

Wie zijn de no-shows en waarom blijven zij weg?

C.W. KORRELBOOM, I.P.A.M. HUIJBRECHTS, D. ZIRAR,
T.O. HOFFMAN

ACHTERGROND No-show is een probleem binnen de geestelijke gezondheidszorg.

DOEL Inzicht verkrijgen in kenmerken en redenen van patiënten die niet op hun intakeafspraak verschijnen, om zo mogelijk aangrijpingspunten te vinden om intakeprocedures aan te passen.

METHODE In een prospectief onderzoek bij 333 patiënten werden kenmerken van no-shows bij intake vergeleken met die van patiënten die wel op hun intakeafspraak verschenen. Aansluitend werd no-shows in een telefonisch interview gevraagd naar de redenen voor hun wegblijven.

RESULTATEN Het aantal no-shows was lager dan verwacht en er werden slechts twee, overigens kleine, verschillen gevonden: patiënten met een niet-westerse achtergrond waren vaker no-show, evenals patiënten die hun intakeafspraak later op de dag hadden, in het bijzonder rond de middag. Uit het telefonische interview bleek dat de meeste no-shows nog klachten hadden, de oorzaak voor no-show bij zichzelf legden en graag alsnog hulp wilden ontvangen.

CONCLUSIE No-show bij intake blijkt een minder groot probleem dan verwacht. Achteraf benaderen is zinvol, omdat no-shows forse klachten houden en nog steeds professionele hulp willen ontvangen. Een vergelijkbaar onderzoek bij no-shows tijdens de behandeling lijkt de moeite waard.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)9, 623-628]

TREFWOORDEN culturele achtergrond, intake, no-show

Er is weinig bekend over volwassen psychiatrische patiënten die niet op hun intakeafspraak verschijnen (no-show). Een literatuuronderzoek in *PsychINFO* naar 'no-show' in peer reviewed tijdschriften leverde slechts 5 publicaties op over kenmerken van en redenen voor no-show bij intake (Allan 1988; Lefebvre e.a. 1983; Meyer 2001; Peeters & Bayer 1999; Van der Wouden e.a. 1994). Beide Nederlandse onderzoeken vonden no-showpercentages van 10 (Peeters & Bayer 1999) en 14 (Van der Wouden e.a. 1994). No-shows kenmerkten zich door: 'lagere sociaaleconomische achtergrond', 'vage klachten', 'eerste verwijzingen' en 'verwijzingen buiten de huisarts'. 'Lange wachttijden',

'spontane klachtreductie', 'elders hulp gevonden', 'geringe motivatie' en 'praktische omstandigheden' waren de meest genoemde redenen voor no-show.

In de somatische zorg is no-show uitgebreider onderzocht dan in de psychiatrie. Een literatuuronderzoek in Medline met als zoekterm 'no-show', vanaf 2002, leverde 4 publicaties naar kenmerken van no-shows in de somatische zorg en 10 onderzoeken naar interventies om no-show aldaar te verminderen. Het tijdig verstrekken van herinneringen aan de patiënt bleek het aantal no-shows te reduceren (Reti 2003), evenals het verkorten van wachttijden (Mallard e.a. 2004) en voorlichting tij-

dens exitinterviews (Guse e.a. 2003).

Binnen PsyQ Haaglanden (Den Haag) worden volwassen patiënten die niet primair verslaafd of psychotisch zijn grotendeels ambulantly behandeld. Ongeveer 80% van de nieuwe aanmeldingen komt binnen na een telefonisch aanmeldingsgesprek waarbij een korte versie van het Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan e. a. 1998) wordt afgenomen. Op basis van klachten en uitkomsten op de MINI wordt in overleg met de patiënt een persoonlijke intake gepland bij een van de gespecialiseerde zorgprogramma's. Begin 2004 vreesde de staf van PsyQ dat bij deze intakeprocedure een groot gedeelte ('meer dan 30%') van de nieuwe aanmeldingen wegbleef van de eerste intakeafspraak. Men vermoedde dat, naast 'wachtijd', ook 'niet-westerse culturele achtergrond' samenhang met no-show bij intake. Er werd een prospectief onderzoek ingesteld naar kenmerken van no-show bij intake en naar de redenen die de no-shows zelf aanvoeren voor hun niet verschijnen.

METHODE

Patiënten Alle patiënten die tussen half augustus en half september 2004 na telefonische aanmelding voor een intake werden verwezen naar een van de zorgprogramma's van PsyQ, werden in het onderzoek betrokken.

