Gebyr ved udeblivelse i det offentlige sygehusvæsen

En videnskabelig undersøgelse af konsekvenser i en dansk kontekst

Sammenfatning

2017

DET NATIONALE FORSKNINGS- OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Gebyr ved udeblivelse i det offentlige sygehusvæsen
En videnskabelig undersøgelse af konsekvenser i en dansk kontekst

Sammenfatning

Copyright:
DEFACTUM, Region Midtjylland og VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

September 2017

ISBN: 978-87-92400-84-0.

Forfattere:
Ulla Væggemose[1], Marie Henriette Madsen[2], Rikke Søgaard[3], Emely Ek Blæhr[1], Stina Lou[1] og Jakob Kjellberg[2].

[1] DEFACTUM, Region Midtjylland
[2] VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
[3] Institut for Folkesundhed samt Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet.

Ekstern fagfællebedømmelse:
Kjeld Møller Pedersen, professor, cand.oecon. i sundhedsøkonomi- og politik, Center of Health Economics Research – COHERE, Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi, Syddansk Universitet.

Janne Seemann, professor, ph.d. i ledelse og organisation, Center for Organization, Management & Administration – COMA, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet.

Denne rapport citeres således:
Væggemose U, Madsen MH, Søgaard R, Blæhr EE, Lou S, Kjellberg J.
Gebyr ved udeblivelse i det offentlige sygehusvæsen. – En videnskabelig undersøgelse af konsekvenser i en dansk kontekst; Sammenfatning. Aarhus: DEFACTUM, 2017.

Henvendelse vedr. denne rapport bedes rettet til projektlederen:
Ulla Væggemose, DEFACTUM, Olof Palmes Allé 15, 8200 Aarhus N
E-mailadresse: ulla.vaeggemose@rm.dk, telefon: 78414360.

Forord

Denne sammenfatning samler konklusioner og anbefalinger fra forskningsprojektet "Gebyr ved udeblivelse i det offentlige sygehusvæsen". Personale og patienter fra to sygehusafdelinger i Region Midtjylland har deltaget i forsøget, som havde til formål at undersøge effekt og eventuelle negative konsekvenser ved indførelse af gebyr ved udeblivelse i forbindelse med elektive, ambulante besøg i det offentlige sygehusvæsen i Danmark.

Forskningsprojektet er gennemført af DEFACTUM og VIVE i samarbejde med de to forsøgsafdelinger og Koncern Økonomi, Region Midtjylland. DEFACTUM og VIVE ønsker at takke ledelse og personale i de to forsøgsafdelinger i Hospitalsenhed Midt og i Koncern Økonomi for et godt samarbejde og for at bidrage med data og medvirke i interviews. Endvidere takker vi Mogens Engsig-Karup og Ulf Viig for teknisk hjælp til opsætning af bookingsystemerne, så udsendelsen af bilaget vedrørende forsøget lod sig gøre. Også en stor tak til Tommy Kieffer Sørensen, Hanne la Cour Ginnerup, Andrew Bolas og Bjørn Christensen for hjælp til at muliggøre men også konkret at trække data til projektet.

En særlig tak rettes til professor i sundhedsøkonomi, Rikke Søgaard, som ved projektets start var tilknyttet DEFACTUM, nu ansat ved Aarhus Universitet, og som uagtet dette kontinuerligt har ydet en stor indsats i gennemførelsen af projektet.

Professor i sundhedsøkonomi og –politik, Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet, og professor i ledelse og organisation, Janne Seemann, Aalborg Universitet har kommenteret det samlede arbejde som eksperter og eksterne fagfæller. Forfatterne ønsker at takke for deres konstruktive bidrag og samtidig understrege, at ansvaret for arbejdet forbliver forfatternes.

Forskningsprojektet er finansieret af Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og Region Midtjylland.

Forfatterne, september 2017

Indholdsfortegnelse

Resumé 5
Læsevejledning 10
1 Indledning 11
1.1 Overordnet formål 12
1.2 Forskningsspørgsmål 12
1.3 Interventionsafdelinger 13
1.4 Intervention 13
1.5 Forskningsdesign 13
1.6 Data 14
2 Delanalyser 16
3 Sammenfattende diskussion og anbefalinger 24
Literatur 29
Bilag 1 Projektgruppen 30
Bilag 2 Gebyrbilag 31
Bilag 3 Publikationer 34

Resumé

Opdrag og formål
På mange sygehusafdelinger opleves det som et problem for effektiviteten, når patienter bliver væk fra deres aftaler uden at melde afbud. Undersøgelsesudstyr står ubenyttet hen, og personale risikerer at spilde tiden, ligesom det kan skabe unødig ventetid for andre patienter. Gebyrer bliver jævnligt nævnt som en mulig metode til at nedbringe udeblivelserne. Imidlertid findes der ikke dokumentation for, om gebyrer virker, og hvordan de virker. Derfor aftalte Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner i 2014, at der skulle gennemføres et videnskabeligt forsøg med gebyr ved udeblivelse i det offentlige danske sygehusvæsen.

Indførelse af gebyr ved udeblivelse er et spændende og omdiskuteret tema, som dette projekt giver kvalificeret input til. Projektet er det første af sin art, da der ikke tidligere er gennemført videnskabelige undersøgelser i samme skala, med samme metodiske og tværfaglige bredde og ved hjælp af et egentligt lodtrækningsforsøg.

Projektets overordnede formål var at undersøge effekter og konsekvenser af indførelse af gebyr ved udeblivelse i forbindelse med elektive, ambulante besøg i det offentlige sygehusvæsen i Danmark.

Derfor blev der igangsat to forsøg, hvor der med indkaldelsen til konsultation/behandling/undersøgelse fulgte et bilag (gebyrbilag) med information om, at hvis patienten udeblev fra aftalen, ville vedkommende blive opkrævet et gebyr på 250 kr. Gebyrstørrelsen blev fastsat med sigte på at være adfærdsregulerende, ikke omkostningsdækkende.

Forsøgene blev gennemført på to hospitalsafdelinger og med udgangspunkt i to forskellige forsøgsdesign: på Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg som et randomiseret, kontrolleret forsøg (RCT), hvor aftaler ved lodtrækning blev allokeret til en gebyrgruppe eller en ikke-gebyrgruppe; og på Radiologisk Afsnit, Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg som et før-efter-studie, hvor man i en periode realiserede gebyrpolitik ved alle brevindkaldte aftaler.

Forsøgene med gebyr ved udeblivelse har fungeret som grundlag for besvarelse af seks forskningsspørgsmål, defineret i en tværfaglig forskergruppe og med opdragsgivere som følgegruppe, for at afdække alle relevante perspektiver, herunder patientens og personalets perspektiver.

Resultater og konklusioner

Undersøgelsens hovedkonklusion er, at et gebyr ved udeblivelse på 250 kr. næppe vil have den store effekt på omfanget af udeblivelser i det danske sygehusvæsen, ligesom det heller ikke vil have de store afledte konsekvenser for hverken personale eller patienter. Hovedkonklusionen er draget på baggrund af en række specifikke delundersøgelser, der med forskelligt perspektiv har belyst konsekvenserne af gebyr. Disse resumeres individuelt herunder.

1. Hvad er omfanget af udeblivelser, og hvad gøres for at dæmme op for det jf. litteraturen?
    - Der blev gennemført en systematisk litteraturgennemgang af den videnskabelige litteratur.
    - Gennemgangen viste, at der er evidens for, at påmindelser til patienter i form af brev, telefon eller sms kan nedbringe udeblivelser.
    - Der findes ingen nævneværdig dokumentation for effekten af gebyr nationalt og internationalt, og der mangler desuden nutidige landsdækkende undersøgelser af udeblivelsesandel samt undersøgelser af sammenhængen mellem patientkarakteristika og effekten af påmindelser.

2. Hvad er omfanget af udeblivelser, og hvad gøres for at dæmme op for det på de afdelinger, der deltager i forsøg med gebyr ved udeblivelse?
    - Der blev gennemført en kvantitativ kontekstundersøgelse på de deltagende afdelinger.
    - Inden forsøget med gebyr ved udeblivelse blev igangsat, var omfanget af udeblivelser på de to deltagende afdelinger 4-5 %.
    - De patienter, som oftest udeblev, var mænd, yngre (20-40 år) og patienter med længere ventetid fra henvisning til aftale. De aftaler, som især var ramt af udeblivelse, var uspecificerede røntgenundersøgelser (ikke CT, MR eller ultralyd) og kontrol sammenlignet med operationer.
    - Begge de deltagende afdelinger havde inden forsøgets start iværksat tiltag til at nedbringe udeblivelser. Dette skete fx ved sms-påmindelser, medbestemmelse vedr. aftaletidspunkt/selvbooking og reduktion i ventetiden mellem indkaldelsen og mødetidspunktet.

3. Hvad er patienternes holdning til gebyr ved udeblivelse og hvorfor udebliver man?
    - Der blev gennemført seks fokusgruppeinterviews blandt patien-

ter, som havde modtaget gebyrbilag, og var mødt til den pågældende aftale. Desuden blev der gennemført en spørgeskemabaseret kvantitativ undersøgelse blandt patienter, som havde modtaget gebyrbilag, og som var udeblevet fra den pågældende aftale.

