

No-Show

**Een onderzoek naar factoren die voorspellend zijn voor het niet
verschijnen op de eerste afspraak**

Maartje Smit
194901

Afstudeerrichting : Klinische en gezondheidspsychologie
Opleiding Psychologie; Faculteit der Sociale Wetenschappen
Erasmus Universiteit Rotterdam

Instituutsbegeleider : Prof. Dr. P.E.H.M. Muris

Instellingsbegeleider : Drs. L.J.M. Kerkhoff

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven als afstudeeropdracht voor de opleiding Psychologie aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Dit onderzoek is uitgevoerd gedurende mijn stageperiode bij de afdeling Sociale Psychiatrie van de Bavo RNO Groep. No-show gedrag is daar een zeer bekend verschijnsel en ik hoop met dit onderzoek de instelling op weg te hebben geholpen naar een ‘kosteneffectiever tijdperk’.

Graag zou ik mijn begeleiders Prof. Dr. P.E.H.M. Muris (Instituut Psychologie) en Drs. L.J.M. Kerkhoff (Sociale Psychiatrie, Bavo RNO Groep) willen bedanken voor hun ondersteuning bij het onderzoek en het schrijven van deze scriptie. Ik heb in de afgelopen maanden veel kunnen leren van hun praktijkkennis en ervaring op gebied van wetenschappelijk onderzoek.

Maartje Smit
Juni 2005, Rotterdam

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Hoofdstuk 1: Inleiding	6
1.1 Een verkenning van de no-show	6
1.2 Het no-show fenomeen in de geestelijke gezondheidszorg	7
Probleemkader	7
Opbouw van het onderzoek	8
No-show onderzoek binnen de psychologie	8
Structuur van de instelling	8
1.3 Onderzoeksvraagstelling en hypothesen	9
Hoofdstuk 2: Factoren die van invloed zijn op no-show gedrag; een literatuurstudie	11
2.1 Voorspellers van no-show	11
Demografische variabelen	13
Sociaal-economische status	15
Aanmelding en intakegegevens	16
Redenen van no-show	18
2.2 Strategieën voor het reduceren van no-show	18
Wachttijd verminderen	18
Telefonische of schriftelijke herinnering	18
Methoden van bekrachtiging	19
Follow-up en zelfinitiatief	20
Hoofdstuk 3: Methode	21
3.1 Dataverzameling	21
3.2 Beschrijving steekproef	21
3.3 Statistische analyses	22
Hoofdstuk 4: Resultaten	23
4.1 Demografische variabelen	23
4.2 Sociaal-economische status	25
4.3 Aanmelding- en intakegegevens	26
4.4 Redenen van no-show	28

Hoofdstuk 5: Conclusie	29
5.1 Belangrijkste bevindingen van het onderzoek	29
5.2 Kanttekeningen	29
5.3 Aanbevelingen	30
Referenties	31
Bijlage	
I Toegezonden brief	
II Toegezonden vragenlijst	

Samenvatting

In het huidige onderzoek worden factoren onderzocht die mogelijk no-show gedrag kunnen voorspellen. Allereerst is middels een literatuurstudie vastgesteld welke factoren eerder zijn onderzocht en in welke mate zij voorspellend waren voor no-show gedrag. Daarnaast is ook middels een literatuurstudie gekeken naar eerder onderzochte interventies en wat de effecten daarvan waren. Het onderzoek richt zich verder op demografische variabelen, variabelen die te maken hebben met sociaal-economische status en aanmelding- en intakegegevens. Deze factoren worden vergeleken tussen een groep show patiënten ($n = 69$) en een groep no-show patiënten ($n = 70$) bij een geestelijke gezondheidszorginstelling in Rotterdam. De resultaten lieten zien dat patiënten die niet verschijnen op een eerste afspraak significant vaker schulden hebben, minder vaak een vragenlijst terugsturen en een langere wachttijd hebben.

Aanbevelingen worden gedaan waardoor het no-show percentage gereduceerd kan worden. Mogelijke strategieën voor het reduceren van no-show gedrag zoals het verkleinen van de wachttijd, het laten terugsturen van de aanmeldingsvragenlijst voorafgaand aan de eerste afspraak en een telefonische herinnering 24 uur voorafgaand aan de eerste afspraak behoren tot de mogelijkheden.

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 Een verkenning van de no-show

Het verschijnsel van het niet komen opdagen van een patiënt op een eerste afspraak, het *no-show* fenomeen, komt in alle disciplines van de gezondheidszorg voor. Welke hulpverlener heeft niet een afspraak gehad met een patiënt, die vervolgens niet kwam opdagen? Het resultaat is veel frustratie bij de behandelaar, waarbij tijd voor behandeling verloren gaat. Een patiënt die niet verschijnt op een afspraak waarvoor een behandelaar is ingeroosterd, kost de maatschappij veel geld. Mede vanwege dit kostenaspect wordt er wereldwijd onderzoek verricht naar het no-show fenomeen.

Onderzoek naar het no-show fenomeen is relatief schaars. Het meest recent gevonden onderzoek hierover in Nederland, blijkt in 1999 te zijn geweest en werd uitgevoerd in Maastricht (Peeters & Bayer). Tevens zijn er kleinere studies verricht in geestelijke gezondheidszorginstellingen, waarbij diverse factoren werden onderzocht. De resultaten van deze onderzoeken worden meestal niet gepubliceerd. Deswege zijn de literatuurbevindingen op dit gebied beperkt.

Te verwachten valt dat factoren die in het verleden voorspellend waren voor no-show gedrag van patiënten in het heden niet of minder duidelijk naar voren komen vanwege allerlei culturele en maatschappelijke veranderingen. In de jaren '70 bijvoorbeeld, werkten de meeste vrouwen in het huishouden, terwijl mannen uit huis gingen om te werken (Raynes & Warren, 1971). Tegenwoordig blijkt tussen beide geslachten op dit gebied een minder groot verschil te bestaan, waardoor sekse waarschijnlijk een minder belangrijke rol speelt in het wel of niet verschijnen op een afspraak. Andere veranderingen lijken erop te wijzen dat hulpverlening steeds belangrijker wordt. Door vooruitgang in de wetenschap wordt steeds meer kennis verkregen over bepaalde ziektebeelden. Deze ziektebeelden kunnen nu effectief behandeld worden, terwijl dit vroeger veel minder het geval was. Het lijkt erop dat men zich nu kan permitteren om niet op een afspraak te verschijnen. Dit is eigenlijk heel dubbel, enerzijds is er meer toegang tot de geestelijke gezondheidszorg, anderzijds wil men niet altijd hulp zoeken. In dit hoofdstuk zullen een aantal eerder onderzochte factoren worden besproken waardoor meer inzicht verkregen kan worden in het no-show gedrag.

Zoals eerder genoemd blijkt de maatschappij aanzienlijk veranderd te zijn in vergelijking tot 50 jaar geleden. De hulpverlening is vooruit gegaan, maar ook de bevolking is meer ontwikkeld. Mensen worden steeds hoger opgeleid waardoor ze meer toegang tot een baan krijgen. Deze verandering merkt men zelfs in de economie. Mensen die meegroeien met de maatschappelijke veranderingen zullen

daardoor een betere basis hebben qua gezondheid. Op dit gebied speelt sociaal-economische status een rol, maar er blijkt wat dit betreft toch nog enige variatie te bestaan. Men spreekt van een hogere sociaal-economische status wanneer men hoger opgeleid is, meer sociale steun en minder schulden heeft. Uit verschillende studies blijkt sociaal-economische status een significante rol te spelen in het no-show gedrag van patiënten (Van der Wouden, Rijnders & Trijsburg, 1994; Kluger & Karras, 1983; Lim, Poo, Lein & Chew, 1995). Hoe lager deze status, hoe meer no-show gedrag vertoond wordt. Aangezien de populatie uit de geestelijke gezondheidszorg een grote variatie heeft in sociaal-economische status, zou dit van invloed kunnen zijn op no-show gedrag.

Ten tweede lijkt burgerlijke staat een significante rol te spelen bij het wel of niet verschijnen van een patiënt. Allan (1988) ontdekte dat gehuwden met kinderen sneller hulp zoeken omwille van de kinderen in tegenstelling tot alleenstaanden zonder kinderen. Andere studies tonen geen significant effect van burgerlijke staat op het al dan niet verschijnen van een patiënt (Raynes & Warren, 1971; Van der Wouden et al., 1994).

De mate van middelenmisbruik blijkt eveneens een voorspeller te zijn van het no-show gedrag van een patiënt (Sparr, Moffitt & Ward, 1993). Hoe vaker patiënten onder invloed zijn van alcohol en/of drugs, hoe vaker de afspraak niet wordt nagekomen. In het volgende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op andere factoren die in het verleden zijn onderzocht en wat de uitkomsten daarvan waren. Wanneer de factoren bekend zijn die no-show gedrag kunnen voorspellen, kunnen verscheidene interventies worden ontwikkeld om het no-show percentage te reduceren. Dit onderwerp wordt in het volgende hoofdstuk verder belicht.

1.2 Het no-show fenomeen in de geestelijke gezondheidszorg

Probleemkader

Een afspraak waarbij een van de partijen niet verschijnt is vaak frustrerend en tijdrovend. In het bijzonder geldt dit voor organisaties waar al een grote werklust bestaat. Dit onderwerp wordt nader verkend met betrekking tot de geestelijk gezondheidszorg. In dit soort instanties is er vaak sprake van een patiënt die niet op een afspraak verschijnt (Garuda, Javalgi & Talluri, 1998). Dit kan door veel verschillende redenen komen, maar vaak is het zo dat de potentiële patiënt zich schaamt om mentaal onder de loep te worden genomen. Vaak is er ook sprake van een stigma die in de geestelijke gezondheidszorg heerst waarbij patiënten denken dat zij niet 'gek' zijn (Meyer, 2001). Het resultaat van no-show gedrag is dat de wachttijd voor een eerste face-to-face contact (intake) onnodig oploopt. Het is daarom van belang dit veelvoorkomend probleem te verkennen zodat maatregelen genomen kunnen worden om de werktijden van hulpverleners effectief te vullen en de wachttijden te verkorten.

