



Rapport

Gebyr ved udeblivelse

En analyse af de organisatoriske konsekvenser

Marie Henriette Madsen, Kåre Jansbøl og Jakob Kjellberg

Gebyr ved udeblivelse – En analyse af de organisatoriske konsekvenser

© VIVE og forfatterne, 2017

e-ISBN: 978-87-93626-02-7

Layout: 1508
Projekt: 10879

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Købmagergade 22, 1150 København K
www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Denne rapport beskriver en undersøgelse af, hvad indførelse af gebyrer ved udeblivelser betyder for organiseringen af arbejdet og for personalet i to hospitalsafdelinger. Undersøgelsen udgør én delundersøgelse i et større forskningsprojekt: "Gebyr ved udeblivelse i det offentlige sygehusvæsen". Andre delundersøgelser omfatter: en litteraturgennemgang, en effektanalyse og en analyse af patienters perspektiv på gebyr ved udeblivelse. Disse delanalyser afrapporteres i første omgang særskilt, og siden udarbejdes der en syntese, der samler konklusionerne på tværs.

Forskningsprojektet er gennemført i samarbejde med DEFACTUM, Region Midtjylland, som har varetaget den overordnede projektledelse, effektanalysen og patientanalysen. VIVE har varetaget denne organisationsanalyse og en allerede publiceret litteraturgennemgang. Forskningsprojektet er finansieret af Danske Regioner, Region Midtjylland og Sundheds- og Ældreministeriet.

I rapporten er der fokus på, hvilke udfordringer udeblivelser giver i de deltagende afdelinger i forhold til koordinering og planlægning af det daglige arbejde, og hvordan ledelse og personale vurderer, at gebyrer er et relevant tiltag til at reducere udeblivelser i samspil med andre tiltag. Endelig er der fokus på, hvordan gebyrforsøget er organiseret og implementeret i afdelingerne. Analysen er baseret på observationsstudier og interview med ledelse og personale på de to hospitalsafdelinger samt personale i Region Midtjylland, som har haft ansvaret for den praktiske administration af gebyrerne.

Analysen er gennemført af Marie Henriette Madsen, Kåre Jansbøl og Jakob Kjellberg. Kåre Jansbøl har lavet det oprindelige undersøgelsesdesign og foretaget empiriindsamlingen til baselineanalysen samt en del af den opfølgende undersøgelse. Marie Henriette Madsen har foretaget anden del af den opfølgende undersøgelse og udarbejdet analysen, der afrapporteres i denne rapport. Jakob Kjellberg har kvalitetssikret analysen i samarbejde med Pia Kürstein Kjellberg, VIVE, og to eksterne reviewere.

VIVE ønsker at takke alle ledere og personale, som har bidraget til undersøgelsen med viden og perspektiver samt praktisk planlægning af VIVEs besøg i afdelingerne. Der skal også rettes en stor tak til de to eksterne reviewere, som har bidraget med konstruktive kommentarer til en tidligere version af denne rapport.

Forfatterne
September 2017

Indhold

Resumé	5
1 Indledning	7
1.1 Forskningsprojektet "Gebyr ved udeblivelser i det offentlige sygehusvæsen	7
1.2 Formål og undersøgelsesspørgsmål	8
1.3 Læsevejledning	9
2 Undersøgelsens design og metode	10
2.1 Baselineundersøgelse	11
2.2 Opfølgende undersøgelse	11
3 Hvornår og hvorfor er udeblivelser et problem?	13
3.1 Arbejdsopgaver knyttet til planlægning af dagsprogrammer i afdelingerne	13
3.2 Betydningen af udeblivelser for de forskellige faggrupper	17
3.3 Ledelsens perspektiv på udfordringer ved udeblivelser	18
3.4 Opsamling og diskussion	19
4 Årsager til udeblivelser og tiltag til at reducere dem	21
4.1 Lederne og personalets vurdering af årsager til udeblivelser	21
4.2 Gebyrer og andre tiltag rettet mod nedbringelse af udeblivelser	22
4.3 Opsamling og diskussion	26
5 Organisering og implementering af gebyr ved udeblivelser	28
5.1 Afdelingernes opgaver i forbindelse med gebyrforsøget	28
5.2 Kommunikation med patienter om gebyr	28
5.3 Regionens opgaver i gebyrforsøget	30
5.4 Opsamling og diskussion	31
6 Konklusion	32
Litteratur	34

Resumé

I denne rapport fremgår resultaterne af en undersøgelse af konsekvenser for organisation og fagpersoner efter indførelse af gebyr ved udeblivelser fra aftaler med det offentlige sygehusvæsen. Specifikt undersøges det: 1) hvilke udfordringer udeblivelser giver i afdelingerne, 2) hvorvidt ledelse og personale vurderer, at gebyrer er et relevant tiltag til at reducere udeblivelser i samspil med andre tiltag, og 3) hvordan gebyrforsøget er organiseret og implementeret i afdelingerne, herunder tilknyttede arbejdsgange og involveret personale.

Undersøgelsens hovedfund

Undersøgelsen finder, at gebyrforsøgets primære effekt i de to hospitalsafdelinger er en fornemmelse af retfærdighed, fordi patienter tildeles et ansvar via gebyrerne. Samtidig påpeger både ledelse og personale på de to afdelinger flere andre årsager til udeblivelser, som gebyrer formentlig ikke kan påvirke.

Den valgte organisering i forbindelse med administration af gebyrerne er ukontroversiel og let implementerbar, men der mangler fortsat væsentlig viden om, hvordan skyldspørgsmål kan håndteres af hospitalsafdelingerne i samspil med regionerne.

På denne baggrund bidrager undersøgelsen ikke med overbevisende argumenter for at indføre gebyrer som metode til at nedbringe antallet af udeblivelser.

Udfordringerne ved udeblivelser

- Udeblivelser giver anledning til spildtid og ressourcer, som står ubrugte hen, men personalet gør en stor indsats for at sikre så høj en produktivitet som muligt.
- Diskussionen af spild ved udeblivelser skal dog ses i sammenhæng med den konkrete type af undersøgelse, muligheden for at justere dagsprogrammer og muligheden for at lave andre arbejdsopgaver i den ledige tid.
- For nogle undersøgelser – de korte og mindst komplicerede – er det muligt at rykke rundt i dagsprogrammet og finde en tid til forsinkede patienter og udfylde den tomme tid, fx med akutte patienter.
- Ved de længerevarende og mere komplicerede undersøgelser, som kræver særlig forberedelse, eller dage, hvor der er mange udeblivelser, er det ikke i samme omfang muligt for personalet at udfylde programmet, og tomme tider opstår.
- Tomme tider kan bruges til administrative gøremål eller til at indhente forsinkelser, men påvirker afdelingens samlede produktivitet og muligheden for at drive afdelingen effektivt og leve op til udrednings- og behandlingsgarantier.
- Uanset om udeblevne patienter kan erstattes af andre patienter eller ej, så er der blandt ledelse og personale en oplevelse af, at udeblivelser er et forstyrrende element, som signalerer ligegyldighed og manglende respekt for det arbejde, som går forud for undersøgelserne og for samfundsressourcer.

Ledelse og personales vurdering af gebyrer som tiltag til at reducere udeblivelser

- Personalet i afdelingerne i Region Midtjylland beskrev en række årsager til udeblivelser, hvoraf nogle kan tilskrives en ligegyldighed hos patienter, forglemmelser, patientens aktuelle livssituation, kommunikation mellem hospital og patienter eller kommunikationen mellem hospitalsafdelinger.
- Personale og ledelse i de to afdelinger reagerer negativt på de patienter, som – formodentlig ud fra ligegyldighed eller det, der opfattes som manglende pli – ikke melder afbud og

bare bliver væk fra en undersøgelse på hospitalet. Det er denne gruppe af udeblivere, man håber på at påvirke med indførelse af gebyrer, og om ikke andet medfører gebyret en følelse af retfærdighed blandt personalet, fordi det signalerer et ansvar hos patienten.

- Personalet giver dog også udtryk for, at gebyrer kan ramme de i forvejen ressourcetsvage borgere hårdt, og at denne gruppe måske hellere skulle tilbydes hjælp til at møde op eller melde afbud til aftaler, frem for at blive straffet økonomisk.
- Afdelingerne har allerede iværksat flere andre tiltag, som i tidligere undersøgelser har vist sig at være effektive midler til at reducere udeblivelser, herunder SMS-påmindelser, selvbooking og nedbringelse af ventetid mellem aftaleindgåelse og -gennemførelse. Gebyrer er altså kun ét blandt flere tiltag, og et tiltag med sigte på en bestemt type formodet årsag til udeblivelser, og effekten heraf skal ses i sammenhæng med de mange øvrige tiltag.
- Ingen af de iværksatte tiltag – heller ikke gebyrer – adresserer, at patienters tilstand kan ændre sig over tid, og at en undersøgelse kan opleves som unødvendig efter nogen tid. Det er ikke alle udeblevne patienter, som personalet i afdelingerne vurderer, er nødvendige at genindkalde, og det kunne tyde på, at nogle udeblivelser kan undgås ved en opmærksomhed på de patienter, som er i en gråzone, hvad angår behov for opfølgning og kontrol.

Gebyrforsøgets organisering og implementering i afdelingerne

- Gebyrforsøget er organiseret på en måde, hvor afdelingerne primært stod for udarbejdelsen af en liste over udeblivelser, og hvor regionen stod for udskrivelse af gebyrer og den videre dialog med patienter, der var tildelt et gebyr.
- Denne organiseringsmodel gav ikke anledning til markant flere arbejdsopgaver eller konfliktfyldte relationer mellem patienter og personale i de to afdelinger, fordi der bevidst er valgt en strategi, hvor klager over gebyrer er blevet ekspederet videre til regionen.
- I regionen blev klager typisk håndteret ved eftergivelse af gebyrer, uanset årsagen til klagen.

Metode

Undersøgelsen er tilrettelagt som et før/efter-studie med to dataindsamlingsperioder på hver af de to afdelinger. Første dataindsamling blev gennemført umiddelbart, før gebyrforsøget blev gennemført i de to afdelinger, og bestod af et fem dages observationsstudie af læger, sygeplejersker/radiografer og lægesekretærers arbejde og supplerende interview i forlængelse heraf. Desuden blev ledelsen i de to afdelinger interviewet med henblik på også at få ledelsens vurdering af, hvordan udeblivelser påvirker afdelingerne. Der blev i alt gennemført 14 interview.

Anden del af dataindsamlingen blev gennemført umiddelbart efter gebyrforsøget. Her blev repræsentanter for samme personalegrupper samt ledelsen i de to afdelinger interviewet (16 interview i alt).

Forskningsprojektet "Gebyr ved udeblivelser i det offentlige sygehusvæsen"

Undersøgelsen er en del af forskningsprojektet "*Gebyr ved udeblivelse i det offentlige sygehusvæsen. En videnskabelig undersøgelse af konsekvenser i en dansk kontekst*". I dette forskningsprojekt blev der indført gebyr ved udeblivelse på to midtjyske sygehusafdelinger, hvor udvalgte patienter i en afgrænset forsøgsperiode blevet pålagt et gebyr ved udeblivelse, hvis de havde undladt at melde afbud.

Forskningsprojektet dækker samlet set 1) et litteraturstudie af effekterne af tiltag rettet mod at nedbringe udeblivelser, 2) en undersøgelse af effekten af gebyr ved udeblivelse i de to afdelinger, hvor gebyrforsøget er gennemført, 3) en undersøgelse af patientoplevelser og 4) en undersøgelse af organisatoriske konsekvenser.

1 Indledning

I 2011 besluttede den daværende regering at afprøve, om gebyr ved udeblivelser fra aftaler med sundhedsvæsenet nedbringer udeblivelsesraten. I regeringsgrundlaget hed det, at det vil være rimeligt, at de, der udebliver fra ambulante undersøgelser, operationer mv., opkræves et gebyr (Regeringen 2011). Forhåbningen var, at gebyret ville mindske udeblivelserne og dermed mindske spild af ressourcer i form af personalets tid og apparatur og lokaler, der ikke udnyttes optimalt. Desuden håbede man, at gebyret kunne bidrage til at minimere patienters ventetid på udredning og behandling.

1.1 Forskningsprojektet "Gebyr ved udeblivelser i det offentlige sygehusvæsen

I efteråret 2014 udviklede Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (nu DEFACTUM) og Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA, nu VIVE) en protokol for et forskningsprojekt, der skulle belyse fordele og ulemper ved gebyr på udeblivelser i en dansk sammenhæng (CFK & KORA 2014). Formålet med forskningsprojektet er ifølge protokollen:

At undersøge effekt og eventuelle negative konsekvenser af indførelse af gebyr ved udeblivelse i forbindelse med elektive, ambulante besøg i det offentlige sygehusvæsen i Danmark.

