen van het verschijnsel “no-show”. Dit is gedaan verspreid over een breed scala aan poliklinische specialismen, maar ook bij revalidatieprogramma’s en borstkanker screenings. De no-show percentages die in deze onderzoeken gevonden zijn, verschillen sterk per land. Ook binnen een land zijn de percentages niet constant. Zo ligt het percentage in Groot-Brittannië tussen de 5,4% en 23%, afhankelijk van het specialisme [6-9]. Specialismen met een laag percentage zijn onder andere oogheelkunde en maag- darm- en leverziekten; specialismen met een hoog percentage zijn cardiologie en psychiatrie [6, 7, 10]. Ook in Denemarken zijn de percentages per specialisme verschillend (tussen de 7,8% en 27,6%) [11]. Het no-show percentage in Nederland is, in tegenstelling tot de eerdergenoemde landen, redelijk constant. Uit een onderzoek van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen blijkt dat het gemiddelde percentage 4% (laagste 2%, hoogste 7%) bedraagt [12]. Ondanks dat dit een lager percentage is dan in andere landen, is het van belang om dit percentage nog verder terug te dringen om verspilling in de zorg tegen te gaan en daardoor betere kwaliteit van zorg te kunnen bieden in de vorm van kortere wachttijden en het tijdig verkrijgen van zorg.

3.2 Karakteristieken van no-show patiënten

De karakteristieken van no-shows zijn bij veel verschillende medische specialismen onderzocht. De onderzochte karakteristieken kunnen worden opgesplitst in patiëntkarakteristieken, zorgkarakteristieken en overige karakteristieken die een rol spelen bij het niet komen op een afspraak.

De patiëntkarakteristieken die in de literatuur zijn onderzocht zijn geslacht, leeftijd, sociaaleconomische status, etniciteit en wel of niet werkloosheid. Deze zullen hieronder worden besproken. Allereerst, het patiëntkarakteristiek geslacht. In verschillende Britse onderzoeken wordt aangetoond dat patiënten met het mannelijk geslacht significant minder komen op hun poliklinische afspraak [6, 7]. Bij een van deze onderzoeken kwam 28,6% van de mannen en 16,9% van de vrouwen niet op hun afspraak [7]. Aan de andere kant zijn er ook onderzoeken waarbij dit verband, dat mannen vaker niet komen, niet wordt aangetoond. In deze artikelen wordt waargenomen dat patiënten van beide geslachten ongeveer evenveel als no-show worden geregistreerd [8, 9, 13]. Hieruit kan de volgende verwachting worden geformuleerd:

Verwachting: Het no-show percentage bij mannen ligt hoger dan bij vrouwen, maar dit is niet significant.

Een ander patiëntkarakteristiek is de leeftijd van de patiënt. In vrijwel alle artikelen die leeftijd als karakteristiek van no-show patiënten onderzochten komt naar voren dat patiënten die vallen in een jongere leeftijdsklasse (tot en met 35 jaar) significant minder komen. De precieze leeftijdsgroep waarbinnen de meeste no-show gezien wordt, verschilt wel per onderzoek. Zo komt in het ene onderzoek naar voren dat no-show het meest voorkomt in de leeftijdsgroep 16-35 [6]. Een ander onderzoek toont aan dat het hoogste no-show percentage voorkomt bij de patiënten tussen 0-25 [11]. Alle onderzoeken hebben in ieder geval gemeenschappelijk dat het gaat om relatief jonge patiënten, namelijk tot en met 35 jaar [8, 9, 14]. De verwachting die hieruit voortkomt is als volgt:

Verwachting: Patiënten tot en met 35 komen significant minder naar afspraken dan patiënten boven de leeftijd van 35.

Ook sociaaleconomische status komt naar voren als een karakteristiek die mogelijk een rol speelt bij het missen van een afspraak. Sociaaleconomische status wordt als significant aangetoond in hetzelfde Britse onderzoek dat ook de significantie van geslacht en leeftijd aantoonde [6]. In dit onderzoek is gekeken naar de Jarman score, die berekend is per postcodegebied, om de sociaaleconomische status te achterhalen. In een ander Brits onderzoek werd sociaaleconomische status niet als significant bevonden [13]. Verder zijn ook etniciteit en wel of niet werkloos als karakteristieken van no-show patiënten aangetoond als significant van invloed [8, 9]. Echter, deze karakteristieken zullen niet worden meegenomen in dit onderzoek gezien de beperkte tijd. De focus van dit onderzoek is dan ook gericht op de gegevens die door het ziekenhuis gelijk voor handen zijn in het afsprakensysteem.

Er zijn ook zorgkarakteristieken die worden aangehaald als significant voor patiënten die niet op hun afspraak komen. Een van deze karakteristieken is het tijdsinterval tussen de verwijzing door de huisarts en de afspraak in het ziekenhuis [6]. Een ander is de tijd wanneer de afspraak zou plaatsvinden. Al wordt in het ene onderzoek aangetoond dat er een significant verschil zit in tijden wanneer de afspraak plaatsvindt [8], in een andere onderzoeken is dit verband niet aangetoond [7, 11]. Van de zorgkarakteristieken zullen zowel de tijd als de dag als de maand van de afspraak worden meegenomen. De tijd tussen de verwijzing en de afspraak zal niet worden meegenomen, omdat deze data door Gelre ziekenhuizen niet tijdig voor ons beschikbaar gesteld kon worden. Aan de hand van deze karakteristieken volgen de volgende verwachtingen:

Verwachting: Er is geen significant verschil tussen de patiënten die wel en niet gekomen zijn wat betreft de tijd op de dag.

Verwachting: *Er is geen significant verschil tussen de patiënten die wel en niet gekomen zijn wat betreft de dag van de afspraak.*

Verwachting: *Er is geen significant verschil tussen de patiënten die wel en niet gekomen zijn wat betreft de maand van de afspraak.*

Als laatste zijn er ook nog enkele overige factoren die mogelijk een rol spelen bij het niet komen op de poliklinische afspraak. Deze zijn religie en cultuur [15] en patiënten van een huisarts die veel patiënten doorverwijst [6]. Deze factoren zijn beide significant bevonden in de literatuur. Echter, deze factoren zullen niet worden meegenomen in dit onderzoek, omdat deze data niet is opgenomen in het zorginformatiesysteem.

3.3 Redenen waarom mensen niet komen

In de literatuur zijn er verschillende redenen genoemd waarom patiënten niet aanwezig zijn op hun afspraak. De meest voorkomende redenen zijn het vergeten van de afspraak, zich te ziek voelen voor een afspraak en ten slotte administratieve fouten zoals het niet ontvangen van een afspraakbrief [7, 10, 11, 16-20].

De eerste reden, het vergeten van de afspraak, komt naar voren in onderzoek uitgevoerd in Ierland. Hier is deze reden de meest genoemde oorzaak, namelijk 30,4% van de patiënten die voor het eerst een afspraak misten waren deze vergeten [19]. Ook in een Deense polikliniek is gevonden dat 34,3% van de patiënten die een afspraak gemist had de afspraak was vergeten [11]. In plastische chirurgische poliklinieken bleek 35% van de gemiste afspraken te komen door het vergeten van de afspraak [20]. Deze aantallen zijn relatief constant. Er kan dan ook verwacht worden dat:

Verwachting: *30-35% van de gemiste afspraken wordt veroorzaakt door het vergeten van de afspraak.*

De tweede reden, het te ziek voelen voor de afspraak kwam in een onderzoek bij een dermatologische polikliniek in 28 van de 100 gevallen voor (28%) [17]. In een polikliniek oogheelkunde werd door patiënten in 49 van de 224 gevallen (21,9%) te ziek opgegeven als reden [18]. Ongeveer een kwart van de patiënten lijkt zich dus te ziek te voelen bij het missen van een afspraak. Hieruit kan geconcludeerd worden dat:

Verwachting: *25% van de gemiste afspraken wordt veroorzaakt door het te ziek zijn van de patiënt.*

De derde reden die het meest genoemd wordt is het niet komen door administratieve fouten. In een polikliniek oogheelkunde bleek dat 15,2% van de patiënten geen afspraakbrief had ontvangen, 7,6% had de afspraak afgezegd en was dus onterecht als no-show geregistreerd [18]. In een colorectale

kliniek in Londen was in 34,2% van de gevallen de oorzaak een administratieve reden, namelijk het niet ontvangen van een afspraakbrief of de patiënt had niet de mogelijkheid om de afspraak te kunnen afzeggen [7]. In de poliklinieken plastische chirurgie werd door patiënten in 101 van de 250 gevallen (40,4%) aangegeven dat zij niet op de hoogte waren van de afspraak, ofwel deze afgezegd hadden of dat het ziekenhuis zelf deze afgezegd had [20]. De hieruit volgende verwachting is dat:

Verwachting: 25-40% van de gemiste afspraken wordt veroorzaakt door administratieve fouten.

In de literatuur wordt vaak een scheiding gemaakt tussen patiëntredenen en zorgredenen voor het niet komen opdagen op de afspraak [17, 20]. Onder de patiëntredenen komen op vakantie, het niet nodig vinden van een behandeling, ziekte en vergeten als grootste oorzaken van no-show naar voren [10, 11, 16-21]. Op zorgvlak blijkt dat patiënten vaak niet op de hoogte zijn van hun afspraak, de afspraak al afgezegd/verzet hebben, niet de mogelijkheid hadden om de afspraak af te zeggen of dat het ziekenhuis transport niet op tijd is gearriveerd [7, 11, 19, 20].

4. Methodologie

In dit hoofdstuk zal een beschrijving worden gegeven van de methode die gebruikt is om dit onderzoek op te zetten. Allereerst zal de onderzoeksopzet worden beschreven. Daarna zal in paragraaf 2 de onderzoekspopulatie worden beschreven en wat voor selectie er heeft plaatsgevonden. In paragraaf 3 zal worden uitgelegd op welke manier de data is verzameld en welke data precies is verzameld. In paragraaf 4 zal een beschrijving worden gegeven van de analyse van de data. Er wordt afgesloten met een paragraaf over de validiteit en precisie van dit onderzoek.

4.1 Onderzoeksopzet

Om de hoofdvraag: *“Is er een verband tussen de zorgkarakteristieken van no-show patiënten en de redenen tot no-show bij poliklinische specialismen in Gelre ziekenhuizen?”* te beantwoorden, is er gekozen om een patiënt-controle onderzoek te doen. Bij dit onderzoektype worden twee groepen statistisch met elkaar vergeleken; in dit geval patiënten die niet zijn gekomen en patiënten die wel zijn gekomen op hun poliklinische afspraak. Op deze manier kunnen mogelijke verschillen in zorgkarakteristieken bij deze twee groepen worden onderzocht. Verder is er gekozen voor het uitvoeren van een survey. Een schriftelijke enquête is uitgezet om de redenen te achterhalen waarom patiënten, die als no-show geregistreerd worden, niet op hun afspraak komen zonder zich af te melden.

Het onderzoek is uitgevoerd in Gelre ziekenhuizen voor zowel de locatie Apeldoorn als Zutphen. Andere buiten poliklinieken in Lochem, Dieren en Epe zijn niet meegenomen door hun aandeel van minder dan 5 procent in het totale no-show aantal. Voor zowel vestiging Apeldoorn als Zutphen zijn alle poliklinieken meegenomen die een eerstelijns functie hebben. Andere specialismen die anders gestructureerd zijn en gebruikt worden voor plandoeleinden worden dan ook niet meegenomen. Het uiteindelijke aantal dat is geïnccludeerd is 23 specialismen; 2 hiervan komen alleen bij vestiging Apeldoorn voor (neurochirurgie en psychiatrie), de rest komt bij zowel vestiging Apeldoorn als vestiging Zutphen.

4.2 Onderzoekspopulatie en selectie

Bij het eerste deel van het onderzoek zijn alle afspraken met patiënten, waarvan de patiëntnummers bekend zijn, vanaf 2014 tot en met 2016 meegenomen in de vergelijking. Hiervoor is gekozen om een zo volledig mogelijk beeld te geven van de mogelijke verschillen in karakteristieken tussen de no-show patiënten en de patiënten die wel zijn gekomen. Verder is op deze manier ook te zien of er een patroon is door de jaren heen.

De afspraken zijn gefilterd op de 23 specialismen die zijn geïnccludeerd. Verder zijn alle afspraken verwijderd die een bezoekstatus “plan” of “centraal gemeld” hebben. Ook de afspraken met een lege bezoekstatus zijn verwijderd. Van deze patiënten is namelijk niet te achterhalen of ze wel of niet zijn gekomen op de afspraak en zouden daarom het beeld kunnen vertroebelen. De patiënten die in dit

systeem als niet-gekomen staan vermeld zullen worden geclassificeerd als no-show, in overleg met de polihooften. De rest van de registratie-statussen zijn geclassificeerd als patiënten die wel op hun afspraak zijn gekomen.

Bij het tweede deel van het onderzoek heeft er wel een selectie plaatsgevonden. De cases zijn geselecteerd door de personen die in week 18, 19 en week 20 van 2016 als niet-gekomen zijn geregistreerd in week 21 een schriftelijke enquête op te sturen samen met een begeleidende brief en een retourenvelop. Door alle niet-gekomen patiënten van drie weken te nemen, zijn 905 patiënten geïncludeerd.