- Patienter, der ikke var udeblevet, var positive over for gebyr, så længe det ikke gav øget bureaukrati og var let at administrere for hospitalerne. Det blev understreget, at let adgang til at melde afbud/ændre mødetidspunktet var vigtigt. Der var generel enighed om, at nogle grupper kunne fritages for gebyr (eksempelvis psykiatriske patienter).
- For patienter, der var udeblevet på trods af information om gebyr ved udeblivelse, var den primære årsag til udeblivelse 'tekniske problemer', primært knyttet til brugen af e-Boks, men også til udfordringer ved kommunikationen med sygehuset, fx i forbindelse med aflysning af en aftale. Forglemmelse var den næsthyppigst nævnte årsag.

  Halvdelen af de udeblevne patienter (som besvarede det aktuelle spørgeskema) var positive over for gebyr generelt, men blandt dem var ca. halvdelen utilfredse med deres egen gebyropkrævning.

4. Hvilke konsekvenser har indførelse af gebyr ved udeblivelse for organisationen og de fagprofessionelle?
   - Der blev gennemført en række interviews og feltobservationer på de deltagende afdelinger.
   - Gebyrprojektets organisatoriske effekt går primært ud på, at personalet oplever en fornemmelse af retfærdighed, fordi patienter tildeles et ansvar for udeblivelse via gebyret. Den valgte organisering er uproblematisk og let at implementere, men efterlader ikke mulighed for at hospitalsafdelingerne i samspil med regionerne kan behandle klager fra patienter over gebyropkrævning.
   - På den ene side oplever ledelse og personale, at udeblivelser medførte spildtid og spildte ressourcer og gjorde det vanskeligt at leve op til produktivitetskrav og ventetidsgarantier. På den anden side var personalet opmærksomme på at udnytte tomme tider ved at tage akutte patienter ind, indhente forsinkelser og udføre administrative opgaver, som alligevel skulle gennemføres på et andet tidspunkt.

5. Hvad er effekten af gebyr på omfanget af udeblivelser, og vil det være omkostningseffektivt at introducere gebyr?
    - I alt 6.746 konsekutive, brevindkaldte førstegangsaftaler på Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg indgik i et lodtrækningsforsøg, hvor halvdelen blev allokeret til gebyr og den anden halvdel til sædvanlig praksis uden gebyr.
    - Der fandtes ingen statistisk signifikant forskel mellem grupperne på hverken aflysninger (godt 15 % af alle aftaler blev aflyst af hospitalet, og godt 6 % blev aflyst af patienten) eller udeblivelser (5 % udeblev fra de aftaler, der ikke forinden var aflyst).
    - Administrationsomkostningen for gebyr, dvs. omkostningen for at medsende gebyrbilag ved indkaldelse til en aftale, håndtering af spørgsmål og klager, opkrævning af gebyrer mv. blev estimeret til 8 kr. fordelt ud over alle aftaler.
    - Produktionstabet forbundet med udeblivelse, dvs. den omkostning, det har, når en aftale ikke gennemføres som planlagt, fx fordi personalet ikke kan fylde tiden ud med en anden patient eller lave andet relevant arbejde, blev estimeret via den produktionsværdi, som den planlagte aftale repræsenterer i DRG-værdi. Dette maksimale bud blev estimeret til 57 kr. pr. aftale i gruppen lodtrukket til gebyr og 47 kr. pr. aftale i gruppen lodtrukket til sædvanlig praksis. De to tal er ikke statistisk signifikant forskellige.
    - Syntese af effekt og omkostninger i en klassisk omkostningseffektivitetsanalyse viste, at gebyr formentlig ikke vil være nogen omkostningseffektiv måde at nedbringe udeblivelsesandelen på. Det skyldes først og fremmest at gebyr ikke synes at være et effektivt redskab, når effekten defineres som aflysninger og udeblivelser.
    - Overordnede effekter som fx jobtilfredshed blandt sundhedspersonale og retfærdighedsfølelse blandt skatteborgere er ikke medtaget i analysen.

6. Hvad er effekten af gebyr ved udeblivelse på lighed i adgang?
    - Data fra lodtrækningsforsøget blev koblet med ekstensiv information om individkarakteristika i et registerbaseret kvantitativt studium.
    - Analyse af, hvem der udebliver med og uden gebyr, viste ingen tegn på, at gebyr ved udeblivelse medfører nogen forskydning af, hvilke patienter der udebliver. Og da gebyr samtidig ikke synes at være noget effektivt redskab til at reducere udeblivel-

ser, kan man med forholdsvis sikkerhed konkludere, at gebyr ved udeblivelse på 250 kr. ikke ændrer på ulighed i adgang.

Anbefalinger

Det kan ikke på de præsenterede resultater og konklusioner anbefales at introducere gebyr ved udeblivelse i det danske sygehusvæsen.

Det står imidlertid klart, at der er andre relevante initiativer med potentiale til at få endnu flere patienter til at møde op til deres aftaler i sygehusvæsenet, omend man skal huske to ting: Niveauet er med en udeblivelsesandel på omkring 5 % relativt lavt, og udeblivelser kan ikke nedbringes til nul. Med opmærksomhed på at yderligere tiltag bør være omkostningseffektive, anbefales følgende:

- Tiltag rettet mod at få patienterne til at huske deres aftaler. Sådanne tiltag kunne være reminders fx i form af sms-påmindelser, medbestemmelse vedr. aftaletidspunktet/selvbookning og reduktion af ventetiden mellem indkaldelse og mødetidspunkt. Omend mange tiltag af denne karakter allerede er igangsat, kunne der videreudvikles herpå.
- Tiltag målrettet de specifikke patientgrupper, som hyppigst udebliver (mænd, personer i alderen 20-40 år, personer, der havde fået indkaldelsen fra hospitalet mindst seks uger før mødetidspunktet og særligt sårbare patienter).
- Tiltag der faciliterer, at det er let og hurtigt såvel at modtage indkaldelse som at melde afbud/ændre tid for undersøgelse/behandling. Dette inkluderer øget tilgængelighed via telefon, men omfatter også andre kommunikationsformer fx én e-mailadresse, sms-muligheder, app til afbud/ændring af tid, selvbetjening, digital booking m.m.

Læsevejledning

Denne sammenfatning opsummerer metoder, resultater og konklusioner for hvert af de stillede forskningsspørgsmål og præsenterer en samlet diskussion af styrker og svagheder ved det evidensgrundlag, vi således står med i forhold til en beslutning om at indføre eller undlade at indføre gebyr ved udeblivelse i dansk sygehusvæsen. Sammenfatningen munder ud i en række anbefalinger.

Sammenfatningen er struktureret i tre dele: en indledning som præsenterer projektets opdrag, formål og forskningsspørgsmål samt interventionen, forskningsdesigns og de anvendte data (afsnit 1), en præsentation af hvert enkelt studium under forskningsspørgsmålene, hvor der også henvises til eventuel videre læsning i form af uddybende videnskabelig publikation (afsnit 2) og sidst en sammenfattende diskussion og anbefalinger (afsnit 3).

Bilagsmaterialet består af en oversigt over projektgruppen, der har bidraget til forskningsprojektet (bilag 1), gebyrbilagene (bilag 2) fremsendt til patienter lodtrukket til gebyr (Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg) eller indkaldt til aftale i gebyrperioden (Radiologisk Afsnit, Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg) samt en oversigt over de publikationer, som er udgivet eller planlagt til udgivelse i forbindelse med dette projekt (bilag 3).

1 Indledning

Patienter, der udebliver fra aftaler med sundhedsvæsenet, er potentielt en barriere for effektivt at udnytte ressourcerne i sundhedsvæsenet. Således kan udeblivelser medføre, at fx teknologi og personaleressourcer ikke bliver udnyttet optimalt, og det betyder, at andre patienter må vente længere tid på undersøgelse og behandling. Derfor er det relevant at undersøge tiltag, som kan medvirke til at reducere omfanget af udeblivelser. I 2011 besluttede den daværende regering, at det skulle afprøves, om gebyr ved udeblivelse fra aftaler med det offentlige sygehusvæsen kunne medvirke til at reducere antallet af udeblivelser på offentlige sygehuse i Danmark.[1] Forhåbningen var, at gebyret ville mindske udeblivelserne og minimere patienters ventetid på udredning og behandling.

Imidlertid ville indførelse af gebyr ved udeblivelse i det offentlige danske sygehusvæsen være et omfattende initiativ, hvis konsekvenser kunne være i konflikt med den nuværende kultur i sundhedsvæsenet. Det var således væsentligt, at en eventuel fordel i form af færre udeblivelser og dermed mere effektiv ressourceudnyttelse ville opveje eventuelle negative konsekvenser. I lyset af den sparsomme eksisterende litteratur krævede det ny viden.

Med aftalen om regionernes økonomi 2013 blev det konkret besluttet at gennemføre et forsøg med gebyr ved udeblivelse og tilknytte en videnskabelig undersøgelse med henblik på videre drøftelse af en eventuel indførelse af gebyr ved udeblivelse i det offentlige sygehusvæsen i Danmark.

