

Bakgrund – Varför är detta förbättringsområde valt? Varför just nu?

Vi har valt att arbeta med kronar hjärtsjukdom i vårt förbättringsarbete 2024. När vi fick reda på kriterierna för förbättringsarbetet gjorde vi en sökning på sjukdomar i Medrave och skapade oss en överblick på de riskfaktorer som fanns under var och en. Vi fastnade för Kronar hjärtsjukdom dels för att vi såg att där fanns det förbättringspotential. Det fanns både värden som saknades, låg starkt avvikande och avvikande till. Det var också en mindre patientgrupp (65st) jämfört med andra sjukdomar, vilket kändes som en bra ingångsport för att sedan jobba vidare med övriga sjukdomar och dess riskfaktorer.

Övergripande mål – Vad ska uppnås? Mått ska anges och målet ska vara tidssatt. Behöver det kompletteras med delmål?

Målet är att alla riskfaktorer ska ha blivit kontrollerade, samt att vi ska reducera de riskfaktorer som ligger starkt avvikande.

Nuläge – Nuvarande situation för detta område beskrivs. Vilka är våra resultat och hur gör vi idag

För Kronar hjärtsjukdom finns 4 riskfaktorer angivna i Medrave: blodtryck, totalkolesterol, LDL-kolesterol och BMI. Under blodtryck är det 37 st som är inom gränsvärde =gröna, 11 st avvikande=gula, 10 st starkt avvikande=röda och 7 st saknar uppgifter. Under totalkolesterol är 20 inom gränsvärde= gröna, 10st avvikande=gula, 3st starkt avvikande= röda samt 32 st saknar uppgifter. Under LDL-kolesterol är 5 st inom gränsvärder = gröna, 13 st är avvikande=gula, 15 st är starkt avvikande=röda och 32 st saknar uppgifter. Under BMI är 9 st inom gränsvärde = gröna, 14 st avvikande = gula, 6 st starkt avvikande = röda, och 36st saknar uppgifter.

Analys av nuläge – a. Vilka är orsakerna till att resultaten ser ut som de gör? b. Samla alla idéer som ni tror påverkar att ni når målet

- a) Orsaken att det ser ut som det gör har nog framför allt att göra med att covid har tagit en stor plats i vården. Det var många kroniker som drog sig från att söka vård under den tiden och det preventiva arbetet hamnade i skymundan. Covid har dessutom medfört en rotation av medarbetar på vårdcentralen då det har varit mycket tyngre att jobba i vården.
- b) Det som påverkar att vi når målet är att vi idag har en stabilitet i arbetsgruppen. Vi har hittat struktur utifrån bland annat de goda rapporterna från Medrave. Vi har nu möjlighet att kunna genomföra en ordentlig uppföljning och utvärdering tillsammans med det team som vi har på vårdcentralen då vi har anställt fler och stärkt upp vår kompetens inom området så att vi kan se på detta från ett helhets perspektiv med flertalet personalkategorier.

Lista prioriterade förändringar som ska testas.

Vilka förändringar är prioriterade och ska testas baserad på vår analys av nuläget? Förändringarna kan testas enligt tänket i PGSA-modellen.

1. Skapa en aktuell patientlista över de patienter som ingår under de riskfaktorer vi vill arbeta med. Vi kommer i detta förbättringsarbete inte inkludera de patienter som bor på SÄBO, rondas via hembesök eller är palliativ inkluderade, påbörjas 20240212
2. Informera de patienter vi sammanställt om vårt förbättringsarbete via brev, samt erbjudande om att delta i förbättringsarbetet. Planeras påbörja 20240226
3. Patienterna som vill vara med kommer börja bokade för individuella kontroller from 20240304
4. Individuella uppföljningar och åtgärder utifrån resultat för enskild patient.

Analys och resultat av de testade förändringarna kopplat till det övergripande målet

Gör en analys

– Visa mätning över tid för det övergripande förbättringsarbetet (diagram/tabell)

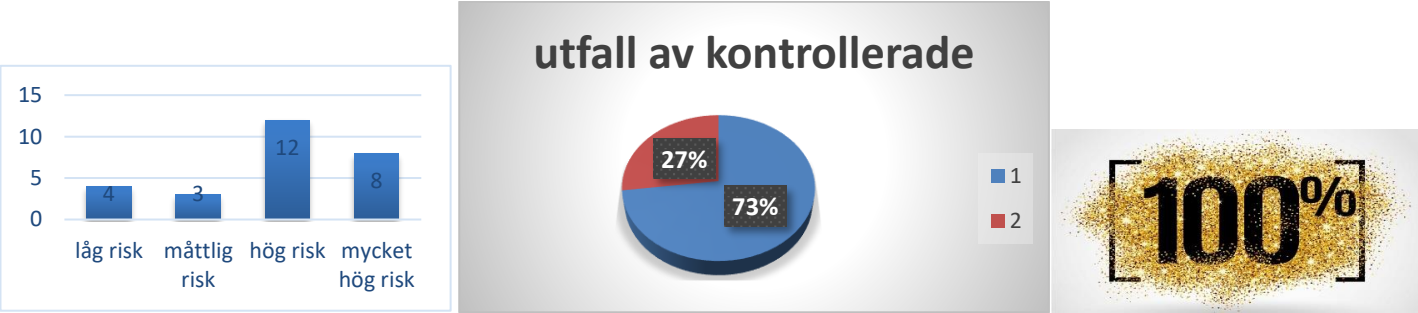
– I vilken omfattning och hur har de testade förändringarna haft effekt (påverkat) resultaten kopplat till det övergripande målet/delmålet?

– Ytterligare effekter?

Av totalt 43 utskickade brev, fick vi 12 st som tackade ja till att vara med i förbättringsarbete och fick tid för provtagning. Löpandes gjordes försök att kontakta resterande 31 som inte besvarat. Vi lyckades nå 15 till per telefon som tackade ja till att delta. Det blev totalt 8 st som inte besvarade varken brev, telefonsamtal eller sms. Av resterande 6 var 1 avliden och 5 omlistade. Av de 27 personer som deltog i projektet har deras värden beräknats utifrån SCORE2 där de har klassificerats utifrån riskbedömning ”låg risk” till ”mycket hög risk”. Det med låg risk fick brev med kostråd och träningsråd, de med måttlig risk till mycket hög risk gjordes en bedömning i samråd med SOD kardiolog där vi tog dessa vidare till ytterligare kontroller som inte kommer med i förbättringsarbetet men som fortlöper nu även efter. Förändringen har bidragit till att riskfaktorer för de deltagande har blivit reducerade och de identifierade avvikande fallen har därefter hanterats vidare genom planering med kardiolog. Resultaten visar tydlig effekt i linje med målen.

Enligt bilden nedan i summer syns en överblick på patienterna som deltagit utifrån score2 bedömning.

Summering utifrån analys och resultat av de genomförda förändringarna



Analysen av de genomförda förändringarna visar att målen har uppnåtts genom förbättrad hantering av riskfaktorer. Alla deltagare har fått sina riskfaktorer kontrollerade, och stark avvikande värden har framgångsrikt reducerats. Score2 har effektivt identifierat deltagare med förhöjd risk och har fått individuella handlingsplaner i samråd med kardiolog. Sammantaget har förändringarna lett till bättre riskbedömning och målinriktade insatser för att minska kardiovaskulära risker. Alla patienter som deltog i förbättringsarbetet hade en positiv upplevelse av att bli kontakta av vården för att få sina riskfaktorer kontrollerade. Vi har hittills riskbedömt 73% av de patienter vid hade från början. Målet i vidare arbete är att reducera vidare bland de patienter som har en måttlig till mycket hög risk.