

Onderzoek naar no-show : Wie stuurt zijn kat?

Peer-reviewed author version

De Bock, Karel; BRUCKERS, Liesbeth & Coune, Yoeri (2010) Onderzoek naar no-show : Wie stuurt zijn kat?. In: *Zorgwijzer*, 12, p. 26-27.

Handle: <http://hdl.handle.net/1942/13333>

Continuïteit van zorgaanbod in een ambulant Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg

Karel De Bock, Liesbeth Bruckers, Yoeri Coune

Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Limburg vzw.

Abstract:

Het optreden van no-show gedurende een zorgtraject brengt kosten mee op organisatorisch vlak, en kan de gezondheidszorg compromitteren. In een centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (VGGZ Hasselt vzw.) werd aan de hand van de registratiegegevens uit de Elektronische Patiëntendossiers (EPD) nagegaan of het al dan niet optreden van no-show samenhangt met bepaalde kenmerken van de cliënt of van de zorgperiode. Verder werd getoetst of no-show percentages of relatieve duur van een zorgperiode goede predictors zijn voor drop-out. Een beperkt aantal factoren/variabelen bleek significant te zijn, hoewel we niet kunnen besluiten tot een echt sluidende profilering van een zekere deelgroep cliënten met verhoogd risico op no-show. Daartoe zijn de aantallen registratiegegevens voorlopig te klein. We konden wel bepaalde tendensen vastleggen, en zagen tevens het vermoeden bevestigd dat no-show en aantal activiteiten een sterke invloed hebben op het eventueel optreden van drop-out.

Keywords: no-show, drop-out, therapietrouw, indicatoren, CGG

1. Situering

1.1. Belang therapietrouw in de CGG

De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) verlenen in opdracht van de Vlaamse Overheid ambulante geestelijke gezondheidszorg aan mensen met een ernstige psychiatrische stoornis of met een ernstig risico daarop. Mensen melden zich aan (vaak op verwijzing) en komen na een intake met eventueel diagnostisch proces op geregelde tijdstippen op consultatie bij één of meerdere hulpverleners (bv. maatschappelijk werker en psychiater), die deel uitmaken van een multidisciplinair team.

Therapietrouw kan omschreven worden als de resultante van een samenwerkingsrelatie, waarin zowel patiënt als hulpverlener de verantwoordelijkheid op zich nemen om een behandelingsstrategie uit te werken en te voeren, waaraan de patiënt zich kan houden.

Zowel vanuit organisatorisch als zorginhoudelijk oogpunt is het belangrijk op te volgen (als hulpverlener, het team en vanuit het beleid) of het zorgproces voldoende continuïteit vertoont. Deze continuïteit kan in het gedrang komen indien patiënten geregeld afwezig blijven op hun consultaties.

Vanzelfsprekend moet deze opvolging van no-show deel uitmaken van een kwaliteitsbeleid met meerdere klinische indicatoren, zoals duur zorgperiode, drop-out, in- en uitstroom, Idealiter beschrijven deze indicatoren het grootste deel van het zorgproces van aanmelding tot afsluiting. Tegelijk dient er over gewaakt te worden dat het aantal indicatoren niet te groot is om nog enigszins bruikbaar te zijn in de (sturing van de) werking.

Het is belangrijk aan te stippen dat er een samenhang is tussen verschillende indicatoren. No-show beïnvloedt rechtstreeks de tijd die naar FTF hulpverlening gaat, wat op zijn beurt een effect heeft op de zogenaamde Key Performance Index. De Key Performance Index (KPI) gaat na hoeveel van de totale werktijd besteed wordt aan FTF afspraken die effectief zijn doorgegaan. Langere wachttijden lijken meer no-show te veroorzaken voor intake, zeker bij ernstiger problematieken (Meyer, 2001). No-show kan ook een invloed hebben op drop-out. Het kan drop-out doen toenemen, indien door het regelmatig wegblijven de therapeutische band te dun wordt.

1.2. Mogelijke oorzaken no-show

Tot op heden zijn er slechts weinig studies over het fenomeen van de no-shows in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. De bestaande onderzoeken behandelen enkel no-show tijdens de fase van de intake (Allans, 1988; Lefebvre et al 1983; Meyer, 2001; Peeters & Bayer, 1999; Van der Wouden et al, 1994). Nederlandse onderzoekers vonden no-show percentages van 10 % (Peeters & Bayer, 1999) en 14 % (Van der Wouden et al, 1994).

Volgens ons zijn er a priori mogelijke oorzaken van no-show te duiden. Ze situeren zich (1) op het niveau van de organisatie van het zorgtraject en (2) op het niveau van de therapeutische relatie zelf.

(1) Op het niveau van de organisatie van het zorgproces: (a) De procedure die gehanteerd wordt bij de aanvang van een zorgproces kan een invloed hebben op de kans dat er no-show optreedt. Hoe duidelijker de verwachtingen van de hulpverlener en/of het team worden gecommuniceerd, hoe minder no-show we verwachten. Dit geldt inzonderheid voor het uitspreken van verwachtingen inzake afspraken. Ook indien er met een behandelplan gewerkt wordt zou de kans op no-show moeten verminderen. (b) Indien er lange wachttijden of wachttijden zijn, kunnen hulpverleners meer druk ervaren om nieuwe patiënten in de agenda op te nemen, en dit ten nadele van mensen die wegblijven op een afspraak, met een niet-daling van de no-show tot gevolg. (c) Het al dan niet bestaan van een duidelijke en realistische/haalbare procedure voor het reageren op een no-show, die bovendien door iedere hulpverlener in de organisatie gekend is, zou het aantal no-shows moeten laten afnemen.

(2) Op het niveau van de therapeutische relatie: De therapeutische relatie wordt bepaald door kenmerken van enerzijds de patiënt en anderzijds de hulpverlener, en door de interactie tussen beide. Hypothesen zijn onder andere dat patiënten(groepen) met bepaalde kenmerken meer kans hebben om weg te blijven zonder verwittiging. Voorbeelden zijn mensen in kansarmoede, mensen met een persoonlijkheidsstoornis, enz. .

Eerder onderzoek (voor een overzicht, zie Lefforge, Donohue & Strada, 2007) heeft uitgewezen dat vooral de match tussen patiëntverwachtingen en kenmerken van de hulpverlener en aard van de hulpverlening van belang zijn. Hoe groter de match qua ziekte-theorie, genezingstheorie en gezondheidstheorie, hoe groter de therapietrouw. Ook hulpverlenerskenmerken (leeftijd, ervaring, therapeutisch kader, ...) op zich kunnen no-show beïnvloeden (interne berekeningen laten alvast grote verschillen zien tussen hulpverleners). Hierover is er weinig vakliteratuur.

