

## Információs forró pontok, komplex segítő környezet

**Így hivatkozzon erre a cikkre:**

Tamaskó Dávid, Z. Karvalics László. „Információs forró pontok, komplex segítő környezet”.

*Információs Társadalom* XIV, 2. szám (2014): 78–83.

<https://dx.doi.org/10.22503/inftars.XIV.2014.2.5>

*A folyóiratban közölt művek*

*a Creative Commons Nevezd meg! – Ne add el! – Így add tovább! 4.0*

*Nemzetközi Licenc feltételeinek megfelelően használhatók.*

Tamaskó Dávid – Z. Karvalics László

## Információs forró pontok, komplex segítő környezet.

(A megtalált személy a tömeg-egészségügyben)<sup>1</sup>

A *tudás-alapú városfejlesztés* (Knowledge-Based Urban Development, KBUD) egyik legnagyobb kihívása,<sup>2</sup> hogy miként tudja érvényesíteni a saját megközelítésmódját, prioritáskezelését és módszertanát olyan alrendszerben, ahol meggesontosodott intézményi szerkezetek, szemléleti zsákutcák és költségvetési kényszerpályák szűkítik le a cselekvési teret és sugallnak reménytelenséget avval kapcsolatban, hogy a világon másutt sikeresnek bizonyuló megoldások miért is alkalmazhatatlanok „mifelénk”.

Nem véletlen, hogy az életképes és bizonyításig jutó friss elképzelések és projektek nagy része nem túlélésre és újraelosztásra kondicionált városatyák vagy stratégiai kérdésekkel kényszerből foglalkozó divizionális szakbizottságok kezdeményezésére születik, hanem zöldmezős (grassroots) módon, *társadalmi innovációként* (social innovation), állampolgárok vagy környezetük iránt felelősséget érző vállalkozások alkotó kedvének és aktív fellépésének köszönhetően.

Az egészségügy sokáig egyike volt azoknak a területeknek, amelyeknek az intézményei rendkívül zárt szakmai és tervezési közösségként léteztek, szigorú belső törvényekkel és szabályozással, a lehetséges partnerek (elsősorban a betegek, a betegeket segítő civil szervezetek, az alternatív szemléletet képviselő társadalomkutatók) falakon kívül tartásának minden rutinjával. Az Internet, a digitális kultúra, a hálózati közösségek új világa és az egészségügy szükségszerű informatizálása azonban új helyzetet teremtett. Egyre több minden vált „láthatóvá”, különösen a nagy adatforgalmú szegmensekben. Így aztán a másutt kialakított adatelemzési technikák hirtelen megjelentek az egészségügyi alrendszerben is.

Az egyik legismertebb, legautentikusabb esettanulmány egy camdeni háziorvos, Jeffrey Brenner nevéhez fűződik.<sup>3</sup> Brenner az ezredforduló után kórházi adatbázisokat

<sup>1</sup> A tanulmány az SZTE Interdiszciplináris Tudásmenedzsment Kutatóközpontjában készült a „Nagyvárosok tudáskormányzása” témakörben futó program részeként.

<sup>2</sup> A témáról korábban ld. Z. Karvalics László (2013): A tudás-alapú városfejlesztés egy lehetséges irányáról. *Információs Társadalom*, XIII. évfolyam 2. szám 7-25.o.

<sup>3</sup> Áttekintésünk alapja a *The New Yorker* című folyóiratban 2011. január 24-én megjelent *The Hot Spotters* (magyarul *Forrópontok*) című cikk, amely az Egyesült Államok egészségügyi ellátási és biztosítási rendszerének hiányosságait mérsékelni hivatott kezdeményezéseket tekinti át. A cikk szerzője az indiai-amerikai Atul Gawande, a bostoni Brigham and Woman's Hospital általános és endokrin sebésze, a Center for Surgery and Public Health társigazgatója, a Harvard egyetem közegészségügyi és orvosi karának egyetemi docense.