Bovendien is het van belang om wachttijden te verlagen zodat treeknormen¹, die in de toekomst mogelijk een belangrijkere rol gaan innemen (<http://www.ctg-zaio.nl/index.php>), van de GGZ gewaarborgd kunnen worden. Anderzijds heeft een wachtlister ook een positieve invloed op het verschijnen op een afspraak. Alleen de zeer gemotiveerde patiënten zullen na een lange wachttijd alsnog verschijnen op een afspraak.

Opbouw van het onderzoek

In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op eerder onderzoek naar factoren die no-show gedrag mogelijk kunnen voorspellen. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan studies naar interventies om het no-show percentage te reduceren en de effecten daarvan. Na de literatuurstudie volgt het onderzoek, waarbij achtereenvolgens de methode en de resultaten worden behandeld. In de conclusie worden overeenkomsten en verschillen van resultaten uit het huidige onderzoek vergeleken met de resultaten uit eerdere studies. Kanttekeningen bij het huidige onderzoek worden besproken en aanbevelingen worden gedaan voor de afdeling waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden.

No-show onderzoek binnen de psychologie

De psychologie kijkt naar algemene kenmerken van menselijk gedrag maar ook naar de verschillen, naar individuen en naar groepen, naar problematisch en normaal gedrag. De psychologie tracht het menselijk gedrag te verklaren. In het geval van no-show gedrag, tracht men dus “het niet verschijnen op een afspraak” te verklaren. Daarbij worden in het huidige onderzoek twee groepen met elkaar vergeleken, namelijk de groep die wel verschijnt op een eerste afspraak (shows) en de groep die niet verschijnt op een intake (no-shows). Het doel is om aan te tonen dat deze groepen verschillen ten aanzien van een aantal factoren. Wanneer dergelijke factoren voorspellend zijn voor no-show gedrag, kunnen gepaste interventies worden aangereikt zodat het no-show percentage in de toekomst gereduceerd kan worden en daarmee de kosteneffectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg verhoogd wordt.

Structuur van de instelling

Het onderzoek vindt plaats op de afdeling Sociale Psychiatrie, een onderdeel van de ambulante volwassenenzorg van de Bavo RNO Groep. Deze afdeling bestaat uit de secties Acute Dienst, de Polikliniek Psychiatrie en de sectie Sociale Psychiatrie. Cliënten worden veelal (in overleg) verwezen door een huisarts, maar ook door Algemeen Maatschappelijk Werk of medewerkers uit de Geestelijke Gezondheidszorg elders. Tijdens het intakegesprek wordt bekeken wat de aard van de problemen is en

¹ Treeknormen zijn normen die worden vastgesteld waarbij patiënten binnen een bepaald termijn behandeld dienen te worden. Elke behandelingsfase heeft een maximale wachttijd. Binnen de geestelijke gezondheidszorg geldt een norm van 4 weken waarbinnen een patiënt op een intake-afspraak uitgenodigd dient te worden. 80% van de aangemelde patiënten dienen binnen drie weken een intakegesprek te krijgen.

of professionele hulp hiervoor aangewezen is. Ook worden mogelijke behandelwijzen besproken en waar dit het beste kan gebeuren.

De afdeling Sociale Psychiatrie kent een gevarieerde doelgroep van patiënten met een leeftijd tussen 18 en 65 jaar. De hulpverlening voor intakegesprekken zijn kosteloos en de instelling is dagelijks geopend voor patiënten van 09:00 tot 17:00 uur. Op deze afdeling worden veelal persoonlijkheidsproblemen, depressies en schizofrenie behandeld. Ongeveer 70% van de patiënten die in behandeling zijn, gebruiken medicatie die hun klachten helpen verminderen. Op Bureau Aanmeldingen wordt gekeken naar de patiëntverwijzingen en waar de betreffende patiënt het beste heen gestuurd kan worden. De intake-afspraken worden gemaakt door het secretariaat van Bureau Aanmeldingen of van de afdeling Sociale Psychiatrie, afhankelijk van het type klacht. Een intake-afspraken wordt gemaakt op een eerstvolgende mogelijke intakedatum en tijdstip. Bij Bureau Aanmeldingen kunnen patiënten zelf bellen om een afspraak te maken, terwijl 'zwaardere' gevallen op de afdeling Sociale Psychiatrie meestal een uitnodiging ontvangen voor een geplande intake-afspraken (Bavo RNO Groep, 2002).

1.3 Onderzoeksvraagstelling en hypothesen

Naar aanleiding van het literatuuronderzoek naar de factoren die van invloed kunnen zijn op het no-show gedrag is de volgende onderzoeksvraagstelling met bijbehorende hypothesen opgesteld.

Onderzoeksvraagstelling

Waarom verschillen volwassen patiënten die wel op een intake-afspraken van een RIAGG verschijnen (shows) van volwassen patiënten die niet op een intake-afspraken van een RIAGG verschijnen (no-shows)?

Hypothesen

1. Patiënten met een leeftijd van 40 jaar en ouder zullen vaker op een afspraak verschijnen dan patiënten met een leeftijd van jonger dan 40 jaar.
2. Vrouwen zullen vaker op een afspraak verschijnen dan mannen.
3. Er is een hoger percentage no-show van patiënten met een andere nationaliteit dan de Nederlandse.
4. Patiënten die gehuwd zijn, danwel een partner hebben, zullen vaker op een afspraak verschijnen dan patiënten die alleenstaand of weduwe zijn.
5. Hoe lager de sociaal-economische status (SES), hoe hoger het no-show percentage.
6. Hoe minder men instemt met de aanmelding, hoe meer kans op no-show gedrag.

7. Hoe langer de wachttijd tussen aanmelding en intake-afspraak, hoe meer kans op no-show gedrag.
8. Er is geen significant verschil in verzekeringsvorm (ziekenfonds/particulier) tussen de show en de no-show patiënten.
9. Patiënten die dichterbij de instelling wonen zullen vaker verschijnen dan patiënten die verder weg wonen.
10. Patiënten die meer sociale steun van hun omgeving ontvangen, zullen vaker verschijnen op een afspraak dan patiënten die minder sociale steun ontvangen.
11. Patiënten die zelf dienen te bellen voor een intake-afspraak zullen vaker verschijnen dan patiënten die automatisch uitgenodigd worden voor een geplande intake-afspraak.
12. Intake-afspraken worden vaker nagekomen wanneer deze aan het begin van de week gepland staan dan wanneer deze aan het eind van de week gepland staan.
13. Intake-afspraken worden vaker nagekomen wanneer deze in de ochtend gepland staan dan wanneer deze in de middag gepland staan.
14. Shows zullen vaker reageren op de toegezonden vragenlijst dan no-shows.

Hoofdstuk 2

Factoren die van invloed zijn op no-show gedrag; een literatuurstudie

2.1 Voorspellers van no-show

In het verleden zijn er al verscheidene factoren onderzocht die van invloed zijn op het wel of niet verschijnen op een afspraak. In het onderzoek van Allan (1988) bijvoorbeeld, werden verschillende factoren onderzocht betreffende no-shows in een multi-etnische gemeenschap van een regionale geestelijke gezondheidsinstelling op Hawaï. Deze regionale instelling bediende een gebied van ongeveer 30.000 mensen waarvan de helft gedeeltelijk van Hawaï afstamde. De helft van deze mensen was jonger dan 20 jaar en een derde ontving een bijstandsuitkering. Het onderzoek vond plaats gedurende een jaar van juli 1979 tot met juni 1980. Maandelijks werden patiënten die wel verschenen en patiënten die niet verschenen met elkaar vergeleken ten aanzien van een aantal variabelen, zoals leeftijd, geslacht, klacht en verwijzer. Verwacht werd dat patiënten met ernstigere klachten een lager no-show percentage hadden dan patiënten met mildere problemen. Tevens werd verwacht dat wanneer patiënten door verpleegkundigen en artsen werden verwezen, de kans op een no-show hoger was dan wanneer een patiënt zichzelf had aangemeld of door hun familie werd verwezen. Het totale no-show percentage van de 197 patiënten die gedurende het jaar bij deze instelling aangemeld werden was 26%. Uit de resultaten bleek dat het no-show percentage het laagst was (0%) voor patiënten met een leeftijd tussen 60 en 79 jaar. Het hoogste no-show percentage (33%) werd gevonden bij patiënten met een leeftijd tussen 20 en 39 jaar. Tevens bleek dat vrouwen een iets hoger no-show percentage hadden dan mannen (respectievelijk 31% versus 21%). De klachten werden onderverdeeld in een aantal categorieën, namelijk symptomen van een psychose, depressie en middelenmisbruik (drugs en alcohol). Daarnaast werden klachten die te maken hebben met familieproblemen, schoolproblemen, zenuwklachten, klachten waarbij patiënten met justitie in aanraking komen en problemen die niet in bovengenoemde categorieën vallen (anderszins) in aparte categorieën onderverdeeld. Uit de resultaten bleken de hoogste no-show percentages te bestaan voor klachten met betrekking tot familieproblemen (33%) en zenuwklachten (40%). De laagste no-show percentages werden gevonden voor klachten met betrekking tot psychose (0%) en alcohol (9%). Als laatste werd gekeken naar de soort verwijzer als factor van no-show gedrag. Hieruit bleek dat het hoogste no-show percentage gevonden werd bij patiënten die door verpleegkundigen (44%) en artsen (35%) waren verwezen. De laagste no-show percentages werden gevonden voor schoolverwijzingen (11%) en verwijzingen door instanties (7%). Samengevat bleek uit deze studie dat vrouwen met een leeftijd tussen de 20 en 39 jaar, met een klacht die te maken heeft met familie en/of zenuwen, en een verwijzing door een arts of verpleegkundige de meeste kans heeft om niet te verschijnen op een afspraak.