1.3. Potentiële gevolgen van no-show

1.3.1. Gevolgen voor patiënten.

Er is het risico dat de patiënt niet voldoende kan vooruitgaan (Ogrodniczuk et al., 2005). Indien hij zijn behandeling/begeleiding volledig stopzet (drop-out), ervaart hij niet de voordelen van een volledig afgeronde therapie/therapeutische relatie, wat zeker voor een aantal pathologieën belangrijk is.

In de context van een groepstherapie kunnen de gevolgen bovendien nog groter zijn, door het effect van de no-show op het therapeutisch proces voor de andere groepsleden (Ogridniczuk et al., 2005).

1.3.2. Gevolgen voor hulpverlener.

Hierover is zeer weinig terug te vinden in literatuur. Hoe dan ook zal het weinig hulpverleners onverschillig laten indien een patiënt tijdelijk of definitief wegblijft. Het kan de moeite lonen na te gaan hoe de hulpverlener vanuit een persoonlijke dynamiek zelf emotioneel reageert op het voorkomen van no-show. Met andere woorden, tegenoverdrachtelijke reacties kunnen resulteren in effecten op het zelfvertrouwen, een idee van falen induceren, enz., en deze reacties kunnen mee het handelen bepalen. Voorbeelden zijn : niet reageren op no-show, blijven aanklampen, Verder bestaat de mogelijkheid dat hulpverleners theoretiseren om deze persoonlijke reacties te rationaliseren.

1.3.3. Gevolgen voor organisatie.

Indien de patiënt wegblijft met voorafgaandelijke verwittiging, wordt er voor zover mogelijk voor gezorgd dat deze tijd herpland wordt met een face-to-face (FTF) afspraak of gebruikt wordt voor noodzakelijke administratie of overleg. Echter, indien deze afwezigheid gebeurt zonder voorafgaandelijke verwittiging (no-show) is het organisatorisch moeilijk deze tijd efficiënt te herplannen. Gezien de beperkte financiële middelen van een CGG heeft dit aanzienlijk invloed op (het bereik van) de geboden zorg.

2. Hypothesen

2.1. Factoren die samenhangen met het optreden van no-show

We willen nagaan met welke factoren het optreden van no-show samenhangt. De factoren waarvoor we dit nagaan zijn socio-economische kenmerken van de cliënt (1), DSM IV-classificatie (2), kenmerken gerelateerd aan de zorgperiode/cliënt (3): (1) geslacht, leeftijd, leefsituatie, burgerlijke staat, inkomstenbron, beroep, (2) de diagnoses As 1, As 2, As 4-aard, As 4-ernst en As 5 (van de DSM IV), (3) type cliënt (hoofd- of nevencliënt), zorgsoort, verwijzer, aard van de afsluiting. De psychiatrische diagnostiek volgens de DSM IV vindt plaats vanuit vijf gezichtspunten of diagnostische assen: klinische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, somatische aandoeningen, psychosociale en omgevingsproblemen, algehele beoordeling van het functioneren.

We verwachten dat er een correlatie is tussen een of meerdere van deze variabelen met de variabele die het optreden van no-show weergeeft. Voor elke factor waarvoor we het voorkomen van een samenhang met no-show nagaan, is de nulhypothese dat er geen samenhang is. De alternatieve hypothese luidt dat er wel een verband is. We kunnen daarbij evenwel geen conclusies trekken over bestaan, sterkte en richting van causale verbanden.

2.2. De relatie tussen het optreden van no-show en het optreden van drop-out

We vermoeden dat no-show een invloed kan hebben op drop-out. Een stijgende proportie no-show in de contacten tussen cliënt en hulpverlener zou predictief kunnen zijn voor drop-out, ondermeer omdat bij een regelmatig wegblijven van therapeutische sessies de therapeutische band verzwakt. De nulhypothese is dat het percentage no-show geen

significante voorspeller is voor het optreden van drop-out. We denken dat de nulhypothese zal kunnen verworpen worden.

2.3. De relatie tussen de duur van de zorgperiode en het optreden van drop-out

Dit deel van het onderzoek is eerder exploratief van aard, en het ligt moeilijker a priori een hypothese te formuleren. De nulhypothese is dat het aantal activiteiten in een zorgperiode geen significante voorspeller is voor het optreden van drop-out.

3. Methode

3.1. Subjecten

De subjecten zijn alle cliënten die in het systeem Elektronisch Patiëntendossier (EPD) van de Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg vzw (VGGZ Hasselt) opgenomen zijn in de periode tussen 18 juni 2007 en 31 oktober 2008. De begindatum van deze referentieperiode is de startdatum van EPD, waarin het mogelijk werd een onderscheid te maken tussen afwezigheden met verwittiging en afwezigheden zonder verwittiging (de laatste categorie komt overeen met no-show). Meer bepaald was de voorwaarde dat het eerste face-to-face contact met de cliënt in die referentieperiode viel.

Onze data-analyse geschiedt evenwel eerder op het niveau van zorgperiodes. Een zorgperiode is de eenheid van behandeling, startend met een aanmeldingsdatum en eindigend met een administratieve afsluitingsdatum. Onze gegevens hebben enkel betrekking op afgesloten zorgperiodes. Bij de meeste zorgperiodes zal het gaan om de behandeling van één cliënt. Indien er meerdere cliënten voor eenzelfde zorgperiode zijn, dan is één cliënt de hoofdeliënt en zijn de andere cliënten nevencliënten. Uitzonderlijk kan een cliënt meer dan één zorgperiode hebben. In onze analyses werden zowel hoofd- als nevencliënten opgenomen.

Verder werden enkel cliënten opgenomen die minstens reeds een tweede face-to-face contact hebben gehad. Op deze manier komen we aan 409 zorgperiodes.

Bij het toetsen van de hypothese of bepaalde factoren samenhangen met het optreden van no-show werd bovendien de restrictie opgelegd dat de subjecten ouder dan 18 jaar moeten zijn, waardoor de proefgroep afneemt tot 356 subjecten.

3.2. Bron gegevens

Sinds 2007 beschikken de CGG over het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) als instrument om variabelen van het zorgproces op te volgen. Hierin worden (onder andere) de face-to-face activiteiten van de hulpverleners bijgehouden. Daarbij wordt steeds aangeduid of de patiënt aan- of afwezig was. In het geval van afwezigheid wordt een onderscheid gemaakt tussen “Nee, aangekondigd” en “Nee, niet aangekondigd”.

Daarnaast vinden we in EPD een aantal variabelen rond de socio-economische status van de patiënt, de zorgperiode, en de DSM-classificatie bij intake: ondermeer hoofddiagnose op as 1 of 2, psychosociale stressfactoren (as 4) en de beoordeling van het algemene functioneren (as 5)*.

* De gegevens werden geanonimiseerd bezorgd aan het Centrum voor Statistiek (Censtat), Universiteit Hasselt.