De populatiegrootte van no-shows in Gelre ziekenhuizen voor Apeldoorn en Zutphen is ongeveer 18.000 voor een jaar (ongeveer 3% van het totale aantal afspraken; de exacte getallen zijn te vinden in Bijlage C tabel 2 en 3). Wanneer er gebruik wordt gemaakt van de onderstaande formule zou, bij deze populatiegrootte, het aantal benodigde respondenten (n) 377 patiënten bedragen voor een betrouwbare conclusie.

$$n \geq \frac{N * z^2 * p(1 - p)}{z^2 * p(1 - p) + (N - 1) * F^2}$$

➤ z (standaardafwijking)	1,96
➤ N (populatiegrootte)	18.000
➤ P (kans op no-show)	50%
➤ F (foutmarge)	5%

4.3 Data verzameling

Om de eerder beschreven voorspellingen te testen zal er gebruik gemaakt worden van kwantitatieve data. Deze kwantitatieve data is verkregen uit het algemene afspraken registratiesysteem van Gelre ziekenhuizen. Voordat wij deze data verzameld hebben, hebben wij eerst contact gehad met verschillende polihooften met vragen over het gebruik van registratie statussen. Zij hebben meer toelichting gegeven over welke statussen worden gebruikt en hoe consistent deze worden gebruikt op de afdelingen. Ook gaven zij aan dat in principe een patiënt niet als niet-gekomen wordt geregistreerd als deze van tevoren (hoe kort ook) afbelt. Dit komt dan ook overeen met onze definitie van een no-show. Daarna is gekeken naar de bestaande database van het ziekenhuis en is hieruit data verzameld met betrekking tot de aantallen van de no-shows voor alle specialistische poliklinieken. Met de data over de aantallen no-shows per locatie en polikliniek en de verloren capaciteit, is het mogelijk de eerste deelvraag te beantwoorden, namelijk “*Hoe vaak komen no-shows voor bij Gelre ziekenhuizen en wat is het bijbehorende capaciteitsverlies?*”.

Om de tweede deelvraag, “*Wat zijn de karakteristieken van de no-show patiënten?*” te kunnen beantwoorden, is er data verzameld met betrekking tot de karakteristieken van de patiënt, maar ook karakteristieken van de zorg. Deze karakteristieken zijn verkregen uit de bestaande database van het ziekenhuis.

De patiëntkarakteristieken zijn:

- Geslacht (paragraaf 5.2.1)
- Leeftijd (paragraaf 5.2.2)

De zorgkarakteristieken zijn:

- Afspraaktype (paragraaf 5.2.3)
- Type specialisme (paragraaf 5.2.4)
- Geplande tijd (paragraaf 5.2.5)
- Tijd op de dag (paragraaf 5.2.6)
- Dag van de afspraak (paragraaf 5.2.7)
- Maand van de afspraak (paragraaf 5.2.8)

Aan de hand van een schriftelijke enquête zijn er redenen achterhaald die een rol spelen bij het veroorzaken van no-shows. Om zorg te dragen voor representatieve communicatie vanuit het ziekenhuis is er contact geweest met de afdeling marketing binnen Gelre ziekenhuizen. Verder heeft deze afdeling de enquête en begeleidende brief gecontroleerd op inhoud en goedkeuring gegeven voor het benaderen van patiënten met deze enquête. Hierna zijn alle polihouders en medewerkers van de poliklinieken ingelicht over dit onderzoek zodat zij op/aanmerkingen konden melden en ook op de hoogte waren van dit onderzoek mochten patiënten vragen hebben. Patiënten van 1 t/m 18 mei die een afspraak gemist hadden bij de poliklinieken zijn hierbij benaderd met deze schriftelijke enquête. Deze enquête inclusief begeleidende brief en retourenvelop is op maandag 23 mei per 24 uurspost gedistribueerd. Dit ging om 905 patiënten verdeeld over de verschillende specialismen. Deze enquête bevatte een korte vragenlijst, namelijk 3 vragen, met als eerste vraag wat de reden is waarom de patiënt als niet-gekomen is geregistreerd. De tweede vraag had betrekking tot het belang van tijdig afzeggen en de laatste vraag is een open vraag voor mogelijke suggesties/verbeterpunten. Iedere enquête heeft een eigen kenmerk die gelinkt is aan de beschikbare patiënt/zorgkarakteristieken. De data die uit de enquête is verkregen zal worden gebruikt om de derde deelvraag te beantwoorden, “*Wat zijn de redenen van het voorkomen van no-shows?*”. De vragen in de enquête zijn gecodeerd en vervolgens in Microsoft Excel verwerkt. Van een aantal patiënten is wel een schriftelijke toelichting ontvangen, maar was er geen categorie op de enquête aangekruist. Deze hebben wij zelf toegewezen aan een categorie als dit opgemaakt kon worden uit het bijgevoegde schrijven.

4.4 Data-analyse

Voor de data-analyse is het programma SPSS gebruikt. De analyse bestaat uit drie stappen. Allereerst is er gekeken naar de verschillen in karakteristieken tussen de twee groepen, de wel-gekomen patiënten en de niet-gekomen patiënten. Voor elke karakteristiek is er een kruistabel gemaakt van de karakteristiek en de bezoeksstatus (wel- en niet-gekomen). Hierin zijn de percentages wel- en niet-gekomen patiënten per karakteristiek, maar ook de exacte getallen opgenomen. Daarna is met een chikwadraattoets gekeken of deze verschillen ook daadwerkelijk significant zijn. Er is gekozen voor een chi-kwadraattoets, omdat dit een veel gebruikte toets is bij het vergelijken van twee niet-gepaarde groepen waarbij gekeken wordt of deze van elkaar verschillen. Het capaciteitsverlies is vervolgens met Excel berekend door de geplande tijd voor elke gemiste afspraak op te tellen en te delen door de totale geplande tijd voor alle afspraken.

In de tweede stap is gekeken naar hoe vaak bepaalde redenen worden genoemd voor het niet komen op een afspraak. Aan de hand van Excel is gekeken hoeveel procent elke reden bedroeg van het geheel. De combinaties van redenen zijn geanalyseerd door te kijken hoe vaak bepaalde combinaties voorkwamen.

Ten slotte, de mogelijke samenhang tussen de karakteristieken en de redenen van no-show patiënten zijn onderzocht. Met kruistabellen per reden is er eerst gekeken of deze meer of minder is ingevuld per karakteristiek. Met een chikwadraattoets is gekeken naar de significantie van deze aantallen. In dit geval gaat het om meerdere niet-gepaarde groepen (de redenen). Deze groepen zijn nominaal verdeeld, namelijk wel of niet een bepaalde reden ingevuld. Voor deze groepen wordt dan gekeken naar een mogelijk verschil per karakteristiek (bijvoorbeeld per specialisme).

4.5 Validiteit en Precisie

In dit onderzoek is er rekening gehouden met de validiteit door gebruik te maken van een literatuuronderzoek; antwoordcategorieën in de enquête zijn zo veel mogelijk overgenomen van andere onderzoeken. Verder is een breed scala aan antwoordcategorieën gegeven om de kans te verkleinen dat patiënten een sociaal gewenst antwoord geven. Om de externe validiteit van de enquête te waarborgen zijn patiënten van drie weken geïnccludeerd. Op deze manier komen verschillende dagdelen en dagen van de week meerdere keer voor en is de kans kleiner dat het gaat om een toevalstreffer. Wat betreft de externe validiteit van de karakteristieken van de no-show patiënten zijn zo veel mogelijk patiënten meegenomen; meer dan 600.000 cases per jaar.

Voor een betrouwbaarheidsinterval van 95% zijn 377 respondenten nodig voor dit onderzoek. De respons van dit onderzoek is 299. Dit betekent dat de uitkomsten nog steeds betrouwbaar zijn, maar met een ruimer betrouwbaarheidsinterval, namelijk 90%.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van dit onderzoek beschreven worden. In paragraaf 1 zal de stand van zaken bij Gelre ziekenhuizen beschreven worden wat betreft het no-show percentage voor de vestigingen. Daarna zal een ruwe berekening worden gegeven van het verlies dat Gelre lijdt door dit percentage no-show. Ook het no-show percentage per specialisme en de meeste gebruikte geplande tijden per specialisme zullen beschreven worden. In paragraaf 2 zullen de resultaten van de karakteristieken uitgewerkt worden en zal worden beschreven of deze karakteristieken significant zijn. In paragraaf 3 zal worden ingegaan op de redenen voor no-show die zijn gevonden aan de hand van de enquête. In paragraaf 4 zal het verband worden gelegd tussen de karakteristieken en redenen. Als laatste, in paragraaf 5, zal gekeken worden in hoeverre de resultaten van paragraaf 3 en 4 te generaliseren zijn door te kijken naar de respons en de non-respons.

5.1 No-show percentage poliklinieken Apeldoorn en Zutphen

Om te kijken hoeveel procent van de afspraken als niet-gekomen geregistreerd wordt, is er allereerst gekeken naar het no-show percentage voor Gelre ziekenhuizen. In tabel 2 zijn het aantal afspraken en het percentage wel en niet-gekomen patiënten weergegeven per jaar en per vestiging.

Tabel 2 Aantal gekomen en niet gekomen patiënten per jaar per locatie

	2014		2015		2016	
	Gekomen <i>n</i> (%)	Niet-gekomen <i>n</i> (%)	Gekomen <i>n</i> (%)	Niet-gekomen <i>n</i> (%)	Gekomen <i>n</i> (%)	Niet-gekomen <i>n</i> (%)
Apeldoorn	365.085 (97,2%)	10.560 (2,8%)	370.565 (97,0%)	11.340 (3,0%)	17.8466 (96,9%)	5.629 (3,1%)
Zutphen	186.796 (96,7%)	6.417 (3,3%)	191.402 (96,7%)	6.551 (3,3%)	91.112 (96,4%)	3.383 (3,6%)
Totaal	551.881 (97,0%)	16.977 (3,0%)	561.967 (96,9%)	17.891 (3,1%)	269.578 (96,8%)	9.012 (3,2%)

Zoals te zien in de tabel is het percentage voor Gelre algemeen 3,2% in 2016; 3,1% in Apeldoorn en 3,6% in Zutphen. Dit is een stijging vergeleken met de voorgaande twee jaren. In 2014 was het no-show percentage namelijk 3,0% (2,8% in Apeldoorn en 3,3% in Zutphen) en 3,1% (3,0% in Apeldoorn en 3,3% in Zutphen) in 2015. Echter, het percentage van 2016 is afgeleid van een half jaar en 2014 en 2015 van een heel jaar. Als er gekeken wordt naar het no-show percentage voor Gelre voor de eerste helft van elk jaar dan is er alsnog een stijging te zien (namelijk gemiddeld 3,0% voor de eerste helft van 2014 en 3,1% voor de eerste helft van 2015). Echter, niet alle statussen van afspraken zijn ingevuld in 2014, namelijk 2% van de afspraken is niet ingevuld. Hiervan zou een deel no-show kunnen zijn. Ondanks het ontbreken van dit aantal zijn de verschillen tussen de locaties elk jaar significant met een significantie van 0,000 (chi-kwadraattoets, df 1, $P < 0,05$).

Doordat een percentage van de patiënten niet op de afspraak komt, zijn de tijdsblokken gereserveerd voor deze patiënten theoretisch gezien niet-gebruikt. In 2016 tot en met juni staat de 3,2% no-show gelijk aan ongeveer 2.490 poliuren die niet gebruikt zijn. Op jaarbasis zou dit ongeveer gelijk staan

aan 5.000 poliuren. Dit komt overeen met circa 3,5 fte of €140.000 aan onnodig gemaakte kosten. Hierbij is er van uitgegaan dat 1 fte gelijk staat aan netto 1.600 uur en dat een polimedewerker €40.000 per jaar kost.

Wat de impact is per specialisme is afhankelijk van het no-show percentage per specialisme. Zowel voor vestiging Apeldoorn als voor Zutphen verschilt het percentage no-show sterk per polikliniek. Zo zijn er een aantal die onder het gemiddelde percentage van 3,0% in 2014, 3,1% in 2015 en 3,2% in 2016 liggen, maar ook een aantal die ver boven het gemiddelde liggen. De specialismen die een laag percentage hebben zijn de preoperatieve screening, chirurgie, geriatrie en plastische chirurgie voor beide vestigingen. De poliklinieken die een hoog no-show percentage hebben zijn de polikliniek dermatologie, kaakchirurgie, keel- neus en oorheelkunde, oogheelkunde, kind en jeugd en de revalidatiepoli voor beide vestigingen. Ook zijn er poliklinieken waar het no-show percentage tussen de vestigingen erg verschilt. Zo is bij de polikliniek cardiologie in Apeldoorn het no-show percentage rond het gemiddelde, maar is het percentage in Zutphen rond de 4,0%. Ook longziekten heeft in Apeldoorn een gemiddeld no-show percentage, maar in Zutphen is het percentage in 2014 4,5% geweest. Ditzelfde is te zien bij maag, darm en leverziekten en medische psychologie. Bij beide is het aantal no-show in Zutphen bijna het dubbele van het percentage in Apeldoorn. In Bijlage C tabel 2 en 3 zijn alle percentages en absolute aantallen van de wel en niet gekomen patiënten bij alle specialistische poliklinieken per jaar en locatie te zien.