"Danske Regioner og regeringen er enige om, at der i to regioner iværksættes konkrete forsøg med gebyrer for udeblivelser for derved at tilvejebringe et videnskabeligt erfaringsgrundlag for det videre arbejde med at reducere omfanget af udeblivelser. Forsøgene igangsættes i efteråret 2014. Der samles op på erfaringer fra forsøgene, herunder også i forhold til andre metoder til nedbringelse af udeblivelser såsom blandt andet sms og selvbooking, når de første resultater foreligger."[2]

Efter en længere proces i forhold til form, indhold og regionsdeltagelse blev Danske Regioners bestyrelse, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Region Midtjylland i foråret 2014 enige om at igangsætte et forskningsprojekt med udgangspunkt i forsøg med gebyr ved udeblivelse på udvalgte hospitalsafdelinger i Region Midtjylland. Formålet med et gebyr var en adfærdsregulering, at færre udeblev fra deres aftale i sygehusvæsenet, og ikke at gebyret skulle være omkostningsdækkende. Den politiske målsætning var, at gebyret ikke måtte være højere end, at alle grupper af befolkningen havde lige adgang til behandling og mulighed for at betale. Gebyret blev derfor fastsat til 250 kr.,

som dermed fulgte praktiserende speciallægernes gebyrstørrelse for "udeblivelse fra en konsultation".

I efteråret 2014 udviklede CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (nu DEFACTUM) og KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (nu VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd) en protokol for forskningsprojektet, der skulle belyse effekter, fordele og ulemper ved gebyr ved udeblivelse i en dansk sammenhæng.[3]

1.1 Overordnet formål

Projektets overordnede formål var: 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.

1.2 Forskningsspørgsmål

Med ovennævnte argument om at en indførelse af gebyr ved udeblivelse ville være et omfattende initiativ, hvis konsekvenser kunne konflikte med den danske kultur i sundhedsvæsenet, herunder let og lige adgang til sundhedsvæsenet,[4] blev det besluttet at gennemføre et alsidigt og tværfagligt forskningsprojekt. Med henblik på at sikre både et patientperspektiv, et organisatorisk perspektiv og et sundhedsøkonomisk perspektiv blev følgende forskningsspørgsmål defineret[1]:

1. Hvad er omfanget af udeblivelser, og hvad gøres der for at dæmme op for det jf. litteraturen?
2. Hvad er omfanget af udeblivelser, og hvad gøres der for at dæmme op for det specifikt på de afdelinger, der deltager i forsøg med gebyr ved udeblivelse?
3. Hvad er patienternes oplevelser af indførelse af gebyr ved udeblivelse, og hvad er årsagerne til udeblivelse?
4. Hvilke konsekvenser har indførelse af gebyr ved udeblivelse for organisationen og de fagprofessionelle?
5. Hvad er effekten af gebyr ved udeblivelse på omfanget af udeblivelser, og vil det være omkostningseffektivt at introducere gebyr?
6. Hvad er effekten af gebyr ved udeblivelse på lighed i adgang?

[1] VIVE har varetaget forskningsspørgsmål 1, 2b og 4a (se Afsnit 2 Delanalyser). DEFACTUM har varetaget forskningsspørgsmål 2a, 3, 4b, 5 og 6 (se Afsnit 2 Delanalyser).

1.3 Interventionsafdelinger

Det var i projektets opdrag givet, at der skulle gennemføres forsøg på to hospitalsafdelinger. Derfor var sigtet, at de to afdelinger skulle komplementere hinanden, at det skulle være afdelinger med stor volumen i såvel afholdte aftaler som indkaldelser per brev, samt at patientgrupperne skulle være heterogene. Endelig blev den praktiske gennemførbarhed en væsentlig parameter.

Da Region Midtjylland stillede sig til rådighed, blev det til, at projektets forsøg med gebyr ved udeblivelse blev gennemført på to afdelinger på Hospitalsenhed Midt: Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg og Radiologisk Afsnit, Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg.

Begge de deltagende afdelinger var afdelinger med stort volumen: Ortopædkirurgisk Ambulatorium har ca. 17.000 elektive aftaler på årsbasis, og Radiologisk Afsnit har ca. 30.000 elektive aftaler på årsbasis. Desuden er begge afdelinger kendetegnet ved stor diversitet blandt patienterne. Udeblivelsesandelen var ved forsøgets start på Ortopædkirurgisk Ambulatorium 4 % og på Radiologisk Afsnit 5 %.[5]

1.4 Intervention

Interventionen bestod i, at ambulante patienter, som blev indkaldt via brev (enten via e-Boks eller med almindelig brevpost), sammen med deres indkaldelse modtog et bilag med information om, at hvis de udeblev fra den pågældende aftale uden forud at melde afbud, ville de blive opkrævet et gebyr på 250 kr.

Så vidt muligt skulle der umiddelbart inden aftalen udsendes sms-påmindelser til de indkaldte patienter. Udeblivelse blev defineret ved, at patienten ikke mødte frem til det indkaldte tidspunkt. Ved udeblivelser skulle disse registreres efter vanlig procedure. På begge afdelinger var det praksis, at personer, der mødte for sent op til deres aftaler, blev forsøgt indpasset i dagens program; disse patienter blev ikke registreret som udeblevet. Hver uge blev antallet af registrerede udeblivelser opgjort og indsendt til regionens økonomiafdeling, som varetog opgaven med at udsende gebyropkrævninger inklusive to rykkere (om nødvendigt). Såfremt gebyret ikke blev betalt derefter, blev kravet sendt til inddrivelse via SKAT. Ligeledes var det regionens økonomiafdeling, der tog sig af spørgsmål vedrørende forsøget samt klager knyttet til gebyropkrævningerne.

1.5 Forskningsdesign

Undersøgelsen af effekter og konsekvenser af gebyr ved udeblivelse er gennemført ved brug af en bred vifte af designs og metoder til besvarelse af undersøgelsens forskningsspørgsmål, der alle knytter an til interventionen på de to deltagende afdelinger.

Indledningsvist blev der fokuseret på kortlægning af eksisterende viden fra den nationale og internationale videnskabelige litteratur. Dernæst en kortlægning af konteksten, dvs. studier af afdelingernes aftaler baseret på administrative data sammen med et kvalitativt interview- og observationsstudie af organisering med særligt fokus på hvad afdelingerne allerede havde iværksat for at moderere udeblivelser.

Projektets mere eksperimentelle del baserede sig på forsøg på de to afdelinger. Da konsekvenser af gebyr kan virke både på patienter (som evt. udebliver mere eller mindre) og på organisationen (hvor den daglige drift kan være påvirket af omfanget af udeblivelser), blev der foretaget et lodtrækningsforsøg på den ene afdeling og et forsøg i et før-efter-design på den anden afdeling.

Lodtrækningsforsøget (randomiseret kontrolleret studium, RCT) var således designet til at undersøge en eventuel effekt på aftalehaveres udeblivelse med versus uden gebyr. Fordi det indebærer, at omkring hver anden patient lodtrækkes til gebyr og hver anden til ikke-gebyr, vil organisationen være udsat for både gebyr og ikke-gebyr på samme tid. Lodtrækningsforsøg på individniveau kan derfor ikke samtidig anvendes til at studere en effekt på den samlede organisation. Designet for forsøget på den anden afdeling blev derfor designet som et før-efter-studie, hvor hele afdelingen for en periode er udsat for gebyr. Det betyder så omvendt, at dette design ikke er særlig stærkt til samtidig at undersøge aftalehaveres udeblivelse, fordi man så vil skulle sammenligne forskellige tidsperioder, der kan gøre at aftalehaverne ikke er sammenlignelige. De to forskellige designs supplerer hinanden, så den samlede pakke repræsenterer et robust forsøgsdesign.

Et organisationsstudie byggende på kvalitative interviews med centrale aktører blev udført på begge afdelinger. Fokusgruppeinterviews med patienter, der havde modtaget gebyrbilaget, har afdækket patienters holdning til gebyr ved udeblivelse – generelt. Sidst er der også gennemført en spørgeskemabaseret kvantitativ undersøgelse blandt patienter, der havde modtaget en gebyropkrævning (altså havde modtaget gebyrbilaget, og var udeblevet uden at have meldt afbud), for at belyse årsager til udeblivelse samt holdning til at have modtaget en gebyropkrævning.

1.6 Data

Projektet har benyttet en bred palet af data. Disse data er følgende: Dokumenter og litteratur til litteraturstudiet, interviews til såvel patient- (kvalitative og kvantitative) som organisationsanalyserne (kvalitative); observationsdata er desuden indgået i organisationsanalysen. Registreringer fra de to deltagende afdelinger og fra Region Midtjyllands Business Intelligence portal, som får indleveret hospitalernes bookingdata til opgørelsesbrug, har leveret data knyttet

til registreringer af udeblivelser, trukket fra hospitalernes bookingsystemer, ligesom regionens økonomiafdeling har leveret tidsregistreringer i forbindelse med gebyropkrævninger og henvendelser knyttet til forsøget.

Endvidere er kvantitative data fra administrative registre koblet med individkarakteristika på Danmarks Statistiks forskerservere for at undersøge karakteristika for de udeblevne patienter og herefter undersøge effekten af gebyr ved udeblivelse på lighed i adgang til undersøgelser/behandlinger.