3.3. Methodologie

Per zorgperiode wordt het percentage berekend dat onaangekondigd niet is doorgegaan. Per zorgperiode bekomen we op die manier één cijfer, namelijk de kans dat een activiteit binnen de zorgperiode niet is doorgegaan. Deze aangemaakte variabele is bij elke grafiek de variabele op de ordinaatsas van de cumulatieve verdelingen die we tonen. Enige uitzondering hierop is de logistische regressie die het effect van het aantal activiteiten binnen een zorgperiode op het voorkomen van drop-out nagaat, waarbij het aantal activiteiten de onafhankelijke variabele is.

Vanwege de sterk van de normaalverdeling afwijkende dichtheitsverdelingen van de factoren/variabelen die mogelijks samenhangen met het optreden van no-show, werden per factor/variabele voor elke categorie of waarde als centrummaten het rekenkundig gemiddelde en de mediaan berekend, en als spreidingsmaten werd geopteerd voor de percentielen P25, P75 en P90.

No-show wordt gedefinieerd als het wegblijven op een geplande afspraak zonder voorafgaandelijke verwittiging (door de patiënt). Vijf minuten voor de geplande afspraak afbellen is feitelijk geen no-show, maar kan natuurlijk wel gezien worden als een niet-tijdig afbellen (bekeken vanuit organisatorisch standpunt). Ook dit hebben we een periode nagegaan: tijdig afbellen werd omschreven als minstens 3 werkdagen (72u.) voor het begin van de afspraak. In die tijdsspanne kan er vaak nog een andere afspraak ingepland worden met een andere patiënt. Deze data werden evenwel niet mee in de data-analyse betrokken.

Drop-out bij een zorgperiode wordt gedefinieerd als een zorgperiode die niet in onderling overleg afgesloten werd. In het EPD werd dan in het veld 'Aard van de afsluiting' van het formulier 'Afsluiting' 'Contacten verbroken' ingevuld (d.i. code 20).

3.3.1. *Het optreden van no-show.*

Het percentage no-show per zorgperiode is een variabele waarvan de dichtheitsverdeling zeer sterk positief scheef verdeeld is. Daarom werd gekozen voor een niet-parametrische toetsing van de hypothesen: de Kruskal-Wallis-toets. Deze verdelingsvrije toets gaat na of drie of meer verdelingen steekproefsgewijs afkomstig kunnen zijn uit eenzelfde verdeling. De nulhypothese veronderstelt dat dit daadwerkelijk het geval is. De Kruskal-Wallis-toets is in feite te zien als een een-wegs ANOVA gebaseerd op rangnummers.

Illustratief werd een histogram aangemaakt dat de spreiding/verdeling van de percentages no-show binnen de VGGZ weergeeft. Tevens werd een normaalverdeling gefit op de data van het histogram.

3.3.2. *Factoren/variabelen die samenhangen met het optreden van no-show.*

Net als bij het nagaan van het optreden van no-show (zie punt 3.3.1) werd gekozen voor niet-parametrische inferentiële statistiek, om dezelfde reden. Dezelfde centrum- en spreidingsmaten werden berekend, met uitzondering van het eerste kwartiel.

Hier is de ene variabele steeds no-show, de andere variabele is een van de volgende: geslacht, leeftijd, leefsituatie, burgerlijke staat, inkomstenbron, beroep, zorgsoort, type cliënt, verwijzer, diagnose As 1, diagnose As 2, diagnose As 4-aard, diagnose As 4-ernst en diagnose As 5, aard van de afsluiting.

Bij de bepaling van de significantie werd een bijkomende restrictie opgelegd: Enkel de categorieën die minstens 20 waarden bevatten werden in rekening gebracht. Dit maakt de groep subjecten kleiner dan 356, de precieze waarde is afhankelijk van de factor/variabele. Uitzondering hierop zijn de factoren/variabelen zorgsoort, leeftijd, type cliënt, As 4-Ernst en As 5, en dit om uiteenlopende redenen. De analyse voor de factor/variabele zorgsoort laat geen enkele categorie weg, vanwege het basale belang van elke zorgsoort. De

factoren/variabelen leeftijd en cliënt betrekken wel 356 subjecten in de calculatie, omdat elke cel in het design minstens 20 elementen bevat. De variabele leeftijd werd gehercodeerd, waarbij de volgende klassenindeling werd toegepast: volwassenen (18-59 j) en oudere (60-100 j). Ook bij de variabelen/factoren As 4-Ernst en As 5 worden alle categorieën meegeteld, omdat dit ordinale variabelen zijn en we bij weglating de continuïteit zouden interrumpen. Immers, alle variabelen in deze analyses zijn nominale variabelen, met uitzondering van de diagnose op As 5 en de ernst-diagnose op As 4, die ordinaal zijn, en leeftijd en het percentage no-shows per zorgperiode, die een rationiveau hebben.

Verder werd er voor elke factor/variabele een relatieve cumulatieve frequentieverdeling opgemaakt, waarin de verdeling van elke categorie/waarde van de betreffende factor/variabele getoond wordt. Op die manier konden we nagaan of er duidelijke verschillen zijn in het verloop overheen de percentages no-show heen, voor de verschillende categorieën/waarden, en in welke richting die verschillen lagen. Merk op dat bij het aanmaken van de ogieven eenzelfde selectie op de categorieën werd toegepast als bij het bepalen van de significanties.

3.3.3. De relatie tussen het optreden van no-show en het optreden van drop-out.

We wilden nagaan in welke mate het percentage no-show per zorgperiode een goede voorspeller is van het al dan niet optreden van drop-out. Aangezien drop-out een dichotome variabele is, is een logistische regressie de gepaste keuze. Deze techniek gebruikt voor de predictie van de probabiliteit van het optreden van een zekere gebeurtenis één of meerdere categorische en/of kwantitatieve variabelen. Als kwantitatieve onafhankelijke variabele nemen we de no-show, als afhankelijke variabele hebben we de drop-out. Tevens werden de 95 % - betrouwbaarheidsintervallen berekend, die ons kunnen toelaten uitspraken te doen over de precisie van onze resultaten.

3.3.4. De relatie tussen de duur van de zorgperiode en het optreden van drop-out.

Is de duur van een zorgperiode een goede predictor voor de kans op drop-out? De duur van een zorgperiode operationaliseerden we als het aantal activiteiten in die zorgperiode. Dit werd onze onafhankelijke variabele in een logistische regressie met als afhankelijke variabele de kans op het voorkomen van drop-out. Bovendien werden de 95 % - betrouwbaarheidsintervallen berekend.

4. Resultaten

4.1. Kans op no-show

Fig. 1 geeft de spreiding weer van de percentages no-show overheen de volledige VGGZ. Bij 66% van de zorgperiodes werd geen enkele activiteit onaangekondigd gemist. De mediaan is dan ook gelijk aan 0. Belangrijke vaststelling is dus dat in twee derde van alle zorgperiodes mensen hun afspraken nakomen of op voorhand afbellen.