Som en del af forskningsprojektet blev der forsøgsvist indført gebyr ved udeblivelser på to hospitalsafdelinger i Region Midtjylland: Radiologisk Afsnit, Regionshospitalet Silkeborg og Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg. I Ortopædkirurgisk Ambulatorium var forsøget designet som et randomiseret kontrolleret studie (RCT-studie) og blev gennemført i perioden 1. maj 2015 til 1. december 2015. Gebyrforsøget var tilrettelagt således, at tilfældigt udtrukne patienter modtog et særligt indkaldelsesbrev, hvoraf det fremgik, at de blev pålagt et gebyr i tilfælde af udeblivelse uden på forhånd at have meldt afbud. De øvrige patienter blev indkaldt som sædvanligt og modtog ikke gebyrbilaget med deres indkaldelse (Blæhr et al. 2016a). På Radiologisk Afsnit var gebyrforsøget tilrettelagt som et før-/efter-design, hvor alle patienter i perioden 1. januar til 31. december 2016 modtog et indkaldelsesbrev, der informerede om, at de blev pålagt et gebyr, hvis de udeblev fra undersøgelsen uden på forhånd at have meldt afbud. Denne periode sammenlignes med perioden umiddelbart før gebyrforsøget.

I Region Midtjylland stod Koncernøkonomi for de praktiske opgaver knyttet til at udskrive gebyrer til patienter, som udeblev fra aftaler.

Forskningsprojektet består af flere separate undersøgelser. Denne undersøgelse belyser betydningen af implementeringen af gebyrer for organisatoriske forhold i afdelingen. Derudover består forskningsprojektet af en gennemgang af eksisterende litteratur om effekten af gebyrer ved udeblivelse (Jansbøl & Wolf 2015), effekten af indførelsen af gebyr på de to afdelinger (endnu upubliceret¹) og en analyse af patientoplevelser, hvoraf første artikel er publiceret i 2016 (Lou et al. 2016). Endelig er der publiceret en analyse, der bidrager med en karakteristik af de patienter, som udebliver i de to hospitalsafdelinger før forsøgets start (Blæhr et al. 2016b). Samtlige delundersøgelser sammenfattes i en syntese, der offentliggøres medio 2017.

¹ En beskrivelse af effektanalysen er dog publiceret (Blæhr et al. 2016a).

1.2 Formål og undersøgelsesspørgsmål

Denne undersøgelse adresserer, betydningen af at implementere gebyrer for organisatoriske forhold i de to hospitalsafdelinger. Ifølge protokollen har denne undersøgelse til formål at undersøge følgende spørgsmål:

- Hvilke konsekvenser har indførelse af gebyr ved udeblivelse for organisationen?
- Hvilke konsekvenser har indførelse af gebyr ved udeblivelse for de fagprofessionelle i de to afdelinger?

For at besvare disse spørgsmål er der formuleret tre undersøgelsesspørgsmål, som operationaliserer undersøgelsen af de konsekvenser som ledelse og personale oplever i de to afdelinger, hvor gebyrforsøget er gennemført:

1. Hvilke udfordringer giver udeblivelser i afdelingerne?
2. Hvorvidt vurderer ledelse og personale, at gebyrer er et relevant tiltag til at reducere udeblivelser i samspil med andre tiltag?
3. Hvordan er gebyrforsøget organiseret og implementeret i afdelingerne, herunder tilknyttede arbejds gange og involveret personale?

Der i denne undersøgelse lagt vægt på at undersøge, hvilke udfordringer udeblivelser giver i afdelingerne i form af ekstraarbejde, fx knyttet til at registrere udeblivelser, ændre aftaler, og hvad konsekvensen er, når en patient ikke dukker op. I litteratur om patienters udeblivelser fremgår antagelser om, at udeblivelser kan påvirke fagfolks forhold til deres patienter og føre til en uvilje, der potentielt kan smitte af på behandling og pleje (McLean et al. 2014). Dette har imidlertid kun været genstand for analyse i få tilfælde, og selv her er det uklart, hvilken betydning det har for patientbehandling og -pleje (se fx Evans, Evans & Evans 2006). I denne undersøgelse har det været en hypotese, at udeblivelser kan skabe udfordringer i afdelingerne, herunder forstyrrelser i personalets arbejde med at planlægge og koordinere dagsprogrammerne og i form af spildt arbejdstid og ubrugte ressourcer. Dette er væsentligt at afdække, da en vurdering af konsekvenserne ved at indføre gebyrer i afdelingerne skal vejes op imod de problemstillinger, som personale og ledelse oplever i afdelingerne, når patienter udebliver.

Andet undersøgelsesspørgsmål vedrører personale og lederes vurdering af, hvorvidt gebyrer vil få en indflydelse på udeblivelser. Litteratur om udeblivelser (Jansbøl & Wolf 2015) viser, at andre metoder til at nedbringe omfanget af udeblivelser også har en – i nogle tilfælde – bedre effekt end økonomiske sanktioner. Det er derfor væsentligt også at forholde sig til, hvad afdelingerne i øvrigt har foretaget sig for at nedbringe antallet af udeblivelser, da gebyrforsøgets indvirkning på udeblivelser naturligvis skal fortolkes i lyset heraf. Andet undersøgelsesspørgsmål skal derfor bidrage til at belyse disse øvrige tiltag, og hvordan interviewpersonerne vurderer, at de har fungeret.

Hensigten med det tredje undersøgelsesspørgsmål er at skabe indsigt i, hvilke ressourcer der har været i brug i forbindelse med gebyrforsøget, og hvilke udfordringer der er ved den valgte organisering. Formålet med at indføre gebyrer er, at det skal reducere omfanget af udeblivelser². En eventuel effekt skal dog vejes op mod den indsats, som har været nødvendig for at implementere og administrere gebyrer i regionen og i de to afdelinger. Desuden gav personalet i de to afdelinger ved gebyrforsøgets start, udtryk for en bekymring for, om indførelse af gebyrer også ville have en negativ effekt på deres forhold til de patienter, som vil forholde sig kritisk til gebyrer. Tredje undersøgelsesspørgsmål retter sig derfor også mod personale og

² Belyses af DEFACTUM i særskilt publikation.

lederes oplevelser af, hvordan udeblivelser og gebyrer udfordrer dem i deres daglige arbejde og i forholdet til deres patienter.

1.3 Læsevejledning

Rapporten indledes med en gennemgang af undersøgelsens metode og materiale (kapitel 2). Herefter er rapporten struktureret, så analysen af de tre undersøgelsesspørgsmål behandles i særskilte afsnit.

Kapitel 3 de udfordringer, som opstår i afdelingerne som følge af udeblivelser, og hvilket arbejde udeblivelser afstedkommer. Her udpeges forskellige konsekvenser ved udeblivelser, afhængig af undersøgelsestype og faggruppe samt ledelsens vurdering af de udfordringer, som opstår som følge af udeblivelser i afdelingerne.

Kapitel 4 belyser ledelse og personales vurdering af, hvorfor patienter udebliver fra aftaler i afdelingen, og hvordan gebyrer kan bidrage til at nedbringe antallet af udeblivelser. Dette sammenholdes med ledelsen og personalets beskrivelse af, hvilke andre tiltag til nedbringelse af udeblivelser der er implementeret i afdelingerne, og hvordan de kan medvirke til at påvirke udeblivelsesraten.

I Kapitel 5 gennemgås personalets beskrivelser af de opgaver, som fulgte med gebyrforsøget, samt arbejdsdeling og samarbejdsrelationen mellem de to afdelinger og det kontor, som stod for den administrative håndtering af gebyrerne. Den valgte organisering diskuteres både i lyset af de bekymringer, som personalet gav udtryk for forud for gebyrforsøget, og de udfordringer, som er opstået undervejs, og som skal overvejes, hvis gebyrer skal implementeres permanent. Rapporten afsluttes i kapitel 6 med en samlet konklusion på de tre undersøgelsesspørgsmål, og på hvilke konsekvenser indførelse af gebyr ved udeblivelse har haft for organisationen og de fagprofessionelle.

2 Undersøgelsens design og metode

Undersøgelsen er designet som en før-/efterundersøgelse med to dataindsamlingsperioder på hver af de to medvirkende afdelinger. Der er lagt vægt på at få ledere og personales præcise beskrivelser af de forskellige opgaver, der knytter sig til booking, planlægning og gennemførelse af afdelingernes respektive undersøgelser, deres vurdering af, hvordan henholdsvis udeblivelser og implementeringen af gebyrer har påvirket arbejdsgange og samspillet mellem fagfolk og patienter. Der er derfor foretaget både observationer og interview i de to afdelinger.

Baselineundersøgelsen blev gennemført i perioden umiddelbart før gebyrforsøgets begyndelse (januar 2015) og skulle, udover at belyse ovenstående selvstændige formål, fungere som sammenligningsgrundlag for anden dataindsamlingsperiode. På grund af variation i tilrettelæggelsen af gebyrforsøget i de to afdelinger, så blev opfølgingsundersøgelsen gennemført i henholdsvis februar 2016 og december 2016.

Se Tabel 2.1 for en oversigt over dataindsamlingens forløb og overordnede temaer i spørgeguides.

Tabel 2.1 Dataindsamling – forløb og temaer i spørgeguides

	Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg	Radiologisk Afsnit, Regionshospitalet Silkeborg
Baseline	Spørgeguidens overordnede temaer: <ul style="list-style-type: none"> Hvilke arbejdsopgaver går forud for, og hvilke arbejdsopgaver opstår der som følge af patienters udeblivelse fra en planlagt undersøgelse? Hvilke udfordringer oplever personalet i forbindelse med udeblivelser? Hvordan vurderer og forklarer personale og ledelse udeblivelser før gebyrforsøgets start? Hvilke andre tiltag er iværksat i afdelingen for at reducere antallet af udeblivelser? 	
Opfølgning	Spørgeguidens overordnede temaer: <ul style="list-style-type: none"> Hvilke nye opgaver knytter sig til indførelse af gebyrer? Hvordan vurderer og forklarer personale og ledelse udeblivelser efter gebyrforsøgets start? Hvordan har gebyrer påvirket forholdet mellem personale og patienter? Hvilke andre tiltag er iværksat i afdelingen for at reducere antallet af udeblivelser? 	
Tidsforløb	Forskningsdesign: RCT 1. maj – 1. december 2015 Dataindsamling: <ul style="list-style-type: none"> Baseline - januar 2015 Opfølgning - januar 2016 	Forskningsdesign: Før-/efter-design 1. januar 2016 – 1. december 2016 Dataindsamling: <ul style="list-style-type: none"> Baseline - januar 2015 Opfølgning - december 2016

2.1 Baselineundersøgelse

Baselineundersøgelsen bestod af et observationsstudie og interview i de to medvirkende afdelinger. Med henblik på at finde frem til de arbejdsopgaver og det personale, som bliver påvirket af udeblivelser, blev afdelingsledelserne interviewet indledningsvist. Begge afdelinger udpegede lægesekretærer, sygeplejersker og læger. Den ledende overlæge på Radiologisk Afsnit understregede endvidere, at der var behov for at undersøge betydningen af udeblivelser særskilt på de fire typer af scannere i afdelingen – MR-scanning, CT-scanning, Ultralydsscanning og røntgenundersøgelser – idet der er forskellige rammer for at planlægge og gennemføre undersøgelserne. De enkelte scannere varetages af specialiseret personale og en specialeansvarlig sygeplejerske eller radiograf fra hver type af scanner blev inkluderet i undersøgelsen. I begge afdelinger stod afdelingsledelsen (i samarbejde med en lægesekretær) for at planlægge interview og observationer.

Observationsstudiet bestod af fem dages observation på hver af de to afdelinger, hvor det udvalgte personales arbejde var genstand for observation. Under observationerne blev der taget noter, som undervejs i observationsperioden blev tematiseret med udgangspunkt i den spørgeguide, som fremgår af Tabel 2.1. Temaerne relaterede sig til de overordnede spørgsmål i spørgeguiden, og observationsnoterne blev sorteret under disse temaer.

Interviewene blev gennemført i forlængelse af observationsperioden. Også her blev der taget noter undervejs og interviewene blev optaget med henblik på efterfølgende at supplere noterne. Der blev foretaget 14 interview i alt.