– számlázási információk, sürgősségi ügyelethez érkező bejelentések – fűrkészve arra a következtetésre jutott, hogy a város egészségügyi ellátására költött pénzből megfelelő odafigyeléssel és szakértelemmel tetemes összegek takaríthatók meg. Az elemzett adatok alapján olyan hiányosságokat fedezett fel, amelyek egészen odáig senkinek sem voltak szembetűnőek vagy senki sem foglalkozott velük. A város bizonyos pontjain élő lakosok például sokkal nagyobb számban vettek igénybe kórházi ellátást, mint a település többi részén lakók. A „megjelölt” területen egy háztömbben két éven belül 75 idős embert szállítottak kórházba egyszerű elesés, megbotlás következtében keletkezett sérülések miatt. Ez messzemenően túlszárnyalta a megszokott normákat, és hárommillió dollárnyi orvosi ellátást vont maga után. Az ilyen és ehhez hasonló esetek felfedezését követően Brenner térképet készített, majd a város minden háztömbjét színekkel látta el annak megfelelően, hogy adott helyen mekkora kórházi költségeket vesznek igénybe, megkeresve azokat a jól lokalizálható helyszíneket, ahol a legkritikusabbak a mutatók. Ezeket hívta ő „információs forró pontoknak” (information hot spots)<sup>4</sup>. Észak-Camdenben meg is találta ezeket: két nagy lakóépületben 2002 januárja és 2008 júniusa között valamivel kevesebb, mint 900 ember 4000-szer szorult kórházi ellátásra, amely megközelítőleg kétszázmillió dollárnyi kórházi költséget követelt. Az egyik beteg 324-szer vett részt vizsgálaton öt éven belül, a legdrágább beteg pedig összesen három és félmillió dollárba került a tárgyidőszak alatt.

Jeffrey Brenner kutatásai kimutatták, hogy azok a betegek kapták a legrosszabb egészségügyi ellátást, akikre a rendszer a legtöbb pénzt költötte. Azon 100 000 ember közül, akik Camden kórházainak ellátását igénybe vették, csupán 1% élte fel a város teljes egészségügyi ellátásának 30%-át. Ez mindösszesen 1000 ember. A kiadások mélyszerkezetének megértéséhez ennek az elenyésző kisebbségnek a körülményeit kellett feltárni.

Brenner néhány szociális munkás és orvos segítségével eljutott a forró pontokon élő, legrosszabb állapotú páciensekhez. Egy túlsúlyos, szívelégtelenséggel, krónikus asztmával, kezeletlen cukorbetegséggel, köszvénnel küszködő, alkoholizmussal és nikotinfüggőséggel terhelt férfi például egy éven belül hat hónapot töltött kórházban. Hozzátartozói, állandó orvosai nem voltak. Brenner azzal próbált meg segíteni, hogy ellenőrizte, megfelelő gyógyszereket írtak-e fel az orvosai, és ezeket rendszeresen beveszi-e, valamint fizetett egy ápolónak azért, hogy időről időre ellenőrizze a beteg vércukorszintjét. Az alapvető egészségügyi ellátás megteremtése mellett Brenner alkalmazott egy szociális munkást, aki segített a férfinak egészségügyi és szociális támogatást igényelni, hogy a kapott pénzből állandó orvosokat fizethessen meg, emellett rábírta, hogy részt vegyen az Anonim Alkoholisták gyűlésein, és hosszú idő után ismét gyakorolja valóságát. A megtett lépések következtében a beteg egészségügyi állapota rohamosan javulni kezdett, s ez a kórházi ellátás igénybevételének nagymértékű csökkenéséhez vezetett.

A siker után Brennert egyre többen keresték föl, hogy a segítségért folyamodjanak. Az azonban, hogy egyedül folytassa megkezdett tevékenységét háziorvosi teendői mellett (és pénz nélkül) lehetetlen lett volna, ezért jótékonyági szervezetekhez, szpon-

<sup>4</sup> A hotspotok nem összekeverendők a szakirodalomból ismert health hub-okkal (amelyek inkább elsősegélynyújtó decentrumok) vagy a health node-okkal (amelyek más intézmények egészségügyi tájékoztatást is nyújtó pontjai).

zorokhoz fordult segítségért, hogy alkalmazottakat foglalkoztathasson. A kapott támogatásból több szociális munkást, ápolót, orvost vonhatott a programba, s velük együtt megalapította a Camden Coalition of Healthcare Providers nevű csoportot. Ahhoz, hogy a csapat saját kórházat üzemeltethessen, nem gyűlt össze elegendő pénz, így csak otthoni látogatásokkal és telefonhívásokkal voltak képesek segítséget nyújtani, ám 2010-re így is több mint 300 emberen segítettek azáltal, hogy a bizalmukba férkőztek, törődtek velük, és rábresztették őket, hogy kellő odafigyeléssel jó eséllyel megelőzhetik egészségügyi állapotuk drasztikus romlását. Az első 36, teljesen személyre szabott kezelésben részesülő beteg a kezelés megkezdése előtt havi 62 intenzív ellátásban részesült, a kezelés után ez a szám majdnem megfeleződött, ami 40%-os csökkenést jelent. Korábban 1,2 millió dolláros kórházi költséget „termeltek”, amelyből valamivel több, mint fél millió dollár maradt – ez 56%-os megtakarításnak felel meg.