2 Delanalyser

Forskningsspørgsmål 1: Hvad er omfanget af udeblivelser, og hvad gøres for at dæmme op for det? – en litteraturbaseret kortlægning	
Formål	At undersøge den videnskabelige litteratur om effekter og økonomiske virkninger af indsatser rettet mod at nedbringe udeblivelser i sundhedsvæsenet.
Materiale og metode	73 studier, som undersøgte: udeblivelsesandele, pris for udeblivelser, forhold som påvirker udeblivelsesandelen, omkostningseffektivitet af indsatser rettet mod at nedbringe udeblivelser i sundhedsvæsenet i form af udeblivelsesandel samt patienters oplevelser med gebyr for udeblivelse. Inklusion af RCT-studier, cluster-randomiserede forsøg, case-control-studier, kohortestudier, kvalitative studier, casestudier, før-efter-studier, kvasi-randomiserede forsøg, reviews og metaanalyser. Inklusion af studier, hvor der indgik patienter med en aftale om ambulante besøg på hospital. Eksklusion af studier, der omhandlede aftaler med almen praksis, tandlæge og behandling af psykiske lidelser.
Resultater	En dansk undersøgelse fra 2003 viser, at den gennemsnitlige udeblivelsesandel er 3-4 %. Dette er markant lavere end andre lande (fx New Zealand og USA), hvor der er fundet udeblivelsesandele på 10 %. Ældre patienter udebliver mindre end yngre patienter, patienter i høj socialklasse udebliver mindre end patienter i lav socialklasse, og patienter med flere samtidige sygdomme, psykisk sygdom og sociale udfordringer (fx misbrug) udebliver oftere end andre patientgrupper. Den hyppigste årsag til udeblivelse er forglemmelser. Herefter følger svagt helbred, praktiske forhold, administrative fejl, økonomiske forhold, frygt for behandlingen og oplevelsen af at behandlingen ikke (længere) er relevant. Der er stærk og konsistent dokumentation for at simple påmindelser, der angiver tid og sted for aftalen, nedsætter antallet af udeblivelser. Der er svag dokumentation for, at gebyr ved udeblivelse ikke sænker antallet af udeblivelser. De eksisterende studier er af for dårlig kvalitet til, at man kan sige noget sikkert om omkostningseffektiviteten af indsatser rettet mod udeblivelser; påmindelser ved opkald og sms kan være omkostningseffektive, hvorimod gebyr ved udeblivelse formentlig ikke er omkostningseffektiv eftersom litteraturen viser, at gebyrer ikke nedsætter udeblivelsesfrekvensen. Et studie viser, at halvdelen af en gruppe adspurgte patienter finder gebyr ved udeblivelse acceptabelt.
Konklusion og anbefalinger	Der er begrænset dokumentation for, at gebyr nedbringer udeblivelser, og derfor om indsatsen er omkostningseffektiv. Der er derimod solid dokumentation for, at påmindelser til patienter i form af brev, telefon eller sms kan nedbringe udeblivelser. Også her mangler der solide analyser af omkostningseffektivteten. Der mangler desuden nutidige landsdækkende undersøgelser af den nuværende udeblivelsesandel samt undersøgelser af sammenhængen mellem patientkarakteristika og effekten af påmindelser.
Publikation	Jansbøl K, Wolf RT. Reduktion af udeblivelser. Et systematisk review om effekt og besparelse ved påmindelser og gebyr. København: KORA, 2016.[6]

Forskningsspørgsmål 2a: **Hvad er omfanget af udeblivelser på de afdelinger, der deltager i forsøg med gebyr ved udeblivelse? – en kontekstundersøgelse ved baseline**	
Formål	At undersøge omfanget af udeblivelser på to danske, ambulante afdelinger uden indførelse af gebyr ved udeblivelse og sammenhængen med patient- og afdelingskarakteristika.
Materiale og metode	Studiet er baseret på data i en periode på 22 måneder (01-06-2013 - 31-03-2015) på Radiologisk Afsnit, Regionshospitalet Silkeborg og Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg. Der blev trukket data fra Region Midtjyllands BI-portal og fra Regionshospitalet Silkeborgs RIS-system (Røntgen Information System) vedrørende aflysninger fra enten hospitalets eller patientens side samt udeblivelser. Der blev ligeledes udtrukket aftalekarakteristika på patient- og afdelingsniveau. Her undersøgte vi patientens alder, afstand til hospitalet, type aftale (hvilken procedure der skulle udføres og på hvilken anatomisk del), hvad tid på dagen aftalen foregik, hvilken ugedag og hvilken årstid aftalen foregik, om aftalen tidligere var udsat, og hvor lang ventetid patienterne havde, fra de modtog indkaldelsen til mødetidspunktet. Der blev benyttet logistisk regression til at udføre analysen.
Resultater	Ud af 54.987 aftaler (i perioden på 22 måneder) på Radiologisk Afsnit, Regionshospitalet i Silkeborg var der en udeblivelsesprocent på 5,28 %. I Ortopædkirurgisk Afsnit, Regionshospitalet Viborg var der en udeblivelsesprocent på 3,96 % ud af i alt 31.538 aftaler i perioden. Udeblivelserne forekom oftere blandt mænd, blandt patienter i yngre aldersgrupper og patienter med længere ventetid fra henvisning til aftale. Derudover viste studiet, at patienterne udeblev i højere grad fra uspecificerede røntgenundersøgelser (som ikke er CT, MR eller ultralyd) og i højere grad fra kontrol sammenlignet med operationer.
Konklusion og anbefalinger	Det vurderes relevant at undersøge muligheden for at nedbringe udeblivelser, især over for mænd, unge og patienter med lang ventetid.
Publikation	Blæhr EE, Søgaard R, Kristensen T, Væggemose U. Observational study identifies characteristics for non-attendance in two hospital out-patient clinics. DMJ 2016;63(10):A5283 (2016-10-01).[5]

Forskningsspørgsmål 2b: Hvad gøres for at dæmme op for udeblivelser på de afdelinger, der deltager i forsøg med gebyr ved udeblivelse? – en kontekstundersøgelse ved baseline	
Formål	At undersøge hvad de to deltagende afdelinger har gjort for at dæmme op for udeblivelser forud for gebyrprojektet.
Materiale og metode	Kvalitativt studie tilrettelagt med dataindsamling før forsøg med gebyr i de to afdelinger. Data bestod af observation af udvalgte medarbejderes arbejdsgange samt interviews med 2 ledere og 12 medarbejdere. Her var et af temaerne, hvilke tiltag afdelingerne allerede havde gjort for at nedbringe antallet af udeblivelser (se forskningsspørgsmål 4a).
Resultater	Følgende tiltag med henblik på at reducere omfanget af udeblivelser var indført i afdelingerne: Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg o Sms-påmindelse o Nedbragt ventetid fra aftalens indgåelse til aftalens afholdelse o Patienter medvirker til at bestemme aftaletidspunktet Radiologisk Afsnit, Regionshospitalet Silkeborg o Sms-påmindelse o Selvbooking
Konklusion og anbefalinger	I litteraturen om metoder til at nedbringe antallet af udeblivelser fremgår påmindelser og tiden mellem aftaleindgåelse og tidspunkt for aftalen som nogle af de tiltag, som konsistent har vidst sig at være effektive (se Forskningsspørgsmål 1). Disse tiltag var iværksat i afdelingerne inden gebyrforsøget og har sandsynligvis allerede påvirket omfanget af udeblivelser i afdelingerne.
Publikation	Indgår i organisationsanalysen, se forskningsspørgsmål 4a. Madsen MH, Jansbøl K, Kjellberg J. Gebyr ved udeblivelse – en analyse af de organisatoriske konsekvenser. København: VIVE, 2017.[7]

Forskningsspørgsmål 3a: Hvad er patienternes holdninger til indførelse af gebyr ved udeblivelse? – en interviewundersøgelse	
Formål	At undersøge holdninger til indførelse af gebyr ved udeblivelse hos patienter, der har modtaget gebyrbilaget med indkaldelsen.
Materiale og metode	Der blev gennemført 6 fokusgruppeinterviews på Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg. Deltagerne blev rekrutteret via skriftlige invitationer til patienter, der havde modtaget gebyrbilag sammen med indkaldelsen. Fokusgruppernes temaer var følgende: o Overordnet holdning til sundhedsvæsenet o Holdninger til at modtage en indkaldelse med et bilag om gebyr ved udeblivelse o Holdning til indførelse af gebyr ved udeblivelse o Forslag til andre metoder med henblik på at øge fremmøde i hospitalsvæsenet o Forslag til at gøre det lettere at ændre aftaler/melde afbud o Gebyr – hvordan og til hvem? o Holdning til hvorvidt indførelse af gebyr ved udeblivelse vil ændre syn på/opfattelse af hospitalsvæsenet I alt 44 patienter deltog. Alle interviews blev optaget digitalt, transskriberet og analyseret ved hjælp af tematisk analyse.
Resultater	Alle fokusgrupperne gav udtryk for en samlet positiv holdning til hospitaler og sundhedssektoren. Der var en forståelse af systemet som underfinansieret og under pres, hvilket tjente til at forklare, hvorfor optimal ressourceanvendelse bør være et hovedanliggende og prioritet for alle. Deltagernes holdning til gebyr ved udeblivelse var udtalt positiv. Flere nævnte, at de kendte til gebyrer fra andre steder i sundhedsvæsenet (fx tandlæge). Udeblivelse blev i alle interviews beskrevet som mangel på respekt for det fællesfinansierede sundhedsvæsen, og deltagerne forventede, at et gebyr ville motivere patienter til at møde op eller huske at melde afbud. Samtidig blev vigtigheden af, at det skulle være let at melde afbud/ændre aftale, understreget – fx via sms, selvbetjening, digital bookning. Der var generel enighed om, at nogle grupper (psykiatriske patienter) kunne fritages for gebyr, men ikke enighed om, hvilke grupper det i øvrigt burde dreje sig om, eller hvem der skulle administrere undtagelserne. I det hele taget var der enighed om, at indførelse af gebyr skal være nemt at administrere for hospitalerne og ikke føre til øget bureaukrati.
Konklusion og anbefalinger	Patienterne var positive overfor gebyr, så længe det ikke gav øget bureaukrati.
Publikation	Lou S, Frumer M, Olesen S, Nielsen AH, Væggemose U. Danish patients' attitudes towards fees for non-attendance in public hospitals: A qualitative study. DMJ 2016;63(7):A5252 (2016-06-30).[8]