Tabel 2.2 Gennemførte interview, baselineundersøgelsen

Interviewdeltagere	Radiologisk Afsnit	Ortopædkirurgisk Ambulatorium
Lægesekretær	2	2
Radiograf	4	-
Sygeplejerske	-	2
Læge	1	1
Ledelse	1	1

2.2 Opfølgende undersøgelse

Den opfølgende undersøgelse bestod af interview med repræsentanter for samme personalegrupper, som deltog i baselineundersøgelsen. Interviewene på Ortopædkirurgisk Ambulatorium blev gennemført i januar 2016, dvs. umiddelbart efter gebyrforsøgets afslutning i denne afdeling. Her deltog udvalgte læger, sygeplejersker og lægesekretærer. Interviewene på Radiologisk Afsnit blev gennemført umiddelbart inden gebyrforsøgets afslutning i denne afdeling (december 2016). Her deltog læger, radiografer, sygeplejersker og lægesekretærer. Interviewene var tilrettelagt som relativt korte interview (20-30 minutter) med fokus på at kortlægge de arbejdsopgaver, der knytter sig til gebyrforsøget og den måde gebyrforsøget har påvirket arbejdsgange, såvel som personalets relation til patienterne. 16 interview blev gennemført i alt.

Tabel 2.3 Gennemførte interview, opfølgende undersøgelse

Interviewdeltagere	Radiologisk Afsnit	Ortopædkirurgisk Ambulatorium
Lægeseekretær	3	2
Radiograf	3	-
Sygeplejerske	1	2
Læge	1	3
Ledelse	1	-

I tilknytning til interviewene i Radiologisk Afsnit blev der også gennemført interview med den person, der var ansvarlig for at udskrive og administrere gebyrer i Koncernøkonomi, Region Midtjylland. Her var fokus på regionens administrative opgaver, på dialog og samarbejde mellem forsøgsafdelingerne og regionens medarbejder samt dialogen mellem regionens medarbejder og patienter, som blev pålagt et gebyr. Dette interview varede 1 time.

På samme måde som i baseline-undersøgelsen blev der skabt et overblik over interviewudsagnene ved en gruppering efter de temaer, som fremgår af Tabel 2.1. Da interviewene til denne del blev gennemført over relativt få dage i hver afdeling blev datakondensering ikke brugt til løbende kvalificering af data og interviewguides. I udarbejdelsen af interviewguide til denne del af undersøgelsen blev der derimod taget udgangspunkt i baselineundersøgelsen, og i forberedelse af interviewene i Radiologisk Afsnit blev der ligeledes taget udgangspunkt i interviewudsagnene fra Ortopædkirurgisk Ambulatorium i udarbejdelsen af den konkrete interviewguide.

3 Hvornår og hvorfor er udeblivelser et problem?

I dette afsnit belyses de udfordringer, som udeblivelser og for sent fremmøde³. Afsnittet indledes en relativt deskriptiv gennemgang af de arbejdsopgaver, der knytter sig til planlægning og koordinering af dagsprogrammerne i de to afdelinger, og interviewpersonernes vurdering af, hvordan udeblivelser påvirker arbejdsgangene for de enkelte faggrupper. Til slut gennemgås ledelsens perspektiver på, hvordan udeblivelser udfordrer den overordnede drift i afdelinger.

3.1 Arbejdsopgaver knyttet til planlægning af dagsprogrammer i afdelingerne

Dette afsnit forholder sig til de arbejdsopgaver knyttet til henvisning og visitation, booking og ombooking, indkaldelse, undersøgelse, og opgaver knyttet til patienter, der udebliver fra undersøgelse, som går forud for og vedrører patienters aftaler med hospitalsafdelingerne, og som potentielt spildes, når en patient udebliver fra en planlagt undersøgelse.

3.1.1 Planlægning forud for aftaler

Henvisning og visitation

Patienterne i *Ortopædkirurgisk Ambulatorium* henvises fra deres praktiserende læge, speciallæge eller anden afdeling. Visitationen foretages af lægerne, men nogle – primært idrætsskader – visiteres af lægesekretærene. I visitationen tages der stilling til, hvorvidt patienten skal tilses i afdelingen, og i så fald, hvor hurtigt patienten skal tilses. Der tages også stilling til, om der før undersøgelsen skal bestilles prøver fra andre afdelinger. Hvis det er tilfældet, noterer lægen dette i visitationsnotatet, hvorefter lægesekretærene bestiller prøverne.

Patienter i *Radiologisk Afsnit* henvises også fra deres praktiserende læge og fra Ortopædkirurgisk Ambulatorium eller andre afdelinger på hospitalet. Derudover modtager afdelingen akutte patienter. Patienter i Radiologisk Afsnit henvises til de fire typer af scannere: røntgen-, ultralyd-, CT- og MR-scanning. De specialeansvarlige radiografer visiterer patienterne til de forskellige scannere og til de forskellige undersøgelser, som kan udføres med de enkelte typer af scannere. Visitorator tager også stilling til, hvor hurtigt en patient skal tilbydes en tid, samt om der skal tages supplerende prøver/undersøgelser før eller i forbindelse med undersøgelsen på hospitalets ortopædkirurgiske ambulatorium. Patienterne inddeles i tre grupper: akutte patienter, patienter, som haster, og øvrige patienter. Akutte patienter kommer enten fra hospitalets øvrige afdelinger, henvisninger fra praktiserende læge eller akutklinikken. De kommer i løbet af arbejdsdagen og skal skaffes en tid hurtigt, som regel samme dag. Kategorierne 'øvrige patienter' og 'hastepatienter' består af patienter, hvis tider er planlagte i forvejen. 'Hastepatienter' skal undersøges før 'almindelige patienter' og altid inden 14 dage.

³ Der foretages her en skelnen mellem patienter, som helt udebliver fra aftaler på afdelingerne og patienter, der møder op i afdelingen, men for sent i forhold til den aftalte tid for undersøgelsen. Denne skelnen er væsentlig, da patienter i nogle tilfælde kan tilbydes en tid senere samme dag, hvor det i andre tilfælde ikke er muligt at foretage en ombooking. I sidstnævnte tilfælde er for sent fremmøde, at betragte som en udeblivelse.

Booking og ombooking

Lægeseekretærene har ansvaret for, at alle ambulatorier og undersøgelsesstuer er fuldt booket. På baggrund af visitationsnotatet booker lægeseekretærene i *Ortopædkirurgisk Ambulatorium* tider for patienter ud fra visitationsnotatet. Ved booking bruger lægeseekretærene i nogle tilfælde tid på at skaffe billeder fra eksempelvis røntgenafdelingen eller privathospitaler. Lægeseekretærer i *Ortopædkirurgisk Ambulatorium* anslår, at de bruger 10 min pr. patient, hvilket inkluderer modtagelsen af henvisningen, visitationen og booking af aftalen. Når patienter efter undersøgelsen skal have en ny tid, får de den med det samme hos lægeseekretærene. Dette er en ret ny praksis, idet patienter tidligere ikke havde mulighed for at aftale deres næste tid, men modtog en af ambulatoriet tildelt tid pr. brev. Patienter kan også ændre deres aftaler ved at ringe til *Ortopædkirurgisk Ambulatorium*. En lægeseekretærer bemander afdelingens telefon og kan foretage ændringer løbende, imens hun udfører andre opgaver.

I *Radiologisk Afsnit* sørger lægeseekretærene både for planlægning af de elektive undersøgelser og for, at de akutte patienter, som bliver henvist til *Radiologisk Afsnit* i løbet af arbejdsdagen, får tid samme dag til de relevante undersøgelser. Når en ledig tid opstår – som følge af, at afdelingen selv eller en patient har ændret eller aflyst en aftale – forsøger lægeseekretærene at indkalde en patient, som har brug for den pågældende undersøgelse, og som har en aftale på et senere tidspunkt. Lægeseekretærer på *Radiologisk Afsnit* finder det vanskeligt at angive et gennemsnitligt tidsforbrug pr. patient til bookning og indkaldelse, idet der er relativt store forskelle mellem bookinger og indkaldelser for patienter, alt efter den scanner, patienten er visiteret til og den behandling, de indgår i. De vurderer dog, at det tager 1-2 minutter for en simpel undersøgelse (fx en undersøgelse af et afgrænset område), og mere komplekse (fx scanninger af hele kroppen) tager lidt længere.

Indkaldelse

Indkaldelsen foregår i begge afdelinger via e-boks, med mindre patienten er fritaget fra at modtage elektronisk post. Ved nye henvisninger i *Ortopædkirurgisk Ambulatorium* modtager patienten automatisk en skriftlig indkaldelse, som enten er med brev eller i e-post. Hvis patienten er fritaget fra digitalpost, sender lægeseekretæren brevet til fjernprint. Lægeseekretærene anslår, at indkaldelse tager få minutter pr. patient, men kan ikke præcisere det nærmere. Hvis en patient udebliver er både booking og indkaldelse reelt spildt arbejde, det skal gentages i de tilfælde, hvor patienten genindkaldes. Arbejdet med at skaffe billeder skal dog ikke gøres for patienter, som er udeblevet og efterfølgende indkaldt igen, idet materialet allerede er skaffet.

I *Radiologisk Afsnit* indkalder lægeseekretærene som udgangspunkt via e-boks. I de tilfælde, hvor patienter rykkes frem i programmet, indkaldes de enten pr. telefon eller e-boks, men de har ingen nedskrevne regler for, hvornår de ringer til en patient frem for at sende et brev. En lægeseekretær beskrev, at det er en tommelfingerregel, at man sender brev via e-boks, hvis der er mere end fire dage til indkaldelsestiden, og telefonerer, hvis der er mindre end fire dage til indkaldelsestiden. Når lægeseekretærene rykker en allerede indgået aftale, forsøger de at få telefonisk kontakt med den patienten, inden de rykker aftalen. Dette er især relevant, når en patient med høj prioritering henvises til en undersøgelse, som tager lang tid at gennemføre (eksempelvis en MR-scanning af hele kroppen), da det er tider, som er svære at fylde ud med andre undersøgelser, hvis en patient udebliver. Patienter, som skal have en tid efter fire dage eller senere, indkaldes almindeligvis via e-post. Patienter, som bliver indkaldt til en tid inden for fire dage, bliver indkaldt telefonisk. Hvis patienternes telefonnummer ikke fremgår af deres journal, søger lægeseekretærene efter patienternes nummer over internettet eller gennem kontakt med patientens egen læge.

Før undersøgelse

I *Ortopædkirurgisk Ambulatorium* starter sygeplejerskerne deres dag med at forberede konsultationerne med alle dagens patienter, som er opført i det ambulante dagsprogram på computeren. Sygeplejerskerne finder patienternes journaler frem, gennemgår dem og samler eventuelt billeddiagnostisk materiale med de enkelte journaler. Sygeplejerskerne angiver, at de samlet bruger en halv til en hel time på dette. Når en patient ankommer, registrerer lægesekretæren patienten i det ambulante dagsprogram, hvilket også vises på sygeplejerskens skærm. Når patienten står som fremmødt, finder sygeplejersken det forberedte materiale frem og indkalder patienten.

I *Radiologisk Afsnit* indhenter lægesekretærene andre relevante prøvesvar forud for undersøgelsen, som, de sørger for, ligger klar, inden radiografen indkalder patienten. Der er ikke data på, hvor lang tid opgaven tager.

3.1.2 Håndteringen af udeblivelser

Registrering af udeblivelser

I begge afdelinger henvender patienter sig i receptionen og bliver registreret som fremmødt. I de tilfælde, hvor en patient ikke er mødt op, beskriver henholdsvis sygeplejersker og radiografer i de to afdelinger, hvordan de typisk kalder på patienten alligevel, idet der kan være fejl i det elektroniske registreringssystem, eller patienten kan have sat sig i et forkert venteværelse eller lignende. I begge afdelinger venter sygeplejerskerne og radiografer et stykke tid, før de kalder på patienten igen. Herefter registreres patienten som udebleven. Registreringen af udeblivelsen kan blive udført umiddelbart efter den aftalte tid, men som regel bliver udeblivelsen først registreret senere på dagen. Årsagen hertil er, at patienter, som kommer for sent, om muligt kan få en anden tid samme dag, og hvis patienten ikke er meldt udebleven, behøver personalet ikke oprette en ny booking.

