

“Health(care) call center”: begrippen, toepassingen en gevolgen in Europa

Gauthier Vandeleene (R&D – LCM)

Samenvatting

De health call centers (HCC) zijn call centers die een inlichtingen- en informatiedienst over de gezondheidszorg bieden aan patiënten en die een triage toelaten door de aanvragen toe te leiden naar de meest geschikte zorgverlener. Dit zijn de meest verspreide initiatieven in het globale landschap van “mobile health” (of “mHealth”), met andere woorden het gebruik van mobiele technologieën in de gezondheidszorg. In Europa hebben de meeste landen ervoor gekozen om health call centers te implementeren. Hun organisatie hangt echter af van land tot land, naargelang het type diensten dat wordt aangeboden, het implementatieniveau en het profiel van het personeel dat er werkt. Zelfs als de aangeboden diensten door de HCC zich bevinden in het domein van de gezondheidszorg, zijn de toepassingen divers en gevarieerd: het gaat hoofdzakelijk om triagecentra (doorverwijzing naar de geschikte gezondheidsprofessional naargelang de noden van de patiënt), maar vaak bieden ze ook algemene informatie over gezondheid of gezondheidszorgsystemen van een gegeven land aan. Artsen, verpleegkundigen of speciaal opgeleide professionals kunnen instaan om de oproepen van de patiënten te beantwoorden. De HCC zijn desondanks toch geen diensten van “telenursing” of “telegeneeskunde”, want er worden via de telefoon geen raadplegingen gedaan die leiden tot een diagnose. De beschikbare evaluaties van de HCC tonen aan dat deze initiatieven kwalitatief advies en informatie geven en dat hun diensten worden gewaardeerd door de gebruikers. Het is dus niet onbelangrijk dat CM geïnteresseerd is in deze diensten die in ons land nog niet op deze manier bestaan.

Sleutelwoorden: e-health, m-health, triage, informatie, verpleegkundigen, spoed

1. eHealth, mHealth en de health call centers

De HCC¹ kunnen algemeen worden gedefinieerd als “een dienst gecreëerd om advies te bieden over gezondheidszorg en/of om een triage voorafgaand aan de zorg uit te voeren, uitgevoerd door gezondheidsprofessionals via telefonische communicatie”². De HCC onderscheiden zich dus van de noodnummers die in het algemeen worden gebruikt om snel toegang te krijgen tot gezondheidsprofessionals in “maximale” noodgevallen.

Voor we gedetailleerd definiëren wat de health call centers (hierna HCC) doen, lijkt het belangrijk om deze dienst te situeren binnen de wereld van de gezondheidszorg, een wereld die voortdurend evolueert. Dit type dienst maakt deel uit van een nieuwe stroming in de manier om gezondheidszorg te verlenen, “eHealth” genoemd. Deze term behelst een belangrijk spectrum van diensten of systemen die een samenvloeiing zijn van geneeskunde, gezondheidszorg en informatie- en communicatietechnologieën (ICT).³ mHealth wordt gedefinieerd als “de medische praktijk of de praktijk van de volksgezondheid

1 We behouden deze benaming voor de rest van dit rapport, ondanks het feit dat er andere bestaan (zoals “health care telephone help lines”). Het is immers de meest gebruikelijke. De afkorting HCC wordt ook gebruikt, net zoals de vertaling “oproepcentrum voor gezondheidszorg”.

2 Kay, M., Santos, J., & Takane, M. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. *World Health Organization*, 64(7), 66-71.

3 Deze services/systemen omvatten onder andere: Elektronische gezondheidsregistraties: die de overdracht van de patiëntgegevens tussen verschillende gezondheidszorgprofessionals toelaten - Opdracht aan een arts opgesteld door de computer: manier om testen en behandelingen elektronisch aan te vragen en de resultaten ervan op dezelfde manier te ontvangen - ePrescription: toegang tot de voorschriftopties, afdruk van de voorschriften voor de patiënten en waarom geen rechtstreekse overdracht van deze tussen de arts en de apothekers - Ondersteuning van de klinische besluitvorming: elektronische verzending van informatie naar gezondheidszorgprofessionals om te gebruiken voor de diagnose en behandeling van patiënten, enz. Zie Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): a systematic review of published definitions. *Journal of medical Internet research*, 7(1).

dankzij mobiele toestellen zoals gsm's, apparaten voor toezicht over patiënten, digitale personal assistants of andere draadloze toestellen.”⁴

Bij deze nieuwe diensten is het “mobile health” of “mHealth”-liuk dus net toegevoegd aan de grote vooruitgang in eHealth dankzij de verspreiding van de unieke zogenoemde “mobiele” technologieën, die het gebruik van mobiele communicatietools inhouden om persoonlijke of geaggregeerde gezondheidsgegevens te verzamelen, artsen, onderzoekers of patiënten te informeren, in real time de vitale waarden te controleren of zelfs rechtstreeks zorgen te verlenen via de mobiele “telegeneeskunde”.⁵ In de context van mHealth zijn de HCC het meest verspreid over de wereld en bevinden ze zich al in bijna 60% van de landen.⁶ Alhoewel de HCC kunnen worden bereikt zonder mobiele technologieën (met name via een vaste lijn), heeft de Wereldgezondheidsorganisatie beslist om het optreden van de HCC binnen de mHealth te analyseren. Er zijn vandaag immers 5 miljard gsm's in de wereld en 85% van de wereldbevolking beschikt over een draadloze verbinding⁷. Doordat de mobiele netwerken, vooral in de ontwikkelingslanden, wijder verspreid zijn dan vaste netwerken, is het dus gemakkelijker geworden om diensten zoals de HCC te ontwikkelen via mobiele technologie.⁸

2. Health call centers – Wat doen ze? Wie? Hoe?

2.1 Wat doen de health call centers?

a) Doelstelling

Het is belangrijk op te merken dat de HCC geen centra zijn voor “telenursing” of “telegeneeskunde”; in ieder geval niet alleen dat. Ook al kunnen bepaalde activiteiten soms overeenstemmen met telenursing- of telegeneeskundendiensten, het gaat hier wel

over HCC, met andere woorden over triage- en informatiediensten, uitgevoerd door elk type gezondheidsprofessional.⁹ De voornaamste doelstelling van de HCC is om de werklust van huisartsen en spoeddiensten in ziekenhuizen te verminderen. Bepaalde studies hebben aangetoond dat een groot deel van de oproepen die spoeddiensten of artsen van wacht ontvangen gewoon kunnen worden afgehandeld met telefonisch advies¹⁰. Het is dus niet verrassend dat talrijke landen, om de efficiëntie van het gezondheidssysteem te verbeteren en misschien besparingen te doen binnen een vaak moeilijke financiële context, zich hebben gewaagd aan de HCC¹¹, die dus twee hoofddiensten aanbieden: triage en verstrekken van informatie.