Gezien de scheve verdeling is het beter te kijken naar de mediaan (en andere percentielen) dan naar het gemiddelde (Tabel 1). P75 bedraagt 16.67 %, wat betekent dat drie kwart van de patiënten (zorgperiodes) minder dan 16 % van de activiteiten onaangekondigd mist. Anders gesteld, één op vier patiënten blijft bij minstens ongeveer één op de zes geplande gesprekken onaangekondigd weg. Eén op de tien patiënten mist minstens één op de drie afgesproken activiteiten (P90 Totaal = 33.33 %).

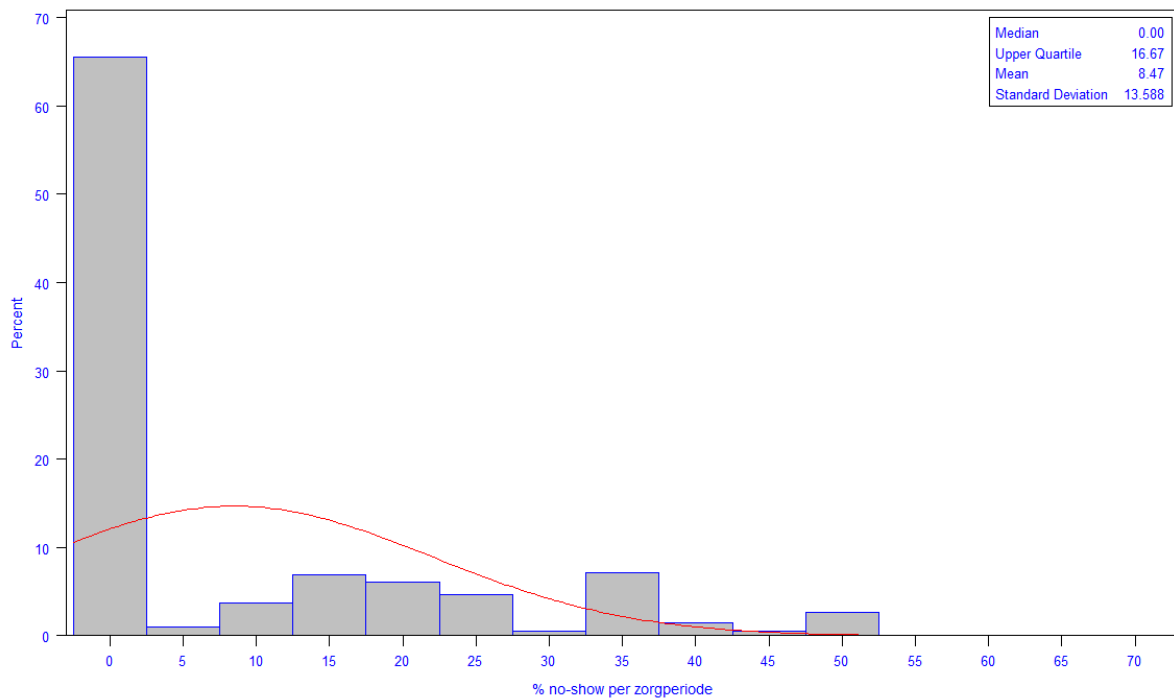


Fig. 1. Distributie van de variabele percentage no-show per zorgperiode. Er werd geen leeftijdsbeperking opgelegd.

Tabel 1

Percentage no-show per zorgperiode (geen leeftijdsbeperking).

Zorgsoort	% No-show per zorgperiode					
	Freq	Gemiddelde	P25	Mediaan	P75	P90
kinder- en jeugdzorg	47	3.49	0.00	0.00	0.00	12.50
volwassenenzorg	40	10.87	0.00	4.17	20.00	33.33
verslavingszorg	314	8.81	0.00	0.00	16.67	33.33
forensische zorg	8	12.29	0.00	9.17	20.00	40.00
Totaal	409	8.47	0.00	0.00	16.67	33.33

Gezien de aard van de dichtheitsverdeling geeft de gefitte normaalverdeling ons verder geen duidelijk interpreteerbare informatie ($\sigma = 8.47$, std = 13.59).

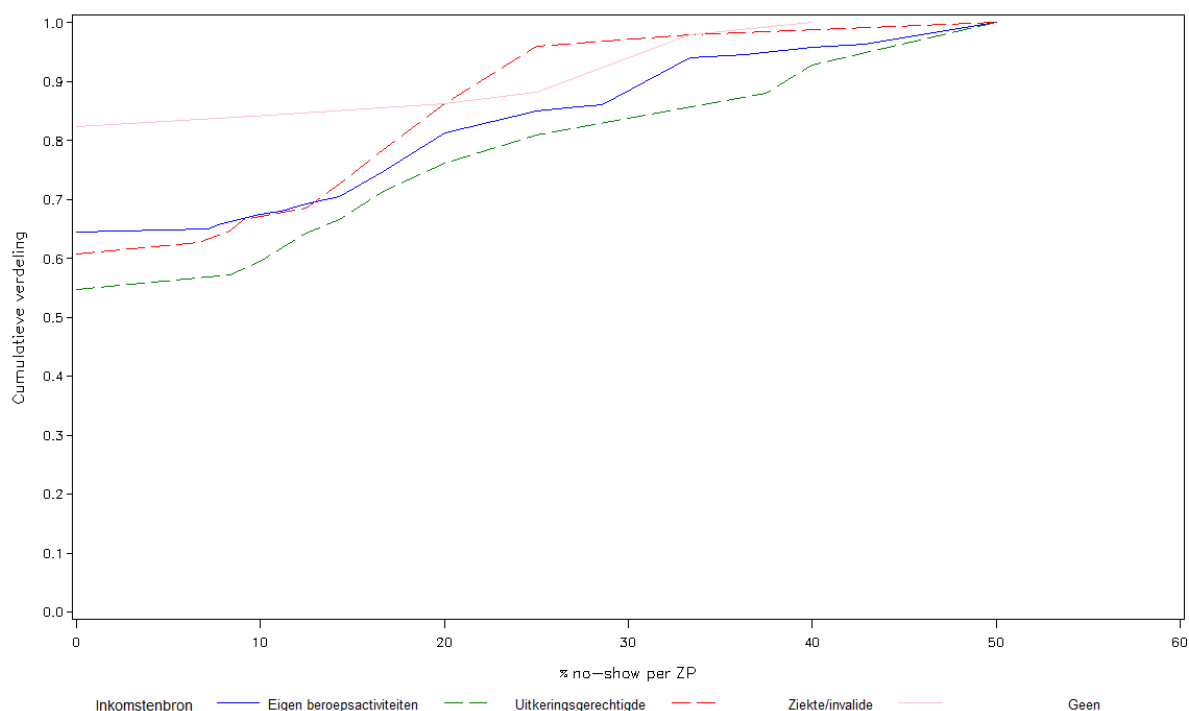


Fig. 2. Relatieve cumulatieve verdeling van inkomstenbron i.f.v. het percentage no-show per zorgperiode. Enkel voor de categorieën met minstens 20 elementen.