Udnyttelsen af den tomme tid

Det er imidlertid ikke alle patienter, som det er muligt at finde en anden tid på samme dag, hvis de møder for sent op. I *Ortopædkirurgisk Ambulatorium* skelner de mellem forundersøgelser og kontroller, hvor der er afsat henholdsvis 30 og 15 minutter til undersøgelsen. Det er lettere at tage en patient, der er forsinket til en kontrol, ind senere i programmet, eller tage en anden patient ind tidligere. Tid afsat til forundersøgelser bliver i højere grad spildtid, da disse tider er sværere at passe ind på et andet tidspunkt, og det vil betyde større forsinkelser i dagsprogrammet, hvis personalet vælger at tage en patient ind, som er forsinket til en forundersøgelse. Desuden fortalte personalet fra *Ortopædkirurgisk Ambulatorium* om dage, hvor mange patienter udebliver, og her kan det være svært at fylde alle ubrugte tider ud med andre patienter.

Når en patient ikke er mødt op til den aftalte tid i *Radiologisk Afsnit*, kan radiografen eller sygeplejerske enten forsøge at erstatte den udeblevne patient med en patient, der allerede sidder i venteværelser, eller en patient, som er henvist fra en af hospitalets øvrige afdelinger. Radiografen tjekker da bookinglisten for nye henvisninger og forsøger at få en patient ind, fx fra en sengeafdeling. Radiografen kan dog kun tage patienter ind under forudsætning af, at de er klar til undersøgelse. Patienter, der skal MR-scannes, skal være fastende, og det er derfor mindre sandsynligt, at det er muligt at udnytte tomme tider i MR-scannerne. Det er radiografen, som tjekker op på, om det er muligt at hente patienter ind fra de sengeliggende afsnit, og radiografen er her afhængig af, at sengeafdelingen har mulighed for at sende patienten videre til *Radiologisk Afsnit* relativt hurtigt. Vælger radiografen at erstatte den udeblevne patient med

en anden, sker det ud fra en afvejning af, om det efterfølgende bookingprogram risikerer at blive forsinket.

I MR-scanneren tager en undersøgelse mellem ½ og 1½ timer, hvorimod undersøgelser på de øvrige typer af scannere kan tage fem minutter til en time. På de scannere, hvor undersøgelsestiden er kort, er det relativt let at bytte om på patienter, således at patienter, der allerede sidder klar i venteværelset, kan kaldes ind, hvis en patient udebliver eller er forsinket. Forsinkede patienter får typisk også en tid senere på dagen på disse modaliteter og bliver derfor ikke registreret som udeblevne. På scannere med korte undersøgelsestider er der mulighed for at udnytte huller i programmet til akutte patienter. Det er ofte ikke muligt på MR-scanneren, og de længere undersøgelsestider betyder, at personalet er mere konsekvente i forhold til at starte undersøgelserne til tiden. Hvis tidsplanen skrider her, kan det betyde store forsinkelser sidst på dagen. Patienter, der er forsinkede, kan derfor heller ikke i samme grad tilbydes en tid senere på dagen. Der er altså, som det også var tilfældet på Ortopædkirurgisk Ambulatorium, en større fleksibilitet forbundet med de kortere undersøgelsestider, og dermed også større sandsynlighed for, at afdelingen kan bevare højest mulig produktivitet på de scannere, hvor de korte undersøgelser gennemføres. Omvendt giver lang undersøgelsestid mindre fleksibilitet og større sandsynlighed for, at afdelingens produktivitet reduceres ved udeblivelser. Endelig er nogle undersøgelsesrum reserveret til bestemte typer af undersøgelser og bemandet af personale med specialiserede kompetencer. Hvis en patient udebliver her, er det derfor ikke muligt at erstatte den tomme tid med en hvilken som helst patient, der i forvejen sidder i venteværelset. Således spiller organiseringen i forbindelse med specialiserede undersøgelser og kompetencer altså også ind i afdelingens mulighed for fleksibelt at erstatte udeblevne patienter med andre.

Vurdering af behovet for genindkaldelse

Når personalet, som skulle have foretaget undersøgelsen, vurderer, at en patient er udeblevet, dikterer lægen, at patienten er udeblevet og vurderer, om den udeblevne patient skal have tildelt en ny tid. For patienter, som har været på *Ortopædkirurgisk Ambulatorium* før med den pågældende skade, sker vurderingen på baggrund af journalen. For patienter, som ikke har været på Ortopædkirurgisk Ambulatorium før, sker vurderingen på baggrund af henvisningen. I vurderingen indgår overvejelser om, hvor alvorlige symptomer eller skader er, og hvad konsekvenserne for patienten kan være af ikke at blive tilset. Ifølge en læge foretager lægen denne vurdering "*lynhurtigt ved at skimme journalen og måske henvisningen*". Personalet vurderer, at de fleste udeblevne patienter ikke vurderes til at have behov for en ny tid. Blandt de patienter, som skal have en ny tid, skelner lægerne mellem patienter, som *helst* skal komme til en ny aftale, og patienter, som meget gerne *skal* komme til en ny aftale. Gruppen af patienter, som meget gerne skal komme til en ny aftale, er typisk patienter, som efter lægens vurdering kan have svært ved at tage godt nok vare på sig selv. Det kan være patienter med problemstillinger som misbrug, hjemløshed eller patienter, som er i komplicerede behandlingsforløb.

Hvis patienter ikke møder op i *Radiologisk Afsnit*, eller når det ikke er muligt at tilbyde dem en tid senere på dagen, markerer radiografen patienten som udebleven. Herefter følger en procedure svarende til proceduren i Ortopædkirurgiske Ambulatorium, hvor radiolog eller radiograf vurderer, om en genindkaldelse er nødvendig, hvorefter patienten enten afsluttes eller indkaldes til en ny tid.

Lægens diktat bliver efterfølgende transskriberet af lægesekretærene. Lægesekretærene afslutter udeblevne patienter, som lægen har vurderet ikke har behov for ny aftale. Der sendes besked til patientens egen læge om, at patienten afsluttes på grund af udeblivelse. Til de patienter, som skal tilbydes en ny tid, kontakter en lægesekretær dem telefonisk eller tilsender en ny indkaldelse.

3.2 Betydningen af udeblivelser for de forskellige faggrupper

Som det fremgår af ovenstående, så har det forskellig betydning for de forskellige faggrupper i afdelingerne, når patienter udebliver.

Læger

Lægerne i begge afdelinger gav udtryk for, at de sjældent bliver påvirket direkte af udeblivelser. Ortopædkirurgerne fra *Ortopædkirurgisk Ambulatorium* gav udtryk for, at patienternes udeblivelser ikke påvirker deres arbejde nævneværdigt, idet de oftest sørger for at en anden patient kommer ind i stedet for den udeblevne, og udeblivelser er en chance for at indhente forsinkelser i dagsprogrammet. Udeblivelser kan tilmed udgøre en buffer, som skaber mulighed for at lave administrativt arbejde.

Jeg kan sige, for mit vedkommende, når jeg sidder i ambulatoriet, så kan man betragte en udeblivelse som en buffer. En tidsmæssig buffer. Man kan også sige, hvis man har meget overflødig tid i et ambulatorium, kan man få tid til at lave noget kontorarbejde ind i mellem. Så bliver det også en tidsmæssig buffer til at lave noget andet. Det er sjældent folk smider benene op på bordet og så lige tager en slapper.
(Læge)

Radiologerne i *Radiologisk Afsnit* beskrev på lignende vis, hvordan udeblivelser kan være en mulighed for at komme i bund med arbejde, der ikke direkte er relateret til patienten i scanneren. Radiologerne har kun meget lidt patientkontakt, og mange opgaver er uafhængig af, at der ligger en patient i scanneren. Efter en gennemført scanning ser radiologen billederne igennem og beskriver billederne. I perioder med stor travlhed er det typisk radiologernes beskrivelser af billedoptagelserne, som Radiologisk Afsnit ikke kan nå at få gjort færdige. Når bunken af ubeskrevne undersøgelser vokser sig for stor, forsøger man fra lægesekretærernes side at skrue ned for patientflowet. Det gør lægesekretærene ved at booke færre patienter. Men det er dog vanskeligt at styre, især for CT-scanneren, idet der her er mange akutte patienter. Man risikerer derfor, at de sparede pladser fyldes op af akutte patienter. I det perspektiv udgør udeblivelser en potentiel buffer, hvor der er mulighed for at indhente nogle arbejdsopgaver.

Radiografer og sygeplejersker

For radiografer og sygeplejersker opleves udeblivelser derimod som noget, der giver anledning til ekstraarbejde, da det er disse faggrupper, som har til opgave at koordinere dagsprogrammet i de to afdelinger. Når patienten udebliver fra undersøgelse, er det enten en sygeplejerske eller radiograf, som skal forsøge at finde en erstatning for den udeblevne patient, og derfor er sygeplejersker og radiografers arbejde derfor i højere grad påvirket af udeblivelser.

Det [at nogen udebliver, red.] betyder, at jeg bruger tid på at gå ud og lede efter dem, og jeg aflyser dem, og det betyder, at min arbejdsrytme, den er brudt. Den læge, som jeg har i mit rum, ham eller hende skal jeg fodre med patienter, så vedkommende hele tiden har noget at lave. Så hvis patienten, som er kaldt ind ambulat, pludselig ikke kommer, så får vi jo ofte en halv time med et hul. (Radiograf)

Behovet for løbende tilgang af patienter i *Radiologisk Afsnit* er størst ved ultralyd-scanning, hvor scanningen og radiologernes vurdering og dokumentation foregår synkront. Ved røntgen, MR-scanning og CT-scanning betyder udeblivelser mindre, da manglende tilgang af patienter ikke på samme måde afbryder radiologernes arbejde. Udeblivelser betyder til gengæld, at der skal justeres i dagsprogrammet, og i Radiologisk Afsnit skal der tages stilling til, om indlagte eller akutte patienter kan erstatte den ledige tid.

Radiograferne kan ved udeblivelse vælge at aflaste kollegaer på andre scannere ved at tage en af de patienter, der har tid til en anden scanner, hvis dette er muligt. Når radiografen hverken kan udfylde tidsrummet med en patient fra sengeafdelingen eller aflaste kollegaer, beskriver de, at de typisk har andre opgaver, de kan løse, noget de skal læse op på, eller de kan tage sig en kærkommen pause.

Lægeseekretærer

Lægeseekretærene indkalder og booker aftaler med patienterne, og dette arbejde er i princippet afsluttet på det tidspunkt, hvor en patient udebliver, og er derfor i disse situationer spildt arbejde. Kun hvis patienter skal genindkaldes er der tale om ekstraarbejde for lægeseekretærene, som derfor ikke oplever, at flowet i deres arbejde forstyrres ved udeblivelser på samme måde som sygeplejersker og radiografer.

3.3 Ledelsens perspektiv på udfordringer ved udeblivelser

Ledelsen på begge afdelinger er enige om, at udeblivelser er et væsentligt problem, fordi det påvirker afdelingens økonomi og afdelingens muligheder for at leve op til behandlings- og udredningsgarantierne. Hvad angår spørgsmålet om økonomi, så udgør udeblivelserne først og fremmest et tab, fordi den DRG-værdi, som er knyttet til en planlagt undersøgelse, ikke kan indfries:

Hvis vi ser det rent produktivitetmæssigt, så er en udeblivelse spild. Det er små 3.000 kr. vi taber, når en patient udebliver. Det er, hvad vi får for en forundersøgelse. Så det påvirker det antal patienter, vi får igennem. Det påvirker dermed økonomien for afdelingen. (Afdelingsleder)

Overbooking er i henhold til ledelsen en løsning på det problem, da man så øger sandsynligheden for et fyldt bookingprogram på trods af udeblivelser. Det er dog ikke en løsning, som afdelingerne ynder at bruge, da man så risikerer ikke at leve op til afdelingernes servicemål om ventetider på dagen for undersøgelse og behandling.

Udeblivelserne påvirker også afdelingernes mulighed for at leve op til udrednings- og behandlingsgarantierne, idet andre patienter kunne have fået gavn af den ubrugte tid inden for ventetidsgarantiernes rammer:

Som noget nyt skal vi nu give patienten tid til forundersøgelse inden for fire uger. Det har vi sådan set problemer nok med i forvejen. Hvis en patient så udebliver, så var der en potentiel anden patient, som vi kunne sætte ind i stedet for, hvis vi havde fået afbudet i tide. Dermed ville vi have større chance for at holde garantierne over for patienterne. (Afdelingsleder)

Løsningen synes, set fra et ledelsessynspunkt, ret simpel, idet det blot kræver, at patienten melder afbud, så en anden patient kan få gavn af den ledige tid. Det kan ifølge afdelingslederen i den ene afdeling opleves som urimeligt, at afdelingen på den ene side skal leve op til udrednings- og behandlingsgarantier, og at patienterne på den anden side ikke mødes af krav om at melde afbud. Udeblivelser bliver en kilde til det, som en af lederne betegner som 'organisatorisk irritation', som handler om, at det arbejde, som er blevet gjort i forbindelse med visitation og booking af patienten, er spildt, eller at en scanner står stille, fordi afdelingen ikke har haft mulighed for at tage en anden patient ind til undersøgelse. Der er, som det vil blive beskrevet i det følgende afsnit, forskel på, om udeblivelser opleves som en buffer, pause og mulighed for

at indhente forsinkelser, eller om de opleves som reel spildtid. Udeblivelser er dog, ifølge lederne, med til at opbygge en oplevelse blandt personalet af, at de udeblevne patienter ikke respekterer personalet indsats og de ressourcer, der går til spilde, når de undlader at melde afbud, og – i det helt store perspektiv – et fælles ansvar for samfundsøkonomien. I den sammenhæng blev gebyrforsøget betragtet som forsøg på at opdrage patienter til at tage ansvar for egen behandling og for samfundets ressourcer, og dermed også en måde at skabe en følelse af retfærdighed blandt personalet i afdelingerne.