Zoals eerder vermeld, vervullen de HCC in bepaalde landen ook andere functies. Twee derde van de ziekenhuizen in de Verenigde Staten gebruikt bijvoorbeeld HCC voor diverse diensten, zoals gezondheidsadvies door verpleegkundigen, beheerprogramma's voor epidemieën, marketingdiensten voor preventiecampagnes en opleidingsprogramma's voor gezondheidsprofessionals.¹²

b) Triage

De dienst die het vaakst wordt aangeboden door de HCC is “trriage”. Dit gaat om het bepalen van de dringendheid van een gezondheidsprobleem en het doorverwijzen van de patiënt naar de meest geschikte gezondheidsprofessional, rekening houdend met de ontvangen informatie en specifieke algoritmes. Men kan doorverwijzen naar ofwel “zelfmedicatie”, ofwel naar de apotheek, de arts van wacht of de spoeddienst¹³. Deze triagedienst kan erg nuttig zijn om te vermijden dat de patiënten de wachtzalen van spoeddiensten of dokters van wacht komen opvullen voor kleine problemen, terwijl ernstigere gevallen moeten wachten. Anderzijds zijn de meeste mensen die in de HCC werken verpleegkundigen. Bijgevolg worden de oproepcentra om de schaalvoordelen te behalen vaak gekoppeld aan “klassieke” telenursingdiensten, zoals de opvolging van de vitale tekenen van de patiënten.

4 Kay, M., Santos, J., & Takane, M. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. *World Health Organization*, 64(7), 66-71.

5 Istepanian, R., Laxminarayan, S., & Pattichis, C. S. (Eds.). (2007). M-health: Emerging mobile health systems. Springer Science & Business Media.

6 Kay, M., Santos, J., & Takane, M. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. *World Health Organization*, 64(7), 66-71.

7 Steinbock, D. (2005). *The mobile revolution: The making of mobile services worldwide*. Kogan Page Publishers.

8 Aker, J. C., & Mbiti, I. M. (2010). Mobile phones and economic development in Africa. *The Journal of Economic Perspectives*, 24(3), 207-232.

9 Voor preciezere analyses over telenursing en telegeneeskunde, zie Norris, A. C., & Norris, A. C. (2002). Essentials of telemedicine and telecare (p. 106). Chichester: Wiley en Snooks, H. A., Williams, A. M., Griffiths, L. J., Peconi, J., Rance, J., Snelgrove, S., ... & Cheung, W. Y. (2008). Real nursing? The development of telenursing. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 631-640.

10 Zie Christensen, M. B., & Olesen, F. (1998). Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *Bmj*, 316(7143), 1502; Dale, J., Crouch, R., & Lloyd, D. (1998). Primary care: nurse-led telephone triage and advice out-of-hours. *Nursing Standard*, 12(47), 39-43; Marsh, G. N., Horne, R. A., & Channing, D. M. (1987). A study of telephone advice in managing out-of-hours calls. *JR Coll Gen Pract*, 37(300), 301-304.

11 Bovendien vaak gekoppeld aan telenursing- en telegeneeskundendiensten.

12 Strother, J. B. (2006, October). Call centers in health care: Effect on patient satisfaction. In IEEE International Professional Communication Conference (Vol. 10, pp. 291-298).

13 Deze beslissingsalgoritmes worden ofwel door het health call center zelf uitgewerkt, ofwel aangeschaft bij professionals in de sector. Zie: Ernesäter, A., Engström, M., Winblad, U., & Holmström, I. K. (2014). A comparison of calls subjected to a malpractice claim versus 'normal calls' within the Swedish Healthcare Direct: a case-control study. *BMJ open*, 4(10), e005961.

c) Informatie

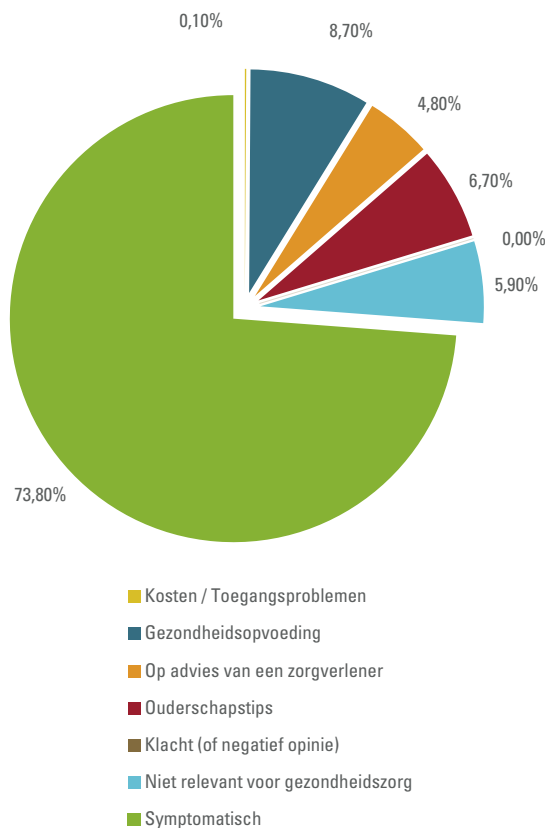
Behalve voor de triage, werden de HCC in een groot aantal landen ingevoerd zodat de patiënten daar op zoek kunnen gaan naar informatie over gezondheidszorg. Deze diensten vormen dan een steunbeleid voor de gezondheidsvaardigheden, met andere woorden "de capaciteit om informatie te vinden, te begrijpen, te evalueren en toe te passen zodat zijn gezondheid en die van zijn omgeving wordt ondersteund, onderhouden en verbeterd in verschillende omgevingen in de loop van de tijd"¹⁴. De patiënten kunnen gemakkelijk komen zoeken naar de informatie die ze willen. Anderzijds gaat het ook om een dienst die self-care promoot: dankzij de gegeven informatie is het mogelijk voor de patiënt om zichzelf te verzorgen¹⁵.

Concreet kunnen de HCC (of zouden ze kunnen) informeren over meerdere facetten van de zorg:

- "Specifieke informatie over een aandoening en advies over de behandeling ervan verschaffen, door inlichtingen in te winnen via links naar verschillende bronnen, zoals het antigifcentrum, hulplijnen voor adolescenten, centra voor geestelijke gezondheidszorg, enz.
- Informatie verschaffen over welke specialist men kan raadplegen bij nood aan specifieke zorg
- Informatie verschaffen over een of andere procedure (van het type "Wat te doen in het geval van...")
- Informatie verschaffen rond vaak voorkomende problemen, zoals stoppen met roken, beter slapen, enz."¹⁶

De lijst met voorgestelde diensten kan natuurlijk langer zijn. Dit hangt af van wat de beslissingnemers die actief zijn in de gezondheidszorgsector willen en van de mate waarin die laatste de uitwisselingen op afstand met een gezondheidszorgprofessional (met camera of andere toestellen, via e-mail, conferenties, enz.) willen doordrukken. Bij wijze van voorbeeld stellen de statistieken in figuur 1 de redenen voor van de oproepen naar de gezondheidslijn van Nieuw-Zeeland. Dit land heeft immers meer dan 20 jaar geleden de HCC ingevoerd en bestudeert al lang de effecten van deze dienst op het nationale gezondheidszorgsysteem. Het is ook een erg interessant voorbeeld, aangezien deze HCC zowel triage doen als informatie verstrekken aan de patiënten. De Nieuw-Zeelanders doen hier dus vaak een beroep op voor andere redenen dan puur medische redenen (administratief, onderwijs of andere). Bovendien wordt deze dienst uitgevoerd door een verzekeraar, met de hulp van verpleegkundigen.¹⁷