In een ander onderzoek van Raynes en Warren (1971) werd eveneens getracht factoren van no-show gedrag te onderzoeken in een psychiatrisch ziekenhuis voor poliklinische patiënten in Boston, USA. De populatie in dit ziekenhuis bestond voornamelijk uit patiënten uit de werkende klasse met een leeftijd van 18 jaar en ouder. De onderzoeksdata werd gedurende de periode van januari tot en met mei verzameld bij patiënten die voor het eerst waren aangemeld. Onderzochte factoren waren: geslacht, ras, leeftijd, verwijzer, eerdere psychiatrische zorg, burgerlijke staat, wachttijd en het type klacht. Van de 267 verwijzingen, verschenen 113 (42.4%) van de patiënten niet op hun eerste intake-afspraak. Uit de resultaten bleek dat meer mannen (48.5%) dan vrouwen (38.6%) niet verschenen op hun eerste afspraak. Dit verschil bleek echter niet significant. Wel significant bleek het verschil dat blanke patiënten vaker verschenen op hun intake-afspraak dan 'zwarten' (respectievelijk 66.2% en 54.2%). Met betrekking tot leeftijd bleek dat patiënten ouder dan 40 jaar significant vaker verschenen op hun afspraak dan patiënten jonger dan 40 jaar. Er werd geen relatie gevonden tussen het soort verwijzer en het al dan niet verschijnen op een afspraak. Wel bleek dat patiënten die eerder onder psychiatrische behandeling waren geweest, een lager no-show percentage hadden dan patiënten die niet eerder onder behandeling waren geweest. Dit verschil bleek echter niet significant. Er werden ook geen significante verschillen gevonden met betrekking tot burgerlijke staat tussen show en no-show patiënten. De variabele wachttijd werd onderverdeeld in perioden van 5 dagen. Het percentage no-show bleek significant groter na vijf dagen wachten. Als laatste werd gekeken naar het type klacht en in welke mate deze factor invloed uitoefende op het no-show gedrag. Opvallend genoeg bleek dat patiënten die expliciet vroegen om een afspraak met een psychiater, allemaal op hun afspraak verschenen. Het hoogste no-show percentage werd gevonden bij patiënten met een zenuwzinking (86.7%).

Smith en Yawn (1994) hebben in een in 1969 opgerichte familie gezondheidskliniek in Hennepin, USA, factoren onderzocht die geassocieerd waren met no-show gedrag. De populatie betrof een gevarieerde doelgroep qua ras en etniciteit. Deze patiënten hadden veelal een laag inkomen, en 34% van de afspraken in 1991 betrof patiënten met een leeftijd van jonger dan 20 jaar. De populatie werd in de periode tussen april en juni 1991 onderzocht. Het totaal aantal afspraken was 7283 voor 4669 patiënten. De onafhankelijke variabelen in deze studie waren: leeftijd, ras en etniciteit, type verzekering, burgerlijke staat, geslacht, status van de patiënt (nieuw of al in behandeling), dag en tijdstip van de afspraak, medische klacht, en geografische nabijheid ten opzichte van de kliniek. Van de onderzochte patiëntengroep bleek het no-show percentage 26.1% te zijn. De show groep bleek significant in leeftijd te verschillen vergeleken met de no-show groep. Patiënten met een leeftijd tussen de 20 en 39 jaar waren het minst geneigd te verschijnen op een afspraak (69.3%). Patiënten met een leeftijd tussen 0 en 19 jaar waren vaker geneigd op een afspraak te verschijnen (72.7%). Patiënten met een leeftijd tussen de 40 en 59 jaar hadden een show percentage van 80.4% vergeleken met 89.9% voor de groep patiënten van 60 jaar en ouder. Zo bleek dus dat hoe ouder de patiënten waren, hoe meer men geneigd was om op een afspraak te verschijnen, met uitzondering van de patiënten jonger dan 20

jaar. Wanneer ras en etniciteit werden onderzocht bleek dat Aziaten het vaakst verschenen, terwijl mensen met een Spaanse achtergrond het minst vaak kwamen opdagen. Ook gold dat patiënten met een particuliere verzekering vaker op een afspraak verschenen vergeleken met patiënten die ziekenfonds verzekerd waren. De algemene tendens voor het verschijnen op een afspraak bleek het hoogst te zijn wanneer deze aan het begin van de week plaatsvond. Naarmate de week vorderde werd het no-show percentage steeds groter met uitzondering van donderdagen. Ook bleek uit deze studie dat afspraken die op dezelfde dag werden gemaakt bijna altijd werden nagekomen. Tevens bleek dat patiënten die op meer dan vijf kilometer afstand ten opzichte van de instelling woonden vaker verschenen dan patiënten die binnen een straal van vijf kilometer woonden. Ook bleken getrouwde patiënten vaker een afspraak na te komen. Tenslotte werden er geen significante geslachtsverschillen tussen shows en no-shows gevonden.

Een studie naar no-show gedrag uit 1994 in Nederland (Van der Wouden et al., 1994) heeft gekeken naar verschillen in socio-demografische gegevens tussen de no-show groep en de totale patiëntengroep. Dit onderzoek vond plaats bij een RIAGG in Rotterdam-Zuid in de periode tussen 1 januari 1990 en 31 mei 1990. De totale groep bestond uit 1307 patiënten die op reguliere wijze waren aangemeld bij de afdeling Volwassenen. De no-show groep bestond uit 71 patiënten die ook na de tweede uitnodiging voor een intake gesprek niet verschenen. Er werd gekeken naar verschillen tussen beide groepen op sociaal-economische status, geslacht, nationaliteit, burgerlijke staat, verwijzer, en aantal aanmeldingen. De groepen verschilden nauwelijks wat betreft de socio-demografische gegevens. Wel is gebleken dat bij de groep mensen met een lagere sociaal-economische status het no-show percentage hoger is. Sociaal-economische status werd bepaald middels een 'welstandscore' die gekoppeld was aan de buurt waarin men woonde. Ook werd er een enquête verstuurd naar de no-shows waarin werd gekeken naar de reden waarom deze patiënten niet op een afspraak verschenen en het type klacht op moment van aanmelding. Redenen die genoemd werden voor het niet verschijnen op de afspraak waren: plotselinge verhindering, ziekte, gebrek aan motivatie en spontane verbetering van de klacht. De helft van de patiënten twijfelde aan het nut van de verwijzing of was het er niet mee eens. Veel patiënten hadden niet duidelijk omschreven lichamelijke klachten die in de helft van de gevallen minder dan een half jaar duurden.

Demografische variabelen

Leeftijd blijkt dus veelal een factor te zijn die bijdraagt aan het wel of niet verschijnen van een patiënt waarbij mensen onder de 40 jaar vaker tot de no-show groep behoren dan mensen die ouder zijn dan 40 jaar. Dit valt te verklaren doordat ouderen zich toch sneller ongerust maken over hun gezondheid en veelal gemotiveerder zijn om hulp te zoeken. Geslacht blijkt in een enkele studie een significante voorspeller van no-show gedrag te zijn, waarbij vrouwen vaker tot de no-show groep behoren (Allan, 1988). Een verklaring hiervoor is dat vrouwen zich eerder en gemakkelijker (laten) aanmelden dan

mannen. Wanneer mannen eenmaal zijn aangemeld, vertonen zij vaak al ernstigere problematiek waardoor zij gemotiveerder zijn om geholpen te worden en daardoor minder no-show gedrag vertonen. Uit studies waarbij burgerlijke staat naar voren kwam als een significante voorspeller van no-show gedrag, blijken mensen met een partner vaker te verschijnen dan mensen zonder partner. Het valt op dat de resultaten uit eerder onderzoek betreffende de demografische kenmerken van mensen niet eenduidig zijn (zie tabel 1).

Tevens is in een enkele studie de woonafstand ten opzichte van de kliniek onderzocht waaruit bleek dat mensen die buiten een straal van 5 km woonden vaker verschenen op een afspraak dan mensen die dichterbij woonden (Smith & Yawn, 1994). Dit was een onverwacht resultaat, aangezien men zou verwachten dat patiënten die dichterbij wonen vaker op een afspraak verschijnen. In de studie van Raynes en Warren (1971) blijken ‘zwarten’ vaker tot de no-show groep te behoren, en in het onderzoek van Smith en Yawn (1994) hebben patiënten van Spaanse achtergrond de meeste kans op no-show. Aziaten en blanken daarentegen, zullen het vaakst op een afspraak verschijnen.

Tabel 1
Overzicht van eerdere studies betreffende socio-demografische variabelen en in hoeverre deze van invloed zijn op no-show.

	Wel significant	Niet significant
Geslacht	Allan (1988)	Raynes & Warren (1971) Van der Wouden et al. (1994) Smith & Yawn (1994) Lim et al. (1995) Grunebaum et al. (1996) Livianos-Aldana et al. (1999) Peeters & Bayer (1999)
Leeftijd	Raynes & Warren (1971) Allan (1988) Smith & Yawn (1994) Lowe (1982)	Lim et al. (1995) Grunebaum et al. (1996) Peeters & Bayer (1999)
Burgerlijke staat	Smith & Yawn (1994)	Raynes & Warren (1971) Van der Wouden et al. (1994) Lim et al. (1995)
Nationaliteit/Etniciteit	Raynes & Warren (1971) Smith & Yawn (1994)	Van der Wouden et al. (1994)
Woonafstand	Smith & Yawn (1994)	

Sociaal-economische status

Met betrekking tot sociaal-economische status zijn in het verleden onder andere de mate van middelengebruik onderzocht, het opleidingsniveau, de huidige beroepsstatus en de verzekeringsvorm van de patiënt. Ook is er een onderzoek gedaan naar het algemene niveau van sociale status waarbij niet verder werd ingegaan op specifieke aspecten hiervan (Van der Wouden et al., 1994). Uit dit onderzoek bleek dat het algemene niveau van sociale status een significante voorspeller was van no-show gedrag. Hoe lager de sociale status, hoe groter de kans op no-show. Smith en Yawn (1994) vonden dat de verzekeringsvorm van de patiënt een significante voorspeller was van no-show. Mensen die in het algemeen een hogere sociaal-economische status hebben en daardoor ook vaak in een hogere salarisschaal zitten, zijn meestal particulier verzekerd ('private insurance') in tegenstelling tot mensen met een lagere status die meestal een ziekenfonds verzekering hebben. Uit onderzoek blijkt dat patiënten met een particuliere verzekering vaker verschijnen op een afspraak dan patiënten met een ziekenfonds verzekering.