Forskningsspørgsmål 3b: **Hvad er udeblevne patienternes holdninger til gebyr ved udeblivelse? – herunder patienternes angivelse af årsager til udeblivelse. En spørgeskemaundersøgelse.**	
Formål	At undersøge generelle og specifikke holdninger til indførelse af gebyr ved udeblivelse blandt patienter, der har modtaget en gebyropkrævning, samt hvilke årsager de angiver for den specifikke udeblivelse.
Materiale og metode	Spørgeskemaundersøgelse blandt patienter, der sammen med deres indkaldelse havde modtaget bilaget om gebyr ved udeblivelse og var udeblevet. Dataindsamlingen er sket via 1) telefoninterviews, 2) e-Boks og 3) papirformat. Spørgeskemaet indeholdt følgende emner: Brug af sundhedsvæsenet inden for det sidste år o Årsag til den aktuelle udeblivelse o Holdning til gebyr ved udeblivelse i det offentlige hospitalsvæsen - generelt og specifikt i forhold til den aktuelle udeblivelse o Sociodemografiske forhold Ud af 183 mulige respondenter blev der indhentet 71 besvarelser (svarprocent 39 %).
Resultater	For næsten halvdelen af patienterne skyldtes udeblivelsen 'tekniske problemer' fx med e-Boks eller problemer med at melde afbud (47 % (svarende til 33 personer)), mens 'forglemmelse' og 'andre årsager' udgjorde de næsthyppigste årsager (18 % (svarende til 13 personer) for begge årsager). Størstedelen (77 %) af udeblevne patienter var positive over for gebyr generelt, men blandt dem var halvdelen (56 %) utilfredse med deres egen gebyropkrævning. For de personer, der havde en positiv holdning til at have modtaget gebyr, var der ingen, der havde en akut forhindring som en forklaring på deres udeblivelse. Derimod var der hos dem, der havde en negativ holdning til at have modtaget gebyr, 15 % med akutte forhindringer som forklaring på udeblivelsen.
Konklusion og anbefalinger	Størstedelen af udeblevne patienter var positive overfor gebyr generelt, men blandt dem var halvdelen utilfredse med deres egen gebyropkrævning. 'Tekniske problemer', primært knyttet til brugen af e-Boks, var den primære årsag til udeblivelse efterfulgt af 'forglemmelse' og 'andre årsager'. Grundet stort frafald og metodemæssige begrænsninger er resultaterne behæftet med en vis usikkerhed.
Publikation	Væggemose U, Blæhr EE, Thomsen AML, Ankersen PV, Lou S. Fee for non-attendance in public hospitals? – A Danish survey study of non-attenders' attitudes. (Indsendt til videnskabeligt tidsskrift, september 2017).

Forskningsspørgsmål 4: Hvilke konsekvenser har indførelse af gebyr ved udeblivelse for organisationen og de fagprofessionelle?	
Formål	1) Hvilke udfordringer giver udeblivelser i afdelingerne? 2) Hvorvidt vurderer ledelse og personale, at gebyr (i samspil med andre tiltag) er et relevant tiltag med henblik på at reducere udeblivelser? 3) Hvordan er gebyrprojektet organiseret og implementeret i afdelingerne, herunder tilknyttede arbejdsgange og involverede medarbejdere?
Materiale og metode	Kvalitativt studie tilrettelagt med dataindsamling før og efter forsøg med gebyr i de to afdelinger. Data indsamlet før forsøg med gebyr består af observation af arbejdsgange for udvalgte medarbejdere (sekretærer, sygeplejersker, radiografer, radiologer) samt interviews med 2 ledere og 12 medarbejdere (samme personalegrupper som ved observation) i de to afdelinger. Data indsamlet efter indførelse af gebyr består af interviews med 1 leder og 15 medarbejdere (samme personalegrupper som før-analysen) i de to afdelinger. Interviewene *forud* for gebyrforsøget fulgte en interviewguide, som afsøgte følgende temaer: o Hvilke arbejdsopgaver går forud for, og hvilke arbejdsopgaver opstår der som følge af patienters udeblivelse fra en planlagt undersøgelse? o Hvilke udfordringer oplever personalet i forbindelse med udeblivelser? o Hvordan vurderer og forklarer personale og ledelse udeblivelser før interventionens start? o Hvilke andre tiltag er iværksat i afdelingen for at reducere antallet af udeblivelser? Interviewene *efter* gebyrforsøget fulgte en interviewguide, som afsøgte følgende temaer: o Hvilke nye opgaver knytter sig til indførelse af gebyrer? o Hvordan vurderer og forklarer personale og ledelse udeblivelser efter interventionens start? o Hvordan har gebyrer påvirket forholdet mellem personale og patienter? o Hvilke andre tiltag er iværksat i afdelingen for at reducere antallet af udeblivelser?
Resultater	Udeblivelser kan føre til spild af tid og teknologi (fx scannere), som står ubrugte hen i afdelingerne. Det er dog muligt ved de kortere og mindre komplicerede typer af undersøgelser at justere dagsprogrammet og udfylde tomme tider, fx med akutte patienter. Dette er vanskeligere ved de lange og mere komplicerede undersøgelser og undersøgelser, hvor der er behov for specialiserede kompetencer. Samtidig kan udeblivelser give mulighed for personalet til at indhente forsinkelser eller lave administrative opgaver, som ellers skulle være lavet på et andet tidspunkt. For nogle personalegrupper, herunder sekretærer, sygeplejersker og radiografer, opleves udeblivelser som en forstyrrelse i deres daglige arbejde og udeblivelser blev af nogle også opfattet som et signal om manglende respekt for det arbejde, som går forud for undersøgelserne, og dermed samfundets ressourcer. Tomme tider, som følge af udeblivelser, bliver brugt til administrative gøremål og til at indhente forsinkelser i dagsprogrammer. Der er dermed sjældent tale om egentlig spildtid, dog påvirker det ifølge ledelse og personale afdelingernes produktivitet og mulighed for at leve op til udrednings- og behandlingsgarantier. Denne delundersøgelses design og metode var dog ikke velegnet til at efterprøve denne hypotese og opgøre det præcise omfang af fx produktivitetstab som følge af udeblivelser. Ledelse og personale på de to afdelinger fremhæver flere mulige årsager til udeblivelse, hvoraf nogle kan relateres til patienternes aktive valg om ikke at møde op og omstændigheder i patienternes øvrige liv, som forhindrer dem i at møde op. Desuden beskriver ledelse og personale, at udeblivelse også kan skyldes kommunikationsbrist (mellem afdeling og patient og internt mellem hospitalsafdelinger), som således ikke kan afhjælpes via gebyr. Ledelse og personale i de to afdelinger har oplevet selve administrationen af indførelse af gebyr ved udeblivelse som uproblematisk. Dette ikke mindst fordi der var aftalt en arbejdsdeling, hvor Koncern Økonomi, Region Midtjylland varetog udskrivning af gebyrer og den videre dialog med patienter, som var pålagt et gebyr og som ønskede at klage. Afdelingerne har primært stået for at udarbejde en liste over udeblivelser. Denne model for arbejdsdeling har betydet, at gebyrprojektet har fyldt meget lidt på afdelingerne og medført en minimal dialog med patienterne om gebyr.
Konklusion og anbefalinger	Patienters udeblivelse fra hospitalsaftaler kan føre til spildtid og ubrugte ressourcer, men bliver i mange tilfælde brugt til at samle op på administrative opgaver fx til at indhente forsinkelser og tage akutte patienter ind. Gebyrprojektets organisatoriske effekt er primært at nogle blandt personalet oplever en fornemmelse af retfærdighed, fordi patienter tildeles et ansvar for udeblivelse via gebyret. Den valgte organisering er ukontroversiel og let implementerbar, men efterlader ikke mulighed for at undersøge rigtigheden af gebyropkrævningen i de tilfælde, hvor patienter klager.
Publikation	Madsen MH, Jansbøl K, Kjellberg J. Gebyr ved udeblivelse – en analyse af de organisatoriske konsekvenser. København: VIVE, 2017.[7]