3.4 Opsamling og diskussion

I dette afsnit er de opgaver, som knytter sig til visitation, booking, indkaldelse og undersøgelse gennemgået. Denne gennemgang viser, at der er en række opgaver, som er spildt, hvis en patient udebliver, og der kan også være tale om en scanner, som står tom og/eller personale, som er allokeret til den pågældende undersøgelse, og som i princippet også er uproduktive i det tidsrum, hvor den pågældende aftale skulle have været gennemført. Det arbejde, der vedrører selve undersøgelsen, kan selvsagt ikke udføres uden en patient, og medfører derfor også spildtid, både for det kliniske personale og i de ressourcer, som står ubrugte hen, når patienterne ikke dukker op til en aftale eller kommer for sent. Det er dog ikke alle udeblivelser eller forsinkelser, som reelt fører til spildtid. Interviewene med personalet i begge afdelinger peger på, at personalet i de to afdelinger gør et stort arbejde for at sikre en høj produktivitet. Det kommer bl.a. til udtryk ved en relativt stor fleksibilitet i forhold til patienter, som er møder for sent op til den aftalte tid, og som, så vidt det er muligt, tilbydes en anden tid samme dag. Personalet præsenterer dog en skelnen mellem undersøgelser, hvor dagsprogrammet kan omorganiseres og koordineres med høj fleksibilitet og undersøgelser, hvor dagsprogrammet kan omorganiseres med lav fleksibilitet. Ved nogle typer af undersøgelser er der en meget lille mulighed for at flytte rundt i dagsprogrammet, og en patient, der er forsinket, kan derfor ikke imødegås med en ny tid senere på dagen eller erstattes af en anden. Her fører en forsinkelse såvel som udeblivelse altså i højere grad til spildtid og manglende ressourceudnyttelse sammenlignet med undersøgelser, hvor programmet kan planlægges med højere grad af fleksibilitet.

For de undersøgelser og de scannere, hvor fleksibel tilpasning af dagsprogrammet er muligt, kræves et stort koordineringsarbejde af de sygeplejersker og radiografer, som har ansvaret for, at dagens program er fyldt ud. For lægerne i afdelingen er udeblivelser ikke i samme omfang forbundet med ekstraopgaver, og de giver ydermere udtryk for, at de kan bruge udeblivelserne aktivt til at indhente noget arbejde, som ellers skulle laves senere på dagen eller indhente forsinkelser i dagsprogrammet, som er opstået i løbet af dagen. Det samme er muligt for radiografer og sygeplejersker i de tilfælde, hvor det reelt ikke er muligt at fylde en tom tid ud.

Samlet set tyder interviewene på, at udeblivelser er en mulighed for at gennemføre et program, der er så booket, at der reelt mangler tid til administrative og praktiske opgaver, som personalet hver især har ansvaret for. Selvom personale og ledere i de to afdelinger meget tydeligt giver udtryk for, at de ikke overbooker, så peger interviewene på, at der er arbejdsopgaver, som vil være tilovers sidst på dagen, hvis alle patienter dukker op til den aftalte tid, samtidig med at muligheden for at finde plads til akutte patienter formentlig vil være mindre. Interviewene peger altså på modstridende opfattelser af, om dagsprogrammerne er mulige at gennemføre, såfremt udeblivelser bliver helt reduceret. Det betyder noget for vurderingen af, om og i hvilket omfang udeblivelser resulterer i spildtid. For de større og tidskrævende undersøgelser, hvor der er ringe grad af fleksibilitet, er udeblivelser forbundet med et spild, men også her er der mulighed for bruge tiden på fx administrativt arbejde. For de mindre krævende

undersøgelser er der i mindre grad tale om spild. Diskussionen af spild ved udeblivelser afhænger derfor i høj grad af den konkrete type undersøgelser, muligheden for at justere dagsprogrammer og lave andre arbejdsopgaver i den ledige tid.

Udeblivelser er dog fortsat et irritationsmoment for både ledelse og personale, som påvirker oplevelsen af at kunne drive afdelingen effektivt og af at være værdsat for sit arbejde. Denne irritation har ingen betydning for de patienter, som møder op til behandling, men kommer bl.a. til udtryk som en følelse af uretfærdighed over at stå til rådighed for behandlings- og udredningsgarantier, uden at patienter pålægges tilsvarende krav.

4 Årsager til udeblivelser og tiltag til at reducere dem

I dette afsnit stiller vi skarpt på ledelsen og personalets vurdering af gebyret som metode til at påvirke omfanget af udeblivelser, og hvad der ellers påvirker omfanget af udeblivelser i de to afdelinger. I dette afsnit gennemgås de forskellige årsager, som ledelse og personale i de to afdelinger bidrog med i interviewene, og hvilke øvrige tiltag som afdelingerne havde sat i gang for at reducere antallet af udeblivelser.

4.1 Lederne og personalets vurdering af årsager til udeblivelser

Interviewene indikerer, at der er mange forklaringer på, hvorfor patienter udebliver, herunder nogle forklaringer, som handler om patienters aktive valg, og andre, som handler om organisatoriske forhold og kommunikative brist mellem internt på sygehusene og mellem sygehus og patienter. Nedenfor er listet de årsager, som interviewpersonerne i de to afdelinger og i Region Midtjylland beskrev i interviewene:

Hvorfor udebliver patienter?

- **E-boks:** Indkaldelsen bliver sendt til e-boks, men bliver ikke læst. Her er især tale om ældre eller svage borgere, som ikke er fortrolige med e-boks eller ikke har adgang til en computer, samt unge, hvor de og deres forældre ikke har været opmærksomme på, at man får sin egen e-boks, når man fylder 15 år.
- **Indkaldelsen er forsinket:** Patienter modtager først indkaldelsen tæt på eller efter tidspunktet for undersøgelsen. Det sker især, når indkaldelse er sendt med brevpost, men patienter melder også tilbage til afdelingerne om, at de først for sent er blevet opmærksom på, at de har fået en indkaldelse i e-boks, fx fordi de ikke har sat deres e-boks op, så den adviserer om ny post.
- **Patient har skiftet adresse permanent eller midlertidigt:** Indkaldelsen går tabt, fx i tilfælde, hvor patienten er indlagt midlertidigt på et kommunalt akuttilbud eller permanent flytter adresse til plejehjem.
- **Booking foretages af andre afdelinger:** I Radiologisk Afsnit har nogle afdelinger mulighed for selv at foretage bookinger af bestemte undersøgelser. Hvis den pågældende afdeling aflyser patienten i deres eget system, er det ikke altid, at de husker at afmelde patienten.
- **Flyttede aftaler:** Radiologisk Afsnit har scannere både på Regionshospitalet Silkeborg og Regionshospitalet Hammel. Indimellem er det nødvendigt at ombooke en patient, så de skal til Hammel i stedet for Silkeborg. I den SMS-tekst, som patienter modtager forud for undersøgelsen, fremgår dette skift ikke. Det kan føre til forvirring hos patienten, som dukker op til undersøgelse på det forkerte sted.
- **Forkert forberedelse:** I Radiologisk Afsnits MR-scanner er det vigtigt, at patienten møder op fastende, og at den henvisende læge har angivet eventuelle handicap, sprogbarrierer m.m. i henvisningen, som sikrer, at undersøgelsen kan gennemføres. Manglende eller forkert forberedelse kan betyde, at undersøgelsen må aflyses.

Hvorfor udebliver patienter?

- **Anden sygdom hos patient eller pårørende:** Patienten eller patientens nærmeste pårørende har været syg eller indlagt på en anden afdeling og har ikke været opmærksom på at få meldt afbud.
- **Trafikale problemer:** Myldretidstrafik, vejarbejde og manglende p-pladser, som forsinker patienterne, og kan føre til, at personalet i afdelingen er nødt til at melde dem udeblevet.
- **Patienters prioritering:** Blandt de interviewede var der en oplevelse af, at nogle borgere bliver væk fra undersøgelser, fordi der opstår noget andet i deres dagligdag, som opleves som mere vigtigt, eller fordi deres helbredstilstand er forbedret siden henvisningen.
- **Forglemmelser:** Patienter glemmer deres aftale, fx fordi der er lang tid mellem, at patienten bliver indkaldt, til patienten skal møde op i afdelingerne.

Ud over ovennævnte årsager til udeblivelser beskrev interviewpersonerne, hvordan undersøgelsestypen også havde betydning for hyppigheden af udeblivelser. Indtrykket fra interviewene er, at patienter, som er booket til de korteste og mindst komplekse undersøgelser, oftere udebliver, end patienter booket til de længerevarende og komplekse undersøgelser. Personalet forklarede bl.a. dette med, at patienter til de komplekse undersøgelser ofte er mere syge og i nogle tilfælde også indlagt, hvorfor de er relativt mere motiverede til at møde op. Personalet havde også en fornemmelse af, at mange patienter udebliver til undersøgelser booket et til to år forinden, og at patienter udebliver hyppigere fra kontroltider end forundersøgelser. Det forklarer personalet med, at patienterne i mellemtiden er blevet raske, og motivationen for at møde op er lav.

Interviewpersonerne karakteriserede også bestemte patientgrupper, som 'typiske udeblivere', herunder de socialt dårligt stillede patienter. Denne patientgruppe kan have svært ved at følge aftaler og svært ved at håndtere de mange oplysninger, som følger med en indkaldelse. Derudover kan brug af e-post være en udfordring for denne gruppe, som enten ikke har adgang til digitale ressourcer eller ikke er i stand til at bruge dem. Endelig beskrev flere af interviewpersonerne, hvordan de havde en oplevelse af, at de ældre oftere kommer til tiden til deres aftaler og husker at melde afbud, når de er forhindret i at komme, end de yngre patienter gør.

4.2 Gebyrer og andre tiltag rettet mod nedbringelse af udeblivelser

Gebyrforsøget er tilrettelagt, så det er den enkelte patient, der hæfter for udeblivelser. Heri ligger også en antagelse om, at udeblivelser kan skyldes patienters aktive, bevidste valg eller fravalg, og at gebyret kan virke motiverende for enten at møde op eller melde afbud. Ovenstående forklaringer på, hvorfor patienter udebliver fra deres aftaler med afdelingerne, peger dog på information, som går tabt, eller information, som ikke er blevet givet eller modtaget, skal tages med i overvejelserne over, hvorvidt gebyr er en velegnet metode til at nedbringe udeblivelser.

Gebyrer som en måde at tydeliggøre et ansvar på

Ledere og personale har af gode grunde ikke kontakt med de patienter, der udebliver og deres angivelser af, hvorfor patienter udebliver, er deres egen erfaring og fortolkning. Disse udsagn viser, hvordan nogle typer af udeblivelser opleves som mere acceptable end andre. De udeblivelser, som personalet reagerer negativt på, er dem, som beror på patienters formodede lige-gyldighed og manglende respekt for den forberedelse, som går forud for, og de ressourcer, som stilles til rådighed ved en undersøgelse. Den patientgruppe, som personalet udpeger som den mest markante gruppe af 'uacceptable udeblivere', er den yngre generation, som de definerer relativt bredt fra de helt unge til erhvervsaktive borgere. Interviewpersonerne omtaler de ældre, som nogle, der "har mere pli", "er bedre opdraget", eller kommer "fra en generation, hvor man lærte den slags". Det er karakteristisk, at interviewpersonerne refererer til samtaler med ældre, som giver udtryk for forargelse over, at andre patienter ikke melder afbud, og som anser et gebyr for at være en rimelig sanktion. I modsætning hertil omtaler personalet de yngre som "synderne", "slendrianerne" eller nogen, "som åbenbart har vigtigere ting at tage sig til" end at møde til en aftalt tid eller melde afbud. Her er der altså tale om forklaringsmønstre, som tager udgangspunkt i patienters moral, ansvarsfølelse og opdragelse, og det er primært denne type af udeblivelser, som interviewpersonerne håbede, at gebyrforsøget kunne komme til livs.