Figuur 1: Redenen voor de oproep (april-juni 2010), Healthline, Nieuw-Zeeland



Bron: Clarke L. et al (2010): Healthline: doing its share for primary care, <http://www.gpcme.co.nz/pdf/LesleyClarkeHealthline.pdf>

Zoals we in figuur 1 kunnen zien, houden de oproepen in bijna $\frac{3}{4}$ van de gevallen (73,8%) verband met een gezondheidsprobleem (symptomatisch). In de rest van de gevallen bellen de mensen om advies te vragen inzake gezondheidsvoorlichting (bijv.: ik ken iemand met deze pathologie, wat moet ik doen in het geval van...) of advies over het ouderschap (bijv.: hoe een pasgeborene goed voeden). Op die manier zijn de HCC een vlot toegankelijk systeem dat toelaat om informatie over de gezondheid te verdelen en daarmee de gezondheidsvaardigheden van de bevolking te verbeteren.

14 Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). Vision d'une culture de la santé au Canada [elektronische bron]: rapport du Groupe d'experts sur la littérature en matière de santé: synthèse. Association canadienne de santé publique.

15 Bentley, P. J., Turner, V. F., Hodgson, S. A., Drimatis, R., & Hart, J. (2005). A central role for the health call centre. *Australian Health Review*, 29(4), 435-438.

16 Grol, R., Giesen, P., & van Uden, C. (2006). After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. *Health Affairs*, 25(6), 1733-1737.

17 <http://www.gpcme.co.nz/pdf/LesleyClarkeHealthline.pdf>

2.2 Welke zorgverleners zijn actief in de HCC?

Het zijn hoofdzakelijk verpleegkundigen die actief zijn in de HCC. Ze hebben immers een grondige kennis van symptomen, van het verloop van operaties, van procedures, van angsten van patiënten, enz. Ze voeren geen eigenlijke raadplegingen uit, maar geven de patiënten advies over wat ze moeten doen. Ze worden in het algemeen bijgestaan door een arts in geval van twijfel en kunnen altijd de patiënt doorverwijzen naar een spoeddienst¹⁸.

Desondanks zijn in bepaalde landen (bijvoorbeeld de VS of het VK, liberaler op het gebied van regelgeving voor de gezondheidszorg) de personen die de telefoon beantwoorden niet noodzakelijk gezondheidsprofessionals. Ze worden opgeleid door de HCC zelf over de gebruikte algoritmes en andere antwoordprotocollen.¹⁹ Omgekeerd kunnen artsen (soms zelfs specialisten zoals in Duitsland) worden ingeschakeld om de vragen van de patiënten te beantwoorden in het kader van een HCC. In dit geval gaat het echter niet om telegeneeskunde waarbij het gesprek leidt tot een diagnose. De arts beperkt zich hier tot het geven van informatie aan de patiënten.

2.3 Wie organiseert het?

Al naargelang het land zijn de HCC ofwel georganiseerd:

- Op nationaal niveau, door het land zelf (door de instelling die instaat voor de gezondheidszorg, zoals de NHS²⁰ in Engeland)
- Op regionaal of provinciaal niveau, of op het vlak van een staat (naargelang de grondwettelijke verdeling van het land) door instellingen verschillend van de gezondheidszorg (in Duitsland zijn dit de “ziekenfondsen”, in Australië zijn dit de instellingen die afgeleid zijn van de NHS)
- Op het niveau van een arrondissement dankzij een samenwerkingsverband van bijvoorbeeld huisartsen (zoals in Nederland).²¹

Afhankelijk van het land kan het systeem ofwel betalend zijn (abonnement via het ziekenfonds – per oproep of andere), ofwel

gratis. Zoals eerder vermeld heeft de invoering van de HCC als voornaamste doelstelling om de kosten voor de gezondheidszorg te rationaliseren door de patiënten zo snel mogelijk door te sturen naar de meest geschikte professional²².

3. De health call centers in Europa

Zoals hierboven werd vermeld, zijn de HCC de mHealth-initiatieven die het meest worden geïmplementeerd in de wereld. Volgens een enquête van de WGO heeft 60% van de landen stappen gezet met als doel een of meerdere HCC te creëren.

De doelstellingen en de organisatie van die diensten verschillen erg van land tot land. Estland, Finland, Frankrijk, Duitsland of Griekenland hebben aan de WGO gerapporteerd dat ze HCC of hulplijnen die 24/7 actief zijn hebben ingevoerd. Deze centra werken met gezondheidsprofessionals en zijn ofwel openbaar ofwel privé. Het Verenigd Koninkrijk heeft een volledig gratis systeem, ingevoerd door de NHS, maar dit is niet het geval in Finland, Duitsland of Griekenland, waar privéondernemingen (met of zonder winstoogmerk) de oproepen beheren. Denemarken heeft ook contactlijnen via e-mail, een initiatief dat veel gebruikt wordt door de patiënten.

In wat volgt worden meerdere voorbeelden van health call centers-systemen voorgesteld. Er bestaan er nog vele andere, in Europa en elders. De keuze voor deze landen in het bijzonder, nauw verwant met België qua levensstandaard, komt doordat hun HCC-systemen verschillend georganiseerd zijn, wat gevolgen voor de patiënt met zich meebrengt.

Figuur 2 stelt het percentage aan landen voor waar er minstens één initiatief van het type “mHealth” bestaat. We zien dat de HCC de mHealth-services zijn die over de hele wereld het meest verspreid zijn (meer dan 60% van de landen). Dit initiatief wordt immers, gezien het betrekkelijk eenvoudig is om een mobiel telefoonnetwerk te installeren en het financieel redelijk toegankelijk is, erg gewaardeerd door de ontwikkelingslanden.²³

18 Barber, J. W., King, W. D., Monroe, K. W., & Nichols, M. H. (2000). Evaluation of emergency department referrals by telephone triage. *Pediatrics*, 105(4), 819-821.

19 Turner, J., O’Cathain, A., Knowles, E., & Nicholl, J. (2013). Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study. *BMJ open*, 3(11), e003451; <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/NHS-111.aspx>

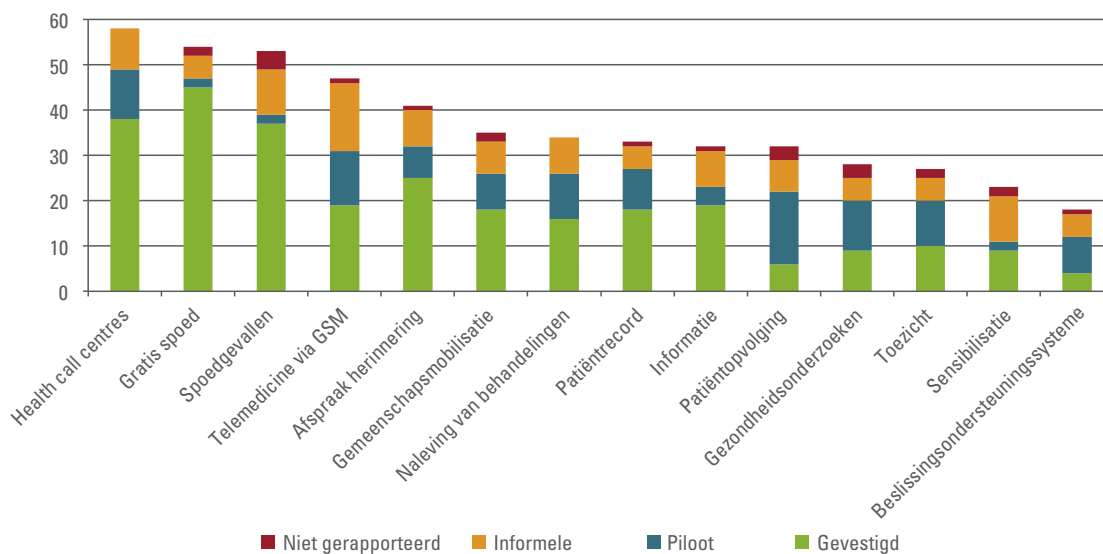
20 National Health System of Nationaal gezondheidsstelsel.

21 Grol, R., Giesen, P., & van Uden, C. (2006). After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. *Health Affairs*, 25(6), 1733-1737.

22 Bunn, F., Byrne, G., & Kendall, S. (2005). The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 55(521), 956-961; St George, I., Cullen, M., Branney, M., Hogan, M., & Duncan, L. (2003). Telephone triage reduces out-of-hours work for country doctors. *New Zealand Family Physician*, 30(2), 95-101.

23 Zie Istepanian, R., Laxminarayan, S., & Pattichis, C. S. (Eds.). (2007). *M-health: Emerging mobile health systems*. Springer Science & Business Media.

Figuur 2: Aannemen van gezondheidsinitiatieven via "mobiel", per fase, in de wereld



Bron: Kay, M., Santos, J., & Takane, M. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. World Health Organization, 64(7), 66-71.

3.1 Verenigd Koninkrijk

In Engeland en Schotland²⁴, laat het nummer 111 (georganiseerd door de NHS) toe om niet-dringende informatie over de gezondheidszorg te vragen. Dit is de vervanging van het NHS Direct-systeem, waarop we in het volgende onderdeel terugkomen. Deze dienst is gereserveerd voor "dringende problemen die het leven van de patiënt niet bedreigen"²⁵. Het voordeel van dit systeem is dat het op nationaal niveau wordt georganiseerd: de operatoren hebben alle informatie over alle ziekenhuizen, artsen (van wacht of niet), apotheken (van wacht of niet) om de patiënten zo goed mogelijk te sturen.

De patiënten moeten naar 111 bellen als:

- "ze snel medische hulp nodig hebben, maar die niet dringend is (dan moeten ze 999 bellen, de "Engelse 112");
- ze niet weten wie ze moeten bellen of ze geen huisarts kennen;
- ze informatie nodig hebben over de gezondheidszorg."²⁶

In het algemeen zijn het geen verpleegkundigen die oproepen naar dit nummer beantwoorden, maar speciaal opgeleide medewerkers. Er zijn evenwel verpleegkundigen ter plaatse aanwezig, maar geen artsen²⁷. Deze operatoren verwijzen door naar de klassieke gezondheidszorgdiensten, naargelang het niveau van dringendheid en de mate van twijfel over de pathologie, en kunnen ook rechtstreeks een afspraak maken bij de geschikte zorgverlener.

Deze dienst wordt steeds meer gebruikt. Het aantal oproepen steeg met 33% tussen maart 2015 en maart 2016 (gaande naar 1,5 miljoen oproepen in een maand). In 2015 werd bijna 60% van de oproepen doorgestuurd naar een gezondheidsprofessional van de eerste lijn. De rest waren opvolgingen van eerdere oproepen of patiënten die niet specifiek wilden zijn in verband met hun pathologieën. De grote meerderheid van de mensen die bellen wordt dus doorverwezen naar niet-dringende gezondheidsdiensten (primary-care), terwijl bijna 20% van de bellers naar de spoeddiensten moeten worden gestuurd, ofwel met eigen middelen ofwel per ambulance.²⁸ De gemiddelde duur van de oproepen bedraagt meer dan 10 minuten.

²⁴ Turner, J., O' Cathain, A., Knowles, E., & Nicholl, J. (2013). Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study. *BMJ open*, 3(11), e003451; <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/NHS-111.aspx>; Grol, R., Giesen, P., & van Uden, C. (2006). After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. *Health Affairs*, 25(6), 1733-1737.

Er bestaat een gelijkaardig systeem voor Wales.

²⁵ <https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/NHS-111.aspx>

²⁶ Ibidem.

²⁷ We kunnen dit natuurlijk beschouwen als een beperking van de health call centers, maar het beperkt zich vooral tot de VS en het VK. De andere landen leiden de verpleegkundigen op over dit onderwerp en de artsen zijn altijd beschikbaar om hen te helpen (ter plaatse of per telefoon).

²⁸ <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/nhs-111-minimum-data-set/nhs-111-minimum-data-set-2015-16/>

3.2 Duitsland

In Duitsland zijn er geen HCC georganiseerd door de staat. Er zijn evenwel bepaalde "ziekenfondsen" die HCC organiseren, maar in een erg specifieke versie. Bepaalde ziekenfondsen stellen immers gespecialiseerde artsen ter beschikking van hun leden, zodat die artsen informatie via de telefoon kunnen verdelen.

Bovendien is deze dienst niet gekoppeld aan een triagedienst, zoals het geval is elders in de wereld. In de praktijk zijn er gespecialiseerde artsen beschikbaar op bepaalde uren van de dag, om te antwoorden op de vragen die de leden van de ziekenfondsen hebben over bijvoorbeeld de gegrondheid van een riskante operatie. De gespecialiseerde arts bespreekt in detail de risico's, de gevolgen, de alternatieven of een ander onderwerp waarvoor de patiënt de kans niet had om het met zijn behandelende arts te bespreken.

3.3 Nederland

Nederland heeft een systeem waarbij de huisartsen een belangrijke plaats innemen inzake de diensten buiten de "normale" werkuren. Deze artsen hebben coöperatieven gevormd in samenwerking met verpleegkundigen. Deze laatsten beantwoorden de oproepen van patiënten, om de triage uit te voeren en passende raad te geven²⁹. Er zijn dan meerdere scenario's mogelijk in functie van de situatie van de patiënt: de verpleegkundigen kunnen de patiënten aanraden om ofwel op een later moment naar de huisarts te gaan, ofwel naar de spoeddienst te gaan, ofwel om onmiddellijk een arts bij hen te laten komen. Ze kunnen ook hulp vragen aan de artsen die elk permanentie doen in de call centers. Die houden toezicht op alle oproepen die de verpleegkundigen behandelen³⁰.

Er bestaan ook nationale oproepcentra (als gevolg van de steeds vaker voorkomende hergroepering van coöperatieven). In dat geval hebben de verpleegkundigen dus toegang tot veel meer geautomatiseerde protocollen (geschreven richtlijnen en protocollen bestaan nochtans in alle coöperatieven).

3.4 Zwitserland

De Zwitserse oproepcentra omvatten in het algemeen drie functies:

- Triage in het geval van acute symptomen, vergezeld van een aanbeveling over de dringendheid van de behandeling.
- Advies over vragen in verband met symptomen en de evolutie van ziektes, in verband met behandelingen en met preventie.

- Het ter beschikking stellen van zorgverleners.

Het Zwitserse systeem van oproepcentra (trouwens erg gelijkend op wat er in Europa bestaat) biedt drie originele aspecten³¹.

- Ten eerste, wanneer de verzekerde persoon ervoor kiest om de mogelijkheid om de HCC te bellen als optie op te nemen in zijn verzekering, verbindt hij zich ertoe om de telegeneeskundendiensten van het oproepcentrum te gebruiken voor hij een zorgverlener raadpleegt (artsen, apothekers of anderen) of voor hij een behandeling start. Dit is een absolute voorwaarde voor de terugbetaling van de zorg. In noodgevallen is het niet verplicht om het centrum te bellen. De verzekeringen hebben een termijn voorzien waarbinnen men moet telefoneren na een noodgeval.
- Ten tweede, wanneer een persoon zich hiertoe verbindt, ontvangt hij een korting op de verzekeringspremie.
- Ten slotte zijn de oproepcentra in het algemeen bedrijven die onafhankelijk zijn van de ziekenfondsen.

De verpleegkundigen en artsen van het centrum voor telegeneeskunde geven medisch advies aan de verzekerde persoon en bekijken samen met hem, als dat nodig is, welke behandeling geschikt is en binnen welke termijn er een eventuele raadpleging met een zorgverlener moet plaatsvinden of hoe vaak (aantal) zo'n behandeling moet gebeuren binnen een bepaalde periode. De verzekerde persoon is gebonden door het geheel van aanbevelingen die hem zijn gemaakt rond de behandeling en/of de categorie van te raadplegen zorgverleners (bijvoorbeeld: reumatoloog, cardioloog, enz.). In principe mag de verzekerde patiënt daarentegen vrij kiezen welke zorgverlener hij wil in het kader van de aanbeveling door het centrum voor telegeneeskunde. Als de behandelende arts een nieuwe raadpleging, een doorverwijzing naar een andere arts of een opname in een ziekenhuis of een medisch-sociale instelling voorstelt, moet de verzekerde persoon binnen maximaal vijf werkdagen het centrum voor telegeneeskunde hiervan op de hoogte brengen.

Het voornaamste voordeel van de telegeneeskundemodellen ligt in de besparing op de premies die worden betaald door de verzekerden. De ziekenfondsen rekenen op het feit dat het verplichte telefoongesprek de verzekeringskosten aanzienlijk gaat laten zakken. Degenen die zich verbinden aan dit systeem krijgen gemiddeld een korting van 14% op een premie van ongeveer 200 Zwitserse frank. Een ander voordeel is dat het telefoongesprek voor advies gratis is, in het bijzonder voor de minder ernstige gevallen waarvoor een raadpleging via telefoon kan volstaan.

29 Bunn, F., Byrne, G., & Kendall, S. (2005). The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 55(521), 956-961; van Charante, E. P. M., ter Riet, G., Drost, S., van der Linden, L., Klazinga, N. S., & Bindels, P. J. (2006). Nurse telephone triage in out-of-hours GP practice: determinants of independent advice and return consultation. *BMC family practice*, 7(1), 1.

30 van Uden, C. J., Giesen, P. H., Metsemakers, J. F., & Grol, R. P. (2006). Development of Out-of-Hours Primary Care by General Practitioners (GPs) in The Netherlands: From Small-call Rotations to Large-scale GP Cooperatives. *Fam Med*, 38(8), 565-9.

31 <http://www.moneyland.ch/fr/telmed-assurance-comparatif-suisse>; Syburra, T., & Genoni, M. (2008). Applications de la télémédecine en Suisse. *Revue Médicale Suisse*, 182(4), 2652-6.

4. Evaluatie van de efficiëntie en de kwaliteit van de HCC

Om het nut van de HCC te evalueren, moet er rekening worden gehouden met meerdere dimensies.

Eerst is het essentieel om te beoordelen of de HCC op een geschikte manier de functies vervullen waarvoor ze zijn ingevoerd, namelijk triage en het verstrekken van informatie. Hiervoor werden twee dimensies geëvalueerd: de mate waarin patiënten het gegeven advies opvolgen en de kwaliteit van de informatie die wordt aangeboden door de operatoren van de HCC.

Ten tweede is het in een breder perspectief belangrijk om de rol te begrijpen die de HCC hebben in de verbetering en rationalisering van de gezondheidsdiensten.

4.1 De mate waarin de patiënten het advies van het health call center opvolgen

Het is noodzakelijk dat de patiënten het gekregen advies tijdens een oproep opvolgen opdat de HCC een invloed hebben. De beschikbare studies lijken een positief antwoord op die vraag te tonen.

In de Verenigde Staten heeft een studie aangetoond dat voor 23.000 oproepen naar een HCC, 79,2% van de mensen die worden doorgestuurd naar de spoeddienst daadwerkelijk de aanbeveling heeft opgevolgd. Van zij die worden doorverwezen naar een arts, al dan niet van wacht, is 57% gegaan. 65,8% van zij die een advies voor zelfzorg kregen heeft dit advies opgevolgd³².

In Zweden zijn de resultaten zelfs nog beter: 81,3% van de patiënten heeft het advies van de verpleegkundige opgevolgd om zichzelf te verzorgen. 91,1% is naar de huisarts gegaan als het nodig was en 100% van de patiënten ging naar de spoeddienst als de verpleegkundige dit verstandig vond³³. Deze erg positieve resultaten kunnen verband houden met de cultuur van het land betreffende de autoriteit en ook met het feit dat verpleegkundigen in bepaalde specifieke gevallen rechtstreeks geneesmiddelen mogen voorschrijven, net als rechtstreeks een afspraak maken met de meest geschikte gezondheidsprofessional. Het feit dat er al een afspraak wordt gemaakt, verhoogt de kans dat de patiënt het advies van het HCC opvolgt.

4.2 Kwaliteit van het advies

Zoals eerder uitgelegd, is de meest typische functie van een HCC de triage van de patiënten. Om de efficiëntie van de HCC te evalueren is het dus belangrijk om mee op te nemen of de operatoren van de HCC de pathologie en vooral de dringendheid van het probleem juist evalueren.

In een studie³⁴ over vier call centers in Nederland hebben onderzoekers aangetoond dat 69% van de oproepen werd behandeld volgens het juiste niveau van dringendheid, maar dat de verpleegkundigen het niveau van dringendheid in 19% van de gevallen hadden onderschat. Nog interessanter is het feit dat de goede inschatting van de pathologie en van de dringendheid in belangrijke mate afhangt van de goede opleiding van de verpleegkundige rond het advies geven aan patiënten via de telefoon in plaats van face-to-face. De studie wijst met de vinger naar enkele gevallen waarbij de slechte evaluatie van de dringendheid nefaste gevolgen had. Vijf jaar later heeft een nieuwe evaluatie een verbetering getoond met betrekking tot de voorgaande resultaten: in Nederland³⁵ werd er op bijna 7.000 oproepen in 91% goed gehandeld met betrekking tot de dringendheid. Een andere studie werd uitgevoerd in de Verenigde Staten³⁶ in een kindziekenhuis. Aan de ene kant kwamen kinderen aan op de spoeddienst doordat de ouders dit hadden beslist en aan de andere kant door de beslissing van een triageservice. De dokter die hen onderzocht moest dan bepalen of het een geschikte keuze was om naar de spoeddienst te komen, rekening houdend met de pathologie (zonder te weten wie werd doorverwezen door de triagedienst). Voor de patiënten die werden doorverwezen door de triage, waren 8 op 10 patiënten naar de juiste zorgverlener gestuurd. Voor de anderen was deze verhouding 6 op 10.

Andere studies hebben betrekking op het gebruik en de relevantie van de beslissingsprotocollen die zijn ingevoerd in bepaalde HCC. In Zweden hebben onderzoekers aangetoond dat de verpleegkundigen de neiging hebben om zich meer te baseren op hun eigen ervaringen dan op de aanbevelingen van het systeem om hun patiënten via de telefoon advies te geven.³⁷ Een Nederlandse studie toont twijfels over de triage- en informatiesystemen wanneer die het interactieve beslissings-systeem via de computer niet gebruiken en zich alleen baseren

32 O'Connell, J. M., Towles, W., Yin, M., & Malakar, C. L. (2002). Patient decision making: use of and adherence to telephone-based nurse triage recommendations. *Medical Decision Making*, 22(4), 309-317.

33 Marklund, B., Ström, M., Månsson, J., Borgquist, L., Baigi, A., & Fridlund, B. (2007). Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. *Journal of nursing management*, 15(2), 180-187.

34 Giesen, P., Ferwerda, R., Tijssen, R., Mokkink, H., Drijver, R., van den Bosch, W., & Grol, R. (2007). Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency?. *Quality and Safety in Health Care*, 16(3), 181-184.

35 Huibers, L., Keizer, E., Giesen, P., Grol, R. P. T. M., & Wensing, M. (2012). Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. *Family practice*, 29(5), 547-552.

36 Barber, J. W., King, W. D., Monroe, K. W., & Nichols, M. H. (2000). Evaluation of emergency department referrals by telephone triage. *Pediatrics*, 105(4), 819-821.

37 Crouch, R., Woodfield, H., Dale, J., & Patel, A. (1997). Telephone assessment and advice: a training programme. *Nursing Standard*, 11(47), 41-44.

op medische protocollen³⁸, wat kan leiden tot veiligheidsproblemen voor de patiënt.³⁹

Een studie in het Verenigd Koninkrijk stelde vast dat er soms 200% meer bezoekers zijn op de spoeddienst na een raadpleging met elektronische protocollen voor het beheer van de oproepen.⁴⁰ In het algemeen is er het risico dat de triage- en informatiediensten leiden tot een vertraging van de “definitieve” zorgverlening. Met andere woorden, de patiënten worden niet rechtstreeks doorverwezen naar het juiste type zorg, wat een extra kost betekent voor het gezondheidszorgsysteem.^{41 42}

Kortom, het is ingewikkeld om duidelijke conclusies te trekken over de kwaliteit van het advies dat wordt gegeven door de HCC.

4.3 Voordelen voor de gezondheidszorgsystemen en de patiënten

De voornaamste doelstelling van de oprichting van oproepcentra inzake gezondheid is dat ze kunnen bijdragen aan de vermindering van de algemene kost van de gezondheidszorg door de patiënten rechtstreeks naar de meest geschikte zorgverlener te sturen of door hen te helpen om zichzelf te verzorgen. In Wallonië ligt het gebruik van de spoeddiensten bijvoorbeeld hoger dan in Vlaanderen, wat kan zorgen voor een grotere verzorgingskost voor de Franstalige bevolking. De health call centers zouden een mogelijkheid kunnen zijn om deze tendens bij te sturen, maar we komen verderop terug op de voordelen voor de Belgische bevolking.

Jammer genoeg zijn de beschikbare evaluaties van de gevolgen van de HCC op de uitgaven voor de gezondheid en meer algemeen op de efficiëntie van de gezondheidssystemen beperkt en niet-overtuigend. Een studie in Denemarken toont aan dat de oprichting van oproepcentra die worden beheerd door huisartsen het aandeel gezondheidsadvies via de telefoon heeft verdubbeld. Het interessantste is dat er in dit land geen enkele van die tussenkomsten, die een betere

toewijzing van middelen moeten toelaten, de werklust van de artsen op het vlak van raadplegingen hebben verminderd: het aantal patiënten is bij elke huisarts hetzelfde gebleven.⁴³

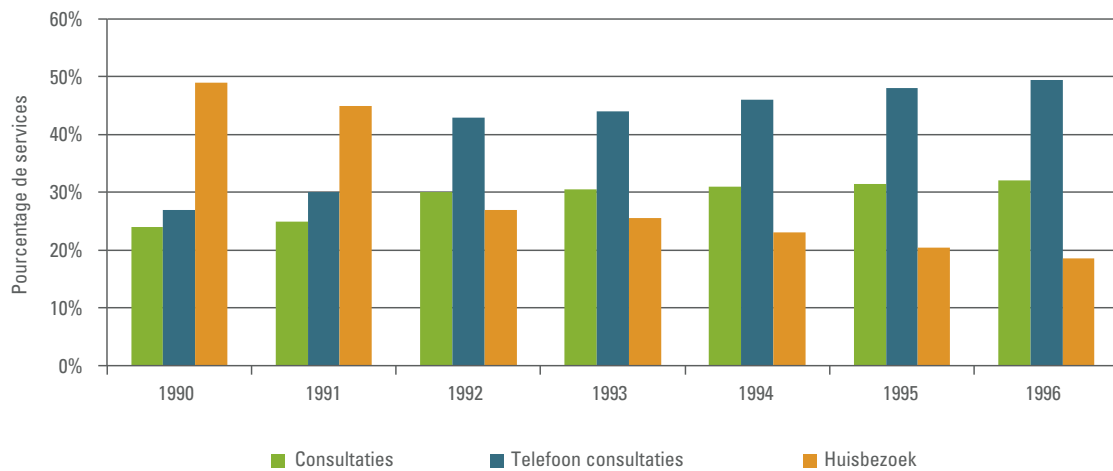
In het Verenigd Koninkrijk hebben de artsen, voordat de NHS 111 werd ingevoerd, een systeem van call centers georganiseerd met de “adviserend verpleegkundigen”, vergelijkbaar met het systeem van huisartscoöperatieven in Nederland. Een evaluatie van de impact van het systeem heeft aangetoond dat de “algemene” vragen om advies aan huisartsen met 69% zijn gedaald; 38% minder patiënten in de “primary care centres” en 23% minder huisbezoeken.

Voor zover we weten is de NHS van het Verenigd Koninkrijk de enige waarvoor er een evaluatie is uitgevoerd van de budgettaire gevolgen van de triage- en informatiediensten. De conclusie ervan is dat de triage- en informatiediensten (uitgevoerd door verpleegkundigen) buiten de kantooruren op lange termijn de kosten van de NHS verminderen doordat ze de nood aan spoeddiensten in het ziekenhuis verlagen. Bovendien lijkt het erop dat huisartsen minder worden geraadpleegd in de regio's waar deze dienst het meeste wordt gebruikt. Aangezien de gezondheid van de Britten stabiel is gebleven tijdens de referentieperiode, lijkt het dat de besparingen niet ten koste zijn gegaan van de patiënt.⁴⁴

Vanuit het standpunt van de patiënt lijken de triage- en informatiediensten in het algemeen erg te worden gewaardeerd door de gebruikers. Doorgaans worden de indrukken van de gebruikers via enquêtes verzameld. Deze evalueren in het algemeen 3 hoofdcriteria: de perceptie van de toegankelijkheid, de tevredenheid van de gebruiker, de evaluatie van de kwaliteit van de antwoorden en het resultaat van de tussenkomst van de persoon die de oproep van de patiënt beantwoordt (bijvoorbeeld minder angst, of rechtstreekse of onrechtstreekse voordelen dankzij het gebruik van de dienst). In figuur 3 kunnen we de groei beoordelen van deze dienst buiten de kantooruren in Denemarken, na de oprichting ervan in 1991 (+40% raadplegingen via de telefoon in 6 jaar).

- 38 Derkx, H. P., Rethans, J. J. E., Muijtens, A. M., Maiburg, B. H., Winkens, R., Van Rooij, H. G., & Knottnerus, J. A. (2008). Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: cross sectional national study. *Bmj*, 337, a1264.
- 39 Giesen, P., Ferwerda, R., Tijssen, R., Mokkink, H., Drijver, R., van den Bosch, W., & Grol, R. (2007). Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency?. *Quality and Safety in Health Care*, 16(3), 181-184.
- 40 Richards, D. A., Meakins, J., Tawfik, J., Godfrey, L., Dutton, E., Richardson, G., & Russell, D. (2002). Nurse telephone triage for same day appointments in general practice: multiple interrupted time series trial of effect on workload and costs. *Bmj*, 325(7374), 1214.
- 41 Bunn, F., Byrne, G., & Kendall, S. (2005). The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 55(521), 956-961.
- 42 Zie voor meer details Campbell, J. L., Britten, N., Green, C., Holt, T. A., Lattimer, V., Richards, S. H. ... & Fletcher, E. (2013). The effectiveness and cost-effectiveness of telephone triage of patients requesting same day consultations in general practice: study protocol for a cluster randomised controlled trial comparing nurse-led and GP-led management systems (ESTEEM). *Trials*, 14(1), 4.
- 43 Marsh, G. N., Horne, R. A., & Channing, D. M. (1987). A study of telephone advice in managing out-of-hours calls. *JR Coll Gen Pract*, 37(300), 301-304; Christensen, M. B., & Olesen, F. (1998). Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *Bmj*, 316(7143), 1502.
- 44 Lattimer, V., Sassi, F., George, S., Moore, M., Turnbull, J., Mullee, M., & Smith, H. (2000). Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. *Bmj*, 320(7241), 1053-1057.

Figuur 3: Zorgverlening buiten de kantooruren in Denemarken (1990-1996)



Bron: Christensen, M. B., & Olesen, F. (1998). Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *Bmj*, 316(7143), 1502.

Een gelijkaardig onderzoek werd gevoerd voor de gebruikers van de dienst Info-Santé in Québec.⁴⁵ Sinds het midden van de jaren 1980 geeft deze dienst, beheerd door verpleegkundigen, informatie inzake gezondheidsdiensten, sociale of openbare diensten. Wanneer er geen gespecialiseerde of onmiddellijke tussenkomsten nodig zijn, bieden de verpleegkundigen een professioneel advies. Daarentegen, als een raadpleging van een andere zorgverlener nodig is, geven de verpleegkundigen nuttige informatie (plaats van de raadpleging, uurroosters, telefoonnummer, enz.). De onderzoekers voerden een enquête uit bij 4.700 mensen die deze dienst hebben gebruikt en vroegen hen om tegelijkertijd een evaluatie te geven van hun tevredenheid over de diensten en van de voordelen die ze zien van het bestaan van Info-Santé. Wat de kwaliteit betreft, lijken de gebruikers unaniem: minstens 95% van de respondenten evalueert de diensten en het advies van Info-Santé als "erg goed of redelijk goed", met betrekking tot, onder andere, de relevantie van het advies.

Voor wat betreft de ervaren voordelen, voorgesteld in tabel 1, lijkt de helft van de gebruikers in het bijzonder de snelle toegang en de ontvangen informatie te waarderen. De bespaarde rit, de gemakkelijke toegang, de financiële besparing zijn de voordelen die te maken hebben met de (tijdelijke of financiële) kost om naar de spoeddienst of de arts van wacht te gaan die dankzij Info-Santé werd vermeden. Ongeveer 15% van de gebruikers beschouwt het systeem ook als gunstig voor het gezondheidszorgsysteem in zijn geheel. Samenvattend lijkt deze enquête aan te geven dat de dienst erg gewaardeerd wordt door de gebruikers van Québec.

Volgens het rapport van de WGO zijn de HCC aanwezig in meer dan de helft van de landen op de planeet. Het is bovendien de eerste toepassing van mHealth in de wereld. Ook al doen deze elementen ons geloven dat zowel politieke leiders als de bevolking talrijke voordelen ervaren van deze diensten, toch zijn er nog te weinig gegevens en studies om duidelijke conclusies te trekken over de voordelen die worden ervaren door de gebruikers van de HCC.⁴⁶

⁴⁵ Hagan, L., Morin, D., & Lépine, R. (2000). Evaluation of Telenursing Outcomes: Satisfaction, Self-Care Practices, and Cost Savings. *Public Health Nursing*, 17(4), 305-313.

⁴⁶ Zie het voorbeeld van de DRC: Corker, j. (2010). Groene Lijn" toll-free hotline: using cell phones to increase access to family planning information in the Democratic Republic of Congo. *Cases in Public Health Communication & Marketing*, 4, 23-37.

Tabel 1: Ervaren voordelen door de gebruikers van Info-Santé

Voordelen*	Respondenten (n=4696), in %
Snelle toegang	55,7
Meer informatie met betrekking tot de problemen en oplossingen	48,3
Bespaarde rit	38,3
Gemakkelijke toegang	25,1
Toegang tot een verpleegkundige	17,0
Verstandigere keuze voor de middelen van het systeem	15,8
Meer tijd om uit te leggen wat het probleem is en het te bespreken	10,3
Financiële besparing	5,4
Andere	29,6

*(Elkaar niet uitsluitende) categorieën

Bron: Hagan, L., Morin, D., & Lépine, R. (2000). Evaluation of Telenursing Outcomes: Satisfaction, Self-Care Practices, and Cost Savings. *Public Health Nursing*, 17(4), 305-313.

Ondanks het feit dat de evaluaties van de kwaliteit en de impact van de HCC schaars zijn, lijken de beschikbare gegevens aan te tonen dat de HCC kwalitatieve diensten aanbieden die gewaardeerd worden door de gebruikers, wat kan bijdragen tot een betere overeenstemming tussen de behoeften van de patiënten en de verstrekte zorg.