Verder is de impact van de no-shows ook afhankelijk van de tijdsblokken die het meeste gebruikt worden bij een bepaald specialisme. Zo maken bijvoorbeeld anesthesiologie en de medische psychologie, kind en jeugd, en psychiatrie met name gebruik van tijdsblokken van dertig minuten of meer. Wanneer patiënten bij deze specialismen dan niet komen heeft dit meer invloed op de absolute hoeveelheid tijd die niet gebruikt wordt dan bij specialismen waarbij met name het tijdsblok 5 minuten wordt gebruikt, zoals het geval is bij onder andere dermatologie en maag-, darm- en leverziekten.

5.2 Karakteristieken van no-show patiënten

Voor een achttal karakteristieken is onderzocht of er een samenhang bestaat tussen deze en het percentage no-show. De acht karakteristieken kunnen worden opgedeeld in twee patiëntkarakteristieken en zes zorgkarakteristieken. De patiëntkarakteristieken zijn geslacht en leeftijd; de zorgkarakteristieken zijn het type bezoek, de geplande tijd voor de afspraak, de tijd op de dag van de afspraak, de dag van de afspraak en de maand van de afspraak.

5.2.1 *geslacht*

Om het patiëntkarakteristiek geslacht te onderzoeken is er gekeken of er een verschil is tussen patiënten van het mannelijk geslacht en patiënten van het vrouwelijke geslacht wat betreft het niet

komen op een afspraak. Dit onderzoek bevestigt dat er een verschil is tussen beide geslachten wat betreft het niet komen op een afspraak. Bij het mannelijke geslacht is een hoger percentage no-show te zien dan bij het vrouwelijke geslacht. Dit wordt gezien voor alle drie de jaren en ook voor vestiging Apeldoorn en Zutphen afzonderlijk. De no-show percentages voor de mannen zijn dan ook 3,3%, 3,4% en 3,5% (jaar 2014, 2015 en 2016) en 2,8%, 2,8% en 3,0% voor de vrouwen. Met een chi-kwadraattoets is dit verband significant bevonden met een p-waarde van 0,000 (chi-kwadraattoets, df 1, $p < 0,05$). Wel is opvallend dat in 2014 en 2015 van de gevallen waarvan niet bekend is of het een man of vrouw is het no-show percentage erg hoog is, namelijk 5,4% respectievelijk 5,0%. Echter, van deze cases is niet te achterhalen welk geslacht deze mensen hebben.

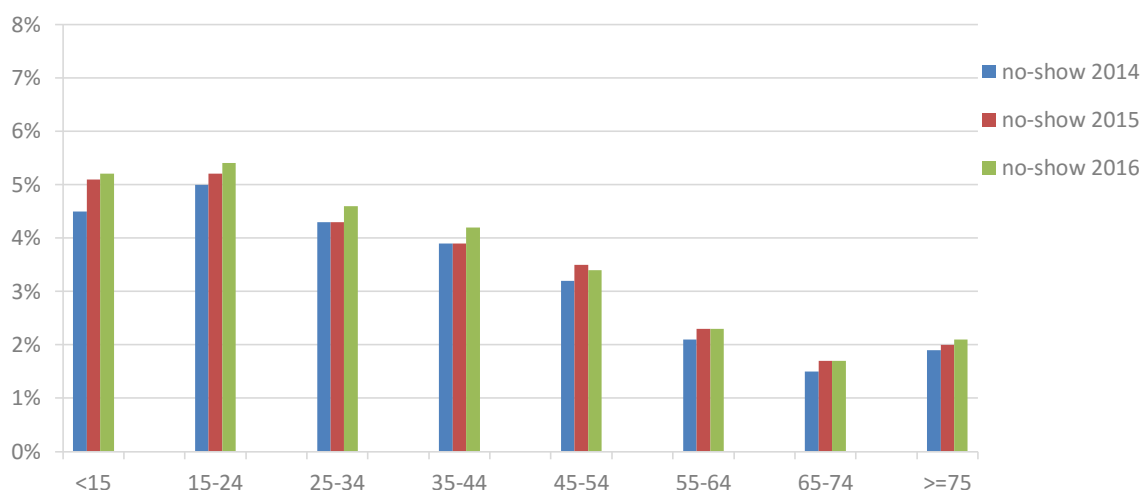
Voor het patiëntkarakteristiek “geslacht” is de conclusie:

Patiënten van het mannelijke geslacht komen significant 0,5-0,6% minder op afspraken dan patiënten van het vrouwelijke geslacht.

5.2.2 leeftijd

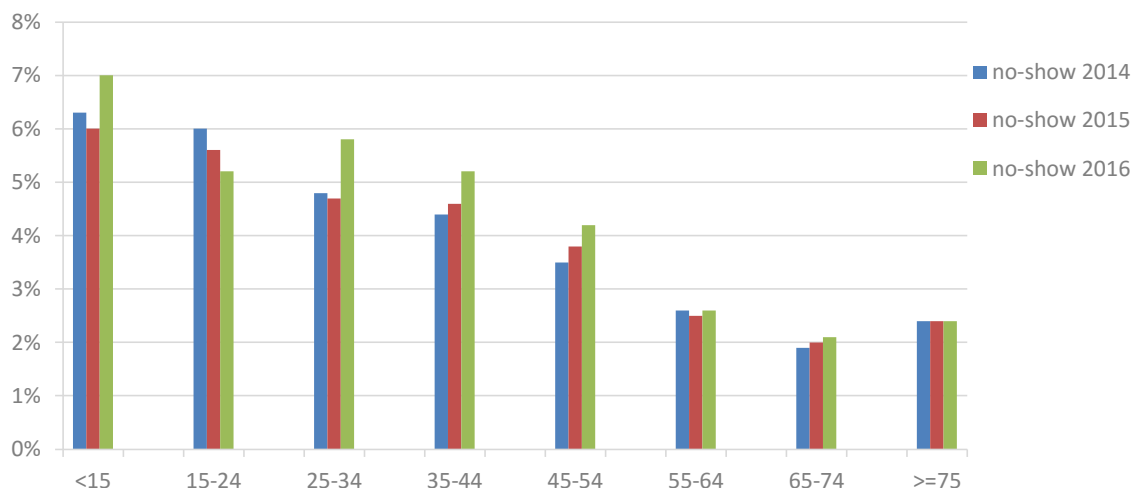
Voor het patiëntkarakteristiek “leeftijd” is onderzocht of er een verschil is tussen de verschillende leeftijdsgroepen wat betreft het niet komen op hun afspraak. De no-show percentages per leeftijdsgroep zijn weergegeven in figuur 1 en 2.

Apeldoorn



Figuur 1 Verdeling no-show percentage per jaar per leeftijdscategorie voor vestiging Apeldoorn

Zutphen



Figuur 2 Verdeling no-show percentage per jaar per leeftijdscategorie voor vestiging Zutphen

Zoals te zien is in deze figuren neemt het no-show percentage af naar mate patiënten in een hogere leeftijdscategorie vallen. Hieruit valt dan ook op te maken dat mensen uit de lagere leeftijdsgroepen vaker niet op hun afspraak komen dan mensen uit de hogere leeftijdsgroepen. Het hoogste no-show percentage ligt dan ook in de groep onder de 15 jaar (in Zutphen) en 15-24 (in Apeldoorn). Het laagste percentage is voor beide vestigingen gelijk, namelijk in de leeftijdscategorie 65-74. Het verschil in no-show per leeftijdsgroep blijkt significant te zijn met een p-waarde van 0,000 voor zowel Gelre algemeen, als voor vestiging Apeldoorn en Zutphen (chi-kwadraattoets, df 7, $p < 0,05$). Opvallend is wel dat gelijk met de stijging van het no-show percentage, te zien in paragraaf 4.1, dat de percentages van 2016 zijn toegenomen ten opzichte van 2015, maar alleen voor de leeftijdsgroepen tot en met 44 jaar voor Apeldoorn en tot en met 54 voor Zutphen. Dit zou betekenen dat de toename in no-show veroorzaakt wordt door de jongere leeftijdsgroepen. Alleen de leeftijdsgroep 15-24 in Zutphen is een uitzondering. Bij deze groep daalt het no-show percentage over de jaren. Als laatste is op te merken dat het percentage no-show weer omhoog gaat na de leeftijdsgroep 65-74.

Voor de patiëntkarakteristiek “leeftijd” is de conclusie:

Patiënten van een jongere leeftijdsgroep (tot en met 24 jaar) komen gemiddeld significant minder op afspraken dan patiënten van een oudere leeftijdsgroep (boven de 55 jaar).

5.2.3 bezoekttype

Een volgend karakteristiek is bezoekttype. De twee onderzochte bezoektipes zijn het eerste bezoek, waarbij een nieuwe patiënt voor het eerst bij de arts komt of wanneer een patiënt al meer dan twee jaar niet meer bij de arts is geweest, en het herhalingsbezoek, hierbij komt de patiënt terug voor een controle. Het no-show percentage voor het eerste bezoek in 2014 en 2015 (2,9% respectievelijk 3,0%) is ongeveer gelijk aan het gemiddelde no-show percentage van deze jaren (3,0% respectievelijk

3,1%). In 2016 is het percentage no-show voor het eerste bezoek hoger dan het gemiddelde percentage, namelijk 3,4%. Het percentage no-show bij het herhalingsbezoek is echter voor elk jaar hoger dan het gemiddelde, namelijk 3,7% in 2014, 3,8% in 2015 en 4,0% in 2016. Dit betekent dat meer mensen niet komen op een herhalingsafspraak dan op een eerste afspraak met een arts. Dit verschil is aan de hand van een chi-kwadraattoets aangetoond als een significant verschil met een p-waarde van 0,000 (chi-kwadraattoets, df 2, $p > 0,05$). Dit geldt ook voor zowel vestiging Apeldoorn als Zutphen.

Voor de zorgkarakteristiek “bezoektype” is de conclusie:

Patiënten komen significant 0,6-0,8% -minder op een herhalingsbezoek dan op een eerste bezoek.

5.2.4 type specialisme

Zoals aangegeven in paragraaf 4.1 is het no-show percentage per specialisme erg verschillend. Er is dan ook gekeken of er een verschil is tussen de specialismen als ze gecategoriseerd zijn naar snijdend en beschouwend als een zorgkarakteristiek. Uit de gemaakte kruistabellen voor de jaren 2014, 2015 en 2016 kan worden opgemaakt dat er een verschil is tussen deze twee typen specialismen. Snijdende specialismen hebben een lager percentage no-show (2,8% in 2014 en 2015, en 3,0% in 2016) dan beschouwende specialismen (3,3% in 2014, 3,5% in 2015 en 3,6% in 2016). Dit verschil is ook significant met 0,000 (chi-kwadraattoets, df 2, $p < 0,05$).

Voor de zorgkarakteristiek “type specialisme” is de conclusie:

Patiënten die een afspraak hebben bij een beschouwend specialisme komen significant 0,5-0,7% minder op hun afspraak dan patiënten die een afspraak hebben bij een snijdend specialisme.

5.2.5 geplande tijd

Een ander zorgkarakteristiek waarnaar gekeken is, is de geplande tijd van de afspraak. In het afsprakensysteem wordt er vooral gebruik gemaakt van de afspraakblokken 5 minuten, 10 minuten, 15 minuten, 20 minuten, 25 minuten, 30 minuten, 45 minuten, 60 minuten en 90 minuten. Deze tijdsblokken zijn dan ook aangehouden met een aanvulling van een tijdsblok meer dan 90 minuten. Ook voor dit karakteristiek is gekeken of er een verschil is per tijdsblok in het percentage no-show. Opvallend is dat de percentages per tijdsblok vrij willekeurig zijn (zie Bijlage C tabel 4). Ook per jaar zijn de percentages voor meerdere tijdsblokken niet constant. Alleen de tijdsblokken tot en met 20 minuten lijken redelijk constant. Hierbij valt op dat de laagste no-show percentages te zien zijn bij het tijdsblok tot en met 5 minuten. De hogere no-show percentages zijn vooral te zien bij tijdsblokken van langer dan 25 minuten. Dit verschil tussen de verschillende tijdsblokken qua no-show percentage is significant (chi- kwadraattoets, df 9, $p < 0,05$).

Voor de zorgkarakteristiek “geplande tijd” is de conclusie:

Patiënten waarvoor langere tijdsblokken zijn ingepland komen significant minder op hun afspraak dan patiënten waarvoor kortere tijdsblokken zijn ingepland.

5.2.6 tijd op de dag

Ook is gekeken naar de tijd van de afspraak of deze van invloed is op het wel of niet komen van patiënten. Uit het literatuuronderzoek kwam naar voren dat er geen significant verschil te zien was in no-show percentage per dagdeel. In dit onderzoek wordt er dan ook vanuit gegaan dat er geen verschil is per dagdeel. Om dit te onderzoeken zijn de zoektijden gecategoriseerd in drie groepen. Over het algemeen zijn de poliklinieken van 08:30 tot 16.30 open. Deze tijd is verdeeld in twee groepen, namelijk de ochtend (08:30-11.59) en de middag (12.00-16.30). De rest van de tijden zijn gecategoriseerd in een groep, namelijk buiten werktijden. Uit de kruistabel komt naar voren dat in de ochtend het no-show percentage het hoogst is, daarna in de middag en het laagst buiten werktijden. Echter, buiten werktijden zijn vaak spoedgevallen, maar ook “normale” afspraken worden wel eens buiten werktijden gepland. Het verschil in percentage is te zien voor zowel, 2014 (3,3% t.o.v. 2,7% en 1,5%), 2015 (3,4% t.o.v. 2,9% en 1,4%) en 2016 (3,6% t.o.v. 3,0% en 1,4%). Verder is dit hetzelfde voor vestiging Apeldoorn en Zutphen apart. Deze verschillen zijn significant aangezien de p-waarde 0,000 is (chi-kwadraattoets, df 2, $p < 0,05$). Aan de hand van deze uitkomsten, wordt de voorspelling dat er geen significant verschil is in tijd op de dag, verworpen. Er is namelijk wel een significant verschil aangetoond in dit onderzoek.

