

## Sundhedsstyregruppen



### Populationstilgang

Der er forskellige måder at tænke stratificering og risikovurdering på i forhold til arbejdet med populationstilgang. The Advisory Board Company har lanceret en model, der benytter en tredeling af populationen.

Region Midtjylland fik kendskab til modellen i forbindelse med, at de havde købt medlemskab af Global Forum for Healthcare Innovators ved Advisory Board, som en del af det strategiske arbejde med populationstilgang i en treårig periode fra 2016.

Dato 15.01.2019

Sagsnr. 1-15-2-72-1-16

Side 1

### Risikotrekanten

Erfaring viser, at de organisationer, der klarer arbejdet med populationer bedst arbejder med en tredeling af populationen. Det drejer sig om henholdsvis "high-risk", "rising-risk" og "low-risk" patienter, som organisationerne prioriterer i den nævnte rækkefølge.

High-risk patienterne er de 1-5% af populationen, som har mere end én kompleks lidelse, multiple komorbiditeter og psykosociale barrierer. Denne gruppe kræver en stor proaktiv indsats.

Rising-risk patienterne udgør 15-35% af populationen, og vil pga. multiple risikofaktorer med tiden overgå til high-risk patientgruppen, hvis der ikke tages hånd om dem. Det kan eksempelvis være personer med diabetes eller depression.

Den sidste kategori udgør 60-80% af populationen og er raske borgere. For denne gruppe er det væsentlige forebyggelse, hvor fokus er på at raske borgere skal forblive raske.

Ved brug af modellen inddeles populationen således i grupper baseret på deres risikoprofil for sygdom og forværring af sygdom.

Ud fra stratificeringen af grupperne prioriteres indsatser, der forebygger, at personer rykker op i risikoniveau. Alt efter hvilket niveau personerne befinder sig på, vil de have forskellige behov og brug for forskellige (proaktive) indsatser for at forebygge forværring af deres sundhedstilstand. Risikostratificeringen kan bruges til at tilrettelægge indsatser på et overordnet niveau, så de skaber mest mulig sundhed for den samlede population, og kan samtidig bruges til at målrette indsatsen overfor den enkelte person.

Det skal bemærkes, at Advisory Board gør opmærksom på, at det at arbejde ud fra en populationstilgang ikke handler om at spare penge ved at levere færre ydelser, men snarere handler om at varetage borgernes helbred på en bedre og mere målrettet måde. Såfremt en populationstilgang medfører besparelser ved at nedbringe stigningen i sundhedsudgifter vil det være en virkning, der først kan forventes på lang sigt. Målet er at skabe den bedste sundhedstilstand for populationen.

Når det gælder prioriteringen af indsatser ift. de forskellige risikogrupper er det væsentligt, at der gøres en stor indsats for high-risk gruppen. Det vil dog ikke være tilstrækkeligt alene at fokusere på denne gruppe da den som nævnt højst sandsynlig blot vil vokse. Hvis der ikke gøres noget for rising-risk gruppen viser studier, at 17-18% vil overgå til high-risk gruppen hvert år. Der er dermed et stort potentiale ved at fokusere på rising-risk gruppen og når denne er identificeret anbefaler Advisory Board, at der udarbejdes en strategi med henblik på at undgå, at de overgår til high-risk gruppen. Strategien består af nedenstående tre trin.

### **1) Identifikation af patienter i risikogruppen**

For at kunne målrette indsatser til rising-risk gruppen er det nødvendigt først at definere og identificere gruppen. Det kan være en udfordring idet rising-risk gruppen ikke nødvendigvis har været i kontakt med sundhedsvæsenet inden for den seneste tid. De ved ikke nødvendigvis selv, at de er udsatte og deres symptomer vil i mange tilfælde være nogle, der let kan ignoreres i dagligdagen. De tilgængelige data vil i sagens natur alene omfatte personer, der i forvejen er kendt i systemet, hvilket kan gøre det svært at arbejde med gruppen. Advisory Board opfordrer til, at der benyttes alternative tilgange til at få kontakt med gruppen. Her kan kommunernes kendskab til borgere, der er omfattet af kategorien være en god kilde til at få identificeret gruppen.

Dertil fremhæver Advisory Board, at rising-risk gruppen bør inddeles i subpopulationer, da den ikke er sammensat af én homogen gruppe.