4.2. Factoren die samenhangen met het optreden van no-show

4.2.1. No-show en socio-economische kenmerken van de cliënt.

Geen enkel verband tussen een sociaaleconomisch gegeven en no-show blijkt significant te zijn op .01- of .05-niveau: geslacht ($p = .6699$), leeftijd ($p = .7406$), leefsituatie ($p = .1635$), burgerlijke staat ($p = .1621$). Enkel inkomstenbron ($p = .0579$) en beroep ($p = .0636$) vertonen een zwakke associatie ($p < .10$) met het al dan niet optreden van no-show (resp. Figuren 2 en 3).

4.2.2. No-show en DSM IV- classificatie.

De diagnose As 4-ernst vertoont een sterke samenhang met no-show ($p = .0024$) (Fig. 4). Verder is ook de diagnose As 4-aard significant geassocieerd met de kans om onaangekondigd weg te blijven op afspraken ($p = .0212$) (Fig. 5). Diagnose As 2 vertoont een erg zwakke associatie met no-show ($p = .0990$). Er is geen merkbare samenhang tussen de diagnoses As 1 en As 5 en no-show ($p = .3431$, $p = .1104$). Bij de toetsing m.b.t. de diagnose op As 1 werden evenwel veel categorieën van de variabele niet in de berekening opgenomen, wegens een te marginaal aantal eenheden in de cellen van het design (slechts 3 van de 11 categorieën mét pathologie-label werden effectief meegeteld). Deze opmerking is ook van toepassing op verscheidene andere toetsingen, in mindere mate weliswaar. Merk op dat de toetsing voor de diagnose As 4-ernst en voor de As 5-diagnose gebeurde t.a.v. alle categorieën van deze variabele.

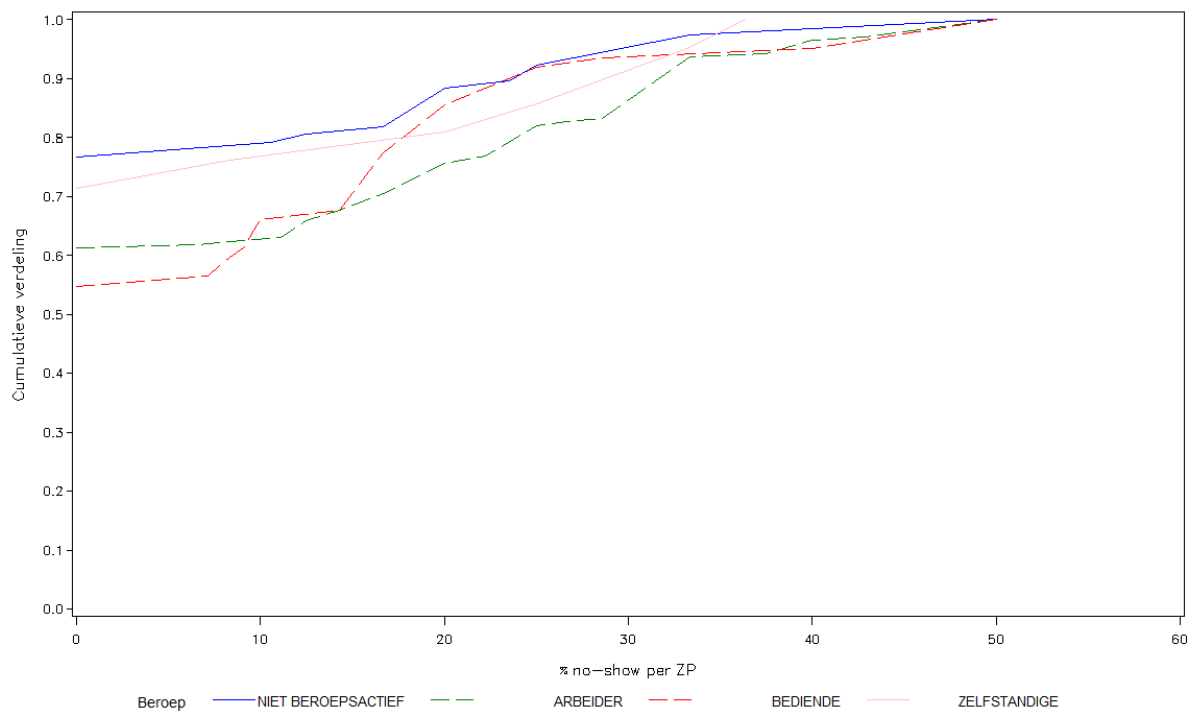


Fig. 3. Relatieve cumulatieve verdeling van beroep i.f.v. het percentage no-show per zorgperiode. Enkel voor de categorieën met minstens 20 elementen.

Bij de significante variabele diagnose As 4-ernst stellen we een opmerkelijke tendens vast: Enerzijds vertonen zorgperiodes van cliënten met lichte psychosociale stressfactoren opvallend minder no-show dan andere cliënten, anderzijds hebben cliënten die onderhevig zijn aan extreme stressfactoren méér kans om no-show gedrag te vertonen. Men zou kunnen stellen dat hoe ernstiger de situatie op dit punt, hoe meer kans dat de cliënt niet komt opdagen. Een gelijkaardige onverwachte tendens zien we optreden bij die andere significante variabele inzake DSM IV- classificatie, de diagnose As 4-aard: Cliënten zonder psychosociale of omgevingsproblemen hebben beduidend minder kans om no-show gedrag te vertonen.