Egy Verisk Health nevű vállalat<sup>5</sup> a Camden Coalition of Healthcare Providershez hasonlóan szintén arra törekszik, hogy a fölösleges egészségügyi kiadásokat csökkentse, bár másképp, mint Jeffrey Brenner csapata.

Az Egyesült Államokban a munkáltatóknak nincs hozzáférési joguk a dolgozók egészségügyi költségeire vonatkozó számokhoz. Az alkalmazottak az adataikat speciális vállalkozásoknak, vállalatoknak adják, akiknek az a feladata, hogy analizálják a kapott információkat, és az eredmények birtokában javaslatokat tegyenek a munkáltatóknak arra vonatkozóan, hogyan csökkentsék a dolgozók után kifizetett biztosítások összegét annak érdekében, hogy csökkenjen az egészségügyi kiadásokra fordított pénzük. A javaslatok főként pénzügyi tanácsokat takarnak a juttatások módosításait illetően. A legtöbb munkáltató azonban a juttatások csökkentése és a dolgozók egészségügyi önköltségeinek növelése ellenére azt tapasztalja, hogy a dolgozók egészségügyi kiadásai továbbra is növekednek. A Verisk Health feladata éppen az, hogy megoldást találjon a problémára.

A vállalat statisztikusokat, közgazdászokat és orvosokat is foglalkoztat, akik a Veriskhez tartozó 250 munkáltató által szolgáltatott egészségügyi adatok alapján megpróbálnak rájönni az egészségügyi kiadások folyamatos növekedésének okára. Jeffrey Brennerhez hasonlóan a Verisk Health is felfedezte, hogy 250 munkáltató kiadásainak 60%-áért – nagyjából százezer munkavállalóról van szó – mindössze 5%, azaz 5 ezer dolgozó felelős. Az egyik legsúlyosabb eset egy 25 éves nő, aki 10 hónap alatt 29-szer volt az intenzíven és 51-szer vett részt orvosi vizsgálaton fejfájásra hivatkozva. Ez alatt a 10 hónap alatt normális esetben 2800 dollárba kellett volna kerülnie az egészségügyi rendszernek, ehelyett 52 000 dollárt költöttek rá. A tíz hónap múltán kiderült, hogy a nem megfelelő és körültekintő orvosi vizsgálatoknak köszönhetően rossz gyógyszereket írtak fel a betegnek.

Egy 7000 embert foglalkoztató cégnek 40 millió dollárjába került az egészségügyi támogatás, ezért úgy döntöttek, dolgozóikat arra kötelezik, hogy saját egészségügyi kiadásaikhoz jelentős önköltséggel járuljanak hozzá. Úgy gondolták, a dolgozók majd kevesebb alkalommal vesznek igénybe emiatt kórházi vagy orvosi ellátást, ám meglepetten tapasztalták, hogy a szankció ellenére költségeik egyre inkább növekednek. A Verisk

<sup>5</sup> Az adat-elemzésre szakosodott, partnereinek „egészségügyi intelligenciát” kínáló cég különböző szervezeteknek (önmagukat biztosító cégeknek, kisvállalkozóknak, sőt Abu Dhabi kormányának is) szolgáltat.

segítségét kérték, akik a statisztikai adatok alapján rájöttek, hogy a probléma egyetlen információs forró pontban összpontosul: az idősebb dolgozók vagy a korai nyugdíjasok jelentenek gondot. A magasabb önköltség bevezetése után ugyanis ezek az emberek a gyógyszereiknek csupán töredék százalékát váltották ki, hogy kevesebb kiadásuk legyen, ám ennek eredményeképpen krónikus betegségeik súlyosan rosszabbodtak, s egyre többször kerültek kórházba. A cég szándéka tehát éppen a visszájára fordult.