Ifølge det interviewede personale og ledelse er det patientens ansvar, hvis de møder for sent op, så bookingprogrammet skrider eller må laves om, hvis de ikke tager højde for trafik og indregner tid til finde en parkeringsplads. På samme måde argumenterer de for, at patienten i reglen skal stå til ansvar for at udeblive uden at melde afbud til afdelingen. Her oplever personalet overvejende, at gebyret er relevant, da det sender et vigtigt signal om, at det koster samfundet penge at stille personale, teknologi og lokaler til rådighed, og at patienter har et medansvar for, at disse ressourcer udnyttes bedst muligt. Det samme gælder for de udeblivelser, som er et resultat af patienters aktive valg mellem den aftalte tid på hospitalet og andre aktuelle begivenheder i deres liv. En afdelingsleder anså gebyrforsøget som en mulighed for at rejse en debat i befolkningen angående patienternes ansvar over for de fælles ressourcer, som behandlinger i det offentlige sundhedsvæsen er:

Jeg aner ikke, hvordan det her gebyr vil påvirke udeblivelser, men det kan forhåbentligt starte en diskussion [...] Det kan godt være, vi overhovedet ikke får gebyr. Det kan også være, det administrativt er for stort et arbejde i forhold til, hvad vi får ud af det. Men forsøget kan have en opdragende funktion. (Afdelingsleder)

Gebyrer handler ifølge denne afdelingsleder ikke alene om den mulige effekt på udeblivelser, men også om at påvirke det, som kan opfattes som en ligegyldighed over for de fælles ressourcer, som går tabt ved udeblivelser. Samme synspunkt fremgik også blandt det interviewede personale i de to afdelinger, og der var en erkendelse af, at visheden om, at patienterne blev pålagt et gebyr, betød noget for personalets egen retfærdighedssans:

Når der er patienter, der bliver væk, så snakker vi om, at det forhåbentligt er en stor bøde. Vi står to radiografer på de fleste scannere. Lægerne kan altid lave noget andet, de står ikke på den måde og venter. Det er mere radiografer og scannere, der spilder tid. (Radiograf)

Personalets følelse af at spilde deres egen tid og fælles ressourcer bliver altså i et vist omfang opvejet af, at patienterne i det mindste bliver gjort opmærksomme på betydningen af deres manglende afbud.

Omvendt gav flere blandt personalet udtryk for en bekymring for, at gebyrerne primært vil påvirke dem, som i forvejen er svagt stillet, og som ikke er i stand til at betale gebyret, og

som måske i højere grad skulle have hjælp til at møde op til aftaler, melde afbud, respondere på indkaldelser i e-boks osv.

Tidsfristen for afbud

Til diskussionen af, hvorvidt gebyrer er et relevant tiltag til at reducere antallet af udeblivelser, hører også en diskussion af, hvor sent patienter kan melde afbud, før det takseres som en udeblivelse. Overordnet set er det interviewede personale enige med lederne i (se afsnit 3.3), at der – i hver fald for nogle patientgrupper – lader til at være en manglende respekt for den tid og de ressourcer, som går til spilde, når de ikke møder op og ikke melder afbud. Flere af interviewpersonerne understregede dog også, at det er helt forståeligt, at der opstår situationer, hvor patienter bliver forsinket eller forhindret i at dukke op. I forbindelse med designet af gebyrforsøget var der netop en diskussion af, hvor sent en patient kan melde afbud. Det endte med en beslutning om, at patienter kunne melde afbud frem til tidspunktet for aftalen, ud fra argumentet om, at det skal være muligt at melde afbud, fx hvis man selv, eller en nær pårørende, bliver akut syg, eller hvis bilen punkterer på landevejen.

Blandt interviewpersoner fra begge afdelinger blev der givet udtryk for, at de i mange tilfælde ville være i stand til at gøre plads til en forsinket patient i løbet af dagen. Derfor ville et eventuelt krav om, at patienter skal melde afbud, fx dagen før en aftale, potentielt medføre unødigt tomme tider, fordi man indfører en rigiditet, der kommer til at stå i vejen for den fleksibilitet, som personalet ellers yder for at få dagsprogrammerne fyldt op. Personalet vurderede altså her, at det i mange tilfælde er bedre, at patienten møder op for sent, end at de bliver væk eller skal afvises på grund af regler om et bestemt tidspunkt for afbud. Omvendt gav personalet også udtryk for, at jo tidligere de får et afbud, jo lettere er det at justere i dagsprogrammerne og kalde andre patienter ind til ledige tider. Dette gælder i særlig grad for MR-scannere eller andre scannere på Radiologisk Afsnit, hvor der udføres mere specialiserede undersøgelser, hvor afbud på dagen, som beskrevet i afsnit 3.1.1, oftest er for sent i forhold til at hente andre patienter ind. Heri ligger altså også et behov for at opdrage eller påvirke patienter til at melde afbud så tidligt som muligt, men ikke et behov, som er blevet imødekommet af gebyrforsøget.

Fokus på kommunikation

Kommunikation, eller mangel på samme, fremstår også som en væsentlig forklaring på udeblivelser. Her kan man skelne mellem den kommunikation, der foregår mellem patient og afdeling, og den kommunikation, der foregår internt mellem sundhedsvæsenets parter. I kommunikationen mellem afdeling og patient fyldte e-boks en del. Interviewpersonerne på begge afdelinger vurderede, at indkaldelse af patienter via e-boks er et tiltag, der har haft negativ effekt på udeblivelser. Flere blandt det interviewede personale argumenterede derudover for, at der er en social og aldersmæssig slagside i, hvem der kan og har mulighed for at bruge e-boks, og de ikke kan beskyldes for bevidst at misbruge hospitalets ressourcer.

I andre tilfælde bunder udeblivelserne i manglende eller ikke fyldestgørende information i kommunikationen mellem hospitalsafdelinger, hospitalsafdelinger og praktiserende læger og hospitalsafdelingens kommunikation til patienter. Her er det nærmere hospitalets interne arbejdsgange, som skal justeres. Her var det, ifølge interviewpersonerne, ikke patienten, der kan pålægges et ansvar for udeblivelsen, fx via et gebyr. Til gengæld er der et behov for, at afdelingerne reflekterer over, hvordan de kan blive bedre til at kommunikere med hinanden og fx med de alment praktiserende læger om patienters aftaler, som bliver aflyst og flyttet.

Påmindelser og fleksibel (selv)booking

I tråd med litteraturen, som viser, at tidsrummet mellem aftalens indgåelse og datoen for undersøgelsen har betydning for udeblivelsesfrekvensen (Jansbøl & Wolf 2015), har interviewpersonerne i denne undersøgelse også en fornemmelse af, at nogle patienter glemmer deres

aftaler, fordi der går lang tid mellem indkaldelse og undersøgelse. Her har afdelingerne allerede iværksat tiltag, som skal hjælpe patienterne til huske deres aftaler, herunder SMS-påmindelser, og nedbringelse af tidsrum mellem aftaleindgåelse og aftale (se tekstboks nedenfor). Derudover havde begge afdelinger iværksat tiltag, som skulle sikre patienterne større medbestemmelse i bookingen af aftaler, med det formål, at hospitalets aftaler tilpasses patienters øvrige dagligliv og ønsker i øvrigt til tidspunkt på dagen, ugedag osv. (se tekstboks nedenfor). Personalets vurdering var, at særligt SMS-påmindelserne var et godt tiltag. Dette ikke mindst, fordi patienter, som ikke har opdaget, at de har indkaldelser i deres e-boks, bliver gjort opmærksom på det og kan nå at melde afbud, hvis de ikke har mulighed for at møde op til den aftalte dag. På samme måde kan SMS-påmindelserne være medvirkende til, at patienterne får orienteret sig i indkaldelsesbrevet og bliver gjort opmærksomme på, hvordan de skal forberede sig til undersøgelsen, fx hvis de skal møde op fastende.

Tiltag indført for at forebygge, at patienter glemmer deres aftaler

SMS-påmindelser

Begge afdelinger har indført SMS-påmindelser i årene inden gebyrforsøget. *Ortopædkirurgisk Ambulatorium* sender en påmindelse om aftalen på ambulatoriet via SMS to dage før aftalen. Patienternes telefonnumre får afdelingen via kontakt med patienterne, via henvisningen eller via opslag på internettet. Patienter, som afdelingen ikke kan finde et mobilt telefonnummer på, modtager ingen påmindelse.

Radiologisk Afsnit har indført SMS-påmindelser til de patienter, der har interesse for det. Ved baselineundersøgelsen var tiltaget endnu ikke fuldt automatiseret. På dette tidspunkt indtastede en lægesekretær manuelt numrene til de patienter, som ønskede at modtage SMS-beskeder forud for deres aftale. Ved den opfølgende undersøgelse var der indført automatisk udsendelse af SMS-beskeder.

Nedbringelse af tid mellem aftaleindgåelse og -gennemførelse

Ortopædkirurgisk Ambulatorium beskrev ved baselineundersøgelsen, hvordan de har haft succes med at nedbringe ventetiderne. Dermed er tiden mellem aftaleindgåelse og aftale også reduceret. Der er enighed blandt personalet om, at dette tiltag har sænket udeblivelsesraten.

Afdelingerne havde på forskellig vis taget initiativ til booking, som i højere grad inddrog patienterne i booking og valg af tider (se tekstboks nedenfor). Flere interviewpersoner foreslog som en yderligere forbedring, at patienterne bør kunne flytte deres tider online. Dette vil inddrage patienterne mere, give dem større valgfrihed og vil sandsynligvis sænke udeblivelsesraten. Samtidigt ville det spare ressourcer, idet lægesekretærene sandsynligvis ville bruge mindre tid på at besvare telefonopkald angående ændringer af aftaler. Nogle lægesekretærene frygter dog, at denne ordning risikerer at skabe udfordringer i forhold til at sikre, at patienterne får tider, der sikrer et smidigt forløb. Lægesekretærene forudser derfor, at den sparede tid kan blive ædt op af den tid, lægesekretærene efterfølgende skal bruge på monitorering af systemet.

Selvbooking og patienters medbestemmelse

Begge afdelinger har eksperimenteret med at inddrage patienter mere i bookingen. I *Ortopædkirurgisk Ambulatorium* har man indført en ordning, hvor patienterne selv aftaler det næste møde i Ortopædkirurgisk Ambulatorium hos lægesekretærene i forlængelse af en konsultation. Personalet her mener, at tiltaget har positiv effekt på udeblivelsesfrekvensen.

I *Radiologisk Afsnit* har man igangsat en forsøgsordning for udvalgte patientgrupper, hvor de selv kan booke deres aftaler elektronisk. Patienter, som ikke kan eller vil selv-booke, kan stadig benytte telefon eller e-mail til at indgå, ændre eller aflyse aftaler. Hvis ordningen er en succes, skal selvbookning udvides til andre patientgrupper. Formålet med selvbookningen er dels at spare ressourcer til booking af aftaler, dels at give patienterne mere medbestemmelse og dermed også øge patienternes fremmødefrekvens. Indtil videre er det dog ikke noget, som personalet oplever som særligt virkningsfuldt.