Procedure Van alle aanmeldingen werden gegevens vastgelegd. Zodra de intakedatum was gepasseerd, werd nagegaan of de patiënt inderdaad op zijn afspraak was verschenen (*show*), zijn afspraak tijdig (minimaal 24 uur van te voren) had afgezegd (*afzegging*), zonder tijdige afzegging niet was verschenen (*no-show*) of dat het onbekend was of de patiënt wel of niet was verschenen (*onbekend*). Vervolgens werden alle no-shows telefonisch benaderd en in een kort semigestructureerd interview ondervraagd over hun redenen om weg te blijven.

Metingen De volgende gegevens werden verzameld: geslacht, leeftijd, aanmeldingsklachten, culturele achtergrond, wachttijd tussen aanmelding en intake, tijdstip van de intakeafspraak.

Het semigestructureerde interview bevatte de volgende vragen: Waarom bent u niet op uw intake afspraak gekomen? Heeft u nog last van uw klachten? Zou u zich opnieuw aanmelden bij PsyQ? Heeft u suggesties hoe PsyQ no-show kan helpen terugdringen?

Wanneer meerdere redenen werden genoemd voor no-show, is steeds de door patiënt als 'zwaarstwegende' aangegeven reden in de resultaten vermeld.

Statistische bewerking In de oorspronkelijke onderzoeksopzet kon een nominale variabele maximaal 6 categorieën hebben. Poweranalyse wees uit dat een steekproef van 325 patiënten volstaat om, in een 2(show/no-show)x6-tabel, een reëel in de populatie bestaand gemiddeld groot verschil (Cohens $w = 0,30$ of contingentiecoëfficiënt (C) = $0,29$) met zeer grote waarschijnlijkheid ($p > 0,99$) te kunnen aantonen (Cohen 1988). Bij minder dan 6 categorieën is die kans nog groter. Ter illustratie: voor een 2x2-tabel is de kans om reëel bestaande gemiddeld grote verschillen te vinden al groter dan $0,99$ bij $N = 200$ (Cohen 1988).

Verschillen op de nominaal gemeten variabelen werden op significantie getoetst met de chi-kwadraattest, die op de ordinale schalen met de mann-whitneytest. De grootte van significant gebleken verschillen werd berekend met behulp van Cramers V en de oddsratio (OR).

RESULTATEN

Kwantitatieve gegevens Uiteindelijk werden 333 patiënten geïncludeerd. Van hen waren 276 (83%) 'shows' en 14 (4%) 'afzeggingen'. Van 4 patiënten (1%) was de status 'onbekend', zodat uiteindelijk 39 (12%) als 'no-shows' konden worden beschouwd.

In de berekeningen is steeds uitgegaan van de dichotomie 'show' versus 'no-show'. Afzeggingen werden als show gerekend omdat zij volgens de geldende procedures rondom afspraken handelden, terwijl onbekenden uit de berekeningen werden weggelaten. Omdat bij het oorspronkelijk beoogde aantal categorieën (max. 6) per variabele te veel cellen onvoldoende zouden worden gevuld, zijn deze achteraf gereduceerd (max. 3) (zie tabel 1).

Tabel 1 vermeldt de gevonden verschillen tussen shows en no-shows. De culturele achtergrond en het tijdstip van de afspraak bleken significant samen te hangen met no-show. Patiënten uit een niet-westerse cultuur komen vaker niet op hun eerste afspraak dan patiënten met een westerse achtergrond. De grootte van dit verschil is echter klein (Cramers $V = 0,12$; OR op show = 2,1) (Agresti 2002; Cohen 1988). Later op de dag leiden

intakeafspraken vaker tot no-show dan aan het begin van de dag, met de meeste no-shows rond de middaguren. Ook hier zijn de effectgroottes tamelijk bescheiden (OR op show: 'ochtend versus voormiddag' = 2,73; 'namiddag versus voormiddag' = 1,38).

Kwalitatieve gegevens Van de 39 no-shows werden 33 voor het telefonische interview bereikt, van wie 2 deelname weigerden. Van de overblijvende 31 patiënten beweerden 3 dat zij geen no-show waren, voerden 11 praktische redenen aan voor hun niet-verschijnen; hadden 7 de afspraak vergeten; hadden 5 onvoldoende vertrouwen in de zorg; hadden 3 geen hulp meer nodig ten tijde van de intake; en hadden 2 patiënten inmiddels elders hulp gevonden. Inclusief de patiënten die zichzelf niet als no-show beschouwden, hadden