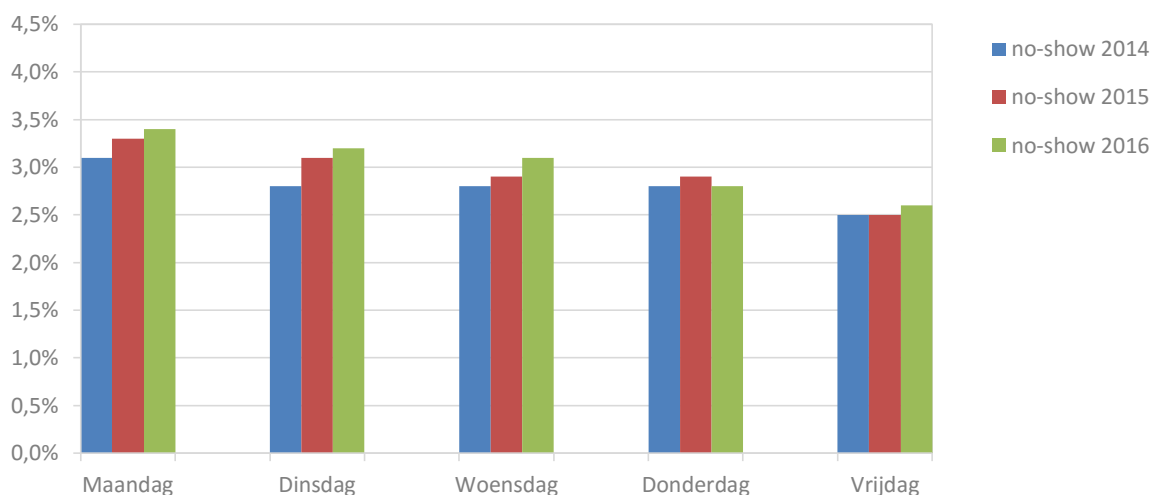
Voor de zorgkarakteristiek “tijd op de dag” is de conclusie:

Patiënten komen significant minder op afspraken die in de ochtend gepland zijn, dan op afspraken die in de middag of buiten werktijden gepland zijn.

5.2.7 dag van de week

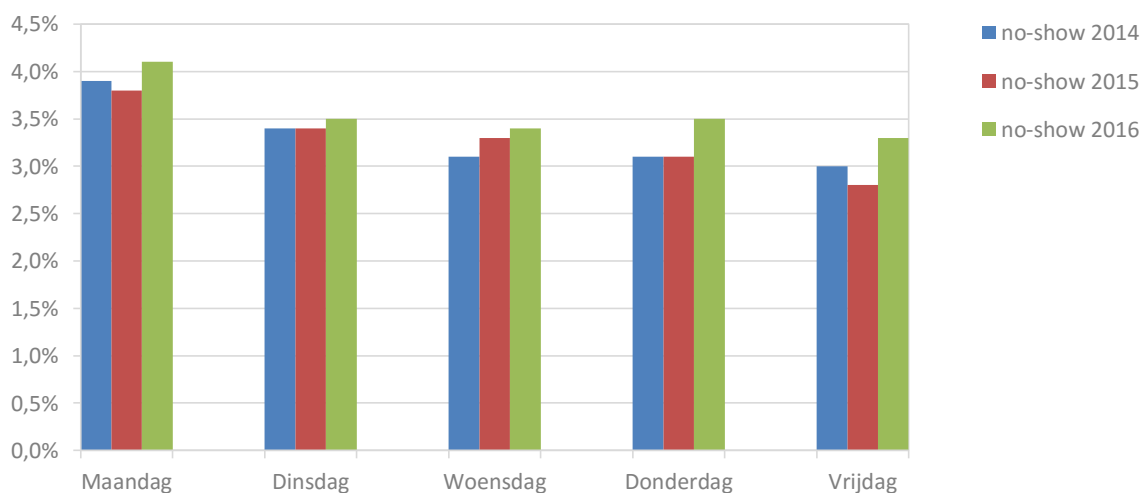
Op welke dag van de week de afspraak gepland staat zou mogelijk ook van invloed kunnen zijn op de aanwezigheid van patiënten. Om dit te onderzoeken zijn er kruistabellen gemaakt van het aantal wel en niet-gekomen patiënten op de dagen van de week voor de jaren 2014-2016. Hiervan zijn figuur 3 en 4 gemaakt.

Apeldoorn



Figuur 3 No-show percentage per jaar per dag van de week voor vestiging Apeldoorn

Zutphen



Figuur 4 No-show percentage per jaar per dag van de week voor vestiging Zutphen

De afspraken in het weekend zijn niet in de figuren opgenomen omdat het aantal afspraken verwaarloosbaar klein is ten opzichte van het aantal afspraken in de rest van de week. Dit ging in 2014 bijvoorbeeld om slechts 155 afspraken op zondag over het gehele jaar en 294 op de zaterdag.

Als gekeken wordt naar de data uit 2014 kunnen de volgende waarnemingen gedaan worden. Op de maandag waren er in zowel Apeldoorn als Zutphen meer no-shows dan het gemiddelde over de week. In Apeldoorn ging het om 3,1% van de afspraken en in Zutphen om 3,9% van de afspraken. Dinsdag woensdag en donderdag zijn op beide locaties ongeveer gelijk aan het gemiddelde percentage over de

week, wat in Apeldoorn op 2,8% ligt en in Zutphen op 3,3%. Op de vrijdag kwamen er relatief weer meer patiënten op hun afspraak in Apeldoorn en Zutphen (2,5% respectievelijk 3,0%).

De jaren 2015 en 2016 zijn vergelijkbaar met 2014 qua no-show verdeeld over de dagen van de week. Op maandag bleken er gemiddeld meer patiënten niet te komen op de afspraak. Op de dinsdag, woensdag en donderdag lag in 2015 het no-show percentage nagenoeg gelijk aan het gemiddelde van 3,0% in Apeldoorn en 3,3% in Zutphen. Op vrijdag bleken er meer mensen wel te komen op de afspraak en was het no-show percentage opvallend laag, dit bleek voor zowel Apeldoorn als Zutphen te gelden. In 2016 gold in Zutphen weer dat het no-show percentage van dinsdag tot donderdag gelijk lag aan het gemiddelde van de week, echter in Apeldoorn nam het no-show percentage langzaam af van 3,2% op dinsdag tot 2,8% op donderdag. Het verschil tussen de dagen is elk jaar significant met een p-waarde van 0,000 (chi-kwadraattoets, df 6, $p < 0,05$).

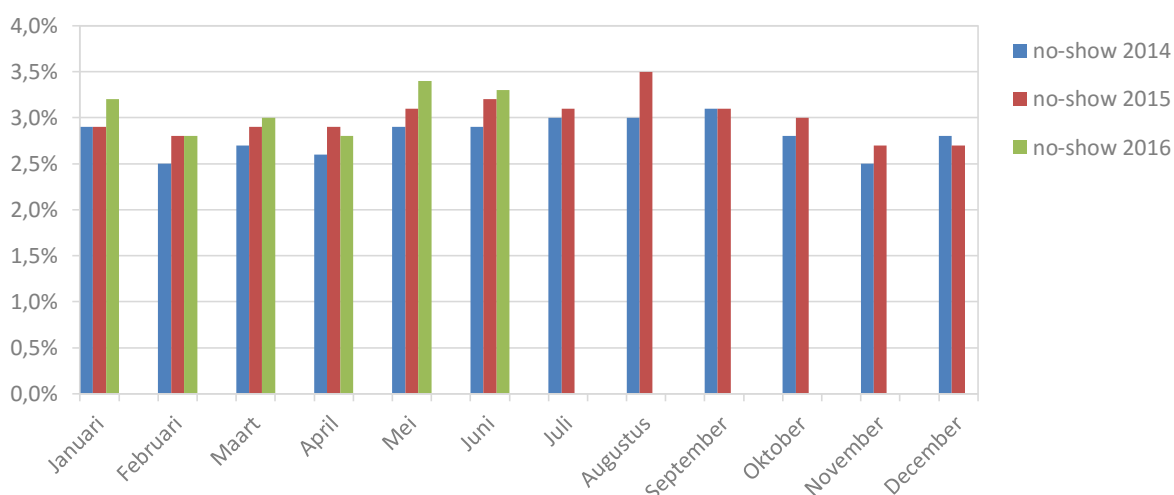
Voor de zorgkarakteristiek “dag van de week” is de conclusie:

Het no-show percentage op maandag ligt significant hoger dan het no-show percentage op de vrijdag. Gedurende de week komen er steeds meer mensen op de afspraak.

5.2.8 maand

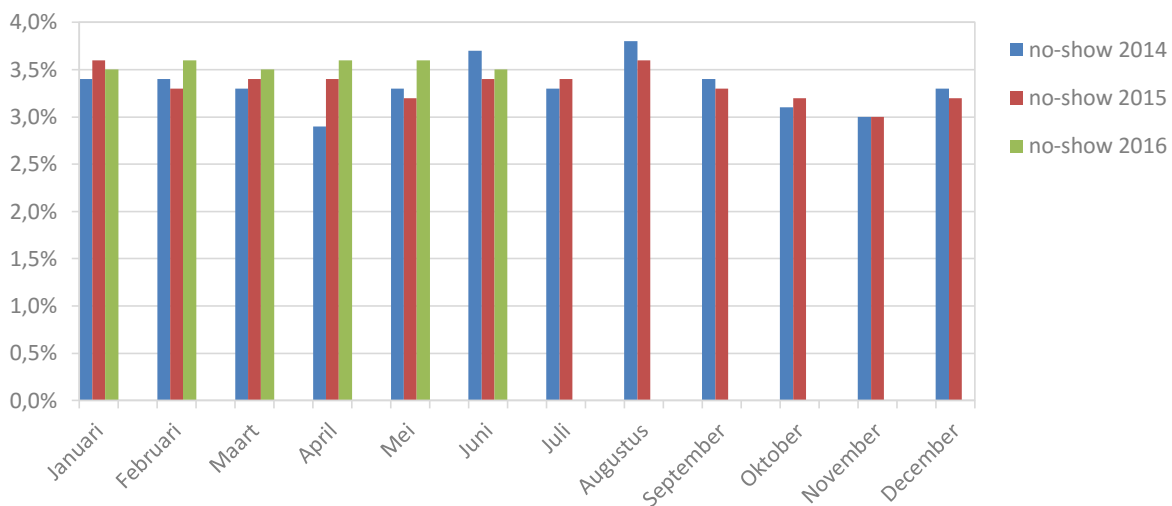
Als laatste zorgkarakteristiek is er gekeken of de maand waarin de afspraak is gepland invloed heeft op het niet komen van patiënten. In figuur 5 en 6 zijn de no-show percentages per maand voor vestiging Apeldoorn en Zutphen weergegeven.

Apeldoorn



Figuur 5 No-show percentage per jaar per maand voor vestiging Apeldoorn

Zutphen



Figuur 6 No-show percentage per jaar per maand voor vestiging Zutphen

Zoals te zien in figuur 5 valt een patroon op te merken. Zo lijkt het percentage rond de zomermaanden (juni tot september) hoger te liggen dan in de andere maanden. In de maanden februari en november zijn de percentages juist weer lager. Dit patroon is zichtbaar voor alle drie de jaren. In figuur 6 is een zelfde patroon op te merken. Echter, in 2014 is het patroon het duidelijkste dat rond mei het no-show percentage stijgt en na augustus afneemt. In 2015 lijkt dit patroon al minder te worden en in 2016 is nauwelijks meer een seizoenspatroon te zien. Opvallend is dat Zutphen in februari geen laag no-show percentage heeft zoals te zien is voor Apeldoorn. In plaats daarvan was er in 2014 een laag percentage no-show in april (2,8%), maar dit is niet meer te zien in 2015 en 2016. Wel is het no-show percentage in november lager dan in de andere maanden (3,0%), net zoals te zien is voor Apeldoorn (2,5 % en 2,7%). Deze verschillen zijn dan ook significant bevonden voor 2014 met een p-waarde van 0,000 voor Apeldoorn en 0,001 voor Zutphen (chi-kwadraattoets, df 11, $p < 0,05$). De maanden die significant afwijkend zijn voor Apeldoorn zijn: februari, april, juli, augustus, september en november; voor Zutphen: april, juni, augustus en november. Ook zijn de verschillen in 2015 voor Apeldoorn significant met 0,000 (chi-kwadraattoets, df 11, $p < 0,05$). Voor Zutphen zijn de verschillen in 2015 niet significant ($p = 0,152$). De maanden die voor Apeldoorn significant zijn, zijn: februari, juni, augustus, november en december. Als laatste zijn de verschillen in 2016 voor Apeldoorn significant met 0,000 (chi-kwadraattoets, df 11, $p < 0,05$), maar in Zutphen wederom niet ($p = 0,933$). De maanden die significant zijn voor Apeldoorn zijn: februari, april en mei.