A Verisknél dolgozók – Jeffrey Brennerhez hasonlóan – úgy gondolják, hogy az egészségügyi rendszert érintő probléma nem csupán az ellátásban keresendő, hanem a betegségek megelőzésének hiányában. Amennyiben a munkáltatók közvetett – megfelelő egészségügyi juttatások, a dolgozók életkörülményeinek javítására szolgáló programok, felhívások – és a munkavállalók közvetlen módon – egészségesebb életet, sport, káros szenvedélyekről való lemondás – a megelőzésre koncentrálnának, a betegségek túlnyomó részének nem maradna lehetősége olyan szintre fejlődni, vagy egyáltalán kialakulni, amelynek végeláthatatlan kórházi kezeléseket és elképesztően magas egészségügyi kiadások volnának a következményei.

Szintén az Egyesült Államokban működik a Medicare nevű program, melynek célja, hogy olyan embereknek nyújtson kórházi támogatást, akik 65 évnél idősebbek vagy olyan fiatalok, akik valamilyen súlyos betegségben szenvednek. A Medicare program 2006-ban kiegészült egy újabb lehetőséggel, amely az egészségügyi intézmények számára havi szintű pénzübeli támogatást nyújt, ha a legkrónikusabb betegek ellátását megfelelőbben koordinálják, ezáltal csökkentve a kórházi kiadások összegét. Ezen felül az állam a megtakarítás egy részét az intézménynek adományozza, ha a kiadásokat sikerül 5%-kal csökkenteni. A lehetőséggel több nagy kórház élt, köztük a Massachusetts General Hospital. Az intézménynek 2600 magas költségű krónikus betege volt, akik összesen 60 millió dollár kiadást jelentettek a Medicare program költségvetésében. A kórház orvosai az új Medicare támogatás után továbbra is a betegekkel foglalkoztak, az ápolók viszont telefonáltak, konzultáltak a betegekkel, Jeffrey Brenner camdeni kísérletéhez hasonlóan, hogy mielőtt kórházi ellátásra szorultak volna, megelőzhessék a bajt. Három év elteltével a Massachusetts General Hospitalnak 15%-kal csökkentek a kórházi kezelési és a sürgősségi ellátásai.

A három történet egy irányba mutat. Feltárják az egészségügyi költségáramok belső szerkezetét ill. szélsőségeit, azonosíthatóvá teszik a személyükben érintetteket, és megfelelő ráhatással képesek egyidejűleg javítani az életminőségükön, ezzel párhuzamosan csökkenteni a kórházi és más kezelési költségeken.

A társadalombiztosítás, a finanszírozási konstrukciók és az ellátórendszer sarkalatos különbségei ellenére Magyarország számára is nagyon fontosak a tanulságok. Hazánk a nagymintás összehasonlító társadalompatológiai vizsgálatokban sokszor állatorvosi ló. Magas stressz-szint, depresszió, konfliktus-és kapcsolatkezelési deficitek, bizalomhiány, agresszió, családon belüli erőszak, alkoholizmus, dohányzás, egészségtelen táplálkozás, mozgáshiány, gyógyszerfüggőség – és mögöttük a társadalomszerkezet egyre nehezebben kezelt anomáliája, a polgárosodás esélyétől is reménytelenül elzárt „underclass” (az Unióban példátlanul) magas aránya, a hátrányos helyzet és munkanélküliség újratermelődése. Különlegesen kedvező táptalaj olyan „egészségügyi szubkultúrák” kialakulására, ahol a rendszerszintű megoldáshoz sajnos a camdenihez hasonló kísérletek sem elegek, csak összehangolt, többciklusos stratégiai programok.

Ellenben megfelelően kiválasztott célcsoportokra fókuszálva magyar városokban is érdemes szemrevételezni a térképre vetített egészségügyi adatokat, megkeresni az információs forró pontokat. Települési szociális térképek már készülnek egy ideje (legutóbb, 2013 második felében Zalaezerszegen például), könnyű lehet összevetni ezeket az elérhető egészségügyi adatbázisokkal. S noha a jótékonyági szervezeteknek, alapítványoknak az amerikai nagyságrendekkel alulmúló eszközeitől és kialakult hazai támogatási kultúrájától nem várható egy magyarországi kezdeményezés életre keltése, de szakmai-tudományos programként kidolgozható egy mintaprojekt. A költségsökkentés ígérete vagy bizonyítható megvalósulása talán teremthet forrást a leginkább érintett helyi és központi költségvetési szervezeteknél.