Het opleidingsniveau blijkt in een enkele studie een significante voorspeller te zijn, waarbij hoger opgeleiden vaker tot de shows behoren (Lim et al., 1995). Tevens is de beroepsstatus van de patiënt op het moment van de afspraak onderzocht, waarbij patiënten die werkloos zijn vaker niet verschijnen (Dubinsky, 1986). In het onderzoek van Lim et al. (1995) bleek echter dat beroepsstatus op het moment van de afspraak geen significante voorspeller was van no-show gedrag.

Een laatste factor die gerelateerd is aan sociaal-economische status en die voorspellend kan zijn voor no-show gedrag is de mate van middelengebruik. Uit verschillende studies blijkt deze factor inderdaad een significante voorspeller te zijn (Raynes & Warren, 1971; Livianos-Aldana, Vila-Gomez, Rojo-Moreno & Luengo-Lopez, 1999). Hoe vaker men drugs en alcohol gebruikt (hoe meer middelenmisbruik), hoe vaker de patiënt niet op een afspraak zal verschijnen. De mate van middelengebruik blijkt in onderzoek van Grunebaum, Luber, Callahan, Leon, Olfson & Portera (1996) echter geen significante voorspeller van no-show gedrag te zijn (zie tabel 2).

In het huidige onderzoek worden een aantal van deze factoren van sociaal economische status in kaart gebracht bij zowel show als no-show patiënten en worden aanvullende sociaal-economische status variabelen onderzocht zoals de mate van schulden op het moment van de afspraak en de aanwezigheid van ander ongezond gedrag (roken).

Tabel 2
Overzicht van eerdere studies met betrekking tot sociaal economische status en no-show

	Wel significant	Niet significant
Opleiding	Lim et al. (1995)	
Huidige beroepsstatus	Dubinsky, M. (1986)	Lim et al. (1995)
Middelengebruik	Raynes & Warren (1971) Livianos-Aldana et al. (1999)	Grunebaum et al. (1996)
Verzekering	Smith & Yawn (1994)	
SES	Van der Wouden et al. (1994)	

Aanmelding en intakegegevens

Naast het in kaart brengen van demografische variabelen en de sociaal-economische status van de verschillende doelgroepen, wordt er ook gekeken naar de procedurele gang van zaken bij een aanmelding en een afspraak. Van belang hierbij is om onder andere te kijken naar de wachttijd tussen het moment van aanmelding, de dag van de (eerste) intake-afspraak, en de (wacht)tijd tussen twee afspraken in. Deze factor blijkt een veelvuldig onderzochte variabele in de literatuur. Uit het beschikbare onderzoek blijkt dat wachttijd veelal een significante voorspeller is van no-show gedrag. Hoe langer de tijd tussen de aanmelding en de eerste afspraak en hoe langer de tijd tussen twee afspraken in, hoe meer kans er is op het niet-verschijnen van de patiënt (Raynes & Warren, 1971; Hersh, Cohen, Epstein & Peca-Baker, 1989; Smith & Yawn, 1994; Lim et al., 1995; Grunebaum et al., 1996; Livianos-Aldana et al., 1999). Een wachttijd van maximaal een week blijkt het ‘veiligst’ en levert de meeste shows op.

Naast de wachttijd blijkt de persoon die de patiënt verwijst (de verwijzer) ook relatief vaak onderzocht te zijn. De resultaten van verschillende studies op dit gebied spreken elkaar tegen, waarbij nog onduidelijk is of de verwijzer in het algemeen daadwerkelijk van invloed is op no-show gedrag (Allan, 1988; Raynes & Warren, 1971; Peeters & Bayer, 1999; Van der Wouden et al., 1994). In het onderzoek van Allan (1988) blijken zelfverwijzingen en familieverwijzingen de minste no-show patiënten op te leveren, terwijl artsen als verwijzer daarentegen de meeste no-show patiënten opleveren. Uit de resultaten van Peeters en Bayer (1999) daarentegen, blijken shows significant vaker voor te komen bij patiënten die zichzelf aanmelden of aangemeld worden door een huisarts. Een verklaring hiervoor is dat patiënten al een goede band met hun huisarts hebben opgebouwd, zodat wanneer deze hen doorverwijst zij dit advies meestal opvolgen.

Het type klacht waarmee een patiënt binnen een geestelijke gezondheidszorginstelling terecht komt blijkt ook een relatief goede voorspeller te zijn van no-show gedrag. Allan (1988) heeft onderzocht dat klachten die te maken hebben met zenuwen de meeste no-show patiënten opleveren. Sparr et al. (1993) vond dat patiënten met een posttraumatische stress stoornis vaker tot de no-show groep behoorden in tegenstelling tot patiënten met een depressie. Schizofrenie blijkt ook vaker geassocieerd met no-show gedrag (Lim et al., 1995).

Een enkele studie heeft de dag van de intake-afspraken als voorspeller van no-show gedrag in kaart gebracht (zie tabel 3). Hieruit blijkt dat afspraken het best aan het begin van de week gemaakt kunnen worden, aangezien het no-show percentage toeneemt naarmate de week vordert (met uitzondering van donderdag). Maandagen, dinsdagen en donderdagen blijken de beste dagen van de week te zijn om een afspraak in te plannen (Smith & Yawn, 1994).

Tenslotte is het tijdstip van de betreffende afspraak onderzocht. Afspraken die in de ochtend worden gepland hebben de meeste kans op een verschijning (Lim et al., 1995). Voor mannen blijkt de afspraak aan het begin of aan het eind van de ochtend het laagste no-show percentage op te leveren, terwijl vrouwen het beste halverwege de ochtend of 's middags een afspraak kunnen inplannen (Livianos-Aldana et al., 1999).

Tabel 3
Overzicht van eerdere studies met betrekking tot aanmelding en intake gegevens en no-show

	Wel significant	Niet significant
Wachttijd	Raynes & Warren (1971) Hersh et al. (1989) Smith & Yawn (1994) Lim et al. (1995) Grunebaum et al. (1996) Livianos-Aldana et al. (1999)	
Verwijzer	Allan (1988) Peeters & Bayer (1999)	Raynes & Warren (1971) Van der Wouden et al. (1994)
Type klacht	Allan (1988) Sparr et al. (1993) Lim et al. (1995)	
Intake dag	Smith & Yawn (1994)	
Intake tijdstip	Lim et al. (1995) Livianos-Aldana et al. (1999)	

Redenen van No-Show

Naast deze onderzochte factoren blijken ook vaak redenen vermeld te zijn waarom patiënten niet op een afspraak zijn verschenen. De meest voorkomende redenen uit de literatuur blijkt te zijn dat 'het probleem' al is opgelost (Peeters & Bayer, 1999). Ook wordt vaak gemeld dat er een fout is gemaakt en dat men de afspraak vergeten is (Hersh et al., 1989) of dat men niet op tijd wakker werd of de afspraakdatum verkeerd was geagendeerd (Sparr et al., 1993). Tevens wordt in het onderzoek van Peeters en Bayer (1999) vermeld dat andere hulpverlening eerder is aangeboden. Dit zou heel goed te maken kunnen hebben met een relatief lange wachttijd waardoor patiënten ergens anders hulp gaan zoeken. Gebrek aan motivatie, met het openbaarvervoer of kinderopvang problemen en geen mogelijkheid om vrij van het werk te krijgen zijn andere genoemde redenen voor no-show gedrag.

2.2 Strategieën voor het reduceren van no-show gedrag

Wachttijd verminderen

Afhankelijk van de verschillende factoren die van invloed zijn op no-show gedrag wordt getracht strategieën te ontwikkelen om het no-show percentage te reduceren. Een van de meest eenvoudige manieren om het no-show percentage te reduceren blijkt het verminderen van de wachttijd. In het onderzoek van Bauman, Reis & Bailey (1984) is getracht de variabele wachttijd te onderzoeken door deze bewust te manipuleren. Er werd gekeken naar het show percentage wanneer de afspraak binnen een week werd gemaakt en wanneer de wachttijd tussen 15 en 21 dagen was. Noemenswaardig is dat de doelgroep uit dit onderzoek voornamelijk bestond uit vrouwen die een jaarlijkse gynaecologische controle ondergingen bij een familie planningskliniek in Florida, USA. Uit de resultaten bleek het show percentage voor de 1-week-wachttijd groep gemiddeld 75% versus 57% voor de 3-weken-wachttijd groep. Dit verschil bleek statistisch significant. Uit het onderzoek van Bauman et al. (1984) blijkt dat wachttijd een significante voorspeller is van no-show gedrag. Hoe korter de wachttijd, hoe groter het show percentage, hoewel het voordeel van één dag wachttijd niet sterker bleek dan een wachttijd van een week. In het onderzoek van Moser (1994) bleek het no-show percentage te verminderen van 15,8% naar 9,5% wanneer de wachttijd korter dan een week was, in vergelijking met een wachttijd van langer dan een week.