5. De health call centers: wat in België?

Is het model van de health call centers toepasbaar op België? Zou het toelaten om de efficiëntie en de doelmatigheid van ons gezondheidssysteem te verbeteren? Zoals het KCE aantoonde, zijn er in België "1,24 spoeddiensten per 100.000 inwoners, een aanzienlijk cijfer in vergelijking met andere landen. De helft van deze spoeddiensten heeft minder dan (gemiddeld) 55 contacten per 24 uur en minder dan 6 contacten per nacht. Bovendien kan een groot deel van de patiënten die zich naar de spoeddienst van een ziekenhuis begeven ook worden behandeld door een huisarts. Maar de 70 huisartswachtposten die de laatste jaren werden geopend, doen de hoeveelheid van deze patiënten niet dalen."⁴⁷

Een artikel dat eerder verscheen in CM-Info toont ook verontrustende feiten over het gebruik van de zorg in spoeddiensten van bepaalde Belgische ziekenhuizen, terwijl veel van deze zorg kan worden gegeven door een huisarts of zelfs een apotheker.⁴⁸ Anderzijds zijn voor 42% van de Belgen de gezondheidsvaardigheden beperkt tot onvoldoende (meer of minder naargelang de regio's en het opleidingsniveau).⁴⁹

Het gebrek aan informatie en vorming van de patiënt, net als de behoefte aan rationalisering van het gebruik van bepaalde diensten, meer bepaald de spoeddienst, zijn dus twee problematieken die ook op ons grondgebied voorkomen. De HCC kunnen een eerste antwoord bieden op deze problemen, maar voorlopig bestaat er op Belgisch niveau geen geharmoniseerde en geïntegreerde triage- en informatiedienst. Dit betekent niet dat deze diensten niet bestaan onder een andere vorm.

Elke persoon die dringende hulp nodig heeft (van de brandweer of van een ambulance) kan het nummer 112 bellen (overal in Europa).⁵⁰ Parallel met dit nummer is de dienst "1733" beschikbaar om een huisarts van wacht te bereiken 's avonds, 's nachts of tijdens het weekend. Dit nummer voor niet-dringende medische hulp is gekoppeld aan de lokale wachtdiensten. Het nummer 1733 is al gedeeltelijk of volledig operationeel in bepaalde regio's.

47 <https://kce.fgov.be/fr/press-release/services-d%E2%80%99urgence-et-permanences-de-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale-en-un-seul-lieu-plus-clair-et-p> ; zie voor het volledige verslag Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, Geissler A, Ghesquiere A, Misplon S, Quentin W, Van Loon C, Van de Voorde C. (2016). Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. *Health Services Research (HSR)* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 263. D/2016/10.273/24;

48 Avalosse, H., Chapelle, A. & F. Van Sloten (2015). Toevlucht tot de spoeddienst van een ziekenhuis: exploratie van de gegevens van de CM. *CM-Informatie*, nr. 262, december 2014, pp.18-25.

49 Avalosse, H., Verniest, R., Callens, M., Van den Broucke, S., Renwart, A., Rummens, G. & Gerard, F. (2014). Balans van de kennis van de Belgen op het vlak van gezondheid. *CM-Informatie*, nr. 258, december 2014, pp.48-55.

50 <https://www.112.be/>

De operator van 1733 stelt bepaalde vragen om een correcte inschatting te maken van de ernst van de situatie en de mate van mobiliteit. De operator verwijst door naar de zorgverlener die, op dat moment, de beste persoon is om te beantwoorden aan de noden van de patiënten:

1. Hij kan de patiënt uitnodigen om naar de huisartsenwachtpost te gaan of om op raadpleging te gaan bij de arts van wacht;
2. Hij kan een arts van wacht aan huis sturen;
3. Hij kan voorstellen om de raadpleging met de eigen huisarts af te wachten;
4. Als de situatie ernstig lijkt, kan hij de patiënt vragen om naar de spoeddienst te gaan of kan hij een ambulance naar hem thuis sturen.⁵¹

Het is dus een echte triagedienst, die jammer genoeg nog niet in alle regio's/gemeentes van het land beschikbaar is.⁵²

Naast 1733 kan een CM-lid, aangesloten bij een van de Franstalige of Duitstalige regionale ziekenfondsen bellen naar 0800/10 9 8 7 (gratis nummer) als hij informatie wil over ziekenhuizen (het type kamer, de tarieven en de voorschotten, hospitalisatieverzekeringen, thuiszorg, verkoop en verhuur van medisch materiaal, herstel) of informatie over de aanvullende voordelen en diensten van CM of alle andere informatie met betrekking tot de diensten van CM.⁵³

6. Conclusie: de health call centers, een goed idee?

De health call centers zijn een origineel en veelbelovend concept. De HCC zijn voornamelijk gekoppeld aan de ontwikkeling van mobiele telefonie en hebben talrijke eigenschappen en kwaliteiten. Het eerste is een toegangspoort zijn voor keuzes in de wereld van de zorg, nog voor de binnenkomst in de wachtzaal van een huisarts of een spoeddienst. Deze dienst geeft via zijn "triage" en "informatie" advies over wat men het best moet doen in elke soort van situatie (soms ook moeilijke). Er zijn nog te weinig studies en evaluaties van het systeem om sterke conclusies te trekken, maar ze lijken toch te suggereren dat er talrijke voordelen zijn voor de patiënt en het gezondheidszorgsysteem in zijn geheel. De HCC zijn bovendien het eerste wereldwijde initiatief van de mHealth-tendens geworden.

Voor België kan het eerste voordeel zijn dat de spoeddiensten van de ziekenhuizen worden ontlast doordat de patiënten naar artsen of zelfs naar de apotheek van wacht worden gestuurd, wat het gebruik van de bestaande middelen verbetert. Het nummer voor medische hulp 1733 is een stap in de goede richting. Dit nummer laat immers toe om zich gemakkelijk te informeren over de aard van het probleem van de patiënt en om hem rechtstreeks en zo snel mogelijk naar de geschikte zorgverlener te kunnen verwijzen. Deze dienst herneemt echter het tweede karakteristieke principe van een HCC niet: het bieden van informatie over gezondheid aan personen die hierom vragen. De CM heeft een oproepcentrum, maar voor specifieke onderwerpen, zoals de hospitalisatieverzekering. Het is een feit dat het Belgische institutionele landschap van de gezondheidszorg moeilijk een combinatie toelaat van de twee delen van de HCC. Toch lijkt er een reële behoefte te bestaan aan informatie over de gezondheidszorg die ingevuld moet worden.

⁵¹ <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/aide-medicale-urgente/services-de-garde> ; Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, Geissler A, Ghesquiere A, Misplon S, Quentin W, Van Loon C, Van de Voorde C. (2016). Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 263. D/2016/10.273/24.

⁵² Om te weten of een gemeente verbonden is met deze service, kan de gebruiker naar de volgende website gaan: https://apps.health.belgium.be/ordsm/02/www_flow.accept

⁵³ Deze service is beschikbaar van maandag tot vrijdag van 8:30 tot 18 uur en op zaterdag van 9 tot 13 uur.