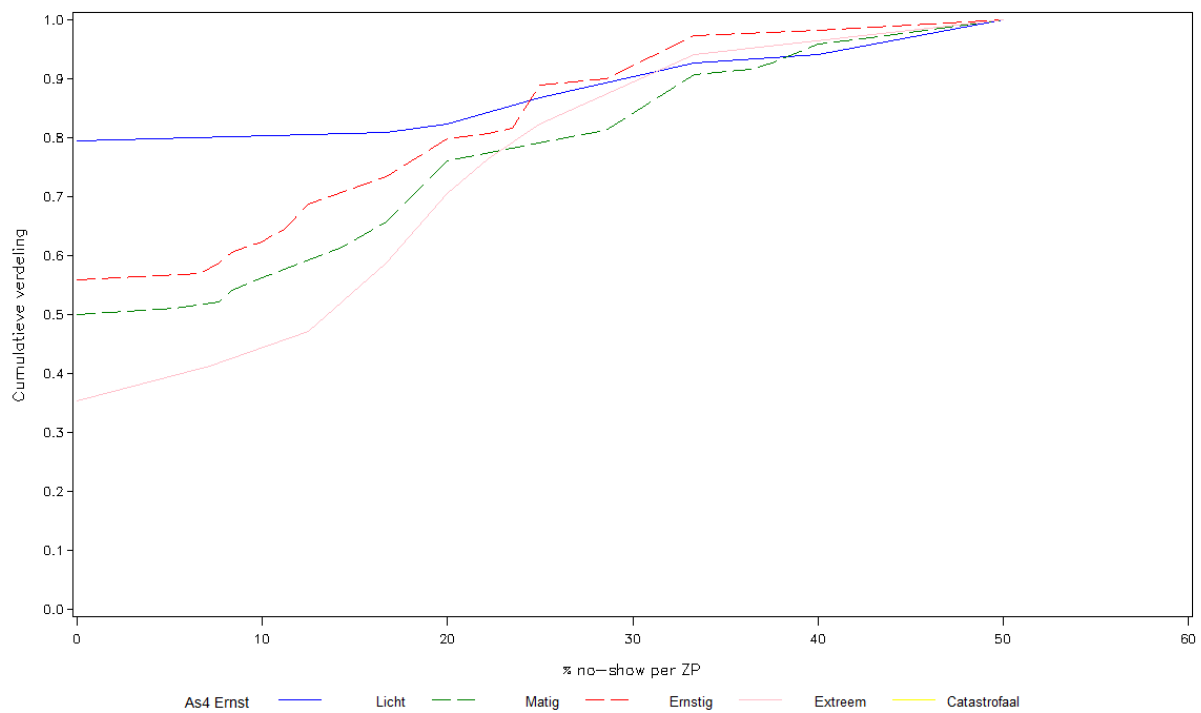


Fig. 4. Relatieve cumulatieve verdeling van As 4-ernst i.f.v. het percentage no-show per zorgperiode. Enkel voor de categorieën met minstens 20 elementen.

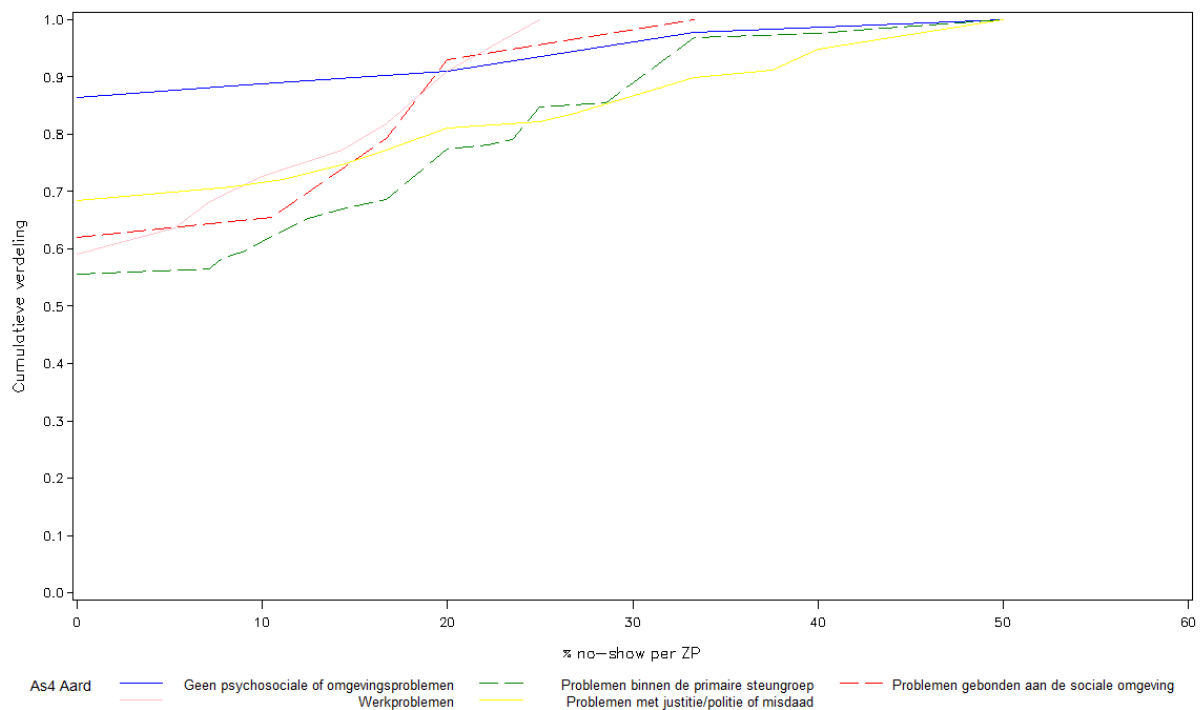


Fig. 5. Relatieve cumulatieve verdeling van As 4-aard i.f.v. het percentage no-show per zorgperiode. Enkel voor de categorieën met minstens 20 elementen.

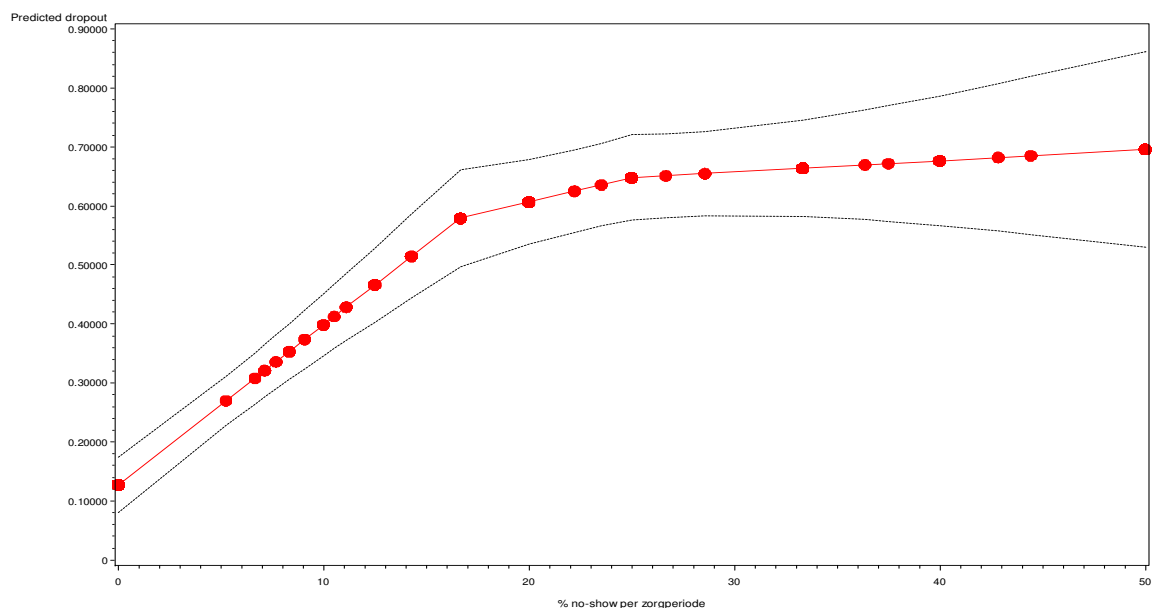


Fig. 6. Predictie van drop-out aan de hand van het percentage no-show per zorgperiode. Er werd geen leeftijdsbeperking opgelegd.