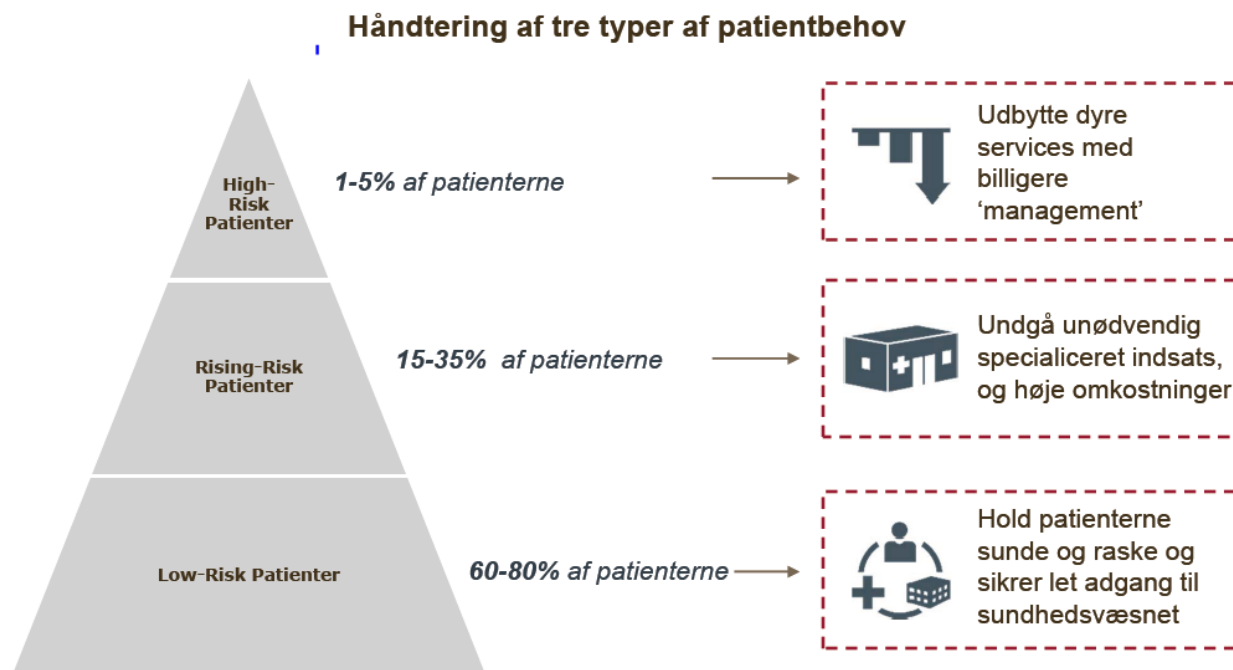
### **2) Brug af eksisterende ressourcer til at skalere op**

Rising-risk gruppen er så stor, at det vil kræve en skaleret tilgang, hvor eksisterende ressourcer udnyttes i tilstrækkelig grad. Det er udslagsgivende, at der sikres stærke forbindelser mellem ikke-kliniske og kliniske ressourcer. Gruppen vil i mange tilfælde være påvirket af underliggende psykosociale barrierer, der vanskeliggør den kliniske pleje. Det vil derfor være vigtigt, at der er sociale foranstaltninger til rådighed i det omfang, der kan være behov for det. Slutteligt skal det nævnes, at det vil være værdifuldt at kunne oplære/uddanne personerne i denne gruppe til selv at kunne håndtere deres lidelser ('long-term self-management') samt orientere dem om, hvilke ressourcer de vil kunne benytte i primær sektor såfremt de får behov for det.

### **3) En stærk primær sektor**

Ifølge Advisory Board er hospitaler ikke nødvendigvis den bedste part til at håndtere rising-risk gruppen. I et ideelt system vil primær sektor have kapacitet og ekspertise til vedvarende at interagere med og monitorere denne gruppe. De opfordrer til at tænke kreativt, så både potentielle kliniske og ikke-kliniske parter tænkes ind som støtte i forløbene.

Illustrationen nedenfor opsummerer anbefalingen til håndtering af en tredeling af befolkningen ifølge Advisory Boards model for populationstilgang.



### Eksempler på forskellige perspektiver på populationstilgang

I den midtjyske region er der en række eksempler på indsatser, der arbejder med en populationstilgang (ikke risikotrekanten). Indsatserne viser, at der kan arbejdes med populationstilgang ud fra en række forskellige perspektiver. Indsatserne kan kategoriseres på følgende måde:

1. Viden om en population (TVÆRSPOR<sup>1</sup> i Horsens & 'Hvordan har du det' undersøgelsen).
2. Afgrænset patientgruppe eller behandlingsform (hjerterehabileringsdatabasen<sup>2</sup>).
3. Afgrænset population (fleksible indlæggelser<sup>3</sup>).
4. Indsats for high-risk gruppen (Aktiv patientstøtte).

<sup>1</sup> **TVÆRSPOR** er et projekt, baseret på en tværsektoriel populationsbaseret forskningsdatabase. Formålet er at opnå større viden om årsager til uheldsmæssige indlæggelser og genindlæggelser mhp. at målrette den tværsektorielle indsats og styrke det tværsektorielle samarbejde herunder at beskrive det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

<sup>2</sup> Fase 2 hjerterehabilering er flyttet fra hospitaler til kommuner for at rehabiliteringsindsatsen kommer tættere på borgerens hjem med det formål at opnå højere deltagelse og derigennem mindske uligheden i sundhed. Som led i implementeringen er der oprettet en **hjerterehabileringsdatabase**.

<sup>3</sup> Med **Fleksible Indlæggelser** kan patienter, der er kendte med specifikke kroniske sygdomme kontakte deres specialafsnit på hospitalet hele døgnet ved akut forværring. Ofte er vejledning tilstrækkeligt, imens det kommunale akutteam andre gange kan hjælpe patienten i eget hjem eller der kan aftales et sub-akut ambulant tid. Formålet er primært at udvikle excellente forløb for borgere med kroniske lidelser, der sikrer den rette udredning og behandling på rette sted og til rette tid. Dernæst at undersøge om patientoplevelset, faglig og økonomisk kvalitet kan udvikles og optimeres via konceptet.