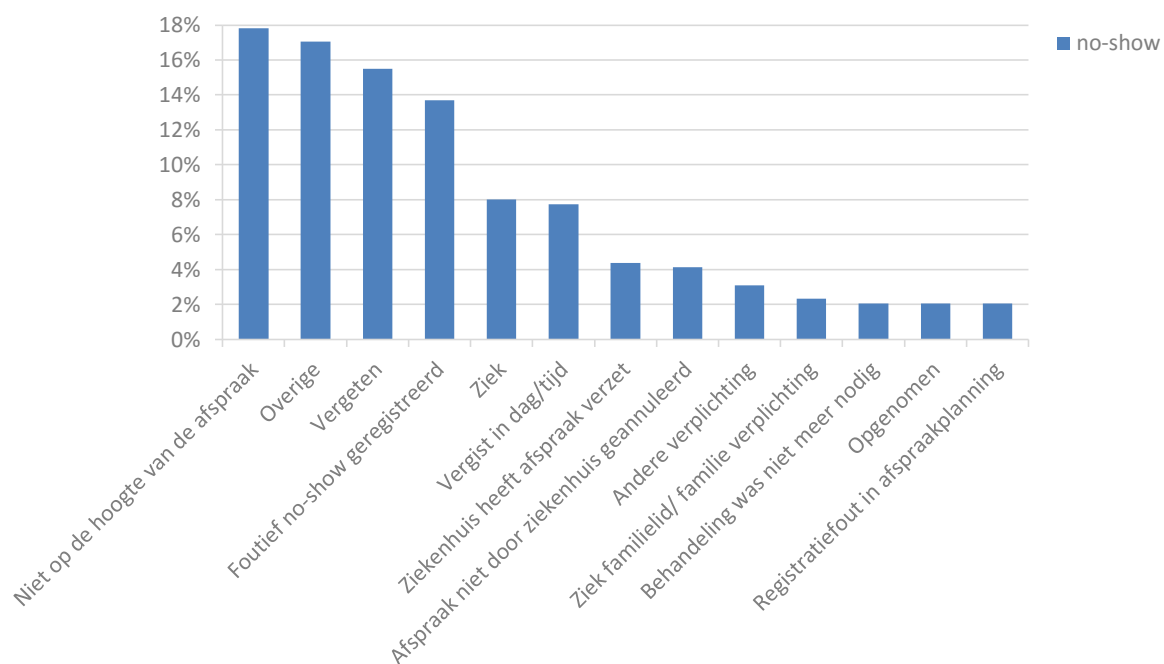
Voor de zorgkarakteristiek “maand van de afspraak” is de conclusie:

Voor vestiging Apeldoorn ligt het no-show percentage rond de zomermaanden significant hoger dan het no-show percentage in de overige maanden, uitgezonderd van februari en november. In deze

maanden ligt het no-show percentage significant lager. Voor vestiging Zutphen is een zelfde patroon te zien, maar dit is enkel in het jaar 2014 significant.

5.3 Redenen van no-show patiënten

De redenen waarom een patiënt niet op zijn afspraak is gekomen zijn gevraagd in de enquête. In totaal hebben 299 patiënten een totaal van 387 redenen ingevuld. Hieruit zijn 37 verschillende redenen te halen die kunnen worden opgedeeld in 13 categorieën. De redenen zijn opgedeeld aan de hand van hoe vaak ze voorkomen. Alle redenen die 2% of meer voorkomen van het totaal zijn als losse categorie gerekend; de rest valt onder overige. Deze overige redenen hebben geen logisch verband met elkaar en bevatten redenen zoals “het ziekenhuis was niet bereikbaar door de Giro d’Italia”, “ik had me verslapen”, “ik had geen zin”. In figuur 7 zijn de percentages per reden weergegeven.



Figuur 7 Redenen voor no-show en de bijbehorende percentages

Zoals te zien is in figuur 7 is de meest genoemde reden voor no-show het niet op de hoogte zijn van de afspraak, omdat patiënten geen afspraakbrief/bevestigingsbrief hebben ontvangen (17,8%). Hierdoor was het voor hen niet mogelijk om op de afspraak te komen. De reden die daarna het meest voorkomt zijn de overige redenen. Zoals aangegeven zijn dit niet samenhangende redenen, die allemaal maar enkele keren zijn ingevuld. Ook het vergeten van de afspraak is een reden die veel voorkomt bij patiënten, namelijk 15,5%. Verder is 13,7% van de geregistreerde no-show geen echte no-show omdat deze patiënten weldegelijk op hun afspraak zijn gekomen of zich van tevoren hebben afgemeld. Fysiek of psychisch te ziek zijn wordt in 8% van de gevallen als redenen genoemd en vergist in de dag/tijd is 7,8% van alle redenen. Andere redenen die genoemd worden zijn dat de afspraak was komen te vervallen maar deze niet uit het systeem is gehaald, het ziekenhuis heeft de afspraak verzet,

andere verplichting, behandeling was niet meer nodig, ziek familielid/ familie verplichting, opgenomen in Gelre of een ander ziekenhuis, registratiefout in het afspraakplanningssysteem en overige.

Van de 299 patiënten hebben 221 één hoofdredenen ingevuld, 71 patiënten hebben twee redenen aangegeven, 5 hebben er drie aangegeven en 4 en 5 redenen zijn allebei enkel door 1 patiënt aangegeven. Hierdoor zijn er ook combinaties mogelijk van verschillende redenen, die samen van invloed zijn geweest op het niet komen op de afspraak. Echter uit een analyse komt dat er maar weinig redenen meerdere malen in dezelfde combinatie voorkomen. Verder worden vaak redenen gecombineerd met “ik heb kort/lang van tevoren afgebeeld”, deze redencombinatie wordt dan onder foutief geregistreerd gecategoriseerd, omdat deze mensen eigenlijk niet als no-show geregistreerd hadden moeten worden (dit komt 7 keer voor). Andere combinaties die voorkomen zijn “vergeten” en “afspraakbrief kwijt” (dit komt 6 keer voor) en “te lange wachttijd” en “afspraak ter plekke verplaatst” (dit komt 4 keer voor). Combinaties die 3 keer voorkomen zijn “vergeten” en “vergist in de dag/tijd”, “afspraak niet meer nodig” en “in overleg met de arts de afspraak laten vallen”, “vergeten” en “te ziek”, en “vergeten af te bellen” en “familieverplichting”.

5.4 Verband tussen karakteristieken en redenen voor no-show

De verzamelde karakteristieken die in hoofdstuk 5.2 zijn besproken zijn ook bekeken in relatie tot de redenen die patiënten opgeven en die geanalyseerd zijn in hoofdstuk 5.3. Locatie uitgezet tegen de redenen leverde op dat vraag C8 “vergist in de dag/tijd” (zie bijlage B) in Apeldoorn significant vaker is ingevuld dan in Zutphen. De p-waarde hierbij is 0,020 (chi-kwadraattoets, df 1, $p < 0,05$). Het specialisme is niet van significante invloed op de redenen die aangegeven zijn. Of de afspraak een herhalingsafspraak of eerste bezoek betrof had in alle gevallen geen significante invloed op de reden tot no-show. Ditzelfde geldt ook voor de ingeplande tijdsduur van het consult en op welk tijdstip van de dag het consult gepland is, beide hebben geen significante invloed op het voorkomen van de redenen. Op welke dag van de week het consult ingepland staat heeft ook geen significante invloed op de redenen. Het geslacht van de patiënt blijkt wel van significant invloed te zijn op vraag C1 “afspraak vergeten” met een significantie van 0,024 (chi-kwadraattoets, df 1, $p < 0,05$). Deze reden werd door mannen significant vaker opgegeven dan door vrouwen. Ten slotte blijkt dat voor de verschillende leeftijdsgroepen “het ziekenhuis heeft de afspraak verzet” significant vaker als reden wordt opgegeven bij patiënten onder de 15 jaar met een significantie van 0,028 (chi-kwadraattoets, df 7, $p < 0,05$).

5.5 Respons en non-respons

Om te achterhalen of de resultaten van paragraaf 5.3 en 5.3 van toepassing zijn voor de gehele no-show populatie is er gekeken naar de respons en non-respons op de enquête. Vrouwen bleken de enquête significant vaker ingevuld te hebben dan mannen ($p = 0,006$). Hetzelfde geldt voor patiënten

met een leeftijd boven de 45 jaar, zij hebben de enquête significant meer ingevuld dan patiënten in de jongere leeftijdsgroepen ($p = 0,000$). Er is ook een verschil in specialisme gevonden. Patiënten van gynaecologie en kind en jeugd (Zutphen) hebben de enquête minder ingevuld dan verwacht zou worden aan de hand van het aantal aangeschreven patiënten. Patiënten van cardiologie, oogheekunde (Apeldoorn), en interne geneeskunde (Zutphen) hebben de enquête juist significant vaker ingevuld dan verwacht ($p = 0,030$). Karakteristieken waar geen significant verschil tussen respondenten en niet-respondenten gevonden is zijn bezoekttype ($p = 0,786$), locatie ($p = 0,776$), dag van de week ($p = 0,341$), geplande tijd voor het consult ($p = 0,371$), tijd op de dag ($p = 0,870$) en het type specialisme ($0,620$).

Hier zijn enkele kanttekeningen bij te maken. Ondanks dat vrouwen de enquête dus significant meer hebben ingevuld, lijkt dit niet de validiteit te beïnvloeden. Het absolute aantal wat de enquête heeft ingevuld is namelijk 126 mannen tegenover 173 vrouwen. Het verschil hiertussen is significant, echter niet dusdanig groot dat dit de toepasbaarheid op mannelijke patiënten verhindert.

Het grote aantal respondenten boven de 45 jaar, zou mogelijk invloed kunnen hebben op de validiteit van de resultaten. Het aantal respondenten boven de 45 jaar ligt op zo'n 35-60% van de aangeschreven patiënten. Van de patiënten onder de 45 jaar ligt dit tussen de 16 en 25 %. Het enige verband wat gevonden is tussen leeftijd en redenen, is dat onder de 15 jaar de afspraak door het ziekenhuis vaker was verzet. In deze leeftijdsgroep is er een respons van 22,9% waardoor de kans in deze groep klein is dat dit verband in werkelijkheid niet aanwezig is.

De redenen die opgegeven werden door de patiënten waren vooral algemene redenen, dit heeft als gevolg dat, ondanks dat een aantal specialismen weinig tot geen respons hebben gehad, deze redenen op alle specialismen van toepassing zijn. Dit komt ook omdat er geen duidelijk verband is gevonden tussen redenen en de verschillende specialismen.

6. Discussie

In dit hoofdstuk zal een discussie plaatsvinden waarin een reflectie op resultaten van dit onderzoek zal worden uitgevoerd. Ook zal er gekeken worden of de resultaten overeenkomen met de verwachtingen vanuit de literatuur. Per paragraaf zal een deelvraag worden bediscussieerd, ook zullen er aanbevelingen worden gegeven in 6.1.3 volgend op de bespreking van de redenen. Dit om zo duidelijk het verband tussen de redenen en aanbevelingen weer te geven.

6.1.1 No-show bij Gelre ziekenhuizen

Om de deelvraag *“Hoe vaak komen no-shows voor bij verschillende specialistische poliklinieken?”* te onderzoeken is er gekeken hoe Gelre er op dit moment voor staat wat betreft no-show. Uit de resultaten blijkt dat Gelre ziekenhuizen een no-show percentage heeft van 3,2%. Dit is een stijging ten opzichte van de afgelopen 2 jaar. Maar wat kan deze stijging veroorzaakt hebben? Het is mogelijk dat de post tegenwoordig minder zorgvuldig is waardoor mensen niet weten van hun afspraak. Ook is gedurende de jaren het aantal afspraken gestegen in Gelre ziekenhuizen. Dit zou gepaard kunnen gaan met een minder zorgvuldige administratie of patiënten wel of niet gekomen zijn, of zelfs niet de juiste adresgegevens hebben van de patiënten. Het is ook mogelijk dat de patiëntenpopulatie steeds ouder wordt en daardoor sneller afspraken vergeet. Wat de reden ook is, dit percentage no-show zorgt er voor dat Gelre per jaar €140.000 aan onnodige kosten maakt. Wat elk specialisme bijdraagt aan dit verlies is erg verschillend. Zo is hebben de specialismen preoperatieve screening, chirurgie, geriatrie en plastische chirurgie een laag no-show percentage. Daarentegen hebben de specialismen dermatologie, kaakchirurgie, keel- neus en oorheelkunde, oogheelkunde, kind en jeugd en de revalidatiepoli een hoog no-show percentage. Dit lijkt erop te wijzen dat patiënten meer komen bij “ernstige” specialismen dan bij specialismen waar kleinere ingrepen worden gedaan. Het is mogelijk dat dit ook van invloed is op de reden waarom patiënten niet komen. Patiënten kunnen mogelijk denken dat de behandeling/ consult niet echt nodig is wanneer het gaat om kleinere ingreep. Het is aanneembaar dat de klachten eerder voorbij zijn bij patiënten van minder “ernstige” specialismen dan bij patiënten die een ingrijpende operatie moeten laten doen. Een patiënt die bijvoorbeeld zijn voet verbrijzeld heeft komt waarschijnlijk eerder opdagen op zijn afspraak dan iemand die een klein vreemd vlekje op zijn huid heeft. De specialismen die mogelijkwijs als minder ernstig worden beschouwd dragen daardoor meer bij aan het verlies voor het ziekenhuis. Daarnaast is het verlies ook afhankelijk van de tijd die verloren gaat wanneer een patiënt niet komt. Specialismen die meer tijd inplannen voor een consult dragen daardoor meer bij wanneer een patiënt voor zo’n afspraak niet komt. Specialismen die met name gebruik maken van tijdsblokken van meer dan een half uur zijn anesthesiologie, medische psychologie, kind en jeugd, en psychiatrie. Het is aannemelijk dat bij deze specialismen langere tijdsblokken gebruikt worden omdat bepaalde testen gedaan moeten worden gedaan of dat een consult de functie heeft van een therapiesessie.