4.3 Opsamling og diskussion

Dette afsnit beskriver i tråd med tidligere undersøgelser (se Jansbøl & Wolf 2015, Blæhr et al. 2016b) en bred vifte af årsager til udeblivelser samt variation i, hvilke patientgrupper der typisk udebliver. Grundstenen i gebyrforsøget er, at patienter skal hæfte økonomisk for at udeblive, men som afsnittet viser, er der flere andre potentielle forklaringer på udeblivelser end patienters bevidste valg om ikke at dukke op til en aftale, og hvor gebyrer ikke nødvendigvis er det mest oplagte eller effektive tiltag. For nogle typer af udeblivelser og for nogle patientgrupper vurderer ledelse og personale, at gebyrer kan være et vigtigt symbolsk signal – uanset om det reelt har en effekt eller ej. Her omtaler personale og ledelse udeblivelser som et individuelt problem, fx sjuusk og ansvarsløshed hos den enkelte udeblevne patient eller som dårlig opdragelse og ansvarsløshed hos (dele af) en generation eller en befolkning. Når udeblivelser omtales på disse måder, bliver problemet individuelt, og her opleves økonomisk straf i form af et gebyr som en oplagt mulighed

Af afsnit 3.1.1 fremgår det, hvordan nogle patienter – baseret på en faglig vurdering – ikke genindkaldes efter en udeblivelse, og spørgsmålet er for det første, om de var relevante at indkalde i første omgang, og for det andet om deres tilstand har ændret sig over tid. Det fremgår af andre studier, som har undersøgt årsagerne til udeblivelser fra aftaler med sundhedsvæsenet, at nogle patienter begrundede udeblivelser med oplevelsen af ikke længere at have et behov for møde op til aftalen (Jansbøl & Wolf 2015). En hypotese kan være, at nogle af de udeblivelser, som afdelinger oplever, handler om, at patienter ikke længere vurderer, at undersøgelsen er vigtig. I afdelingerne har de allerede gjort forskellige ting for at dæmme op for udeblivelser, herunder tiltag, som skal dæmme op for patienternes glemsomhed (fx SMS'er) og understøtte tilpasningen af undersøgelserne til patienternes øvrige gøremål (fx selv-booking). Ingen tiltag tager dog højde for, at patienters tilstand kan ændre sig over tid, og at det, som kan virke som en nødvendighed ved indkaldelsestidspunktet, fremstår måske mindre vigtigt på dagen for den aftalte tid.

Andre typer af udeblivelser tilskrives hospitalets egne arbejdsgange og kommunikation mellem afdelinger, og kræver åbenlyst helt andre typer af tiltag. Endelig er der bekymring for om gebyrer pålægger nogle patientgrupper, som i forvejen er udsat og har svært ved at håndtere deres livssituation, en ekstra økonomisk byrde. De patienter, som er ressourcestærke, vil enten

have råd til at betale det pålagte gebyr eller være i stand til at argumentere for, hvorfor de ikke skal pålægges et gebyr alligevel. Her rejser nogle af interviewpersonerne spørgsmålet om, hvorvidt ressourcetsvage patienter måske i højere grad har brug for hjælp og støtte til at møde op til aftalte undersøgelser, end at blive mødt med en straf.

Af litteraturgennemgangen knyttet til denne undersøgelse (Jansbøl & Wolf 2015) fremgår gebyrer som en ud af flere metoder til at reducere antallet af udeblivelser. Denne litteraturgennemgang konkluderer bl.a., at der er stærk og konsistent dokumentation for, at simple påmindelser, som oplyser om tid og sted for en aftale, nedsætter antallet af udeblivelser. Der er desuden stærk og ret konsistent dokumentation for en sammenhæng mellem udeblivelsesraten og afstanden i tid mellem aftaleindgåelse og aftale. Længere tidsrum mellem aftaleindgåelse og aftale øger hyppigheden for udeblivelser. Endelig er der indikation for en positiv sammenhæng mellem aftaleoverholdelse og patienters muligheder for at bestemme tidspunkt og dato for aftalen (Ibid). Flere af disse tiltag er allerede iværksat i afdelingerne, og har sandsynligvis allerede påvirket omfanget af udeblivelser i afdelingerne. Det er derfor væsentligt også at forholde sig til, hvad afdelingerne i øvrigt har gjort for at nedbringe antallet af udeblivelser, da gebyrforsøgets indvirkning på udeblivelser naturligvis skal fortolkes i lyset heraf. Der er altså god grund til at betragte gebyrer som et ud af flere mulige tiltag til at reducere antallet af udeblivelser, og til at overveje, hvordan man bedst adresserer de forskellige årsager til udeblivelser, som er beskrevet her, og om gebyrer er den bedst mulige løsning i alle tilfælde. I kapitel 3 er det diskuteret, hvordan udeblivelser både giver mulighed for at lave administrativt arbejde, indhente forsinkelser og tage akutte patienter ind, og derfor ikke ubetinget er en ulempe for afdelingerne. Personalets oplevelse af, at gebyret primært yder dem og det arbejde, der går forud for en aftale, en form for retfærdighed, skal derfor afvejes mod, at udeblivelser også kan være medvirkende til at skabe luft i dagligdagen, og at gebyrer formentlig kun adresserer en ud af mange årsager til, at patienter udebliver.

5 Organisering og implementering af gebyr ved udeblivelser

I dette afsnit er det formålet at belyse, hvordan gebyrforsøget er organiseret og implementeret i de to afdelinger samt i Region Midtjylland. Dette afsnit er baseret på interviewene fortaget i den opfølgende undersøgelse og er på samme måde som det forrige afsnit struktureret i forhold til en deskriptiv gennemgang af de konkrete arbejdsgange, der knytter sig til gebyrforsøget, og hvem der er involveret i disse arbejdsgange. Til sidst i afsnittet diskuteres fordele og ulemper ved den valgte organisering.

5.1 Afdelingernes opgaver i forbindelse med gebyrforsøget

Afdelingernes primære opgave i forbindelse med gebyrforsøget var at trække en liste over udeblivere og sende den til Region Midtjylland. En lægesekretær i *Radiologisk Afsnit* beskrev følgende elementer i denne procedure: Inden afsendelse foretog en lægesekretær en vurdering af, om nogle patienter skulle slettes fra listen. Eksempelvis i en situation, hvor en patient ikke er mødt frem til den aftalte tid og bliver meldt som udebleven, men dukker op i afdelingen senere, og personalet formår at finde en ny tid samme dag – da blev patienten fjernet fra listen over udeblevne, selv om den pågældende patient teknisk set ikke havde meldt afbud. Det kunne også være i situationer, hvor en patient havde meldt rettidigt afbud via afdelingens mailadresse, men hvor lægesekretærene havde opdaget det for sent, og derfor ikke nået at fjerne patienten fra det pågældende dagsprogram. I denne situation blev patienten også slettet fra listen over patienter, som skulle pålægges et gebyr. Kontaktpersonen i Region Midtjylland, der havde ansvaret for udskrivelse af gebyrerne, fortalte derudover, hvordan vedkommende indimellem fik besked fra afdelingerne om, at han kunne se bort fra en given patient, som fremgik af den fremsendte liste. Lægesekretærene havde således en opgave med at udarbejde en retvisende liste over udeblevne patienter i forsøgsperioden, om end tidsforbruget til denne opgave blev beskrevet som begrænset.

Ifølge interviewpersonerne var der ingen øvrige opgaver knyttet til gebyrforsøget, og de øvrige faggrupper i afdelingerne beskrev, hvordan de havde meget lidt føling med gebyrforsøget i forsøgsperioden⁴.

5.2 Kommunikation med patienter om gebyr

I begge afdelinger har patienterne⁵ i forsøgsperioden modtaget et bilag til deres indkaldelse, som beskrev gebyrforsøget, hvori der stod, at de blev pålagt et gebyr, hvis de udeblev fra den planlagte undersøgelse uden at melde afbud. Der var derfor ikke knyttet yderligere opgaver til denne del af patientkommunikationen for de lægesekretærer, der havde ansvaret for booking og indkaldelse af patienter.

Lægesekretærene havde dog alligevel en opgave knyttet til kommunikationen med patienterne, idet de var modtagere af henvendelser fra patienter eller pårørende, der ringede eller skrev ind for at melde afbud til en aftale eller var bekymrede for, om de ville modtage opkrævning af et gebyr. Dette var dog fortsat en begrænset opgave. På *Radiologisk Afsnit* fortalte en

⁴ Dette forklarer også, hvorfor interviewene i den opfølgende undersøgelse var så relativt korte.

⁵ I Ortopædkirurgisk Ambulatorium kun de patienter, som var udtrukket som interventionsgruppe. I Radiologisk Afsnit alle patienter.

lægeseekretær eksempelvis, at hun over hele projektperioden havde modtaget opkald fra fem til ti patienter, som omhandlede gebyrforsøget. Henvendelserne handlede enten om, at patienter havde fået pålagt et gebyr, men syntes, det var uretfærdigt, eller om, at patienter, som havde meldt afbud via afdelingens mail, ville sikre sig, at mailen var blevet læst, og at deres afbud var blevet registreret. En anden lægeseekretær i Radiologisk Afsnit fortalte, at der i starten havde været flere opringninger fra patienter, som ønskede at klage over et gebyr, men at det skete meget sjældent sidst i forsøgsperioden. Omvendt var der blandt lægeseekretærene i denne afdeling også en fornemmelse af, at flere og flere patienter meldte afbud og dermed var opmærksomme på og påvirket af risikoen for at blive pålagt et gebyr. Afdelingen havde ikke selv lavet statistik på, om antallet af afbud var steget, og den kvalitative undersøgelsesmetode, som er anvendt i denne organisationsanalyse, er ikke velegnet til at afgøre, om denne fornemmelse er rigtig⁶. De øvrige faggrupper i afdelingen delte i øvrigt ikke denne fornemmelse, da de – som beskrevet i afsnit 3 – fortsat oplevede, at udeblivelser fyldte og forstyrrede tilrettelæggelsen af arbejdet i afdelingerne.

5.2.1 Bekymringen for konflikter med patienter

Gruppen af lægeseekretærer gav i de indledende interview udtryk for bekymring for, at gebyret ville påvirke deres relation til patienterne negativt. En lægeseekretær fra *Ortopædkirurgisk Ambulatorium* beskrev således gebyret som en måde at "presse patienten" på, og hun var bekymret for, at relationen mellem patient og personale vil blive "mere anstrengt, fordi patienterne vil jo se os som fjenden". En anden lægeseekretær sagde:

Allerede nu kan vi mærke, at nogle patienter rigtig gerne vil diskutere, om det også går den anden vej med pengene. At hvis vi fx begynder at flytte på en tid, om de så får kompensation, hvis de kører forgæves herind. (Lægeseekretær)

Interviewmaterialet fra baselineundersøgelsen viser ikke, at lægeseekretærene havde en stærkere modstand mod gebyr end andre faggrupper, men lægeseekretærene er den første kontakt til afdelingen, når utilfredse patienter henvender sig med klager, herunder hvis patienter ville argumentere for eller imod pålagte gebyrer. Lægeseekretærene var derfor bekymrede for, om gebyret ville skabe konflikt i deres direkte møde med patienterne. Som en lægeseekretær påpegede, så er det i sådanne situationer vigtigt, at man fra afdelingens side kan dokumentere, at indkaldelsen er sendt til patienten, og at patienten derfor skal betale gebyret. Endelig gav lægeseekretærene udtryk for, at der var et behov for at definere meget entydigt, hvornår der var tale om en udeblivelse. En lægeseekretær sagde fx:

Vi lægeseekretærer har, som dem der skal sidde og administrere det i dagligdagen, brug for nogle klare grænser for, hvornår man kan sige [knipser med fingrene, red.]: "Det der takserer en udeblivelse!". (Lægeseekretær)

Lægeseekretærene gav flere eksempler på forhold, som kunne være vanskelige at fastsætte entydigt som en udeblivelse. Herunder nævnte de patienter, som kommer i klemme på grund af interne procedurefejl på afdelingen, som bliver forhindret i at komme på grund af sygdom i familien, som bliver forsinket på grund af trafikale problemer eller patienter med sociale problemstillinger af forskellige art. Skal deres manglende fremmøde altid defineres som en udeblivelse?

Interviewene med lægeseekretærene i den opfølgende undersøgelse tyder dog på, at denne bekymring var unødvendig. Ifølge de lægeseekretærer, som blev interviewet efter gebyrforsøgets indførelse, havde de reelt meget lidt kontakt med patienter, som var blevet pålagt et

⁶ Her må henvises til undersøgelsens effektanalyse.

gebyr. Lægeseekretærene var i begge afdelinger blevet bedt om at undgå dialog med patienterne om gebyrforsøget, og i stedet henvise dem til regionens kontaktperson, som ud over at administrere udskrivelse af gebyrer, også havde ansvaret for at modtage henvendelser fra patienter, der var pålagt et gebyr. Baggrunden for dette valg var netop lægeseekretærenes initiale bekymring for, om gebyrerne ville føre til konflikter med patienterne. Selvom lægeseekretærene ved den opfølgende undersøgelse kunne fortælle om konkrete henvendelser fra patienter, der mente, at de aldrig havde modtaget en indkaldelse, så undlod de at gå i dialog om rigtigheden af patientens udsagn, selvom de kunne se, at den både var sendt og modtaget i patientens e-boks. De anså det som deres primære opgave at berolige patienten, og derefter bede dem ringe til regionens kontaktperson. Lægeseekretærene oplevede derfor ikke denne dialog som en stor byrde, da de hverken gik ind i en konflikt eller brugte lang tid på disse opkald. En lægeseekretær på *Radiologisk Afsnit* nævnte, at hun systematisk sagde til patienter, som kom for sent til en undersøgelse, at de skulle forvente at blive pålagt et gebyr, og at de kunne henvende sig til regionen, hvis de ønskede at klage eller begrunde deres forsinkelse.