4.2.3. No-show en kenmerken van de zorgperiode/cliënt.

Het type cliënt (hoofd- of nevencliënt) vertoont een sterke associatie met het al dan niet optreden van no-show ($p = .0044$). Hoofdcliënten blijken een beduidend grotere kans op no-show te hebben dan nevencliënten. Beiden zijn klinisch gezien even belangrijk. Het onderscheid wordt enkel gemaakt om de registratiedruk voor de hulpverleners te verminderen (voor nevencliënten moet veel minder geregistreerd worden dan voor hoofdcliënten). Ook de zorgsoort blijkt significant te zijn ($p = .0239$). De variabele verwijzer blijkt niet significant te zijn ($p = .2631$). De volwassenenzorg en zeker de forensische zorg, blijken duidelijk meer no-show te vertonen, in vergelijking met de kinder- en jeugdzorg en de verslavingszorg.

Het meest significant in deze subcategorie van mogelijks met no-show samenhangende factoren/variabelen is de aard van de afsluiting ($p < .0001$). Deze sterke associatie werd nog verder onderzocht via logistische regressie, en komt uitgebreider aan bod onder punt '4.3. De relatie tussen het optreden van no-show en het optreden van drop-out'. Hier merken we alvast op dat vooral bij de categorie 'Contacten verbroken' van de variabele Aard van de afsluiting veel meer no-show optreedt, en het is net deze categorie die drop-out definieert.

4.3. De relatie tussen het optreden van no-show en het optreden van drop-out

No-show blijkt een sterke voorspeller te zijn van drop-out ($p < .0001$). Naarmate een cliënt meer afspraken onaangekondigd mist neemt de kans op drop-out toe (Fig. 6). Dit lijkt misschien een logisch gegeven, maar dit idee leeft toch niet bij alle hulpverleners.

Het betrouwbaarheidsinterval is als volgt te interpreteren: De werkelijke waarde van de berekende kans op het voorkomen van drop-out ligt met 95 % procent zekerheid in dit interval. De breedte van het 95 %- betrouwbaarheidsinterval neemt toe bij een stijgend percentage no-show. Dit betekent dat de estimatie van drop-out voor de hoge waarden minder precies is. Precisie hangt af van de grootte van de steekproef: De verklaring voor de bredere intervallen bij relatief langere zorgperioden ligt in het feit dat de meeste zorgperioden die we

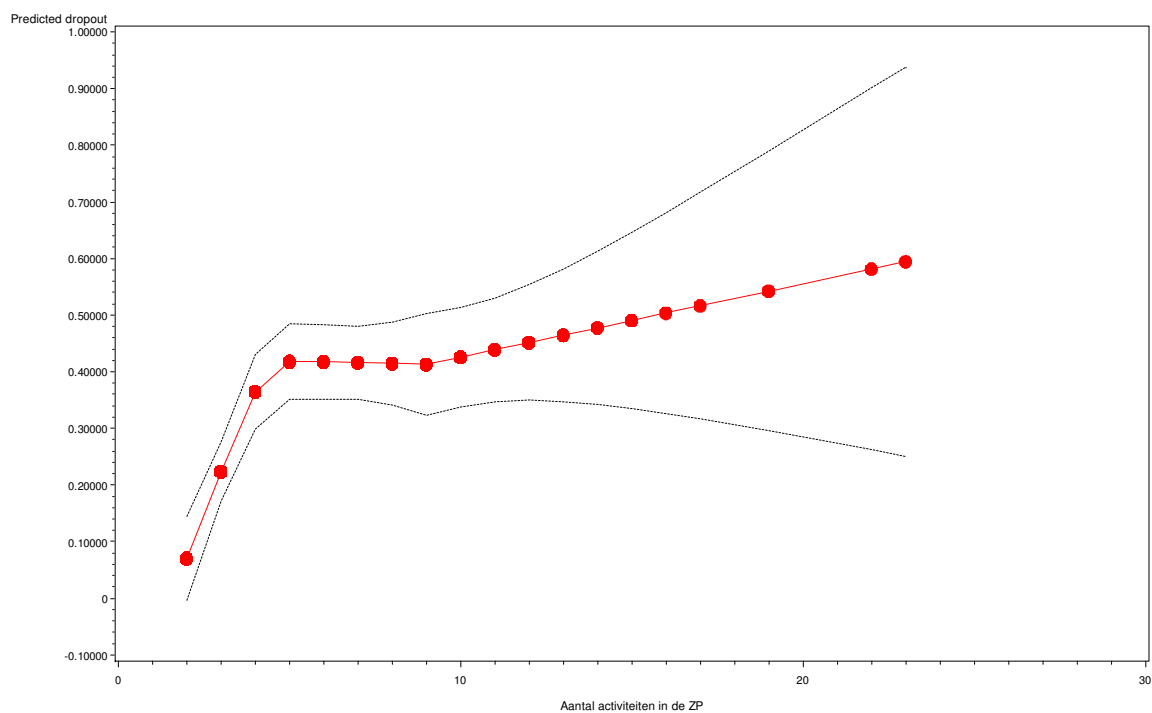


Fig. 7. Predictie van drop-out aan de hand van het aantal activiteiten per zorgperiode. Er werd geen leeftijdsbeperking opgelegd.

in de analyse betrokken vrij kort waren, zodat er minder elementen in die cellen van het design aanwezig waren.

4.4. De relatie tussen de duur van de zorgperiode en het optreden van drop-out

De relatieve duur van de zorgperiode is een sterke voorspeller voor drop-out ($p < .0001$). Hoe langer een zorgperiode duurt, hoe minder kans er is op drop-out (Fig. 7). Vanaf ongeveer 5 activiteiten blijft de kans op drop-out redelijk stabiel. De eerste gesprekken hebben wel degelijk een belangrijke invloed op het al dan niet verderzetten van de behandeling/begeleiding. Indiciestelling kan een belangrijke overgang vormen tussen intake en behandeling, om een match te vinden tussen de verwachtingen van de cliënt en de hulpverlener, en om de cliënt op een actieve manier te betrekken bij zijn/haar zorgproces. Ook hier zien we dat het 95 % - betrouwbaarheidsinterval toeneemt bij een toenemende waarde van de onafhankelijke variabele, in dit geval het aantal activiteiten binnen de zorgperiode. De verklaring is analoog als in punt 4.3. .