Forskningsspørgsmål 5: **Hvad er effekten af gebyr ved udeblivelse på omfanget af udeblivelser, og vil det være omkostningseffektivt at introducere gebyr?**	
Formål	At undersøge effekt og omkostningseffektivitet af gebyr ved udeblivelse fra et sundheds-sektorperspektiv.
Materiale og metode	Randomiseret kontrolleret forsøg hvor alle aftaler på Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg i perioden 01/05 – 31/11 2015 blev inkluderet og fulgt indtil aftaledatoen og senest rettidige betalingsdato efter op til 2 rykkere i tilfælde af gebyr-tilskrivning (n=6.746). Inklusionskriterier var følgende: alle brevindkaldte førstegangsaftaler i perioden (en patient kunne kun indgå en gang i perioden) for aftaler med en borger med adresse i Danmark. Eksklusionskriterier var følgende: aftaler til fysio- eller ergoterapi. Randomiseringen var computerbaseret og blev foretaget i forbindelse med udskrivning af indkaldelsesbrev. I gruppen lodtrukket til gebyr blev indkaldelsesbrevet vedlagt et gebyrbilag med information om, at der vil blive opkrævet et gebyr på 250 kr. ved udeblivelse (se bilag 2). I gruppen lodtrukket til sædvanlig praksis blev der ikke vedlagt noget gebyrbilag. Effektparametre omfattede: aflysning fra hospitalets side, aflysning fra patientens side og udeblivelse fra ikke-aflyste aftaler. Omkostningsparametre omfattede: administrations-omkostning for gebyrsystem (omkostningen for at medsende gebyrbilag til indkaldelses-brev, håndtering af spørgsmål og klager, opkrævning af gebyr) og omkostning for produk-tionstab i forbindelse ved udeblivelse. Førstnævnte blev estimeret ved aktivitetsbaseret omkostningsmåling baseret på tidsregistreringer, som blev foretaget af den regionale øko-nomiafdeling. Sidstnævnte baserede sig på DRG-systemet, hvor den nationale tarif for den aktuelle aftale blev anvendt som mål for det maksimale produktionstab, og følsomhedsana-lyse blev anvendt til at vurdere betydningen af mindre grader af produktionstab. Effekter og omkostninger blev transformeret til nettogevinst, og sandsynligheder for at gebyrpolitik vil være omkostningseffektivt blev estimeret for syntesen af de observerede data samt forskellige alternative scenarier.
Resultater	Der fandtes ingen statistisk signifikant forskel mellem grupperne (gebyr versus intet gebyr) på hverken aflysninger fra hospitalets side (15,5 % versus 15,5 %), aflysninger fra patien-tens side (6,8 % versus 6,3 %) eller udeblivelser (5,0 % versus 4,9 %). Administrationsomkostningen for gebyrpolitik blev estimeret til 8 kr. per aftale. Det maksi-male produktionstab blev estimeret til 57 kr. per aftale i gruppen lodtrukket til gebyrpolitik og 47 kr. per aftale i gruppen lodtrukket til sædvanlig praksis. Forskellen i den totale om-kostning i de to grupper var 10 kr. per aftale (95 % konfidensinterval -9; 22) og således ikke statistisk signifikant. Som følge af det statistisk ens udkomme i lodtrækningsgrupperne var sandsynligheden for omkostningseffektivitet i regionen 50 % for både hovedanalysen og forskellige alternative scenarier. Det var således ikke betydende for resultatet, hvorvidt der var begrænset eller fuldt produktionstab ved udeblivelse.
Konklusion og anbefalinger	Gebyr ved udeblivelse ser ikke ud til at være en omkostningseffektiv måde at nedbrin-ge udeblivelsesandelen på i en dansk kontekst. Det skyldes først og fremmest, at ge-byr ikke synes at være et effektivt redskab, når effekten defineres som aflysninger og udeblivelser. Disse resultater taler imod introduktion af gebyr, medmindre andre effek-ter nd aflysninger og udeblivelser, som fx personalets jobtilfredshed eller skattebor-gernes retfærdighedsfølelse, tillægges værdi.
Publikation	Blæhr EE, Kristensen T, Væggemose U, Søgaard R. The effect of fines on nonatten-dance in public hospital outpatient clinics: study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2016;17:288 (2016-06-13).[9] Blæhr EE, Væggemose U, Søgaard R. The effect of fines on non-attendance in public hospital outpatient clinics: a randomized controlled trial. (Indsendt til videnskabeligt tidsskrift, september 2017).

Forskningsspørgsmål 6: Hvad er effekten af gebyr ved udeblivelse på lighed i adgang?	
Formål	At undersøge effekten af gebyr ved udeblivelse på lighed i adgang.
Materiale og metode	Kobling af data fra lodtrækningsforsøget under forskningsspørgsmål 5 med individniveaudata på aftalekarakteristika, helbredskarakteristika og socioøkonomiske karakteristika for aftalehavere (n=6746) i tværsnitsdesign. Dette studie blev baseret på individniveauanalyser af indsamlede forsøgsbaserede data fra RCT'en (som benyttet i forskningsspørgsmål 2 og 6). Disse data blev koblet med nationale registre for at få fuld information om nøglekarakteristika for ulighed som fx etnicitet, uddannelse, beskæftigelse og indkomst. Der blev opstillet en model for udeblivelse forklaret ved køn, alder, civilstatus, statsborgerskab, oprindelse, afstand fra hjem til hospital, type aftale, anatomi for behandling, uddannelse, disponibel indkomst, socioøkonomisk klassifikation, familietype, antal kontakter hos: egen læge, vagtlæge, psykolog, fysioterapeut eller kiropraktor og tandlæge, antal psykiatriske diagnoser og antal somatiske diagnoser. Modellen blev analyseret ved hjælp af logistisk regression for alle aftaler, for aftaler under gebyr og for aftaler under sædvanlig praksis uden gebyr.
Resultater	Karakteristika for hvem, der udeblev, ændrede sig ikke under gebyrpolitik. Såvel med som uden gebyr kunne udeblevne patienter karakteriseres ved i højere grad at være yngre mænd med indkomst i laveste kvartil, indvandrere, patienter med et højt forbrug af ydelser hos psykolog og patienter med et lavt forbrug af tandlæge.
Konklusion	Vi fandt ingen tegn på, at gebyr ved udeblivelse medførte nogen forskydning af, hvilke patienter der udeblev.
Publikation	Blæhr EE, Væggemose U, Søgaard R. The effect of fines for non-attendance on equality in access to public outpatient clinics. (Under udarbejdelse og planlagt til indsendelse til videnskabeligt tidsskrift ultimo 2017).

3 Sammenfattende diskussion og anbefalinger

I 2013 blev den daværende regering og Danske Regioner enige om at tilvejebringe et videnskabeligt grundlag for det videre arbejde med at reducere omfanget af udeblivelser i det offentlige sygehusvæsen. Dette foranledigede at projektet *Gebyr ved udeblivelse i det offentlige sygehusvæsen – en videnskabelig undersøgelse af konsekvenser i en dansk kontekst* er gennemført med forsøg med gebyr ved udeblivelse på to hospitalsafdelinger: Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg (lodtrækningsforsøg i perioden maj-november 2015) og Radiologisk Afsnit, Regionshospitalet Silkeborg (før-efter-studie, hvor gebyrpolitikken blev gennemført ved alle brevindkaldte aftaler i perioden december 2015-december 2016). Med afsæt i den internationale videnskabelige litteratur og historiske data fra de deltagende afdelinger har disse to forsøg tjent som objekt for en vifte af kvalitative og kvantitative studier af de mulige konsekvenser, hvis man introducerer gebyr ved udeblivelse i det danske sygehusvæsen.

Resultatsammenfatning

Overordnet bidrager projektet med nye perspektiver på de mulige konsekvenser af gebyr ved udeblivelse, såvel i dansk som i internationalt videnskabeligt perspektiv, idet der ikke tidligere er gennemført lodtrækningsforsøg på området. Vi er heller ikke vidende om, at der tidligere er gennemført en komplet evaluering, hvor både patienters og personales perspektiv er undersøgt samtidigt, og hvor man således har fokus på både brugernes serviceoplevelse og tilfredshed, personalets og ledelsens oplevelse og det overordnede sundhedsøkonomiske perspektiv.

Blandt patienterne var der konsensus om, at en indførelse af gebyr ved udelivelse var en passende metode til at reducere antallet af udeblivelser, så længe det ikke gav øget bureaukrati og var let at administrere for hospitalerne. Det blev understreget, at let adgang til at melde afbud/ændre mødetidspunkt var vigtigt.[8]

Også de sundhedsprofessionelle, som oplevede udeblivelser som en forstyrrelse i deres daglige arbejde, var positive over for gebyr ved udeblivelse til den gruppe af patienter, som udebliver på grund af ligegyldighed eller manglende respekt for fælleskabets ressourcer og det arbejde, som går forud for en undersøgelse/behandling. Patienter såvel som de fagprofessionelle var enige om, at udsatte patientgrupper, som eksempelvis psykisk sårbare, burde fritages. [7,8]

I lodtrækningsforsøget på Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg blev patienterne elektronisk udtrukket. Således blev halvdelen af de

inkluderede patienter (indkaldt per brev via e-Boks eller postomdelt brev) allokeret til gebyr og den anden halvdel til sædvanlig praksis uden gebyr. Forsøget viste, at et gebyr ved udeblivelse på 250 kr. ikke havde effekt på andelen af udeblivelser. Udeblivelsesprocenten var for begge grupper ca. 5 %. Resultaterne viste heller ingen statistisk signifikant forskel mellem grupperne i forhold til aflysninger, godt 15 % af alle aftaler blev aflyst af hospitalet, og godt 6 % blev aflyst af patienten.