Det øvrige personale oplevede heller ingen konflikter med patienter om gebyrer ved udeblivelser, hvilket naturligvis hænger sammen med, at det primært er lægeseekretærene, som er i kontakt med udeblevne patienter. I de tilfælde, hvor de havde talt med patienter om gebyrforsøget, så var det udelukkende, når fremmødte patienter reagerede på opslag om gebyrforsøget i venteværelserne. Her var der typisk tale om positive tilkendegivelser:

Nogle patienter er forargede over, at der er nogle, der ikke dukker op og ikke ringer. Den slags overvejelser gav opslagene [i venteværelserne, red.] anledning til. Nogle patienter har endda givet udtryk for, at det er småpenge i forhold til, hvad det koster [undersøgelsen, red.]. (Sygeplejerske)

Samlet set har gebyrforsøget således ikke fyldt meget i det daglige arbejde på afdelinger og således heller ikke i den daglige kontakt og relation til patienterne.

5.3 Regionens opgaver i gebyrforsøget

Udskrivelse af gebyrer blev i gebyrforsøget varetaget af Region Midtjyllands Koncernøkonomi. En medarbejder fra dette kontor fik løbende tilsendt lister over udeblevne patienter fra afdelinger og udsendte på den baggrund fakturaer og rykkere til de pågældende patienter. Borgerne får tre rykkere i alt, hvis de ikke betaler og derefter ryger regningen til inkasso.

Det var, som nævnt, aftalt med afdelingerne, at de skulle henvise patienter til medarbejderen fra Koncernøkonomi frem for at gå i dialog med patienterne om rigtigheden og rimeligheden af gebyrerne, med det formål at undgå konflikter med utilfredse patienter, samt at sikre en ensartet håndtering af udeblevne patienter på de to deltagende afdelinger. Den regionale kontaktperson modtog derfor opkald fra patienter selv, fra pårørende og fra personale på kommunale aflastningspladser, plejehjem eller hjemmepleje, som ønskede at klage over gebyret. Klagepunkterne var fx, at indkaldelsesbrevet ikke var nået frem, at borgeren ikke var blevet opmærksom på det (fx i e-boks), eller at borgeren mente, at de havde meldt afbud, og at det bare ikke var blevet registreret hos afdelingen. Den regionale kontaktperson havde ikke mulighed for at kontrollere rigtigheden af klagerne og anså det heller ikke for at være regionens mandat. Derfor blev alle gebyrer reelt annulleret i tilfælde af en henvendelse om en klage. Ved interviewtidspunktet var der sendt 300 fakturaer ud, og ca. 80 af dem var blevet eftergivet.

Afdelingen og regionens kontaktperson havde kun dialog om de fremsendte lister over udeblevne patienter, og eventuelle rettelser til denne liste. Der var, som nævnt, ingen dialog om de begrundelser, som patienterne fremførte, når de klagede over gebyr og heller ingen dialog,

som vedrørte tilbagemeldinger til afdelingerne om udeblivelser, som blev begrundet med fejl fra afdelingens eller hospitalets side.

5.4 Opsamling og diskussion

Gebyrforsøget er organiseret på en måde, så personalet i de to afdelinger ikke har oplevet et stort arbejdspress i forbindelse med forsøget. Det er primært lægesekretærene i afdelingen, som har fået opgaver i relation til forsøget, men det begrænser sig til udarbejdelsen af en månedlig liste over udeblivere og en dialog med patienter, hvor de primært beroliger og henviser til medarbejdere i Koncernøkonomi, Region Midtjylland, som varetager udskrivelse og administration af gebyrerne.

Set fra afdelingernes synspunkt er det en hensigtsmæssig organisering, og gebyrforsøget er helt overvejende implementeret uden modstand i de to afdelinger. Dette skal dog vejes op imod de udfordringer, som følger af denne organisering. Det lader til, at den væsentligste udfordring ved den valgte organisering er, at den ikke giver mulighed for at håndtere spørgsmål om, hvorvidt et gebyr er udstedt på rigtige og rimelige forudsætninger. Afdelingerne har etableret procedurer for at videresende henvendelser til regionen, og i regionen har man ikke adgang til de oplysninger, som kan verificere patienternes påstande, fx om at henvisningen ikke er nået frem, eller at et afbud ikke er registreret. Lægesekretærene har påtaget sig en opgave med at verificere listen over udeblivere, men det er fortsat muligt for udeblevne patienter at få eftergivet gebyret blot ved at ringe til regionen og begrunde deres udeblivelse. Der er en indbygget konfliktskyhed i den valgte organisering, hvor skyldspørgsmål ikke kan afklares, og hvor den opdragende effekt, som man i afdelinger og fra politisk hold håber, at gebyrerne vil få, risikerer at blive undermineret. Spørgsmålet er derfor, hvorvidt den valgte organisering er et bæredygtigt setup, hvis gebyrer ved udeblivelser skal være en permanent ordning på de danske hospitaler.

6 Konklusion

I denne delundersøgelse har formålet været at undersøge, hvilke konsekvenser indførelse af gebyr har for organisationen og for de fagprofessionelle i de afdelinger, hvor ordningen er afprøvet. Besvarelsen af disse spørgsmål tog udgangspunkt i en indledende afdækning af personale og leders vurdering af, hvorfor og i hvilke situationer patienters udeblivelser er et problem, for derefter at undersøge, hvordan gebyrer bidrager til at løse disse problemer i samspil med andre tiltag til at reducere udeblivelser. Endelig blev det undersøgt, hvordan gebyrforsøget var organiseret og implementeret, og om indførelse af gebyrer medførte eventuelle udfordringer for organisationen som helhed eller for enkelte faggrupper. Undersøgelsens konklusioner fremgår nedenfor struktureret omkring undersøgelsens underspørgsmål.

Hvilke udfordringer giver udeblivelser i afdelingerne?

- Udeblivelser giver anledning til spildtid og ressourcer, som står ubrugte hen, men personalet gør en stor indsats for at sikre så høj en produktivitet som muligt.
- Diskussionen af spild ved udeblivelser skal dog ses i sammenhæng med den konkrete type af undersøgelse, muligheden for at justere dagsprogrammer og muligheden for at lave andre arbejdsopgaver i den ledige tid.
- For nogle undersøgelser – de korte og mindst komplicerede – er det muligt at rykke rundt i dagsprogrammet og finde en tid til forsinkede patienter og udfylde den tomme tid, fx med akutte patienter.
- Ved de længerevarende og mere komplicerede undersøgelser, som kræver særlig forberedelse, eller dage, hvor der er mange udeblivelser, er det ikke i samme omfang muligt for personalet at udfylde programmet, og tomme tider opstår.
- Tomme tider kan bruges til administrative gøremål eller til at indhente forsinkelser, men påvirker afdelingens samlede produktivitet og muligheden for at drive afdelingen effektivt og leve op til udrednings- og behandlingsgarantier.
- Uanset om udeblevne patienter kan erstattes af andre patienter eller ej, så er der blandt ledelse og personale en oplevelse af, at udeblivelser er et forstyrrende element, som signalerer ligegyldighed og manglende respekt for det arbejde, som går forud for undersøgelserne og for samfundsressourcer.

Hvorvidt vurderer ledelse og personale, at gebyrer er et relevant tiltag til at reducere udeblivelser i samspil med andre tiltag?

- Personalet i afdelingerne i Region Midtjylland beskrev en række årsager til udeblivelser, hvoraf nogle kan tilskrives en ligegyldighed hos patienter, forglemmelser, patientens aktuelle livssituation, kommunikation mellem hospital og patienter eller kommunikationen mellem hospitalsafdelinger.
- Personale og ledelse i de to afdelinger reagerer negativt på de patienter, som – formodentlig ud fra ligegyldighed eller det der opfattes som manglende plig – ikke melder afbud og bare bliver væk fra en undersøgelse på hospitalet. Det er denne gruppe af udeblivere, man håber på at påvirke med indførelse af gebyrer, og om ikke andet medfører gebyret en følelse af retfærdighed blandt personalet, fordi det signalerer et ansvar hos patienten.
- Personalet giver dog også udtryk for, at gebyrer kan ramme de i forvejen ressourcetsvage borgere hårdt, og at denne gruppe måske hellere skulle tilbydes hjælp til at møde op eller melde afbud til aftaler, frem for at blive straffet økonomisk.
- Afdelingerne har allerede iværksat flere andre tiltag, som i tidligere undersøgelser har vist sig at være effektive midler til at reducere udeblivelser, herunder SMS-påmindelser, selvbooking og nedbringelse af ventetid mellem aftaleindgåelse og -gennemførelse. Gebyrer er

altså kun ét blandt flere tiltag, og et tiltag med sigte på en bestemt type årsag til udeblivelser, og effekten heraf skal ses i sammenhæng med de mange øvrige tiltag.

- Ingen af de iværksatte tiltag – heller ikke gebyrer – adresserer, at patienters tilstand kan ændre sig over tid, og at en undersøgelse kan opleves som unødvendig efter nogen tid. Det er ikke alle udeblevne patienter, som personalet i afdelingerne vurderer, er nødvendige at genindkalde, og det kunne tyde på, at nogle udeblivelser kan undgås ved en opmærksomhed på de patienter, som er i en gråzone, hvad angår behov for opfølgning og kontrol.

Hvordan er gebyrforsøget organiseret og implementeret i afdelingerne?

- Gebyrforsøget er organiseret på en måde, hvor afdelingerne primært stod for udarbejdelsen af en liste over udeblivelser, og hvor regionen stod for udskrivelse af gebyrer og den videre dialog med patienter, der var tildelt et gebyr.
- Denne organiseringsmodel gav ikke anledning til markant flere arbejdsopgaver eller konfliktfyldte relationer mellem patienter og personale i de to afdelinger, fordi der bevidst er valgt en strategi, hvor klager over gebyrer er blevet ekspederet videre til regionen.
- I regionen blev klager typisk håndteret ved eftergivelse af gebyrer, uanset årsagen til klagen.

På denne baggrund konkluderes det, at gebyrforsøgets primære organisatoriske effekt i de to hospitalsafdelinger er en fornemmelse af retfærdighed, fordi patienter tildeles et ansvar via gebyrerne. Den valgte organisering i forbindelse med administration af gebyrerne er ukontroversiel og let implementerbar, men der mangler fortsat væsentlig viden om, hvordan skyldspørgsmål kan håndteres af hospitalsafdelingerne i samspil med regionerne. På denne baggrund bidrager undersøgelsen ikke med overbevisende argumenter for at indføre gebyrer som metode til at nedbringe antallet af udeblivelser.

Litteratur

- Blæhr, E.E., Kristensen, T., Væggemose, U. & Søgaaard, R. 2016a, "The effect of fines on non-attendance in public hospital outpatient clinics: study protocol for a randomized controlled trial", *Trials*, vol. 17, no. 288, pp. 1-7.
- Blæhr, E.E., Søgaaard, R., Kristensen, T. & Væggemose, U. 2016b, "Observational study identifies non-attendance characteristics in two hospital out-patient clinics", *Danish Medical Journal*, vol. 63, no. 10, pp. pii: A5283.
- CFK & KORA 2014, *Protokol: Gebyr ved udeblivelse i det offentlige sygehusvæsen - en videnskabelig undersøgelse af konsekvenser i en dansk kontekst*, CFK. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland & KORA. Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, [U.st.].
- Evans, R.W., Evans, R.E. & Evans, R.I. 2006, "A survey of neurologists on bothersome patient behaviours", *Medscape General Medicine*, vol. 8, no. 4, pp. 35.
- Jansbøl, K. & Wolf, R.T. 2015, *Reduktion af udeblivelser - et systematisk review om effekt og besparelse ved påmindelser og gebyr*, KORA. Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Lou, S., Frumer, M., Olesen, S., Hedemann Nielsen, A. & Væggemose, U. 2016, "Danish patients are positive towards fees for non-attendance in public hospitals. A qualitative study", *Danish Medical Journal*, vol. 63, no. 7, pp. 1-2.
- McLean, S., Gee, M., Booth, A., Salway, S., Mamcarrow, S., Cobb, M. & Bhanbhro, S. 2014, "Targeting the use of reminders and notifications for uptake by populations (TURNUP): A systematic review and evidence synthesis", *Health Services and Delivery Research*, vol. 2, no. 34.
- Regeringen 2011, *Et Danmark, der står sammen. Regeringsgrundlag oktober 2011*.

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD