

Udeblivelser og sene afbud i psykiatrisk speciallægepraksis

Speciallæge Bodil B. Andersen & professor Povl Munk-Jørgensen

RESUME

INTRODUKTION: Vi har undersøgt udeblivelser og sene afbud i psykiatrisk speciallægepraksis.

MATERIALE OG METODER: Undersøgelsens resultater er baseret på data fra 2005 fra en kvalitetsdatabase for speciallægepraksis, hvortil 14 speciallæger har leveret data i 2005 og en pilotundersøgelse med en varighed på en uge, hvor 16 speciallægepraksis deltog. Udeblivelse er defineret som udeblivelse uden afbud og afbud samme dag. Udeblivelser fra første konsultation er ikke med i undersøgelsen.

RESULTATER: Patienterne udeblev fra 6,7% af konsultationerne. Der var udeblivelser i 22,8% af behandlingsforløbene. Der var ingen kønsforskel. Der var stigende fremmøde med stigende alder, og især patienter med spiseforstyrrelser og emotionel ustabil personlighedsstruktur havde udeblivelser. Det var især læger med større patientgrundlag, der havde mange udeblivelser blandt deres patienter. Der var flere udeblivelser i de behandlingsforløb, der afsluttedes ved udeblivelse, end blandt dem, der havde aftalt afslutning. Ved pilotundersøgelsen var 17 af de 40 udeblivelser uden afbud, og 17 af udeblivelserne fandt lægen rimeligt begrundede.

KONKLUSION: Udeblivelser og sene afbud udgjorde 6,7% af de aftalte konsultationer og fandtes i alle patientgrupper og hos alle deltagende læger.

Udeblivelser er og har været et problem i sundhedssektoren. Der foreligger en undersøgelse fra 1981 med 7,9% udeblivelser og sene afbud i en enkelt psykiatrisk speciallægepraksis i Danmark [1] og fra børnepsykiatrien [2] med udeblivelsesprocenter på 6,5-26%. Fra Danmark foreligger desuden en oversigtsartikel om ambulant behandling i både Danmark og udlandet, primært fra somatiske afdelinger, hvor udeblivelsesprocenten varierer fra 5,3 til 29, og i et enkelt arbejde var det påvist, at yngre patienter havde en højere udeblivelsesprocent end ældre patienter [3]. Fra somatikken er der en undersøgelse af antallet af udeblivelser gennem fire måneder fra ortopædkirurgisk speciallægepraksis [4] med en udeblivelsesprocent på 3 og undersøgelser af udeblivelser fra en medicinsk afdeling [5] med en udeblivelsesprocent på 24,7. Desuden er der i to børneambulatorier fundet udeblivelsesprocenter på 10,0 [6], og 9,5 [7], der reduceredes til 5,9 med SMS-påmindelse og til 2,4 med påmindelsesbrev.

Vi har ønsket at undersøge hyppigheden af udeblivelser, hvem der udebliver og hos hvilke læger, bl.a. for at undersøge om vi kan gøre noget for at minimere omfanget af udeblivelserne

MATERIALE OG METODER

En gruppe praktiserende speciallæger i psykiatri etablerede i 1996 i samarbejde med den nu nedlagte Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Psykiatrisk Hospital i Århus en klinisk database *Quality Assurance in Danish Private Psychiatric Practice (QAD3P)*. Formålet med denne database var en løbende kvalitets sikring af behandlingen samt at skabe grundlag for forskning i psykiatrisk speciallægepraksis [8]. Fra 1. januar 1996 til 31. december 2006 har årligt ca. 18 fuldtidspraktiserende psykiatriske speciallæger deltaget i projektet.

Alle behandlingsforløb er blevet registreret med henvisningstidspunkt, angivelse af hvem der har henvist patienten, dato for behandlingsstart, samtlige ydelser, afslutningsmåde, dato for afslutning og diagnose [8]. Fra 2005 har vi registreret udeblivelser og sene afbud, hvor sene afbud er defineret som afbud samme dag, som konsultationen skulle finde sted. Af edb-tekniske årsager er udeblivelser og sene afbud registreret samlet som udeblivelser. Udeblivelser fra første konsultation og afbud i dagene før selve konsultationsdatoen har ikke kunnet registreres i databasen. I 2005 har 14 speciallæger indberettet til databasen. Endvidere har vi i en enkelt uge i 2005 gennemført en pilotundersøgelse, hvor vi har regi-

ORIGINALARTIKEL

Århus Universitets-
hospital, Aalborg
Psykiatriske Hospital



Udeblivelser og sene afbud.

streret, om udeblivelserne var egentlige udeblivelser eller sene afbud, afbuddenes begrundelse og om speciallægen vurderede, at afbuddene var rimeligt begrundede. I alt 16 speciallæger deltog i pilotundersøgelsen.

Data fra 2005 fra QAD3P og fra pilotundersøgelsen udgør datagrundlaget for artiklen, i undersøgelsen indgår både komplette og ukomplette behandlingsforløb; ukomplette behandlingsforløb er påbegyndt før 2005 eller var uafsluttede den 31.12.2005.

RESULTATER

Patienterne fra de 14 praksis mødte op til 25.780 konsultationer og udeblev fra 1.850 konsultationer, (6,7%). Der var procentvis flest udeblivelser i februar (9,3%) ($p < 0,05$) og i juli (8,2%) og færrest i juni (5,4%) ($p < 0,05$) og april (6,1%) ($p < 0,05$).

I alt var 4.642 patienter i behandling i 2005, heraf 3.396 (73,2%) uden udeblivelser og 1.246 med udeblivelser, hvor 890 (19,2%) havde en udeblivelse, og 356 (7,6%) havde to eller flere udeblivelser.

Diagnosefordelingen i undersøgelsen fra 1996 til 2006 fremgår af **Figur 1**.

Vi har undersøgt udeblivelserne nærmere i de tre hyppigste diagnosegrupper; F3, affektive lidelser, der udgør 36% og 40% af behandlingsforløb hos henholdsvis mænd og kvinder; F4 angst og kriser, der udgør tilsvarende 30% og 35%; og F6, personlighedsforstyrrelser, der udgør 10% af behandlingsforløbene hos mænd og kvinder. Vi har undersøgt udeblivelserne i forhold til patienternes køn, alder, diagnoser,

behandlingsvarighed, behandling, psykiaterens køn og patientgrundlagets størrelse, udregnet som antal indbyggere i et amt pr. psykiater i amtet. Resultaterne fremgår af **Tabel 1**. Udeblivelser var hyppigere hos mænd, hos yngre patienter, hos patienter med personlighedsforstyrrelse, ved længerevarende behandling, hvis de fik medicin eller psykoterapi (versus samtale i behandlingsmæssigt øjemed) og ved større baggrundsbefolkning (færre speciallæger pr. befolkningsenhed).

For patienter, der er afsluttet i sidste halvdel af 2005, har vi undersøgt, om de har haft udeblivelser i første halvdel af 2005. Antallet af udeblivelser i forløb med aftalt afslutning og afslutning ved udeblivelse fremgår af **Tabel 2**. Det ses, at der var langt flere udeblivelser i forløbene hos de patienter, der afsluttedes ved udeblivelse end ved aftalt afslutning, oddsratio = 12,7, 95% konfidensinterval (8,9-18,2) ($p < 0,0001$), udeblivelser i forløbet prædikterer således afslutning ved udeblivelse.

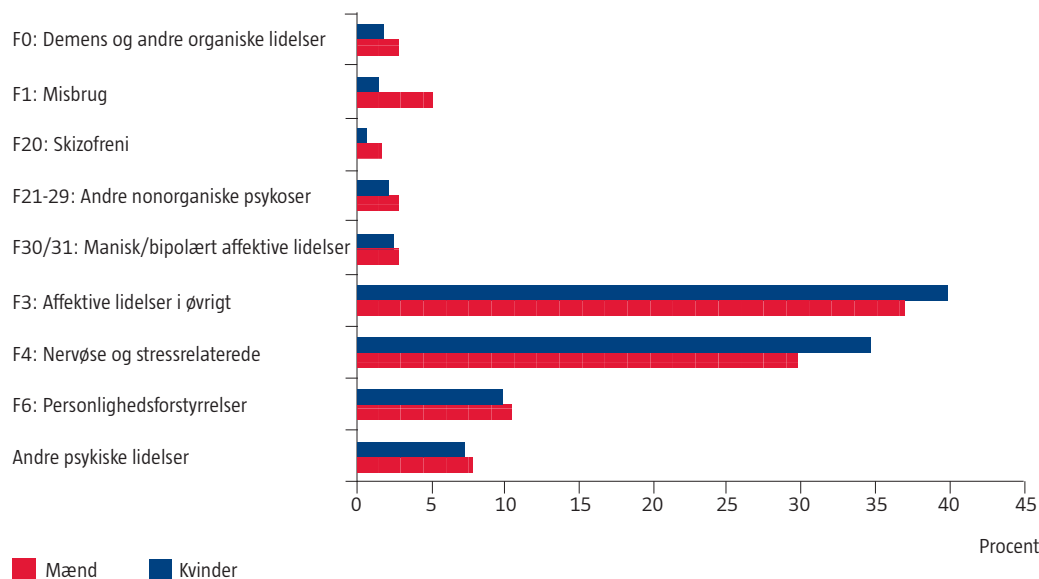
I pilotundersøgelsen var der i en enkelt uge 40 udeblivelser og sene afbud. Der var 17 udeblivelser uden afbud, 18 afbud pga. egen eller andres sygdom, fire med andre begrundelser og et ubegrundet afbud. Speciallægerne skønnede, at 17 (73%) af afbuddene var rimeligt begrundede.

DISKUSSION

Vores undersøgelse er den mest opfattende undersøgelse til dato af udeblivelser i psykiatrisk speciallægepraksis i Danmark, idet 14 læger, dvs. ca. 10% af de praktiserende speciallæger i psykiatri, har deltaget i

FIGUR 1

Alle påbegyndte forløb i 1996-2006 i psykiatrisk speciallægepraksis (n = 41.462). Procentandele af patienternes aktionsdiagnoser i databasen *Quality Assurance in Danish Private Psychiatric Practice* i perioden.



undersøgelsen i 2005. De 14 speciallæger er ikke repræsentative for hele gruppen af speciallæger, idet der er flere læger fra Jylland og Fyn end fra Sjælland, der var ingen læger fra København.

Den månedsvise variation i udeblivelsesprocenten kan ikke forklares ved feriesæson eller lignende.

Der foreligger ikke repræsentative undersøgelser fra psykiatriske speciallægepraksis, men fra en psykiatrisk enkeltmandspraksis fra 1981 [1]. Hyppigheden af udeblivelser i vores undersøgelse er lavere end i undersøgelsen fra 1981, hvor 7,9% af patienterne udeblev eller sendte så sene afbud, at tiderne ikke kunne bruges til andre patienter. Forskellen kan skyldes, at vi ikke har registreret udeblivelser fra første konsultation. Med forbehold for repræsentativitet tyder vores resultater ikke på, at der er flere udeblivelser i dag end for 25 år siden. I vores undersøgelse er der ikke registreret udeblivelser i 73% af forløbene, men dette tal er for højt, fordi en del af forløbene var ukomplette, så der kan have været udeblivelser i 2004 eller 2006. Ved undersøgelsen fra speciallægepraksis fra 1981 var der flest udeblivelser blandt »psykopater«, og en betydelig overvægt blandt »grænsepsykosser« og »hysteriske neuroser« [1]. Disse tal er svære at sammenligne med vores, fordi der siden 1981 er indført et nyt diagnosesystem, *International Classification of Diseases 10*, men grænsepsykosediagnosen kan være sammenfaldende med diagnosen emotionelt ustabil personlighedsstruktur, som også var repræsenteret med mange udeblivelser i 2005.

Generelt havde de patienter, der afsluttedes ved udeblivelse, flere udeblivelser i forløbet, hvilket er forventeligt.

Det var især yngre patienter, der udeblev fra behandlingen, dette er også set i udenlandske undersøgelser [9, 10]. Der er ikke tidligere fundet forskel mellem udeblivelser hos de to køn, men vi har fundet flest udeblivelser og flest afslutninger ved udeblivelse blandt mænd. Der var flest udeblivelser blandt patienter med langvarige behandlingsforløb, det kan skyldes, at de har haft flere konsultationer, så der var flere muligheder for udeblivelse. Det samme kan være forklaringen på udeblivelser ved psykoterapi, idet patienterne ofte kommer til mange konsultationer. Mange patienter med personlighedsforstyrrelser havde udeblivelser, hvilket måske kan forklares med, at patienter med personlighedsforstyrrelser ikke er så tilgængelige for behandling som patienter med angst og depression, hvorfor det måske ikke er så motiverende for patienten at møde op til behandling.

Det er ikke muligt ud fra denne undersøgelse at udtale sig om, hvorledes de enkelte speciallæger håndterer udeblivelser, herunder om de diskuterer udeblivelser med patienterne ved næste konsultation.



TABEL 1

Prædiktorer for udeblivelse eller afbud samme dag.

	Univariat oddsratio (95%-KI)	Multivariat oddsratio (95%-KI)
Patienten er mand	1,23 (1,04-1,47)	1,20 (1,00-1,45)
Patienten < 44 år	2,55 (2,12-3,05)	2,83 (2,34-3,43)
Diagnose F6 versus F3 + F4	1,55 (1,18-1,92)	1,64 (1,26-2,12)
Behandlingsvarighed < 111 dage	0,51 (0,43-0,61)	0,56 (0,46-0,68)
+ psykoterapi	1,29 (1,03-1,62)	
+ medicinsk behandling	2,19 (1,80-2,68)	2,08 (1,71-2,54)
Psykiateren er mand	1,23 (0,98-1,54)	
Større befolkning pr. psykiater	1,28 (1,06-1,54)	1,27 (1,04-1,56)

KI = konfidensinterval.

Da der er flere udeblivelser blandt patienter med personlighedsforstyrrelser, tyder det på, at speciallægerne accepterer flere udeblivelser for disse vanskeligt behandlelige patienter.

Der er ikke umiddelbare forklaringer på, at udeblivelser er hyppigere blandt mandlige psykiateres patienter.

Udeblivelserne er bekostelige for den enkelte speciallæge pga. manglende honorering. Det kan gøre det vanskeligt at bevare kontinuiteten i en behandling. Nogle gange kan det være svært at finde tider til patienter, der har fået det akut dårligt, og til disse patienter vil det være rart at kunne bruge de tider, som andre patienter udebliver fra. Det er derfor hensigtsmæssigt at nedbringe antallet af udeblivelser og i stedet få patienterne til at møde op eller sende afbud til deres konsultationer.

Nyere undersøgelser [6, 7] har vist, at udeblivelser kan mindskes ved påmindelser. Vi har ikke registreret, om de deltagende læger har anvendt påmindelser. Det var ikke almindeligt i 2005, men bliver det sandsynligvis i tiltagende grad, så man kan forvente, at udeblivelser og sene afbud aftager. Af pilotundersøgelsen kan vi se, at der er flere sene afbud end udeblivelser, og at speciallægen finder, at ca. 40% af udeblivelser og sene afbud er rimeligt begrundede, så hvis vores tal er repræsentative, kan man vanskeligt



TABEL 2

Antal af forløb med forskelligt antal udeblivelser i forhold til afslutningsmåde.

Udeblivelser, n	Aftalt afslutning, n (%)	Afslutning ved udeblivelse, n (%)
0	462 (82,9)	66 (27,7)
1	74 (13,3)	116 (48,7)
≥ 2	21 (3,8)	56 (23,5)

komme ned under en udeblivelsesprocent på 3, hvilket svarer til 40% af 6,7% udeblivelser, som det sås i en ortopædkirurgisk speciallægeklinik 3% [4].

KORRESPONDANCE: Povl Munk-Jørgensen, Århus Universitetshospital, Aalborg Psykiatriske Hospital, 9000 Aalborg. E-mail: pmj@rn.dk

ANTAGET: 11. oktober 2009

FØRST PÅ NETTET: 1. marts 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Povl Munk-Jørgensen har siden januar 2007 modtaget ikkebetingsøkonomiske bidrag og/eller mindre honorar fra H. Lundbeck A/S, AstraZeneca, Eli Lilly, Janssen-Cilag A/S and Bristol-Myers Squibb. Glaxo og Wyeth har sponsoreret undersøgelsen.

LITTERATUR

1. Rasmussen C. Psykiatrisk praksis. Udeblivelser og sene afbud. Ugeskr Læger 1981;143:777-9.

2. Hvolby A, Jørgensen JI. Behandling med centralstimulerende medicin. Ugeskr Læger 2004;166:144-8.
3. Nickelsen TH, Christensen K. Ambulant behandling. Ugeskr Læger 2002;164:4913-7.
4. Bruun JV. Den tavse klokke. Ugeskr Læger 2004;166:929-30.
5. Hobolth L, Nørsgaard K. Behandling af unge med type 1-diabetes i et voksenambulatorium. Ugeskr Læger 2005;167:3883-6.
6. Kruse LV, Hansen LG, Olesen C. Udeblivelser fra aftale i et børneambulatorium. Ugeskr Læger 2009;171:1372-5.
7. Kofoed PE, Hansen LM, Ammentorp J. Påmindelsesbreve reducerer udeblivelse i et børneambulatorium. Ugeskr Læger 2009;171: 1375-9.
8. Munk-Jørgensen P, Thimmer J, Gormsen K. Monitoring of activities in Danish office-based psychiatry. Nord J Psychiatr 2000;54:183-7.
9. Campbell B, Staley D, Matas M. Who misses appointments? An empirical analysis. Can J Psychiatry 1991;36:223-5.
10. Mitchell AJ, Selmes T. A comparative survey of missed initial and followup appointments to psychiatric specialties in the United Kingdom. Psychiatric Services 2007;58:868-71.