Telefonische of schriftelijke herinnering

Uit het onderzoek van Hochstadt en Trybula (1980) blijkt dat interventies met een persoonlijkere benadering zoals een telefonische herinnering van de afspraak effectiever is dan een schriftelijke herinnering. Ook blijkt uit dit onderzoek dat als deze interventie langere tijd voor de afspraak wordt toegepast, deze minder effectief is. Een telefonische herinnering naar de patiënt één dag voor de afspraak blijkt het meest effectief.

Moser (1994) heeft gekeken naar het effect van een schriftelijke herinnering in de vorm van ansichtkaartjes. Hieruit bleek dat het no-show percentage significant kleiner is na een dergelijke schriftelijke herinnering. Om voor een schriftelijke herinnering als interventie een goed effect te verkrijgen dient men er zeker van te zijn dat het kaartje ruim voor de betreffende afspraak ontvangen wordt, en dat de adresgegevens kloppen. Ook dient men er rekening mee te houden dat sommige mensen het niet waarderen post te krijgen omdat zij bang zijn dat bijvoorbeeld de burens erachter komen dat zij onder behandeling zijn bij de betreffende instelling.

In een onderzoek van Kluger en Karras (1983) werd een groep patiënten die geen schriftelijke of telefonische herinnering (controle groep) ontving vergeleken met een groep patiënten die alleen een telefonische herinnering kreeg, een groep patiënten die alleen een schriftelijke oriëntatie over de afspraak ontving, en een groep die zowel een schriftelijke oriëntatie als een telefonische herinnering voor de afspraak kreeg. De schriftelijke oriëntatie over de betreffende afspraak bevatte informatie over de instelling, wat tijdens de eerste afspraak aan de orde zou komen en hoe de verdere werkwijze van behandeling eruit zou zien. De drie groepen verschilden niet van elkaar met betrekking tot het no-show percentage, hoewel hun gecombineerde no-show percentage significant lager was dan dat van de controle groep. De groep die alleen een schriftelijke oriëntatie ontving en de groep die zowel de schriftelijke oriëntatie als de telefonische herinnering ontving verschilden significant in vergelijking met de controle groep. Een telefonische herinnering alleen bleek dus niet uit te maken voor het al dan niet verschijnen van een patiënt. Tevens werd gevonden dat de groep met een schriftelijke herinnering, die niet telefonisch te bereiken waren, een significant hoger no-show percentage hadden dan de groep die alleen een schriftelijke oriëntatie toegestuurd kregen. Schriftelijke informatie over de instelling, het eerste gesprek en de verdere werkwijze blijkt op zich dus een effectieve interventiemethode te zijn.

Methoden van bekrachtiging

Een interessante interventie om te onderzoeken betreft het bekrachtigen middels straffen en belonen van de mensen die respectievelijk niet of wel op een eerste afspraak verschijnen. Dit werd onder andere door Parrish, Charlop & Fenton (1996) onderzocht in een ambulante psychologische kinderkliniek. In het geval dat er in totaal drie afspraken werden gemist, werd het betreffende kind onder aan de wachtlijst gezet als vorm van 'straf'. Elke keer dat ouders en kinderen op een afspraak verschenen, konden ze meedoen aan een maandelijks loterij trekking waarbij ze geld konden winnen. Beide vormen van bekrachtiging bleken het show percentage te verhogen, waarbij de 'straf' het meest effectief bleek. Het onderzoek van Lesaca (1995) bestudeerde het effect van het geven van een boete, namelijk 30 dollar, als zij niet verschenen. Dit reduceerde het no-show percentage van 20,1% naar 9,3%.

Follow-up en zelfinitiatief

Lowe (1982) heeft gekeken naar het effect van het toesturen van een automatisch opnieuw geplande afspraak naar no-show patiënten binnen vier dagen na hun niet verschijning. Hieruit bleek dat no-shows hierna vaker zullen verschijnen op een afspraak in tegenstelling tot wanneer verwacht werd dat zij zelf zouden bellen voor een nieuwe afspraak. Wanneer no-show patiënten wederom niet op een eerstvolgende automatisch geplande afspraak verschijnen, denken zij vaak dat hulpverlening niet langer meer nodig is. Palmer en Hampton (1987) lieten patiënten zelf bellen voor een afspraak na een aanmeldingsbevestiging. Indien een patiënt niet zelf binnen 5 dagen terugbelde, werd de patiënt door het secretariaat gebeld om te vragen of hulpverlening nog gewenst was. Een meerderheid van de patiënten (60%) bleek geen behoefte meer te hebben aan hulpverlening. Zie tabel 4 voor een overzicht van interventies uit de eerdergenoemde studies.

Tabel 4
Overzicht van interventies uit eerder onderzoek

	Meest effectief	Minder effectief
Wachttijd verminderen	Bauman et al. (1984)	
Telefonische herinnering	Hochstadt & Trybula (1980)	Kluger & Karras (1983)
Schriftelijke herinnering	Moser (1994)	Hochstadt & Trybula (1980) Kluger & Karras (1983)
Schriftelijke oriëntatie	Kluger & Karras (1983)	
Positieve bekrachtiging	Parrish et al. (1986)	
Negatieve bekrachtiging	Lesaca (1995) Parrish et al. (1986)	
Follow-up na no-show	Lowe (1982)	
Zelf bellen voor afspraak	Palmer & Hampton (1987)	

Hoofdstuk 3

Methode

3.1 Dataverzameling

Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen een geestelijke gezondheidszorginstelling te Rotterdam, namelijk de Bavo RNO Groep, waarbij ambulante volwassenen die tussen januari 2004 en oktober 2004 zijn aangemeld middels een a-selecte steekproef in het onderzoek worden betrokken.

Bij aanmelding worden de persoonsgegevens genoteerd waaronder de naam, het adres en de geboortedatum. Tevens worden de nationaliteit, burgerlijke staat en de verzekeringsvorm geregistreerd. Deze informatie wordt meestal via de patiënt verkregen. De datum van aanmelding wordt genoteerd alsook de datum van de intake-afspraken. De wachttijd is gedefinieerd als het aantal werkdagen tussen de aanmeldingsdatum en de intakedatum.

Het onderzoek bestaat zowel uit het versturen van een korte vragenlijst (van ± 10 items) naar patiënten alsook dossieronderzoek waarbij informatie betreffende de variabelen leeftijd, geslacht, nationaliteit, geboorteland, verzekering, wachttijd, intakedag en tijdstip verzameld worden. Met behulp van de vragenlijst wordt getracht te achterhalen wat de redenen van no-show gedrag zijn en worden mogelijke verschillen tussen shows en no-shows in psychosociale factoren zoals burgerlijke staat, mate van schulden en het opleidingsniveau onderzocht. Het komt namelijk voor dat de burgerlijke staat in de patiënten administratie vaak niet ingevuld is en deswege is deze variabele alsnog in de vragenlijst opgenomen.

Het opleidingsniveau is verdeeld in drie groepen namelijk laag, midden en hoog. Het lage opleidingsniveau bestaat uit mensen met als hoogst genoten opleiding het lager onderwijs, het LBO of de MAVO. Het gemiddelde opleidingsniveau bestaat uit mensen met als hoogst genoten opleiding het MBO of de HAVO. Het hoge opleidingsniveau bestaat uit mensen die het HBO, VWO of het WO als hoogst genoten opleiding hebben voltooid.

3.2 Beschrijving steekproef

De steekproef bestaat uit twee groepen. De eerste groep is een steekproef van patiënten die zijn aangemeld tussen januari 2004 en september 2004 waarvan er zowel een intakedatum is gepland alsook een intakeverslag is ontvangen ('shows'). Deze steekproef is a-select getrokken uit een Excel bestand van 1028 patiënten, door elke negende persoon in de steekproef op te nemen. De tweede groep betreft patiënten die in dezelfde periode zijn aangemeld waarvan een intakedatum is gepland maar geen intakeverslag is ontvangen ('no-shows'). Hierbij is ook gekeken naar de eventuele opmerkingen die genoteerd staan in het administratief bestand. In de meeste gevallen is er sprake van 'niet

verschijnen'. Uiteindelijk zijn 70 patiënten geselecteerd uit de show groep en 70 patiënten geselecteerd uit de no-show groep. Eén show-patiënt is uit de steekproef verwijderd omdat deze door de Acute Dienst is verwezen. De totale show-steekproef bestaat nu uit 69 personen. De steekproef bevat in totaal 54 mannen en 85 vrouwen. Vrouwen blijken dus vaker te worden aangemeld dan mannen.

3.3 Statistische analyses

Patiënten die wel op een intake-afspraak zijn verschenen (shows) en patiënten die niet op een intake-afspraak zijn verschenen (no-shows) worden vergeleken op categorische variabelen met behulp van chi-kwadraat toetsen. In gevallen waarbij een celfrequentie van minder dan vijf voorkomt, wordt gebruik gemaakt van de Fischer's exact toets. Een tweezijdig alfaniveau van 0.05 wordt aangehouden bij alle toetsen². Er wordt gecorrigeerd voor het aantal variabelen die getoetst worden en zullen significante resultaten in de conclusie gebaseerd zijn op een p -waarde van 0.01 of kleiner.

Naar aanleiding van de hypothesen zijn de categorische variabelen geslacht, nationaliteit en geboorteland, burgerlijke staat, sociaal economische status, dag en tijdstip van de intake-afspraak, wachttijd, woonplaats, respons, verwijzer, instemming en of de patiënt een 'beller' of een 'niet-beller' is, onderzocht. De variabele 'geboorteland' is toegevoegd aan de analyses om de variabele etniciteit te onderzoeken, hetgeen niet mogelijk is bij de variabele 'nationaliteit'. De continue variabele 'leeftijd' wordt in een categorische variabele veranderd door deze onder te verdelen in twee groepen, jonger dan 40 jaar en 40 jaar en ouder. De wachttijden zijn uitgedrukt in het aantal werkdagen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen twee groepen, namelijk de 'bellers' en de 'niet bellers'. Deze variabele is eveneens geanalyseerd middels een chi-kwadraat toets door de wachttijd onder te verdelen in twee groepen, binnen 15 dagen na aanmelding een intake-afspraak en langer dan 15 dagen wachten op een intake-afspraak.