TABEL 1 Gegevens en toetsresultaten in het onderzoek naar no-show op de intakeafpraak bij 333 nieuw aangemelde patiënten			
	Show	No-show	Toetswaarde (p)
	n (%)	n (%)	
Geslacht			$\chi^2(df=1)=0,31 (0,58)$
man	110 (89)	13 (11)	
vrouw	180 (87)	26 (13)	
Leeftijd			$Z=-1,37 (0,17)$
<30	97 (86)	16 (14)	
31-40	84 (87)	13 (13)	
>40	109 (92)	10 (8)	
Aanmeldklacht			$\chi^2(df=1)=1,05 (0,31)$
1 klacht	195 (89)	23 (11)	
> 1 klacht	95 (86)	16 (14)	
Cultuur			$\chi^2(df=1)=4,83 (0,028)**$
westers	212 (91)	22 (9)	
niet-westers	77 (82)	17 (18)	
Wachttijd			$Z=-1,04 (0,32)$
< 30	219 (89)	27 (11)	
> 30	66 (85)	12 (15)	
Tijdstip afspraak			$Z=-2,691 (0,007)**$
8.30-11.00 uur	191 (92)	17 (8)	
11.01-14.30 uur	78 (80)	19 (20)	
14.31-17.00 uur	17 (85)	3 (15)	

* Getoetst met chikwadraattest of mann-whitneytest (Z)
** Significant

23 no-shows nog steeds 'veel last' van de problemen waarvoor zij zich hadden aangemeld; hadden 4 nog 'enigszins last'; en 4 hadden 'geen last' meer. Tweeëntwintig patiënten zouden zich opnieuw bij PsyQ aanmelden indien heraanmelding mogelijk of nodig zou zijn, terwijl 4 dat 'zeker niet' zouden doen en 4 anderen twijfelden. Van 1 patiënt ontbrak het antwoord op deze vraag. Gevraagd naar mogelijkheden om no-show terug te brengen, noemden 4 patiënten verkorting van de lange wachttijd. Enkelen maakten melding van onvriendelijke bejegening tijdens de telefonische aanmelding of tijdens eerdere behandelingen. Toch legden de meeste geïnterviewden de oorzaak voor hun niet-verschijnen bij zichzelf.

DISCUSSIE

In de resultaten van dit onderzoek vielen vier aspecten op. Er waren minder no-shows dan verwacht, er waren minder verschillen tussen shows en no-shows dan verwacht, veel no-shows hebben nog steeds problemen en de meesten willen nog steeds hulp.

De meest opmerkelijke bevinding was het geringe aantal no-shows. Anders dan de vooraf verwachte 'meer dan 30%', bleek de gevonden 12% vergelijkbaar te zijn met eerdere bevindingen (Peeters & Bayer (1999); Van der Wouden e.a. 1994). Wellicht speelde ook iets anders mee. Vanwege dezelfde alarmerende vermoedens die de aanleiding vormden voor dit onderzoek, hebben enkele zorgprogramma's hun intakeprocedures nog tijdens de onderzoeksperiode enigszins aangepast. Door patiënten vooraf herinneringen aan de intakeafpraak te sturen, kan het aantal no-shows zijn gereduceerd (Kourany e.a. 1990; MacLean e.a. 1989; Swenson & Pekarik 1988). Aangezien slechts enkele zorgprogramma's dit hebben gedaan, kan de discrepantie tussen verwachtingen en bevindingen hierdoor hoogstens gedeeltelijk worden verklaard.

Dat slechts twee significante verschillen (in cultuur en tijdstip afspraak) werden gevonden tussen shows en no-shows is een tweede opmerke-

lijke bevinding. De verschillen waren betrekkelijk klein en dat in cultuur bleek pas nadat de oorspronkelijke 4 categorieën waren teruggebracht naar 2 (westers versus niet-westers). Verder viel op dat wachtperiode tussen aanmelding en intake geen relatie had met no-show. Wanneer bij een grotere steekproef meer verschillen zouden zijn gevonden, zou dat weinig praktische waarde hebben gehad. Op populatieniveau zou het dan immers zijn gegaan om kleine effecten.

Een derde belangrijke bevinding is dat veel no-shows nog aanzienlijke emotionele problemen rapporteerden. Spontaan herstel is blijkbaar geen belangrijke reden voor no-show bij intake. Ten slotte willen de meeste no-shows nog steeds graag hulp. Onvoldoende vertrouwen in de ggz of in de instelling in het bijzonder lijkt geen belangrijke rol te spelen.

CONCLUSIE

No-show bij intake lijkt een minder groot probleem dan werd gedacht. Bijna negentig procent van de patiënten verschijnt gewoon op zijn afspraak of meldt zich tijdig af. Slechts op twee onderzochte kenmerken ('cultuur' en 'tijdstip afspraak') bleken significante maar kleine tot betrekkelijk kleine verschillen te bestaan tussen shows en no-shows.