Magnetisk resonans-skanning af os scaphoideum

Reservelæge Charlotte Hartig Andreassen, overlæge Mogens Haug & overlæge Jens Ole Storm

ORIGINALARTIKEL

Regionshospitalet
Horsens, Ortopædkirurgisk Afdeling

RESUME

INTRODUKTION: Kan ortopædkirurgiske reservelæger tolke magnetisk resonans (MR)-skanning af os scaphoideum, så patienter, der mistænkes for brud, kan undgå unødvendig immobilisering og gentagne ambulatoriekontroller?

MATERIALE OG METODER: Alle patienter, der i skadestuen mistænkes at have fraktur af os scaphoideum, og hvor røntgenundersøgelse var negativ, indgik i studiet. MR blev udført inden for få dage, og patienten fik samme dag svar hos reservelægen i ambulatoriet. Reservelægen havde fået undervisning i MR-diagnostik og måtte ikke konferere med anden læge. Reservelægens vurdering blev en til to dage efter konfereret med en speciallæge, og korrektioner i behandlingen blev iværksat. Hos 13 ud af 98 patienter blev der alligevel konfereret, hvorfor kun 85 patientforløb indgik.

RESULTATER: Reservelægerne fandt tre ud fem scaphoideum-frakturer og fejlforklode seks. Der opnåedes en negativ prædiktiv værdi på 97% og en positiv prædiktiv værdi på 33%. Specificiteten og sensitiviteten var på 92,5% og 60%. Reservelægerne og radiologen fandt 11 distale radiusfrakturer, som ikke kunne ses primært.

KONKLUSION: Vi kan ikke anbefale at lade ortopædkirurgiske reservelæger tolke MR. Undersøgelser har dog vist, at det er omkostningseffektivt for samfundet og patienten at tilbyde subakut MR. Vi fortsætter med hurtig MR, men afventer svar fra radiologisk speciallæge, som nu typisk foreligger i løbet af et par dage.

Scaphoideum-frakturer udgør 60% af frakturerne i håndroden [1]. Guldstandarden for diagnostik af scaphoideum-frakturer er magnetisk resonans (MR)-

skanning af håndleddet [3-6]. Denne modalitet er oftest ikke er tilgængelig i forbindelse med den primære vurdering af patienterne i skadestuen, hvorfor der primært udføres røntgenundersøgelse med specialoptagelser af scaphoideum. Undersøgelser har dog vist, at 6-16% af de primære røntgenoptagelser er falsk negative, og man kan derved ikke udelukke scaphoideum-fraktur alene ved røntgenundersøgelse [2, 4]. Påvises der ikke scaphoideum-fraktur ved den primære røntgenundersøgelse, anlægges der derfor på de fleste skadestuer en »scaphoideum obs. propigsskinne«. Derefter kommer patienterne 10-14 dage senere til en ambulant kontrol, hvor der tages et nyt røntgenbillede. Hvis der ikke påvises fraktur ved denne røntgenundersøgelse, og der fortsat er klinisk mistanke om scaphoideum-fraktur, anbefales MR-skanning.

Årsagen til denne omfattende behandlingsalgoritme er, at konsekvensen af ubehandlede scaphoideum-frakturer er en stor risiko for pseudoartrose, avaskulær nekrose, artroses og kroniske håndledssmerter [7].

På Regionshospitalet Horsens var der ved studiets start imidlertid en forsinkelse på beskrivelsen af MR-skanningen på op til 1-2 uger. Det ville derfor være hensigtsmæssigt, hvis ortopædkirurgiske reservelæger selv kunne vurdere MR-skanningerne samme dag, som de blev udført. Dette ville være at foretrække, da patienterne således kunne undgå unødigt immobilisering, og det kunne nedsætte belastningen af de ortopædkirurgiske ambulatorier.