Når disse (manglende) effekter sammenholdes med de omkostningsmæssige, dvs. hvad det koster at drive et gebyrsystem, og hvad man evt. sparer i produktionstab, viser det sig ikke omkostningseffektivt at anvende gebyr til at reducere udeblivelse.

Heller ikke i forhold til lighed/ulighed i adgang tyder resultaterne på nogen effekt. Uanset gebyr var de patienter, der især udeblev, i højere grad mænd, personer i alderen 20-40 år samt personer, der havde fået indkaldelsen fra hospitalet mindst seks uger før mødetidspunktet. Desuden var der en tydelig sammenhæng mellem udeblivelse og personer tilhørende de laveste indkomstgrupper (de 25 % fattigste), indvandrere, personer med et højt forbrug af psykologydelser, og personer med et lavt forbrug af tandlæge.

Derimod var det både de fagprofessionelles og patienternes erfaring, at initiativer rettet mod at hjælpe (nudge) patienter til øget fremmøde (sms-påmindelser, forskellige initiativer med patientindflydelse ift. tidspunkt for aftalen, kortere tid fra indkaldelsen til tidspunkt for aftalen) ville havde effekt.[7,8]

Et af projektets fund var, at den hyppigste årsag til udeblivelse blandt de patienter, som grundet udeblivelse havde modtaget en gebyropkrævning, var 'tekniske problemer', og primært her var det relateret til modtagelse af indkaldelse via e-Boks. Desuden blev: 'fejl i indkaldelse', 'ikke muligt at melde afbud' og 'forglemmelse' nævnt som årsager til udeblivelse. Ledelse og personale i de to afdelinger beskrev herudover også kommunikationsbrist, patienters eller nære pårørendes sygdom, eller at de har fået det bedre i ventetiden frem mod undersøgelse, som årsager til udeblivelse.[7]

Styrker og svagheder ved projektets resultater

Overodnet vurderes projektets undersøgelser at have en høj validitet, da undersøgelserne har været systematisk tilrettelagt, er gennemført på varieret metode og i en tværfaglig og tværinstitutionel forskergruppe, som er fulgt af opdragsgiver i forhold til, at de valgte fokusområder har haft mest mulig relevans. Det gennemførte projekt vurderes at leve op til opdraget om, at der skulle gennemføres et videnskabeligt forsøg med gebyr ved udeblivelse i det offentlige danske sygehusvæsen.

De væsentligste styrker ved projektets samlede undersøgelser er som før nævnt bredden i såvel analytisk perspektiv (patient, personale/ledelse/organisation og sygehusvæsenets økonomi) som forskningsdesign og tværfaglighed i forskergruppen. Som samlet pakke repræsenterer projektet som videnskabeligt projekt det første af sin art, idet der ikke forfatterne bekendt tidligere er gennemført lodtrækningsforsøg for effekten af gebyr ved udeblivelse i sygehusvæsenet.[6] For så vidt angår lodtrækningsforsøget, er RCT-designet det stærkeste, vi har, til at undersøge sådanne effekter. Svagheden ved dette design er, at man ikke på samme tid kan nøjes med at udsætte hver anden patient for gebyr og samtidig studere en organisations respons, som havde den været fuldt udsat for gebyr. Men når det som her er suppleret med et før-efter-design på en anden afdeling udbedres denne svaghed. Et andet forhold er, at dosis-respons, forstået som virkningen af forskellige gebyrsatser, ikke har været en del af opdraget, og derfor heller ikke er undersøgt.

Blandt de væsentligste svagheder rent metodisk har projektet, helt naturligt, været præget af udfordringer i forhold til gennemførbarhed i en travl kontekst af rutinebaseret praksis, hvor forskningen er sekundær og hvor forskellige forhold kan være vanskelige at kontrollere. Der har i udgangspunktet ikke været afsat ekstra personaletid, og øvrige tiltag for at påvirke udeblivelse har ikke nødvendigvis været konstante (men dog ens for lodtrækningsgrupperne). Vedrørende datakvaliteten viste det sig, at på Radiologisk Afsnit, Regionshospitalet Silkeborg var den andel af aftaler, der reelt havde fået gebyrbilaget, uventet lav (i omegnen af 10 %). Dette betød, at det ikke synes relevant at analysere kvantitative organisatoriske effekter, idet 90 % af produktionen jo så ville basere sig på praksis uden gebyr og dermed ville risikere at ende stærkt fortyndet. Det ødelægger imidlertid ikke styrken i, at de kvalitative organisatoriske analyser er baseret på et ikke-hypotetisk scenarie, dvs. at personale og ledelse har aktuel erfaring med gebyr på det tidspunkt, de interviewes.

Generaliserbarhed

Projektet havde som præmis (af hensyn til både budget og tidsramme), at vi kun kunne gennemføre forsøg på to afdelinger i Danmark. Imidlertid viste det sig muligt at gennemføre forsøgene på to ret forskellige afdelinger, hvilket umiddelbart støtter den eksterne validitet, selvom ikke alle analyser er gennemført parallelt på begge afdelinger. Spørgsmålet er derfor, hvorvidt man kan generalisere til andre specialer end ortopædkirurgi og diagnostik – om patienter vil reagere anderledes på et gebyrbilag, selvom de indkaldes til en anden type af ydelse end her undersøgt. Her har vi mulighed for at støtte os op ad de grundige kontekstundersøgelser, hvor vi har rapporteret patientkarakteristika, som evt. kan sammenlignes for at afgøre, hvorvidt konteksten rent patientmæssigt er betydelig anderledes. Fordi vi ikke finder nogen effekt af gebyr overhovedet, er det vores vurdering, at vi skal have med meget anderledes populationer at gøre, før det kan have indflydelse på generaliserbarheden.

Forskellige patienter i det danske sundhedsvæsen vil trods alt have samme struktur, infrastruktur, kultur mv. som afsæt.

Perspektiveringer

Med projektets resultater i hånden er vi ikke overbeviste om, at gebyr ved udeblivelse vil have effekt på udeblivelsesandelen i det danske sygehusvæsen. Nogle bud på forklaringer er, at på de deltagende afdelinger var udeblivelsesandelen forholdsvis lille ca. 5 %, og spørgsmålet er, hvor lavt det er realistisk at nedbringe andelen af udeblivelser til. Dette skal også ses i forhold til, at forsøget blev gennemført i det specialiserede sundhedsvæsen, som behandler syge borgere – hvorfor, som også påpeget af de fagprofessionelle, akut sygdom eller akut forværring kan være en grund til udeblivelse. Endvidere var der allerede på de deltagende afdelinger gjort forskelligartede tiltag, som der fortsat videreudvikles på, til at hjælpe (nudge) patienter til øget fremmøde. Endelig antyder de udeblevne patienters årsager til udeblivelse, at implementeringen af e-Boks til indkaldelse stadigvæk påvirker graden af udeblivelser.

Anbefalinger

Forskningsresultaterne, som i øvrigt understøttes af litteraturen, peger i retning af, at gebyr ved udeblivelse på 250 kr. næppe vil have den store effekt på omfanget af udeblivelser i det danske sygehusvæsen. Det står imidlertid klart, at der er andre relevante initiativer med potentiale til at få endnu flere patienter til at møde op til deres aftaler i sygehusvæsenet:

- Tiltag rettet mod at få patienterne til at huske deres aftaler. Sådanne tiltag kunne være reminders, fx i form af sms-påmindelser, medbestemmelse på aftaletidspunktet/selvbookning og reduktion af ventetiden mellem indkaldelsen og mødetidspunktet. De allerede eksisterende muligheder for at udsende påmindelser bør derfor fastholdes og videreudvikles.
- Tiltag målrettet de specifikke patientgrupper, som hyppigst udebliver (mænd, personer i alderen 20-40 år, personer, som er indkaldt mere end seks uger før mødetidspunktet samt særligt sårbare patienter). Denne anbefaling, som bygger på nærværende resultater, understøttes af litteraturen på området, og er således en generel tendens. Imidlertid anbefales det, at der lokalt gennemføres undersøgelser af, hvilke patientgrupper der typisk udebliver, så der kan gøres tiltag tilrettet lokale forhold.
- Tiltag der faciliterer, at det er let og hurtigt såvel at modtage indkaldelse som at melde afbud/ændre tid for undersøgelse/behandling. Dette inkluderer øget tilgængelighed via telefon, men omfatter også andre kommunikationsformer, fx én e-mailadresse, sms-muligheder, app til afbud/ændring af tid, selvbetjening, digital bookning m.m. Endvidere bør der gives opmærksomhed på, at e-Boks giver udfordringer i

forhold til at modtage indkaldelser.

- Slutteligt i forhold til at få endnu flere patienter til at møde op til deres aftale i sygehusvæsnet er der behov for undersøgelser af, om der er forskel i udeblivelsesandelen afhængig af, om der anvendes sms, som reminder, eller selvbookingssystemer eller noget helt tredje for herigennem at sikre, at videreudviklingen af området får den rigtige retning.

Litteratur

1.
Regeringen. Regeringsgrundlag: Et Danmark, der står sammen. København: Regeringen, 2011.

2.
Regeringen, Danske Regioner. Aftale om regionernes økonomi for 2013. København, 2012.

3.
CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. Protokol: Gebyr ved udeblivelse i det offentlige sygehusvæsen - en videnskabelig undersøgelse af konsekvenser i en dansk kontekst. Aarhus/København, 2014.