4.5. No-show en hulpverlenerskenmerken

We merken grote verschillen tussen hulpverleners m.b.t. het voorkomen van no-show. Men kan bij toetsing op significante verschillen tussen hulpverleners de variantie tussen hulpverleners uitzuiveren voor de variantie tussen verschillende cliëntenpopulaties. In de praktijk is dit moeilijk haalbaar vanwege het te beperkt aantal eenheden in zekere cellen van het design. Voorlopig werden deze berekeningen dus niet uitgevoerd, mogelijks kan dit later gebeuren, wanneer een uitgebreidere dataset beschikbaar is.

4.6. Afwezig met verwittiging

In 2008 werden net geen 13 % van de geplande afspraken afgebeld. Ongeveer 75 % blijkt af te bellen binnen de 72 uren voor de afspraak zou doorgaan. Dit heeft tot gevolg dat in ongeveer 1 op de 4 gevallen een afgebeld afspraak herpland kan worden met een ander face-to-face contact.

5. Acties

Voor het ontwikkelen van acties werd in de VGGZ de Werkgroep Therapietrouw opgestart. Deze projectgroep is samengesteld uit medewerkers van de verschillende teams, en wordt extern ondersteund door het Centrum voor Statistiek van de Universiteit Hasselt, inzonderheid om tot een objectivering van no-show te komen. De groep rapporteert en adviseert aan het directiecomité (directeur en coördinatoren).

Reeds enkele jaren wordt bij elk geval van no-show door de hulpverlener overwogen welke actie ondernomen zal worden: cliënt en/of verwijzer contacteren, en de manier waarop dit gebeurt (telefonisch, brief, e-mail). In sommige gevallen, bv. bij een risicosituatie zoals suïcide, gebeurt dit in overleg met het team waartoe de hulpverlener behoort.

Uitgaande van deze nulmeting zullen daarbovenop vooral sensibiliserende acties ondernomen worden: (1) Sensibiliseren van patiënten: het meegeven en actief bespreken van een brochure bij de start van de behandeling, bespreken van no-show met de cliënten ; (2) Sensibiliseren van hulpverleners: collega's bevragen over de manier waarop zij omgaan met no-show, benadrukken dat men best een niet een té lange reeks afspraken op voorhand vastlegt met een cliënt.

Na een jaar is het zinvol te evalueren of deze acties effect hebben. Op basis daarvan kunnen dan verdere acties ondernomen worden, waarbij we (op dit moment) denken aan: (1) Cliënten bevragen die weg gebleven zijn (drop-out). Best wordt dit aangekondigd bij patiënten, in de zin van "In het kader van kwaliteitsopvolging kan het zijn dat u gecontacteerd wordt". (2) Specifieke acties gericht op groepen waarvan vastgesteld is dat er meer no-show voorkomt.

6. Besluit

Zowel vanuit therapeutisch als organisatorisch standpunt zijn er motieven om een aanpak van no-show te rechtvaardigen. Het handelt hier over het garanderen van een zekere zorgcontinuïteit enerzijds en een efficiënte besteding van middelen en tijd anderzijds.

No-show is een fenomeen dat bij een beperkt deel van de cliëntenpopulatie in onze CGG voorkomt. Op basis van de registratiegegevens is het voorlopig slechts bij benadering mogelijk om die beperkte groep te omschrijven.

Overheen alle subcategorieën van potentieel met no-show samenhangende factoren/variabelen zijn significant : de diagnose As 4-aard, de diagnose As 4-ernst, het type cliënt, de zorgsoort, de aard van de afsluiting. De onverwachte tendens daarbij zouden we,

met de nodige nuancering, grosso modo kunnen samenvatten als ‘hoe precairer de situatie hoe meer kans op no-show’: (1) cliënten met geen psychosociale of omgevingsproblemen correleren met een hogere kans op no-show, (2) cliënten met lichtere psychosociale stressfactoren correleren met een hogere kans op no-show, (3) hoofdpiënten blijken vlugger no-show te vertonen dan nevencliënten. Dat de aard van de afsluiting sterk samenhangt met het al dan niet optreden van no-show is niet verrassend. De verwachting dat financieel en sociaal zwakkere mensen of mensen met een persoonlijkheidsstoornis meer no-show gedrag zouden vertonen, wordt dus niet bevestigd. Mogelijks worden er meer significante verbanden gevonden zodra de gegevenspool groter wordt.

Zowel het percentage no-show per zorgperiode als het aantal activiteiten per zorgperiode is een goede predictor voor het al dan niet optreden van drop-out. Een groter percentage no-show gedurende een zorgperiode voorspelt significant een hogere kans op drop-out. Dit is een belangrijk signaal naar hulpverleners toe: Het opvolgen van cliënten die wegblijven zonder verwittigen is tegelijk een preventie van drop-out. Meer activiteiten in een zorgperiode geven meer kans op drop-out, hoewel die kans vrij stabiel blijft vanaf het 5^{de} face-to-face contact. De eerste gesprekken zijn dus in grote mate bepalend voor het al dan niet verderzetten van het zorgtraject.

Minstens even belangrijk als de data op zich, is het kwaliteitsproces dat we hiermee doorlopen hebben. Op basis van een nul-meting, uitgevoerd door een objectieve partner (Universiteit Hasselt), hebben we objectief zicht op de omvang van no-show en werden een aantal hypothesen getoetst. Een werkgroep met vertegenwoordiging van alle teams, die advies uitbrengt aan de stuurgroep, formuleerde een aantal – hoofdzakelijk sensibiliserende – acties rond no-show, die zullen opgevolgd en geëvalueerd worden met een nieuwe meting, waarna de acties eventueel op basis van die nieuwe vaststellingen kunnen bijgestuurd worden.

Referenties

- Allan, A.T. (1988). No-shows at a community mental health clinic: a pilot study. *The International Journal of Social Psychiatry*, **34**(1), 40-46.
- Lefebvre, A., Sommerauer, J., Cohen, N., et al., Where did all the “no-shows” go ? *Canadian Journal of Psychiatry*, **28**, 387-390.
- Lefforge, N.L., Donohue, B., & Strada, M.J. (2007). Improving attendance in mental health and substance abuse settings: A review of controlled studies. *Behavior Therapy*, **38**, 1-22.
- Meyer, W.S. (2001). Why they don't come back: a clinical perspective on the no-show client. *Clinical Social Work Journal*, **29**(4), 325-339.
- Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A., & Piper, W.E. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, **13**, 57-70.
- 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.

Van der Wouden, S., Rijnders, P.B.M., & Trijsburg, R.W. (1994). No-show: an explanation of the phenomenon of the patient failing to turn up. *Gedrag en gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid*, **22**, 89-93.