6.1.2 Karakteristieken van no-show patiënten

Om de deelvraag “*Wat zijn de karakteristieken van de no-show patiënten?*” te beantwoorden is er gekeken naar een achttal karakteristieken; twee patiëntkarakteristieken en zes zorgkarakteristieken. Als er gekeken wordt naar de patiëntkarakteristiek geslacht, kan er geconcludeerd worden dat mannen significant minder op afspraken kwamen dan vrouwen. Dit komt wel overeen met de verwachting dat het no-show percentage bij mannen hoger zou liggen, echter was de verwachting dat dit niet significant hoger zou zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor zijn dat de literatuur waarop de verwachting is gebaseerd uit andere landen komt waar de populatie verschillend is. Dat het aantal mannen wat niet op de afspraak komt significant hoger is zou verklaard kunnen worden doordat de meeste mannen de kostwinners zijn. Het zou dan ook kunnen dat bijvoorbeeld door drukte op werk, mannen eerder niet naar hun ziekenhuis afspraak gaan. Over het algemeen zijn vrouwen meer parttime werknemers en kunnen daardoor een ziekenhuisbezoek makkelijker in hun ritme passen. Het is ook mogelijk dat het ligt aan het verschil in mentaliteit tussen mannen en vrouwen. Mannen kunnen het misschien minder snel nodig vinden om naar het ziekenhuis te gaan en denken misschien eerder dat de klacht vanzelf wel overgaan. Vrouwen zouden misschien eerder graag willen dat er iemand naar kijkt omdat ze zich anders zorgen gaan maken.

Naast geslacht bleek ook de patiëntkarakteristiek leeftijd van invloed te zijn. Geconcludeerd kan worden dat patiënten in een jongere leeftijdscategorie (t/m 24 jaar) significant minder op hun afspraak komen dan patiënten in een oudere leeftijdscategorie. Dit komt gedeeltelijk overeen met de verwachting die wij opgesteld hebben aan de hand van de literatuur. Deze verwachting was dat patiënten tot en met 35 jaar significant minder op afspraken komen. Hier geldt ook weer dat dit mogelijk veroorzaakt kan worden door een verschil in populatie. Het effect dat hoe ouder de patiënt hoe lager de no-show is, valt ook in ons onderzoek te zien. Dit effect kan er aan liggen dat oudere mensen over het algemeen al vaker naar het ziekenhuis komen en een afspraak meer dan ook niet per se erg vinden. Misschien zijn oudere mensen wel meer bezig met hun gezondheid en zijn ze sneller bang dat er iets mis is of hebben ze gewoon niet veel te doen en is een afspraak bij de dokter een soort van sociaal uitstapje. Jongere mensen zien zichzelf over het algemeen als gezond en zien dan ook niet snel een reden om naar een arts te gaan. Ook hebben zij vaak een druk leven en is het mogelijk dat een afspraak in het ziekenhuis moeilijk in te plannen is of er gewoon bij in schiet.

Een ander verschil in populatie tussen wel en niet gekomen patiënten is het bezoekttype. Patiënten met een herhalingsafspraak komen namelijk significant minder op hun afspraak dan patiënten met een eerste afspraak. Dit valt mogelijk te verklaren doordat patiënten het niet echt meer als noodzakelijk zien om naar de arts te gaan als het probleem al verholpen is. Dit is ook mogelijk bij patiënten met een eerste afspraak als ze geen klachten hebben, maar dan wil je toch wel weten of alles echt in orde is. Wanneer je al een keer geholpen bent en je klachten zijn weg, dan hebben mensen

misschien eerder het idee dat de behandeling geholpen heeft en dat het nu niets meer aan de hand is. Een andere oorzaak voor het hoge percentage bij herhalingsafspraken zou kunnen zijn dat is afgesproken met de arts dat een patiënt niet hoeft te komen bij geen klachten, maar dat de afspraak toch in systeem blijft staan.

Angst lijkt geen rol te spelen bij het wel of niet komen op een afspraak, bij het verdelen van de specialismen in snijdend en beschouwend. Patiënten van snijdende specialismen blijken vaker te komen dan de patiënten van de beschouwende specialismen. Patiënten van een beschouwend specialisme hebben vaker minder dringende/ernstige aandoeningen waardoor zij de noodzaak van een bezoek minder inzien dan patiënten die geopereerd moeten worden. Dit is wel opvallend want aan de andere kant is het ook in te denken dat mensen bang zijn voor een ingrijpende operatie en deze liever uitstellen, maar dit blijkt niet zo te zijn. Blijkbaar zien patiënten wel de ernst in van de ingreep en komen dan toch naar de afspraak.

Hoe lang de afspraak duurt lijkt op het eerste gezicht geen logisch verband te hebben met de hoeveelheid no-show. Echter bij het geplande tijdsblok van 5 minuten komen de meeste patiënten wel op de afspraak. Onze eerste ingeving was dat patiënten voor 5 minuten minder snel zouden komen opdagen in verband met reizen en de korte duur van de afspraak, maar dit bleek dus niet te kloppen. Het is wel mogelijk dat patiënten een kortere afspraak wellicht als minder bedreigend/ernstig ervaren dan een langere afspraak en daardoor eerder komen.

Op welk moment van de dag deze afspraak dan gepland wordt maakt ook verschil in de opkomst. 's Ochtends voor 12 uur komen de minste patiënten op de afspraak. Dit komt niet overeen met de verwachting vanuit de literatuur dat er geen significant verschil zou zijn wat betreft de tijd op de dag. Waarom dit in de literatuur niet naar voren kwam hebben wij geen verklaring voor. Het verschijnsel dat patiënten 's ochtends vaker de afspraak missen zou mogelijk kunnen komen doordat patiënten die aan het begin van de dag een afspraak hebben niet op tijd konden afbellen voor de afspraak. Verder is het ook mogelijk dat een tijd wat later op de dag makkelijker in te plannen is in een druk rooster. Bijvoorbeeld een uurtje eerder van werk weg te gaan om even naar het ziekenhuis te gaan en daarna gelijk naar huis dan dat de afspraak midden op je werkdag valt. Al zouden mensen ook voordat ze gaan werken naar het ziekenhuis kunnen gaan.

Er was ook een verband aanwezig tussen dag van de week van de afspraak en de opkomst. Op maandag was er het meeste no-show, wat vervolgens de rest van de week geleidelijk afnam. Dit was niet in de lijn van de verwachting vanuit de literatuur. Deze verwachting was dat er geen significant verschil zou zijn qua no-show op de dagen van de week. Waarom er specifiek in Gelre ziekenhuizen wel een weekpatroon is te vinden ten opzichte van de literatuur is ons niet duidelijk. Onze persoonlijke verklaring voor het feit dat er op vrijdag het minste no-show is, zou zijn dat parttime werkenden op vrijdag vaak vrij zijn waardoor dit een makkelijkere dag is om naar het ziekenhuis te

gaan. De maandag zou door de invloed van het weekend verklaar kunnen worden. Het is mogelijk dat patiënten nog niet in hun weekritme zitten en daardoor een ziekenhuis afspraak vergeten. In het weekend bleken er zeer weinig afspraken plaats te vinden, dit is te verklaren door de openingstijden van de poliklinieken die normaal van 8 tot half 5 zijn op werkdagen. De afspraken in het weekend die wel plaatsvonden zullen dus vaak spoedgevallen zijn en deze hadden een zeer laag no-show percentage, immers als spoedgeval komt een patiënt wel op zijn/haar afspraak.

Een seizoens-patroon kon niet echt worden vastgesteld, omdat dit per jaar verschilt en in 2016 lijkt er zelfs in Zutphen geen significant verschil in de maanden te vinden. In 2014 en 2015 was in februari en november het no-show percentage het laagst. In de maanden juni en augustus waren er juist meer patiënten die niet op de afspraak verschenen. Het seizoens-patroon in 2014 en 2015 komt niet overeen met onze verwachting vanuit de literatuur dat er geen significant verschil zou zijn wat betreft de maand van het jaar waarin de afspraak plaatsvindt. Opvallend is wel dat in Zutphen voor de eerste helft van 2016 het seizoens-patroon niet meer terug te zien is. Waarom in Gelre ziekenhuizen wel een seizoens-patroon gevonden is, zou mogelijk te maken hebben met de kenmerken van de populatie, wellicht dat patiënten in het buitenland op andere tijdstippen op vakantie gaan en hierdoor geen seizoens-patroon creëren. Een verklaring voor de afwijkende maanden die wij gevonden hebben zou zijn dat juni voor veel jonge mensen een drukke periode is in verband met het einde van het school/studiejaar met examens. Ook grenzen deze maanden aan de zomervakantie. Voor het lage no-show percentage in februari en november hebben wij geen verklaring kunnen vinden.

6.1.3 Redenen voor no-show

Om antwoord te geven op de deelvraag “*Wat zijn de redenen van het voorkomen van no-shows?*” is er gekeken naar de resultaten van de enquête. De reden die het meest genoemd wordt door de no-show patiënten is het niet op de hoogte zijn van de afspraak. In 17,8% was dit het geval. Dit kan verschillende redenen hebben. Het is mogelijk dat het ziekenhuis de betreffende patiënt geen brief heeft gestuurd, maar ook dat er iets fout is gegaan bij de post. Het is ook mogelijk dat het verkeerde adres in het systeem staat. Aan de andere kant het is ook mogelijk dat de patiënt denkt dat hij geen brief heeft gekregen, maar dat deze eigenlijk een half jaar geleden is ontvangen. Het is mogelijk dat de patiënt bijvoorbeeld geen agenda bij de hand had om de datum in te schrijven en de brief op een stapel papieren om te bewaren legt. Dan is de kans groot dat de brief kwijtraakt en de patiënt een half jaar later niet kan herinneren dat deze brief gekomen is. Of deze reden inderdaad is wat de patiënten aangeven (dat het een fout is van het ziekenhuis) of dat het een fout is van de post of van de patiënt zelf is niet te achterhalen in dit onderzoek. Echter, voor de aanbeveling die volgt op deze ingevulde reden blijft hetzelfde, namelijk:

- **Afspraakbrief per e-mail sturen;** deze aanbeveling werd ook aangegeven door een groot aantal van de respondenten als suggestie wat Gelre ziekenhuizen zou kunnen verbeteren om patiënten te helpen op hun afspraak te komen. Met een afspraakbrief per e-mail is het niet tot nauwelijks meer mogelijk dat de brief naar het verkeerde adres wordt gestuurd. Ook wordt het probleem dat de brief niet aankomt verholpen. Dat e-mail een wat technischer medium is als dat post is moet geen probleem vormen aangezien de doelgroep vooral de jongere leeftijdsgroepen betreft. Hoe ouder de patiënt hoe lager het no-show percentage. Wel zou voor elke patiënt het e-mailadres moeten worden opgenomen in de administratie.

De reden die na het niet op de hoogte zijn van de afspraak het meest voorkomt zijn de overige redenen. Deze redenen zijn niet samenhangende redenen die maar enkele keren zijn ingevuld door patiënten. Deze redenen zijn dan ook niet verder uitgezocht.

Een volgende reden die wel van belang is is het vergeten van de afspraak. Dit kwam in 15,5% van de gevallen voor. Vanuit de literatuur werd een percentage tussen de 30% en 35% genoemd, het gevonden percentage komt dus ook niet overeen met de verwachting vanuit de literatuur. Mogelijk zijn de administratieve systemen beter dan in het buitenland, of herinneren Nederlandse patiënten zich hun afspraak beter. Waarom de patiënt precies de afspraak is vergeten is niet op te maken uit dit onderzoek. Wel is te bedenken dat dit mogelijk kan komen door het niet opschrijven van de afspraak in de agenda of het niet kijken in de agenda op de dag van de afspraak. Ook kan vergeetachtigheid een rol spelen, wat vooral zo zou zijn wanneer het gaat om een oudere populatie. Naast vergeten is ook vergist in de dag/ tijd een belangrijke reden die genoemd wordt door patiënten, namelijk 7,8%. Deze reden zou mogelijk dezelfde oorzaak kunnen hebben als het vergeten van de afspraak, zoals het onzorgvuldig omgaan met persoonlijke administratie of niet kijken in de agenda omdat je denkt dat je wel weet wanneer de afspraak is. Beide redenen kunnen grotendeels verholpen worden door het invoeren van de volgende aanbeveling:

- **Sms herinneringsbericht sturen;** Op deze manier kunnen patiënten zowel als ze de afspraak vergeten zijn of zich vergist hebben in de dag toch nog op de hoogte worden gebracht van de afspraak en wanneer deze plaatsvindt. Zo wordt de mogelijkheid tot vergeten of vergissen verkleind. Veel respondenten gaven al aan dat dit bij bijvoorbeeld een tandarts ook al gebruikt wordt en dat ze dit als prettig ervaren. Hiervoor zou het ziekenhuis wel de registratie van patiëntgegevens moeten bijwerken om ook het 06 nummer van de patiënten beschikbaar te hebben voor het herinneringsbericht.