4.
Sundheds- og Ældreministeriet. Sundhedsloven. København, 2014.

5.
Blæhr EE, Søgaard R, Kristensen T, Væggemose U. Observational study identifies non-attendance characteristics in two hospital out-patient clinics. Danish Medical Journal online 2016;Vol. 63, nr. 10;

6.
Jansbøl K, Wolf RT. Reduktion af udeblivelser - et systematisk review om effekt og besparelse ved påmindelser og gebyr. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, 2015.

7.
Madsen MH, Jansbøl K, Kjellberg J. Gebyr ved udeblivelse – en analyse af de organisatoriske konsekvenser. København: VIVE, 2017.

8.
Lou S, Frumer M, Olesen S, Hedemann Nielsen A, Væggemose U. Danish patients are positive towards fees for non-attendance in public hospitals: A qualitative study. Danish Medical Journal online 2016;Vol.63, nr. 7.

9.
Blæhr EE, Kristensen T, Væggemose U, Søgaard R. The effect of fines on nonattendance in public hospital outpatient clinics: Study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2016;17(1):288. doi:10.1186/s13063-016-1420-3.

Bilag 1 Projektgruppen

Projektet *Gebyr ved udeblivelse i det offentlige sygehusvæsen – en videnskabelig undersøgelse af konsekvenser i en dansk kontekst* er tilrettelagt og gennemført af en gruppe forskere fra hhv. DEFACTUM og VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Projektgruppen er organiseret som følger:

Formand for projektgruppen:
Forskningsleder, lektor, cand.scient.pol., ph.d. Camilla Palmhøj Nielsen, DEFACTUM, Region Midtjylland.

Projektleder:
Seniorforsker, cand.pharm. et art., ph.d. Ulla Væggemose, DEFACTUM, Region Midtjylland.

Øvrige projektgruppe:

Forskningsassistent, cand.scient.oecon. Emely Ek Blæhr, DEFACTUM, Region Midtjylland.

Forsker, antropolog, ph.d. Stina Lou, DEFACTUM, Region Midtjylland.

Seniorprojektleder, cand.scient.san.publ., ph.d. Marie Henriette Madsen, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Programleder, professor, cand.scient., MSc (health econ.) Jakob Kjellberg, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Professor, sundhedsøkonom, ph.d. Rikke Søgaard, Institut for Folkesundhed samt Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet.

Samarbejdspartnere:
Koncernøkonomi, Region Midtjylland og forsøgsafdelingerne har været tætte samarbejdspartnere i projektet med henblik på at sikre den nødvendige sammenhæng med den praktiske implementering af gebyr ved udeblivelse.

Projektets følgegruppe har bestået af projektets opdragsgivere: Danske Regioner i form af Den Regionale Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning samt Sundheds- og Ældreministeriet (tidligere Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse). Følgegruppens opgave har været at kommentere på projektbeskrivelsen med tilhørende protokoller, projektets tidsplan og fremdrift samt rapporten i en relativt færdig udgave. Følgegruppen har kommenteret på aktuelle dokumenter, men gruppen har ikke haft beslutningskompetence i forhold til projektets videnskabelige resultater.

Bilag 2 Gebyrbilag

I forbindelse med forsøgene på Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg og Radiologisk Afsnit, Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg blev følgende bilag (gebyrbilag) vedlagt indkaldelsesbrevet:

1. Bilag til indkaldelse (gebyrbilaget), Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg.

2. Bilag til indkaldelse (gebyrbilaget), Radiologisk Afsnit, Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg.

Bilag 2.1 Bilag til indkaldelse (gebyrbilaget) Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg

Regionshuset
Viborg

Koncernøkonomi
Skottenborg 26
Postboks 21
DK-8800 Viborg
www.rm.dk



midt
regionmidtjylland

Vigtigt: Gebyr, hvis du bliver væk fra aftalen

Hvis du ikke kan komme til din tid hos os, skal du kontakte os hurtigst muligt på telefon: 7841 7550.

Hvis du bliver væk fra din tid hos os uden at melde afbud, skal du betale et gebyr på 250 kroner.

Hvis du melder afbud, bliver du ikke opkrævet gebyret.

Det er vigtigt for os, du melder afbud så hurtigt som muligt. Så har vi bedre mulighed for at tilbyde din tid til en anden patient.

Forskningsprojekt
Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg, er med i et forskningsprojekt. Projektet skal give svar på, om et gebyr ved udeblivelse får flere patienter til at komme eller melde afbud.

Forskningsprojektet er baseret på lodtrækning. Det er derfor ikke alle patienter, der får et gebyr, hvis de ikke møder op til deres tid.

Nationalt samarbejde
Projektet er et samarbejde mellem Danske Regioner og Regeringen. Det er Region Midtjylland, der står for den praktiske gennemførelse.

Læs mere om forskningsprojektet i pressemeddelelsen fra Region Midtjylland: "Forsøg skal afklare effekt af gebyr til patienter". Link: http://link.rm.dk/14U3AlK

Har du brug for hjælp til at forstå brevet her, så kontakt
Region Midtjylland, Koncernøkonomi:
Tlf.: 7841 0403 / e-mail: koncernoekonomi@stab.rm.dk
Hverdage kl. 8-15.

Bilag 2.2 Bilag til indkaldelse (gebyrbilaget) Radiologisk Afsnit, Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg

Regionshuset
Viborg

Koncernøkonomi
Skottenborg 26
Postboks 21
DK-8800 Viborg
www.rm.dk



August 2015

Vigtigt: Gebyr, hvis du bliver væk fra aftalen

Hvis du ikke kan komme til din tid hos os, skal du kontakte os hurtigst muligt på telefon: 7841 7550.

Hvis du bliver væk fra din tid hos os uden at melde afbud, skal du betale et gebyr på 250 kroner.

Hvis du melder afbud, bliver du ikke opkrævet gebyret.

Det er vigtigt for os, du melder afbud så hurtigt som muligt. Så har vi bedre mulighed for at tilbyde din tid til en anden patient.

Forskningsprojekt
Radiologisk Afsnit, Diagnostisk Center på Regionshospitalet Silkeborg er med i et forskningsprojekt. Projektet skal give svar på, om et gebyr ved udeblivelse får flere patienter til at komme eller melde afbud.

Afsnittets patienter vil derfor i en periode blive opkrævet et gebyr, hvis de bliver væk fra deres aftale uden at melde afbud. Forskningsprojektet vil sammenligne perioden, hvor patienter ikke kan blive opkrævet gebyret, med denne periode hvor patienter kan blive opkrævet gebyret.

Nationalt samarbejde
Projektet er et samarbejde mellem Danske Regioner og Regeringen. Det er Region Midtjylland, der står for den praktiske gennemførelse.

Læs mere om forskningsprojektet i pressemeddelelsen fra Region Midtjylland: Forsøg skal afklare effekt af gebyr til patienter (link http://www.rm.dk/om-os/aktuelt/news_2015/januar/forsog-skal-afklare-effekt-af-gebyr-til-patienter/)

Har du brug for hjælp til at forstå brevet her, så kontakt
Region Midtjylland, Koncernøkonomi:
Tlf.: 7841 0403 / e-mail: koncernoekonomi@stab.rm.dk
Hverdage kl. 8-15.

Bilag 3 Publikationer

For nuværende er der publiceret følgende på projektet *Gebyr ved udeblivelse i det offentlige sygehusvæsen – en videnskabelig undersøgelse af konsekvenser i en dansk kontekst.*

- Jansbøl K, Kjellberg J, Greve J, Larsen JB. Interventions to prevent non-attendance in outpatient clinics: a systematic review. PROSPERO 2015:CRD42015015853, (2015-02-13).

- Blæhr EE, Søgaard R, Kristensen T, Væggemose U. Observational study identifies characteristics for non-attendance in two hospital out-patient clinics. DAN MED J 2016;63(10):A5283, (2016-10-01).

- Lou S, Frumer M, Olesen S, Hedemann-Nielsen A, Væggemose U. Danish patients are positive towards fees for non-attendance in public hospitals. A qualitative study. DAN MED J 2016;63(7):A5252, (2016-06-30).

- Jansbøl K, Wolf RT. Reduktion af udeblivelser – Et systematisk review om effekt og besparelse ved påmindelser og gebyr. København: KORA, (2016-06).

- Blæhr EE, Kristensen T, Væggemose U, Søgaard R. The effect of fines on nonattendance in public hospital outpatient clinics: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2016 17:288, (2016-06-13).

- Madsen MH, Jansbøl K, Kjellberg J. Gebyr ved udeblivelse – en analyse af de organisatoriske konsekvenser. København: VIVE, 2017, (2017-09-14).

Endvidere er følgende publikationer under udarbejdelse:

- Blæhr EE, Væggemose U, Søgaard R. The effect of fines on non-attendance in public hospital outpatient clinics: a randomized controlled trial. (Indsendt til videnskabeligt tidsskrift, september 2017).

- Væggemose U, Blæhr E, Thomsen AML, Ankersen PV, Lou S. Fee for non-attendance in public hospitals? – A Danish survey study of non-attenders' attitudes. (Indsendt til videnskabeligt tidsskrift, september 2017).

- Blæhr EE, Væggemose U, Jeppesen K, Søgaard R. The effect of fines for non-attendance on equality in access to public outpatient clinics. (Under udarbejdelse og planlagt til indsendelse til videnskabeligt tidsskrift ultimo 2017).