² De chi-kwadraat toets wordt gebruikt om de eerdergenoemde variabelen te onderzoeken. Deze toets wordt gebruikt om de frequentie van data te onderzoeken en geeft dus aan hoe vaak een onderzochte variabele voorkomt in beide groepen. Middels deze toets wordt de frequentieverdeling van de data vergeleken met de verdeling die op basis van toeval verwacht zou worden (Brace, Kemp & Snelgar, 2000). Een p -waarde van kleiner of gelijk aan 0.05 geeft aan dat er een significant verschil is in frequentieverdeling tussen de groepen op de onderzochte variabele. In dit geval zijn de verschillen in beide frequentieverdelingen dus groter dan dat men op basis van toeval zou verwachten en hebben de verschillende groepen een invloed op de betreffende variabele.

Hoofdstuk 4

Resultaten

4.1 Demografische variabelen

Leeftijd

Allereerst is gekeken of er een significant verschil is in leeftijd tussen de patiënten in de show groep en de no-show groep. Van de no-shows is de gemiddelde leeftijd 37,3 jaar ($SD = 11,4$) en van de shows is de gemiddelde leeftijd 39,7 jaar ($SD = 10,3$). Bij de chi-kwadraat toets is leeftijd in een dichotome variabele gewijzigd met een leeftijdscategorie van jonger of gelijk aan 40 jaar en ouder dan 40 jaar om op deze wijze een onderscheid te maken tussen jong volwassenen en oud volwassenen.

Bij deze toets is gekeken of het verschil in leeftijd tussen beide groepen significant is. Wanneer men de gemiddelde leeftijd van beide groepen bekijkt, kan men eigenlijk al vaststellen dat er nauwelijks verschil bestaat. De chi-kwadraat toets bevestigt deze observatie en toont aan dat er inderdaad geen significant verschil bestaat tussen de shows en de no-shows met betrekking tot leeftijd ($\chi^2 = 0.86$, $df = 1$, $p = 0.35$). Dit betekent dat er in de huidige steekproef bij de show patiënten en de no-show patiënten ongeveer evenveel jong als oud volwassenen zijn.

Geslacht

Ten tweede is onderzocht of mannen vaker tot de no-show groep behoren dan vrouwen, met andere woorden of er een significant verschil bestaat met betrekking tot het geslacht van de show groep en de no-show groep. Uit de chi-kwadraat toets blijkt dat er geen significant verschil is tussen show en no-show patiënten wat betreft het geslacht ($\chi^2 = 0.01$, $df = 1$, $p = 0.95$). Hieruit blijkt dat mannen even gemotiveerd zijn om voor het intakegesprek te verschijnen als vrouwen.

Burgerlijke staat

De betreffende vraag uit de vragenlijst specificceert burgerlijke staat in zes categorieën. Echter, in de analyse is deze variabele gedichotomiseerd zodat 'alleenstaand', 'gescheiden' of 'weduwnaar' tot de ene groep en 'lat-relatie', 'samenwonend' of 'gehuwd' tot de andere groep behoren. Hiervoor is gekozen omdat de mate van partnersteun mogelijk van invloed is op het wel of niet verschijnen bij de intake-afpraak. Deze analyse liet opnieuw geen verschil tussen de show en no-show groepen zien ($\chi^2 = 1.40$, $df = 1$, $p = 0.24$). Met andere woorden, er blijkt geen invloed te zijn van het wel of niet hebben van een relatie op het al dan niet verschijnen op een intake-afpraak.

Sociale steun

De mate van subjectief ervaren sociale steun uit de familie-, vrienden- en kennissenkring wordt onderverdeeld in twee categorieën namelijk, geen tot weinig steun ervaren versus genoeg tot veel steun ervaren. De chi-kwadraat toets toont aan dat er geen significant verschil bestaat in de mate van ervaren sociale steun tussen de show en no-show groepen ($\chi^2 = 0.01$, $df = 1$, $p = 0.94$). De mate van subjectief ervaren sociale steun blijkt in dit onderzoek geen voorspeller te zijn van no-show gedrag.

Nationaliteit / Geboorteland

Wanneer de nationaliteit (Nederlands of Buitenlands) van de shows en de no-shows met elkaar wordt vergeleken, blijkt dat er geen verschil is tussen beide groepen ($\chi^2 = 0.14$, $df = 1$, $p = 0.71$). Wanneer het geboorteland van de steekproef als variabele wordt meegenomen in de analyse, blijkt er wederom geen significant verschil te zijn gevonden tussen de show en de no-show patiënten ($\chi^2 = 0.48$, $df = 1$, $p = 0.49$).

Woonplaats

Bij de analyse van de woonplaats tussen beide groepen blijken de meeste mensen uit zowel de show als de no-show groep in Rotterdam te wonen. Aan de hand van de resultaten blijkt er geen significant verschil te bestaan tussen de twee groepen wat betreft de woonplaats ($\chi^2 = 3.69$, $df = 1$, $p = 0.16$).

Tabel 5
Een vergelijking van de 'shows' en 'no-show' groepen wat betreft een aantal socio-demografische variabelen:
percentage (*n*) en chi-kwadraat gegevens

	Shows	No-shows	χ^2	<i>p</i>
Leeftijd				
≤ 40 jaar	49,3% (34)	57,1% (40)	0.86	0.35
> 40 jaar	50,7% (35)	42,9% (30)		
Geslacht				
Man	49,1% (27)	38,6% (27)	0.01	0.95
Vrouw	60,9% (42)	61,4% (43)		
Burgerlijke staat				
Alleenstaand	37,8% (17)	51,7% (15)	1.40	0.24
Met partner	62,2% (28)	48,3% (14)		
Sociale steun				
Weinig	42,2% (19)	41,4% (12)	0.01	0.94
Veel	57,8% (26)	58,6% (17)		
Nationaliteit				
Nederlands	95,7% (66)	94,3% (66)	0.14	0.71
Buitenlands	4,3% (3)	5,7% (4)		
Geboorteland				
Nederland	85,9% (55)	89,9% (62)	0.48	0.49
Buitenland	14,1% (9)	10,1% (7)		
Woonplaats				
Rotterdam	60,3% (41)	75,4% (52)	3.69	0.16
Capelle	23,5% (16)	15,9% (11)		
Krimpen	16,2% (11)	8,7% (6)		

4.2 Sociaal-economische status

De sociaal-economische status is op een vijftal manieren onderzocht. Zo werd het opleidingsniveau, roken, schulden, de mate van middelengebruik (alcohol/drugs) en de manier van verzekeren vastgesteld en vergeleken voor de twee groepen.

De no-show groep blijkt voor 42,9% ($n = 12$) te bestaan uit mensen met een laag opleidingsniveau, 32,1% ($n = 9$) met een gemiddeld opleidingsniveau en 25% ($n = 7$) met een hoog opleidingsniveau. De show groep bestaat voor 33,3% ($n = 15$) uit mensen met een lage opleiding, 37,8% ($n = 17$) met een middelbare opleiding en 28,9% ($n = 13$) met een hoge opleiding. Bij de analyse is gekozen om het gemiddelde en hoge opleidingsniveau samen te voegen en te vergelijken met het lage opleidingsniveau. Er bleek geen significant verschil tussen de show en no-show groepen wat betreft het opleidingsniveau ($\chi^2 = 0.67$, $df = 1$, $p = 0.41$).

In de no-show groep rookt 41,4% ($n = 12$) van de patiënten vergeleken met 42,2% ($n = 19$) in de show groep. Dit verschil is niet significant ($\chi^2 = 0.01$, $df = 1$, $p = 0.94$).

Wanneer de hoeveelheid financiële schuld (meer dan 5000 euro, hypotheek niet inbegrepen) in kaart wordt gebracht voor beide groepen, blijkt dat 44,8% ($n = 13$) van de patiënten in de no-show groep schulden heeft, terwijl dit slechts bij 13,3% ($n = 6$) van de patiënten in de show groep het geval is. De chi-kwadraat toets laat zien dat er inderdaad sprake is van een significant verschil ($\chi^2 = 9.17$, $df = 1$, $p < 0.01$).

Wanneer het middelengebruik nader wordt onderzocht blijkt dat slechts weinig patiënten in 'de afgelopen' week alcohol en/of drugs te hebben gebruikt en dat is bij zowel de show groep als de no-show groep het geval ($\chi^2 = 0.06$, $df = 1$, $p = 0.81$).

Tussen de show en de no-show groep blijkt een verschil te bestaan in het aantal mensen dat ziekenfonds verzekerd is: 89,3% van de no-shows vergeleken met 76,1% van de shows. Met andere woorden, 10,7% van de no-show patiënten zijn dus particulier verzekerd tegenover 23,9% van de show patiënten. Dit verschil blijkt net niet significant ($\chi^2 = 3.60$, $df = 1$, $p = 0.06$).