Mede op basis van in de literatuur vermelde bevindingen, lijkt het verstandig om (potentiële) no-shows vooraf en achteraf actief te benaderen. Een herinnering sturen voorafgaand aan de intakeafpraak kan het aantal no-shows beperken. Achteraf benaderen is zinvol, omdat no-shows forse klachten houden en nog steeds professionele hulp willen ontvangen.

No-shows bij intake hebben nog geen ervaring met hun behandeling. Zij haken dus af om redenen die los staan van de feitelijk geboden zorg. Dat is anders voor no-shows tijdens de behandeling. Deze patiënten kennen hun behandeling en behandelaars al wel. Een vergelijkbaar onderzoek bij deze no-shows lijkt daarom beslist de moeite waard.

✍ Wij danken Gülsen Baygul en Jane Beck-Lie A Fat voor hun medewerking aan de uitvoering van het onderzoek.

LITERATUUR

- Agresti, A. (2002). *Categorical data analysis* (2de druk). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Allan, A.T. (1988). No-shows at a community mental health clinic: a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 34, 40-46.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Second edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Guse, C.E., Richardson, L., Carle, M., e.a. (2003). The effect of exit-interview patient education on no-show rates at a family practice residency clinic. *Journal of the American Board of Family Practice*, 16, 399-404.
- Kourany, R.F., Garber, J., & Tornusciolo, G. (1990). Improving first appointment attendance rates in child psychiatry outpatient clinics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 657-660.
- Lefebvre, A., Sommerauer, J., Cohen, N., e.a. (1983). Where did all the 'No-Shows' go? *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, 387-390.
- MacLean, L.M., Greenough, T., Jorganson, V., e.a. (1989). Getting through the front door: improving initial appointment attendance at a mental health clinic. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 8, 123-133.
- Mallard, S.D., Leakeas, T., Duncan, W.J., e.a. (2004). Same-day scheduling in a public health clinic: a pilot study. *Journal of Public Health management & Practice*, 10, 148-155.
- Meyer, W.S. (2001). Why don't they come back: a clinical perspective on the no-show client. *Clinical Social Work Journal*, 29, 325-339.
- Peeters, F.P.M.L., & Bayer, H. (1999). 'No-show' for initial screening at a community mental health centre: rate, reasons and further help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 323-327.
- Reti, S. (2003). Improving outpatient department efficiency: a randomized controlled trial comparing hospital and general practice telephone reminders. *New Zealand Medical Journal*, 116, U458.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., e.a. (1998). The Mini-international Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl. 20), 22-33.
- Swenson, T.R., & Pekarik, G. (1988): Interventions for reducing missed initial appointments at a community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 24, 205-218.
- Wouden, S. van der, Rijnders, P.B.M., & Trijsburg, R.W. (1994). No-show: een verkenning van het fenomeen van de niet verschijnende patiënt. *Gedrag & Gezondheid*, 22, 89-93.

AUTEURS

C.W. KORRELBOOM is psycholoog en werkzaam bij PsyQ Haaglanden te Den Haag.

I.P.A.M. HUIJBRECHTS is psycholoog en werkzaam bij de Parnassiagroep te Den Haag.

D. ZIRAR is psycholoog en werkzaam bij PsyQ Haaglanden te Den Haag.

T.O. HOFFMAN is psycholoog en werkzaam bij de Parnassiagroep te Den Haag.

Correspondentieadres: dr. K. Korrelboom, PsyQ, Parnassiagroep. Mangostraat 15, kamer 814, 2552 KS, Den Haag.

E-mail: k.korrelboom@psyq.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-6-2007.

SUMMARY

Who are the 'no-shows' and why don't they turn up? – C.W. Korrelboom, I.P.A.M. Huijbrechts, D. Zirar, T.O. Hoffman –

BACKGROUND No-show is a problem in mental health care.

AIM To obtain insight into the characteristics of patients who fail to appear at their intake appointments, to find out their reasons for not turning up, and thereby, if possible, to identify aspects of the intake procedures that may require adaptation.

METHOD In a prospective study based on 333 patients, we compared the characteristics of patients who failed to show up for the intake procedure with those of patients who did show up. Via a telephone interview we asked the 'no-shows' why they hadn't come.

RESULTS The number of 'no-shows' was lower than expected and we found only two very small differences: patients with a non-western background were less likely to turn up, as were patients whose appointments were later in the day, mainly around lunchtime. Via the telephone interview we found that most of the 'no-shows' still had felt unwell and blamed themselves for not turning up. They still wanted to be given professional help.

CONCLUSION No-show at intake appears to be less of a problem than expected. It seems a good idea to approach patients after they have missed appointments, because 'no-shows' still have serious symptoms and are still eager to receive professional help. It will probably be worthwhile conducting a similar investigation among 'no-shows' once they have begun to receive treatment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)9, 623-628]

KEY WORDS culture, first appointments, no-show