Dat een patiënt te ziek was (fysiek en/ of psychisch) kwam in 7,8% van de gevallen voor. Vanuit de literatuur werd gemiddeld een percentage gezien van rond de 25%. Het gevonden percentage is een stuk lager dan in de literatuur gevonden is. Het is mogelijk dat meer patiënten te ziek zijn, maar dat

een groot deel hiervan tijdig afbelt voor de afspraak. Hoewel het logisch is dat deze patiënten niet konden komen op hun afspraak is het niet per se logisch dat deze patiënten als niet-gekomen geregistreerd zijn. Als een patiënt namelijk had afgebeld voor de afspraak was deze patiënt niet als no-show geregistreerd. Ditzelfde geldt voor 13,7% van de patiënten die als no-show geregistreerd zijn en geen no-show zijn. Deze patiënten hebben zich van tevoren afgemeld. Volgens de polihouders zou het niet moeten uitmaken hoe lang van tevoren een patiënt heeft afgebeld, als een patiënt heeft afgebeld is deze patiënt geen no-show. Ook zijn er patiënten als no-show geregistreerd die zelfs wel zijn gekomen op de afspraak. Dit zou betekenen dat meer dan een achtste van de geregistreerde no-show foutief is geregistreerd. Een aanbeveling voor Gelre ziekenhuizen is dan ook:

- **Het administratieve systeem en hoe medewerkers er mee omgaan verbeteren;** op deze manier is het mogelijk om de status van patiënten juist te registreren, waardoor in ieder geval een groot deel van de 13,7% verholpen kan worden en niet wordt weergegeven in het no-show percentage. Verder kwam er tijdens ons onderzoek naar voren dat het administratieve systeem complex is, vooral voor gebruikte registratie statussen voor patiënten die medewerkers moeten gebruiken. Uit gesprekken met hoofd van poliklinieken in Apeldoorn kwam dat er wisselende werkwijzen zijn per poli. Er is geen vaste werkinstructie/werkwijze waardoor er in het systeem niet altijd eenduidig geregistreerd wordt. Wanneer dit duidelijker en overzichtelijker wordt kan Gelre ziekenhuizen zelf ook beter inzichtelijk krijgen wat er in de organisatie gebeurt door misregistratie van patiënten te voorkomen
- **Patiënten zelf hun afspraken in laten plannen;** een deel van de foutief geregistreerde no-shows zijn patiënten die zich wel hebben afgemeld omdat ze op het moment van de afspraak niet kunnen komen. Wanneer patiënten zelf hun afspraak zouden kunnen inplannen is er minder sprake van afbellen omdat het moment van de afspraak niet gelegen komt. Verder kan het door de patiënt zelf laten inplannen van de afspraken ook patiënten helpen om zich niet te vergissen in de dag of de afspraak te vergeten.

Er was ook nog een verwachting dat er 25-40% van de gemiste afspraken veroorzaakt wordt door administratieve fouten. Wij hebben verschillende administratieve fouten als losse redenen geanalyseerd, maar wanneer de redenen, niet op de hoogte van de afspraak, foutief no-show geregistreerd, afspraak door het ziekenhuis verzet, ziekenhuis heeft de afspraak niet geannuleerd en registratiefout in afspraakplanning bij elkaar opgeteld worden blijkt dat 42,1% van de no-show toegekend kan worden aan administratieve fouten. Dit komt overeen met de verwachting dat er tussen de 25 en 40% van de gemiste afspraken door administratieve fouten veroorzaakt wordt. Dit bevestigt de juistheid van onze aanbevelingen voor het verbeteren van het administratieve systeem, de planning en het proces van het versturen van afspraakbevestigingen.

6.1.4 Verband tussen karakteristieken en redenen

Om de laatste deelvraag “*Wat is het verband tussen de karakteristieken en de redenen van no-show?*” te beantwoorden is er gekeken of er verbanden te vinden zijn en welke verbanden dit dan zijn. De verbanden die zijn aangetoond zijn tussen vestiging Apeldoorn en “vergist in de dag/tijd”, het mannelijk geslacht en “vergeten” en leeftijd onder de 15 jaar en “het ziekenhuis heeft de afspraak verzet”. De mogelijke verklaring voor het verband tussen vestiging Apeldoorn en “vergist in de dag/tijd” is het verschil in patiëntenpopulatie tussen de twee hoofdvestigingen. Echter, er is gekeken naar het verschil tussen de respons en de non-respons en bijna exact hetzelfde percentage oudere mensen heeft gereageerd voor vestiging Apeldoorn en Zutphen. Dit zou dan ook betekenen dat leeftijd niet de veroorzaker van dit verband. Het is ook mogelijk dat de communicatie in vestiging Apeldoorn minder goed is dan in Zutphen waardoor patiënten zich eerder vergissen. Verder is het ook mogelijk dat er andere persoonlijke factoren (sociaaleconomische status, etniciteit) zijn die een rol spelen in het verschil tussen de vestigingen. Het andere verband tussen mannen en “vergeten” zou kunnen worden verklaard door drukte met werk. Als patiënten te druk zijn is het mogelijk dat dergelijke afspraken vergeten worden omdat ze niet in de dagelijkse routine voorkomen. Het laatste verband tussen leeftijd onder de 15 jaar en “het ziekenhuis heeft de afspraak verzet” kan niet verklaard worden. Logischerwijs zou gedacht kunnen worden dat alle patiënten van welke leeftijdscategorie dan ook dezelfde kans hebben dat het ziekenhuis de afspraak verzet. Een verklaring zou dan ook kunnen zijn dat bepaalde specialismen vaker afspraken verzetten, zoals bijvoorbeeld kind en jeugd, maar dit verband is niet gevonden. Verder was de verwachting dat er meer verbanden aangetoond konden worden dan nu zijn gevonden. Dat er minder verbanden aangetoond zijn kan komen doordat patiënten vooral algemene redenen aangeven voor afwezigheid die bij elke polikliniek kunnen voorkomen. Dit heeft als gevolg dat er voor deze redenen geen specifieke verbanden zijn tussen bijvoorbeeld een bepaalde poli en een genoemde reden voor afwezigheid. Verder waren er per specialisme maar gemiddeld 13 patiënten die de enquête hebben ingevuld wat het lastig maakt om een verband te vinden tussen een bepaalde reden en een specialisme.

7. Conclusie

In dit hoofdstuk zal de hoofdvraag *“Is er een verband tussen de no-show patiënt- en zorgkarakteristieken en de redenen tot no-show bij poliklinische specialismen bij Gelre ziekenhuizen?”* worden beantwoord. In de conclusie zal op elke deelvraag een antwoord worden gegeven om zo uiteindelijk de hoofdvraag te kunnen beantwoorden. Als laatste zal een beschrijving worden gegeven van de beperkingen van dit onderzoek en mogelijk vervolgonderzoek.

7.1 Conclusie

Het doel van dit onderzoek is om te onderzoeken of er een verband is tussen de no-show patiënt- en zorgkarakteristieken en de redenen tot no-show bij poliklinische specialismen bij Gelre ziekenhuizen. Om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag is er allereerst gekeken naar de antwoorden op de deelvragen. De eerste deelvraag betrof de omvang van het no-show probleem bij Gelre ziekenhuizen en het bijbehorende capaciteitsverlies. Voor Gelre is het no-show percentage momenteel 3,2%. Dit is een stijging ten opzichte van de afgelopen 2 jaar. De percentages per specialisme zijn onderling erg verschillend. Zo heeft de revalidatiepolikliniek het hoogste no-show percentage van 7,7% en de polikliniek geriatrie het laagste no-show percentage van 0,9% in 2016. Het capaciteitsverlies dat gebonden is aan het gemiddelde no-show percentage is 3,5 fte oftewel €140.000 aan onnodig gemaakte kosten voor een jaar.

Voor deelvraag 2 is er gekeken naar de significantie van de karakteristieken voor no-show. Het mannelijk geslacht is daarbij significant bevonden. Dat patiënten van het mannelijk geslacht vaker niet komen op een afspraak was verwacht aan de hand van de literatuur; dat dit verband significant is kwam niet overeen met de verwachting beschreven in de literatuurreview. Ook de patiëntkarakteristiek leeftijd is significant bevonden, namelijk patiënten tot en met 24 jaar komen significant minder op hun afspraak dan patiënten boven de 24 jaar. Dit komt dan ook overeen met de verwachting vanuit de literatuur dat patiënten van jongere leeftijd (tot en met 35 jaar) minder op hun afspraak komen. Verder zijn de tijd van de afspraak, de dag van de afspraak en de maand van de afspraak significant. Zo zouden patiënten die 's ochtends een afspraak hebben, een afspraak op maandag hebben of een afspraak in een zomermaand hebben significant minder komen dan patiënten die 's middags of buitenwerktijden, op een andere dag van de week of in een andere maand een afspraak hebben. Dit komt niet overeen met de verwachting vanuit de literatuur. Er werd verwacht dat er geen significant verband zou zijn. Als laatste zijn ook het type bezoek, namelijk een herhalingsbezoek, het beschouwend specialisme en een geplande tijd van langer dan 20 minuten significant. Hiervoor waren geen voorspellingen gedaan vanuit de literatuur.

Naar aanleiding van deelvraag 3 zijn de redenen voor no-show onderzocht. De redenen die gegeven worden voor no-show zijn het niet op de hoogte zijn van de afspraak (17,8%), het vergeten van de afspraak (15,5%), het foutief registreren van no-shows (13,7%), te ziek om te komen op de afspraak

(8%) en vergist in de dag/tijd (7,8%). Deze percentages komen dan ook niet overeen met de verwachtingen vanuit de literatuur. Zo werd er verwacht dat de reden “vergeten van de afspraak” tussen de 30% en 35% zou voorkomen. In het geval van dit onderzoek is het ongeveer de helft van dit percentage. De reden “te ziek” werd verwacht om 25% voor te komen. In dit onderzoek is “te ziek” slechts 8%. Als laatste werd verwacht dat 25-40% van de redenen de reden “administratieve fouten” zou zijn. In dit onderzoek is de reden administratieve fouten 40,2%. Dit komt wel overeen met de verwachting.

Door de karakteristieken van de no-show patiënten en de redenen genoemd in de enquête met elkaar in verband te brengen kan een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag. Er zijn enkel drie verbanden gevonden en deze zijn lastig logisch te verklaren. Deze verbanden zijn locatie Apeldoorn en de reden “vergist in de dag/tijd”, het mannelijk geslacht en de reden “vergeten” en leeftijd onder de 15 jaar en de reden “het ziekenhuis heeft de afspraak verzet”. Het antwoord op hoofdvraag “*Is er een verband tussen de no-show patiënt- en zorgkarakteristieken en de redenen tot no-show bij poliklinische specialismen bij Gelre ziekenhuizen?*” luidt dan ook dat er verbanden zijn tussen patiënt- en zorgkarakteristieken, maar dat dit maar een beperkt aantal zijn en van beperkte waarde.

Wel kunnen aan de hand van dit onderzoek de volgende aanbevelingen worden gedaan:

- Het versturen van een afspraakbrief via de e-mail
- Het sturen van een herinneringsbericht per SMS
- Het verbeteren van het administratieve systeem en hoe medewerkers er mee omgaan
- Patiënten zelf hun afspraken in laten plannen

7.2 Beperkingen en vervolgonderzoek

Ondanks dat dit onderzoek interessante uitkomsten heeft, heeft het onderzoek wel een aantal beperkingen. Allereerst, door tijdsdruk moesten er keuzes gemaakt worden om interessante karakteristieken en verbanden niet verder te onderzoeken. Zo was het zeer interessant geweest of de tijd tussen de verwijzing en de afspraak invloed heeft op het no-show percentage, en of deze karakteristiek samenhangt met redenen zoals vergeten, vergist in de dag/tijd of afspraakbrief kwijt. Ook was het zeer interessant geweest om te onderzoeken wat de redenen zijn waarom vestiging Zutphen een hoger no-show percentage heeft dan vestiging Apeldoorn, door onder andere te kijken naar de sociaaleconomische status van de patiënten. Dit was echter te veel om ook te onderzoeken in de beperkte tijd. Hier zou dan ook naar gekeken kunnen worden in een vervolgonderzoek om mogelijk meer verbanden te kunnen vinden en verklaren.

Een andere beperking van dit onderzoek is dat de onderzoekers voor het eerst een onderzoek hebben gedaan van deze omvang. Dit heeft mogelijk invloed gehad op de reacties op de enquête. Ondanks dat de enquête en begeleidende brief nagekeken zijn door een medewerker van Marketing, zijn er toch

patiënten geweest die het anders op hebben gevat dan de bedoeling was. Hierdoor is het mogelijk dat meerdere mensen niet hebben gereageerd door negatieve gevoelens bij de enquête. Voor vervolgonderzoek is het dan ook van belang dat er allereerst een pilot gedaan wordt bij een gevarieerde groep mensen om zo te weten te komen hoe de begeleidende brief en de enquête ontvangen wordt. De enquête gebruikt in dit onderzoek kan voor vervolgonderzoek opnieuw gebruikt worden alleen moet de categorie “ik was niet op de hoogte van de afspraak” worden toegevoegd, omdat deze vaak voorkwam. Verder moet in de begeleidende brief duidelijker worden wat het doel is van het onderzoek en moet worden duidelijk gemaakt dat de redenen net zo goed bij het ziekenhuis kan liggen, zodat patiënten zich minder snel aangevallen voelen en daardoor meer bereid zijn om de enquête in te vullen.