Tabel 6
Een vergelijking van de 'show' en de 'no-show' groepen wat betreft sociaal-economische status:
percentage (n) en chi-kwadraat gegevens

	Shows	No-shows	χ^2	<i>p</i>
Opleiding				
Laag	33,3% (15)	42,9% (12)	0.67	0.41
Hoog	66,7% (30)	57,1% (16)		
Roken				
Ja	42,2% (19)	41,4% (12)	0.01	0.94
Nee	57,8% (26)	58,6% (17)		
Schulden				
Ja	13,3% (6)	44,8% (13)	9.17	< 0.01
Nee	86,7% (39)	55,2% (16)		
Middelengebruik				
Weinig	79,1% (34)	81,5% (22)	0.06	0.81
Veel	20,9% (9)	18,5% (5)		
Verzekering				
Particulier	23,9% (16)	10,7% (6)	3.60	0.06
Ziekenfonds	76,1% (51)	89,3% (50)		

4.3 Aanmelding- en intakegegevens

Instemming

De mate van instemming met de aanmelding is ook geanalyseerd, waaruit blijkt dat het merendeel van de gehele steekproef (zowel bij de shows als de no-shows) het wel eens was met de aanmelding (86,3%). Er is geen significant verschil aangetoond tussen beide groepen in het wel of niet eens zijn met de aanmelding ($\chi^2 = 0.66$, $df = 1$, $p = 0.42$).

Wachttijd

Wanneer de wachttijd wordt onderverdeeld in binnen 15 dagen een intake-afspraken na aanmelding en langer dan 15 dagen wachten voor een intake-afspraken wordt onderscheid gemaakt tussen de bellers en de niet-bellers. Uit deze chi-kwadraat toets blijkt dat er een significant verschil is in wachttijd tussen shows en no-shows voor de niet bellers ($\chi^2 = 5.99$, $df = 1$, $p = 0.01$). Voor de bellers blijkt er geen significant verschil te bestaan met betrekking tot wachttijd tussen de shows en de no-shows ($\chi^2 = 2.84$, $df = 1$, $p = 0.09$).

Wanneer men kijkt naar het verschil tussen wel of geen beller en de shows en de no-shows, blijkt dat no-shows vaker niet bellers zijn (38,6%) ten opzichte van (23,2%) van de shows. Shows daarentegen blijken vaker bellers te zijn (76,8%) ten opzichte van no-shows (61,4%). Deze verschillen zijn net significant ($\chi^2 = 3.85$, $df = 1$, $p \leq 0.05$).

Tabel 7
Een vergelijking van de 'show' en de 'no-show' groepen wat betreft de aanmelding- en intakegegevens: percentage (n) en chi-kwadraat gegevens

	Shows	No-shows	χ^2	<i>p</i>
Instemming				
Ja	88,9% (40)	82,1% (23)	0.66	0.42
Nee	11,1% (5)	17,9% (5)		
Wachttijd bellers				
≤15 dagen	11,3% (6)	2,3% (1)	2.84	0.09
>15 dagen	88,7% (47)	97,7% (42)		
Wachttijd niet-bellers				
≤15 dagen	43,8% (7)	11,1% (3)	5.99	0.01
>15 dagen	56,3% (9)	88,9% (24)		
Beller/Niet beller				
Niet beller	23,2% (16)	38,6% (27)	3.85	0.05
Beller	76,8% (53)	61,4% (43)		
Intake dag				
Maandag	24,6% (17)	28,6% (20)	2.88	0.58
Dinsdag	18,8% (13)	25,7% (18)		
Woensdag	21,7% (15)	17,1% (12)		
Donderdag	18,8% (13)	20,0% (14)		
Vrijdag	15,9% (11)	8,6% (6)		
Intake tijdstip				
's Ochtends	60,9% (42)	72,1% (49)	1.92	0.17
's Middags	39,1% (27)	27,9% (19)		
Respons				
Wel	65,2% (45)	41,4% (29)	7.90	0.01
Geen	34,8% (24)	58,6% (41)		
Verwijzer				
Huisarts	62,2% (28)	72,4% (21)	5.33	0.26
Riagg		3,4% (1)		
MW	6,7% (3)	3,4% (1)		
Eigen initiatief	13,3% (6)	17,2% (5)		
Anderszins	17,8% (8)	3,4% (1)		

Dag en tijdstip van de intake afspraak

Ook is gekeken naar eventuele verschillen tussen de show en de no-show groep wat betreft de geplande intake dag en het tijdstip. Uit de chi-kwadraat toets blijkt dat de meeste afspraken op maandag tot en met donderdag worden gemaakt. Er bleken geen verschillen te bestaan in intake dag tussen de show en de no-show groepen ($\chi^2 = 2.88$, $df = 4$, $p = 0.58$).

De meeste afspraken blijken in de ochtend plaats te vinden: er is dan ook geen verschil gevonden in tijdstip tussen de shows en de no-shows ($\chi^2 = 1.92$, $df = 1$, $p = 0.17$).

Respons

In totaal werden 41,4% van de verzonden vragenlijsten terugontvangen van de no-show groep ($n = 29$) vergeleken met 65,2% van de show groep ($n = 45$). Dit verschil blijkt significant ($\chi^2 = 7.90$, $df = 1$, $p < 0.05$).

Verwijzer

Tenslotte is gekeken naar de mogelijke verschillen tussen de show groep en de no-show groep wat betreft de verwijzer. Veruit de meeste aanmeldingen vinden bij zowel de show groep als de no-show groep plaats met de huisarts als verwijzer. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de show groep en de no-show groep wat betreft de verwijzer ($\chi^2 = 5.33$, $df = 1$, $p = 0.26$).

4.4 Redenen van no-show

In tabel 8 staan de meest voorkomende redenen genoemd voor het niet verschijnen op een intake-afspraak van de no-show respondenten. Men ziet dat een combinatie van een te lange wachttijd waarbij mogelijk andere hulpverlening is gevonden een reden is om niet op een intake-afspraak te verschijnen. Daarnaast blijkt dat de meeste problemen al zijn opgelost op het moment van de intake-afspraak, waarbij behoefte aan hulpverlening verminderd is. Het komt ook voor dat de patiënt een intake-afspraak is vergeten of de uitnodiging niet heeft begrepen.

Tabel 8
Vijf meest voorkomende redenen voor no-show uit de huidige steekproef ($n = 27$)
(n)

Wachttijd te lang/andere hulpverlening eerder aangeboden (9)
Probleem was al opgelost (7)
Vergeten (3)
Geen behoefte aan hulpverlening (2)
Begreep de uitnodiging niet (2)

Van de no-show respondenten is tevens gevraagd of zij verdere hulp hebben gezocht na hun niet-verschijning. Van de 27 no-shows hebben 11 patiënten ergens anders hulp gevonden en 17 patiënten niet. Van deze 17 patiënten was bij 6 mensen het probleem al opgelost. Dat betekent dat er 10 mensen zijn die niet op hun afspraak zijn verschenen bij de Bavo RNO Groep en daarna ook elders geen hulp hebben gezocht.

Instellingen waarbij verdere hulp is gevonden zijn onder andere de Bouman Verslavingszorg en de HSK Groep. Verdere hulpverlening wordt ook wel verkregen door de huisarts, een maatschappelijk werkster, zelfstandige psychiaters en psychologen. Ook ziet men dat patiënten ook hulp zoeken in hun nabije omgeving, door bijvoorbeeld een vriendin of vanuit de kerk.

Hoofdstuk 5

Conclusie

5.1 Belangrijkste bevindingen van het onderzoek

Uit het huidige onderzoek komt naar voren dat een drietal factoren van invloed zijn op het wel of niet verschijnen van een patiënt op een intake-afspraken. Op de eerste plaats blijken no-show patiënten significant vaker schulden boven de 5000 euro te hebben in vergelijking met patiënten die wel komen opdagen. Ten tweede, wanneer patiënten langer dan 15 (werk)dagen moeten wachten op hun eerste afspraak, zullen zij vaker niet verschijnen dan wanneer hun eerste afspraak binnen 15 (werk)dagen wordt gepland. Dit resultaat geldt alleen voor de afdeling waarbij patiënten een automatisch geplande afspraak thuis gestuurd krijgen (de zogenaamde niet-bellers). Tenslotte is aangetoond dat show patiënten significant vaker de onderzoeksvragenlijst terugsturen dan no-show patiënten.

In dit onderzoek bleken een aantal demografische variabelen die in eerder onderzoek als een voorspeller van no-show gedrag naar voren kwamen, geen significante rol te spelen bij het wel of niet verschijnen op een intake-afspraken. Slechts een factor bleek wel van invloed op het no-show gedrag, namelijk de mate van schulden. Andere variabelen zoals middelengebruik, het opleidingsniveau en de verzekeringsvorm bleken in het huidige onderzoek geen significante voorspellers te zijn van no-show gedrag. Tenslotte kwam naar voren dat de wachttijd tussen show en no-show patiënten significant verschilde; dit werd in andere studies ook al aangetoond.

5.2 Kanttekeningen

Er zijn een aantal kanttekeningen te maken bij het huidige onderzoek. Er is gebruik gemaakt van een vragenlijst die patiënten zelfstandig thuis kunnen invullen. De mate waarin antwoordtendenties (zoals het sociaal wenselijk invullen van bijvoorbeeld het aantal eenheden alcohol/drugs per week), een rol gespeeld hebben blijft onbekend. Daarnaast zijn sommige antwoorden gebaseerd op subjectieve ervaringen, zoals het aangeven van de ervaren steun uit de omgeving. De patiënten kunnen op deze manier zelf aangeven wat zij willen vertellen en wat niet. Naast het analyseren van de antwoorden van de teruggestuurde vragenlijsten zijn ook andere variabelen onderzocht. Zo zijn een aantal demografische variabelen, aanmelding en intakegegevens onderzocht met behulp van het patiënten administratie systeem en door middel van dossieronderzoek. De gegevens uit het dossier zijn vastgelegd en kunnen daarom als betrouwbaarder worden aangemerkt dan de antwoorden van de patiënten op de ingevulde vragenlijsten. Anderzijds blijken gegevens uit het patiënten administratie systeem minder vaak te kloppen aangezien sommige adresgegevens (van zowel de shows als de no-

shows) niet (meer) juist waren. Gedurende het onderzoek zijn namelijk een tiental enveloppen geretourneerd met als aantekening ‘retour afzender’.