Egy, a camdenihez hasonló kísérleti programnak Szeged illetve a Szegedi Tudományegyetem (SZTE) ideális gazdája lehet.<sup>6</sup> Az univerzitáshoz szervezetileg is betagolt klinikák, az itt kialakított magas szintű adatelemzési gyakorlat, a korábbi mentorprogram, a szociális munkások képzése, a bölcsészkar pszichológiai, szociológiai, vallástudományi és média-kompetenciája a gazdaságtudományi vagy a jogi kar megfelelő szellemi háttérrel nyújthat az információs forró pontok megtalálásához, a komplex segítő környezet kialakításához, a célcsoportok személyre szabott egészségmenedzsmentjének kialakításához és a szükséges figyelem és életvezetési támogatás biztosításához. A koordinációt, az előkészítést és a tervezést az SZTE Interdiszciplináris Tudásmenedzsment Kutatóközpontja 2014-ben kezdi meg.

Elképzelné, tervezőasztalon összerakni egy projekt koncepcióját még akkor is érdemes, ha kritikusai szerint a bemutatottakhoz hasonló programoknak, kezdeményezéseknek a látványos sikerek ellenére meg vannak számlálva a napjaik. Úgy látják, hogy noha végső soron embereken segít, és költségeket takarít meg, intézményi érdeksztruktúrákat sérthet, és könnyen (már középtávon) a politika martalékává válhat.

Az elméleti vizsgálódásoknak és a gyakorlatba átültetett kísérleteknek azonban elég nagy a tértük ahhoz, hogy érdemes legyen a taktikai fenntartások ellenére is elmélyülten foglalkozni velük. A tudás-alapú városfejlesztést az egészségüggyel következetesen összekapcsoló ausztrál urbanisták és társadalomtudósok 2005 óta folytatnak terepmunkát különböző régiókban és (kis)városokban,<sup>7</sup> és a város-egészségügy területén is számos referencia-értékű eredményt értek néhány év alatt el. Nem véletlenül az ötödik kontinensen született meg az egészséges városok mozgalma (*healthy cities movement*), ahol a tudás-alapú megközelítést kifejezetten a helyi döntés-előkészítésbe, együttmű-

<sup>6</sup> Az egyetemeknek a helyi fejlesztésben játszott kulcs-szerepével könyvtárnyi irodalom foglalkozik. Amióta kutatási koncepcióként életre kelt a Living Lab ideája (vagyis hogy a kutatók az érintett közösségek bevonásával keressék a legmegfelelőbb megoldásokat, így a „testbed” befolyásolhatja magát a kiindulópontokat is), azóta a városi terek ideális helyszínei lettek a társadalmi innovációnak, úgy is, mint a magas szintű döntéseket a kipróbált gyakorlat oldaláról alátámasztó (evidence based) előkészítő eljárások.

<sup>7</sup> Ezek összefoglalását lásd: O’Hare, D., Bajracharya, B., & Khanjanasthiti, I.: Transforming the tourist city into a knowledge and healthy city: Reinventing Australia’s Gold Coast. Paper presented at the *7th international forum of Knowledge, innovation and sustainability: Integrating micro and macro perspectives (IFKAD-KCWS 2012)*. 13- 15 June, 2012. Matera: Italy

kódés-tervezésbe és döntéshozatalba csatolják be, az egészségügyi szolgáltatásokat és az érintett közösségeket is bevonva.<sup>8</sup>

Nem szabad megfeledkezni arról sem, hogy ezen a területen, a város-egészségügy világában az Európai Unió is rendkívül aktív. Az EURO-URHIS (European Urban Health Indicators System) program standardizált és fenntartható, döntéshozók számára készülő, idősorokat támogató adatszolgáltatási rendszert épít. Az EU 2014 és 2020 közötti időszakra érvényes Health programja kiemelten foglalkozik az egészségügynek a társadalmi egyenlőtlenséggel összefüggő kérdéseivel, az idősek színvonalasabb ellátásával és erősen javasolja innovatív egészségügyi információs rendszerek létrehozását és üzemeltetését. Egy „magyar Camden” projekt számára tehát most különlegesen kedvezőek lehetnek a külső feltételek.

---

<sup>8</sup>Részletesen: Gudes, Ori and Kendall, Elizabeth and Yigitcanlar, Tan and Pathak, Virendra: Knowledge-based approach for planning healthy cities : the case of Logan-Beaudesert, Australia. In: The third knowledge cities world summit (KCWS) 2010, 16-19/11/2010, Melbourne – Australia. <http://eprints.qut.edu.au/34376/1/34376.pdf>