Als laatste is in dit onderzoek niet ingegaan op de effectiviteit van mogelijke interventies bij Gelre ziekenhuizen. Dit onderzoek heeft zich gefocust op het identificeren van de doelgroep en de omvang van het probleem. Dit is een goede basis voor een vervolgonderzoek naar de toepassing van mogelijke interventies. Hierin zou kunnen worden gekeken wat de effectiviteit is van de aanbevelingen die worden gedaan in dit onderzoek. Voor de aanbevelingen “SMS herinnering” en “afspraakbrief per post” zou er in vervolg onderzoek specifiek gekeken moeten worden in hoeverre er kans is op datalekken en hoe hiermee om gegaan moeten worden. Ander mogelijk vervolgonderzoek zou kunnen richten op de samenhang van de redenen die gegeven worden voor no-show en de effectiviteit van interventies.

Referenties

1. Onbekend. No Show - hoe om te gaan met No Show binnen uw instelling. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2014.
2. Smeets, Teunissen. Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2012. Nr. 14 Verslag houdende een lijst van vragen en antwoorden. 2011.
3. Koshy E, Car J, Majeed A. Effectiveness of mobile-phone short message service (SMS) reminders for ophthalmology outpatient appointments: observational study. *BMC ophthalmology*. 2008;8:9.
4. Chen Z-w, Fang L-z, Chen L-y, Dai H-l. Comparison of an SMS text messaging and phone reminder to improve attendance at a health promotion center: A randomized controlled trial. *Journal of Zhejiang University Science B*. 2008;9(1):34-8.
5. Gupta D, Denton B. Appointment scheduling in health care: Challenges and opportunities. *IIE Transactions*. 2008;40(9):800-19.
6. Hamilton W, Round A, Sharp D. Patient, hospital, and general practitioner characteristics associated with non-attendance: a cohort study. *British Journal of General Practice*. 2002;52(477):317-9.
7. Corfield L, Schizas A, Williams A, Noorani A. Non-Attendance at the Colorectal Clinic: A Prospective Audit. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*. 2008;90(5):377-80.
8. Kempny A, Diller G-P, Dimopoulos K, Alonso-Gonzalez R, Uebing A, Li W, et al. Determinants of outpatient clinic attendance amongst adults with congenital heart disease and outcome. *International Journal of Cardiology*. 2016;203:245-50.
9. Cooper A, Lloyd G, Weinman J, Jackson G. Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart*. 1999;82(2):234-6.
10. Murdock A, Rodgers C, Lindsay H, Tham TCK. Why do patients not keep their appointments? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2002;95(6):284-6.
11. Carlsen KH, Carlsen KM, Serup J. Non-attendance rate in a Danish University Clinic of Dermatology. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2011;25(11):1269-74.
12. Schippers EI. Brief regering; Het begrip kostenbewustzijn binnen de gezondheidszorg - Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2012 parlementairemonitor2012 [Available from: <http://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/i9vvij5epmj1ey0/viypngoi1alc>].
13. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric outpatient non-attendance. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(2):160-5.
14. Johnson R, Horne B, Feltbower RG, Butler GE, Glaser AW. Hospital attendance patterns in long term survivors of cancer. *Archives of Disease in Childhood*. 2004;89(4):374-7.
15. Gatrad AR. A completed audit to reduce hospital outpatients non-attendance rates. *Archives of Disease in Childhood*. 2000;82(1):59-61.
16. Andrews R, Morgan JD, Addy DP, McNeish AS. Understanding non-attendance in outpatient paediatric clinics. *Archives of Disease in Childhood*. 1990;65(2):192-5.
17. Verbov J. Why 100 Patients Failed to Keep an Outpatient Appointment — Audit in a Dermatology Department. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1992;85(5):277-8.
18. Potamitis T, Chell PB, Jones HS, Murray PI. Non-Attendance at Ophthalmology Outpatient Clinics. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1994;87(10):591-3.
19. Casey RG, Quinlan MR, Flynn R, Grainger R, McDermott TED, Thornhill JA. Urology outpatient non-attenders: are we wasting our time? *Irish Journal of Medical Science*. 2007;176(4):305-8.
20. Stone CA, Palmer JH, Saxby PJ, Devaraj VS. Reducing Non-Attendance at Outpatient Clinics. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1999;92(3):114-8.

21. Frankel S, Farrow A, West R. Non-attendance or non-invitation? A case-control study of failed outpatient appointments. *BMJ*. 1989;298(6684):1343-5.

Bijlage

A. Begeleidende brief

Onderwerp: Onderzoek naar oorzaken van patiëntafwezigheid

Datum: 23-05-2016

Geachte meneer Achternaam

Vanuit Gelre ziekenhuizen zijn wij, Petra van den Dolder en Sander Oudbier, momenteel bezig met een onderzoek naar de oorzaken van afwezigheid van patiënten op hun poliklinische afspraak (no-shows). De gevolgen van afwezigheid van patiënten op hun afspraak zijn hogere zorgkosten en verhoogde wachttijden. Het doel van dit onderzoek is dan ook het achterhalen van de oorzaken van no-show en wat Gelre ziekenhuizen mogelijk kan doen om patiënten te helpen aanwezig te kunnen zijn op hun afspraak.

In het systeem van Gelre ziekenhuizen blijkt dat u op “Datum Afspraak” een afspraak heeft gehad waarbij u als niet-gekomen bent geregistreerd. Dit kan zijn omdat u kort van tevoren de afspraak heeft verzet of afgebeld, of dat u niet bent geweest. Daarom benaderen wij u met deze vragenlijst. De vragenlijst bestaat uit 3 korte vragen en zal ongeveer 5 minuten van uw tijd vragen. Wij zouden het zeer op prijs stellen als u deze vragenlijst ingevuld retourneert in de bijgevoegde envelop. Uw antwoorden zullen anoniem verwerkt worden voor dit onderzoek en zullen geen invloed hebben op uw verdere behandeltraject. Voor verdere vragen kunt u altijd een mail sturen naar “email adres” of “email adres”.

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Petra van den Dolder

Sander Oudbier

B. Enquête

Enquête #Kenmerk

1. Wat is de reden dat het u niet gelukt is om op uw afspraak te komen bij uw behandelend arts? *Kruis aan welke reden van toepassing is. U mag meerdere antwoorden aankruisen.*
LET OP: deze vragenlijst gaat door op de achterzijde.

☐ **Ik ben wel gekomen op mijn afspraak**

a) Ik ben door problemen met vervoer niet gekomen, namelijk:

- ☐ Mijn ziekenhuisvervoer is niet gekomen
- ☐ Ik kon niet bij het ziekenhuis komen door problemen met mijn eigen vervoer
- ☐ Anders, namelijk.....

b) Ik ben om een reden rondom de behandeling/ het consult niet gekomen, namelijk:

- ☐ Ik ben niet tevreden met de behandeling/ het consult
- ☐ De afspraak was niet meer nodig, want ik had geen problemen meer
- ☐ Het belang van de afspraak was mij niet duidelijk
- ☐ Ik ben bij een ander ziekenhuis in behandeling
- ☐ Ik was bang om door een assistent geholpen te worden
- ☐ Anders, namelijk.....

c) Ik ben door een persoonlijke reden niet gekomen, namelijk:

- ☐ Ik ben mijn afspraak vergeten
- ☐ Ik was te bang
- ☐ Ik was te ziek
- ☐ Ik had mij verslapen
- ☐ Ik had geen zin
- ☐ Ik wilde de behandeling niet
- ☐ Ik was de afspraakbrief kwijt
- ☐ Ik dacht dat de afspraak op een ander moment was
- ☐ Anders, namelijk.....

d) Ik ben door een administratieve reden niet gekomen, namelijk:

- ☐ Het ziekenhuis heeft de afspraak verzet
- ☐ Ik heb mij wel afgemeld, maar dit is niet doorgekomen
- ☐ Ik heb mij kort van tevoren afgemeld (<24 uur)
- ☐ Anders, namelijk.....

e) Ik ben door een andere verplichting niet gekomen, namelijk:

- ☐ Ik kon geen vrij krijgen van werk
- ☐ Ik kon geen oppas regelen
- ☐ Ik had een ziek familielid/ een familie verplichting
- ☐ Een andere verplichting had de prioriteit
- ☐ Anders, namelijk.....

f) Ik ben door de wachttijd/ hoe men met mij omging niet gekomen, namelijk:

- ☐ Ik ben weggelopen, want de wachttijd was te lang
- ☐ Ik ben onprettig behandeld door het personeel
- ☐ Anders, namelijk.....

g) Ik ben door een overige reden niet gekomen, namelijk:

- ☐ Het weer was te slecht
- ☐ Ik verwachtte dat ik het van mijn eigen risico zou moeten betalen
- ☐ Anders, namelijk.....

Z.O.Z.

2. Bent op de hoogte van het belang van het tijdig afzeggen van uw afspraak?

Kruis aan welk antwoord van toepassing is.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

3. Heeft u suggesties voor punten waarop Gelre ziekenhuizen zich kan verbeteren waardoor u beter op uw afspraak zou kunnen komen?

.....

.....

.....

C. Statistische analyse

Deze versie van dit onderzoek bevat geen bijlage C. Deze bijlage bevat mogelijk gevoelige bedrijfsinformatie en is daarom afgeschermd.

D. Zoekmatrix

Database	Termen en operatoren	Velden, settings	Aantal hits	Sortering	Selectie	Opmerking
Web of Science	No-show	Document type: Article	1,012	Times cited – highest to lowest		Te algemeen, ook veel andere dingen en in andere settings dan ziekenhuis
	No-show + hospital	Document type: Article	137	Times Cited – highest to lowest		Heeft nauwelijks te maken met no-shows in ziekenhuizen
	No-show + out-patient	Document type: Article	5	Times Cited – highest to lowest		
	Non-attendance	Document type: Article	1,046	Times Cited – highest to lowest	[18] [20] [24]	Goede zoekterm, maar kan misschien specifieker
	Non-attendance + hospital	Document type: Article	273	Times Cited – highest to lowest	[15] [17] [18] [21] [27] [28] [31] [30] [33] [37]	Goede zoekterm, maar misschien specifieker voor poliklinieken
				Publication data – newest to oldest	[23]	""
	Non-attendance + out-patient	Document type: Article	34	Times Cited – highest to lowest	[18] [22][25] [32]	
	Non-adherence	Document type: Article	5,737	Times Cited – highest to lowest		Te algemeen, specifieker zoeken voor het ziekenhuis
	Non-adherence + hospital	Document type: Article	566	Times Cited – highest to lowest		Nog steeds te algemeen
	Non-adherence + out-patient	Document type: Article	38	Times Cited – highest to lowest		Komt niets uit, andere term

						proberen
	Do not attend (DNA) + out-patient	Document type: Article	723	Times Cited – highest to lowest		Komt niets uit, andere term proberen
	Missed appointment + out-patient	Document type: Article	22	Times Cited – highest to lowest	[18]	Geen nieuwe artikelen
	No-show + the Netherlands	Document type: Article	6	Times Cited – highest to lowest		Geeft geen bruikbare artikelen
Google Scholar	No-show		29,800	Sorted by “relevance”		Te algemeen
	No-show hospital		10,800	Sorted by “relevance”		Geen nieuwe artikelen
	No-show outpatient		4,340	Sorted by “relevance”	[34]	Niet veel nieuws, vooral over scheduling van no-shows
	No-show outpatient Dutch		240	Sorted by “relevance”		Niets bruikbaar, ook vooral scheduling
	No-show the Netherlands		2,700	Sorted by “relevance”		geen bruikbare artikelen
	Non-attendance		41,000	Sorted by “relevance”	[21] [28] [31] [33]	Geen nieuwe artikelen
	Non-attendance		5,570	Sorted by “relevance”		Alleen al eerder gevonden artikelen
	Non-attendance the Netherlands		6,390	Sorted by “relevance”		Geen nieuwe bruikbare artikelen
	Niet-gekomen polikliniek		58	Sorted by “relevance”		Niet bruikbaar
	No-show polikliniek		74	Sorted by “relevance”		Geen bruikbare bronnen
Scopus	No-show	Document type: Article	42	Relevance		Weinig met no-shows, nu met non-attendance outpatient proberen

	non attendance outpatient	Document type: Article	571	Relevance	[19] [21] [25] [29] [30]	Wel erg specifieke bron
--	---------------------------------	---------------------------	-----	-----------	-----------------------------	-------------------------------

De bronnen zijn allereerst gefilterd op land. Landen die redelijk lijken op Nederland zijn geselecteerd. Onder deze landen vallen Groot Brittannië, Ierland en Denenmarken. Landen die niet zijn geselecteerd zijn Amerika, Australië en verschillende Aziatische landen. Verder is gekeken naar de setting van het onderzoek. Dit onderzoek is gericht op de polikliniek. Om deze reden zijn dan ook onderzoeken in een poliklinische setting geselecteerd.

De bronnen komen overeen met de bronnen in de bronnenlijst. De bronnen in de bronnenlijst die niet in deze zoekmatrix zijn vermeld, zijn gevonden door de bronnenlijst van de gevonden bronnen te bekijken.