Het onderscheid tussen show patiënten en no-show patiënten is gemaakt door gebruik te maken van de Registratielijst Aanmeldingen van Bureau Aanmeldingen. In dit Excel-bestand was onder andere geregistreerd wie er aangemeld was, wanneer de intake-afspraken plaatsvond en of er een intakeverslag was ontvangen. De show patiënten waren gemakkelijk uit deze lijst te selecteren; ze werden geselecteerd door te kijken naar een geplande intakedatum en een ontvangen intakeverslag. De no-show patiënten werden geselecteerd door te kijken naar een geplande intakedatum waarvan geen intakeverslag was ontvangen. Daarnaast bleven er nog veel patiënten over waarvan onduidelijk was of zij wel of niet waren verschenen op hun afspraak. De manier waarop registratie en aanmelding van patiënten plaatsvindt, is echter niet altijd eenduidig. Het zou daarom mogelijk kunnen zijn dat een persoon die wordt aangemerkt als een no-show patiënt, in feite toch op een intake-afspraken is verschenen of vice versa.

Tenslotte is er in het onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen een patiënt die niet op een eerste intake-afspraken is verschenen maar bijvoorbeeld wel op een tweede. Alle no-show patiënten uit dit onderzoek zijn nooit op een intake-afspraken verschenen. Show patiënten uit dit onderzoek zijn patiënten die ooit wel op een intake-afspraken zijn verschenen, terwijl het goed mogelijk is dat zij op de eerste intake-afspraken niet zijn verschenen. Wellicht als er extra informatie velden worden toegevoegd aan het bestand van de Registratielijst Aanmeldingen, is het mogelijk dit soort details te verwerken. Daarnaast is het noodzakelijk dat alle medewerkers op dezelfde manier registreren zodat de juiste informatie geanalyseerd kan worden in toekomstig onderzoek bij de Bavo RNO Groep.

5.3 Aanbevelingen

Uit het onderzoek blijkt dat show patiënten significant vaker een vragenlijst hebben teruggestuurd. Wanneer men het show percentage wil verhogen, kan men ervoor kiezen om patiënten de aanmeldingsvragenlijst minimaal een week voor de intake-afspraken terug te laten sturen met een bijhorende envelop waarvoor geen postzegel nodig is. Dit kan gelijktijdig met een informatieboekje en een afspraakbevestiging worden toegezonden. Wanneer voorafgaand aan het intakegesprek de aanmeldingsvragenlijst door de patiënt is teruggestuurd, kunnen hulpverleners zich beter voorbereiden op hun intakegesprek en heeft men tevens al een redelijke indicatie of de betreffende patiënt wel of niet komt opdagen. Daarnaast zijn er nog andere bruikbare strategieën voor het reduceren van no-show gedrag zoals een telefonische herinnering 24 uur voorafgaand aan de intake-afspraken en het verkorten van de wachttijd.

Referenties

- Allan, A.T. (1988). No-shows at a community mental health clinic: A pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 34, 40-46.
- Bavo RNO Groep (2002). Handboek Indicatiestelling Ambulante Voordeur Bavo-RNO Groep.
- Bauman, J.B., Reiss, M.L., & Bailey, J.S. (1984). Increasing appointment keeping by reducing the call-appointment interval. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17, 295-301.
- Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2000). SPSS for Psychologists. Palgrave, New York.
- Dubinsky, M. (1986). Predictors of appointment non-compliance in community mental health patients. *Community Mental Health Journal*, 22, 142-146.
- Garuda, S.R., Javalgi, R.G., & Talluri, V.S. (1998). Tackling no-show behavior: A market-driven approach. *Health Marketing Quarterly*, 15, 25-43.
- Grunebaum, M., Lubner, P., Callahan, M., Leon, A.C., Olfson, M., & Portera, L. (1996). Predictors of missed appointments for psychiatric consultations in a primary care clinic. *Psychiatric Services*, 47, 848-852.
- Hersh, J.B., Cohen, P., Epstein, S., & Peca-Baker, T. (1989). Mental health first appointment no-shows. *Journal of American College Health*, 37, 236-237.
- Hochstadt, N.J., & Trybula, J. (1980). Reducing missed initial appointments in a community mental health centre. *Journal of Community Psychology*, 8, 261-265.
- Kluger, M.P., & Karras, A. (1983). Strategies for reducing missed initial appointments in a community mental health centre. *Community Mental Health Journal*, 19, 137-143.
- Lesaca, T. (1995). Assessing the influence of a no-show fee on patient compliance at a CMHC. *Administration and Policy in Mental Health*, 22, 629-631.
- Lim, L.E., Poo, K.P., Lein, T., & Chew, S.K. (1995). Why patients fail to attend psychiatric outpatient follow-up: A pilot study. *Singapore Medical Journal*, 36, 403-405.

Livianos-Aldana, L., Vila-Gomez, M., Rojo-Moreno, L., & Luengo-Lopez, M.A. (1999). Patients who miss initial appointments in community psychiatry? A Spanish community analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 198-206.

Lowe, R.H. (1982). Responding to "no-shows": Some effects of follow-up method on community mental health centre attendance patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 602-603.

Meyer, W.S. (2001). Why they don't come back: A clinical perspective on the no-show client. *Clinical Social Work Journal*, 29, 325-339.

Moser, S.E. (1994). Effectiveness of post card reminders. *Family practice Research Journal*, 14, 281-288.

Palmer, D., & Hampton, P.T. (1987). Reducing broken appointments at intake in a community mental health centre. *Community Mental Health Journal*, 23, 76-78.

Parrish, J.M., Charlop, M.H., & Fenton, L.R. (1986). Use of a stated waiting list contingency and reward opportunity to increase appointment keeping in an outpatient paediatric psychology clinic. *Journal of Paediatric Psychology*, 11, 81-89.

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*, 34, 323-327.

Raynes, A.E., & Warren, G. (1971). Some distinguishing features of patients failing to attend a psychiatric clinic after referral. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41, 581-588.

Smith, C.M., & Yawn, B.P. (1994). Factors associated with appointment keeping in a family practice residency Clinic. *The Journal of Family Practice*, 38, 25-29.

Sparr, L.F., Moffitt, M.C., & Ward, M.F. (1993). Missed psychiatric appointments: Who returns and who stays away. *American Journal of Psychiatry*, 150, 801-805.

Van der Wouden, S., Rijnders, P.B.M., & Trijsburg, R.W. (1994). No-Show: Een verkenning van het fenomeen van de niet verschijnende patiënt. *Gedrag en Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid*, 22, 89-93.

[Internetbron] Wachtlijstproblematiek GGZ (03-2005). http://www.ggzbeleid.nl/macro_wacht.html.

Bijlage

I Toegezonden brief

Geachte heer/mevrouw,

De Bavo RNO Groep is momenteel bezig met een onderzoek naar de motivatie van mensen om hulp te zoeken voor bepaalde klachten. U bent uitgekozen als (voormalig) hulpzoekende bij onze instelling. Wij willen u daarom verzoeken bijgaande vragenlijst zo volledig en duidelijk mogelijk in te vullen voor statistische doeleinden.

Uw antwoorden kunnen nooit aan uw naam worden gekoppeld en zullen strikt vertrouwelijk worden behandeld; uw naam blijft volledig anoniem. Indien gewenst, kunt u een kopie ontvangen van de onderzoeksresultaten.

Wij willen u vragen om deze vragenlijst binnen 3 weken terug te sturen middels de bijgevoegde antwoordenvelop. Een postzegel is **NIET** nodig!

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

II Toegezonden vragenlijst

1. Hoe was uw eerste afspraak bij de Bavo RNO Groep gemaakt?
 - U heeft zelf telefonisch een afspraak gemaakt waarvan u later thuis een bevestiging heeft ontvangen
 - U heeft thuis een uitnodiging ontvangen voor een kennismakingsgesprek waarbij de datum en tijdstip reeds gepland waren
 - Anderszins, namelijk.....

2. Op wiens initiatief was u bij ons aangemeld/naar ons verwezen?
 - Huisarts
 - Riagg
 - Maatschappelijk werk
 - Eigen initiatief
 - Anderszins, namelijk.....

3. Was u het met deze aanmelding/verwijzing eens?
 - Ja
 - Nee
 - Gedeeltelijk

4. Rookt u?
 - Nee
 - Ja, namelijkper dag

5. Heeft u schulden (>5000 euro)?
 - Nee
 - Ja

6. Wat is uw burgerlijke staat?
 - Alleenstaand
 - Wel relatie maar niet samenwonend
 - Samenwonend
 - Gehuwd
 - Gescheiden
 - Weduwe/weduwnaar

7. Welke schoolopleiding/studie heeft u gevolgd?

- LBO
- MBO
- HBO, Hogeschool
- WO, Universiteit
- Anderszins, namelijk.....

8. Hoeveel eenheden alcohol/drugs heeft u de afgelopen week genomen?

- 0-1
- 2-3
- 4-5
- meer dan 5

9. Hoeveel steun ervaart u uit uw familie/vrienden/kennissenkring?

- geen
- klein beetje
- genoeg
- veel

Alleen voor No-show patiënten vraag 10 en 11 extra:

10. Wat was de reden dat u niet op uw afspraak kon komen?

- Wachtijd te lang/andere hulpverlening eerder aangeboden
- Afspraak zou beter uitkomen op een ander tijdstip, namelijk.....
- Probleem was al opgelost
- Probleem met het openbaarvervoer
- Geen kinderopvang
- Geen behoefte aan hulpverlening
- Geen geld om te komen
- Ziek geworden, namelijk.....
- Niemand om mee te gaan
- Vergeten
- Ik begreep de uitnodiging niet
- Anderszins, namelijk.....

11. Heeft u nog hulp gezocht bij de Bavo RNO groep of een andere instelling nadat u niet op uw afspraak kon komen? Zo ja, waar?

- Nee
- Ja, namelijk.....