

Bilaga till landstingsstyrelsens svar på revisionsrapport Vård på lika villkor – sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Landstingets inriktning och mål

Landstingets verksamhetsidé är bland annat att:

Genom aktiva, förebyggande och hälsofrämjande insatser ska landstinget verka för en jämställd och jämlik hälsa hos norrbottningarna.

Landstingsfullmäktige fastställer landstingets vision, verksamhetsidé samt strategiska mål med framgångsfaktorer inom fem perspektiv. Varje framgångsfaktor konkretiseras av landstingsstyrelsen med mål, framgångsfaktorer och indikatorer.

Utifrån framgångsfaktorerna om en jämlik och kvalitativt likvärdig vård i länet har landstingsstyrelsen formulerat följande indikatorer inkl mått, nu-läge och mål inför 2014 – 2016 med bäring på revisionsrapportens granskning:

- Variabler avseende kön och geografi för medicinska resultat (minska skillnader)
- Diabetes: Andel diabetiker, typ 1 som når mål för blodtryck
- Hjärt: Dödlighet inom 28 dagar efter hjärtinfarkt
- Stroke: Dödlighet inom 28 dagar efter stroke
- Andel med minst två ohälsosamma levnadsvanor, per kön, geografiskt område (minska skillnader)

Utfall kommer att redovisas tertiärt där så är möjligt samt i årsredovisning. Revisionsrapportens granskning är därför ett värdefullt inslag i landstingsstyrelsens fortsatta arbete med jämlik vård och belyser väl de viktigaste insatsområdena som styrelsen identifierat.

Beror skillnader på brister i den akuta vården?

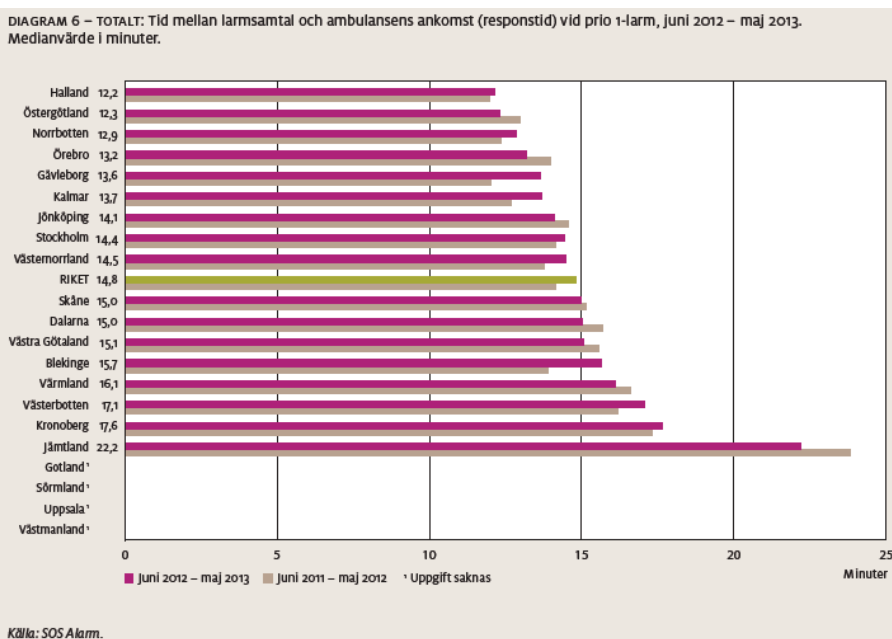
För att se hur jämlik vården är i det akuta perspektivet används framförallt resultat i kvalitetsregister/Öppna jämförelser men även landstingets interna uppföljning.

Ambulanssjukvård

Den första vårdinsatsen vid akut sjukdom utförs i hög grad av ambulanssjukvården. Snabb prehospital vård och transport till trombolys vid stroke resp PCI vid hjärtinfarkt är central för överlevnaden. Den akuta pre-hospitala vården i Norrbotten består av 23 dygnet-runt bemannade ambulanser, sex dagtidsambulanser, en ambulanshelikopter samt två sjuksköterskebemannade flygplan som landstinget delar med övriga norrlandsting. Från den 1 april 2013 är ett av ambulansflygplanen stationerat i Luleå för att ytterligare öka tillgängligheten till säkra och snabba transporter. Det finns också samarbete med grannländerna Finland och Norge samt Västerbotten som innebär att närmaste ambulans larmas i länets gränsområden. Förutom detta har landstinget s k IVPA-avtal med 13 glesbygdsorter i nio kommuner i länet om

vissa basala vårdinsatser i avvaktan på att ambulans anländer. Sex ambulansstationer drivs inom akutsjukvården, åtta inom primärvården och en i privat regi. I landstingets nya organisation kommer samtliga landstingsdrivna ambulansstationer att vara organiserade inom närsjukvården.

Generellt visar nationella jämförelser en god tillgänglighet till ambulans i länet. Öppna Jämförelser 2013 visade en mediantid mellan larm och ambulansens ankomst för prio 1 larm, på 12,9 minuter i länet (diagram nedan). Landets tredje bästa resultat. Dock återfinns Pajala bland de kommuner i landet med längst responstid (enl ÖJ 2012).



Landstinget mäter kontinuerligt hur tillgängligheten till ambulans utvecklas per ambulansstation. Det som följs är tid från larm till ankomst för prio 1 larm direkt till patient (primäruppdrag). Nedan visas resultat för januari – augusti 2013 per ambulansstation inom akutsjukvården.

Akutsjukvården

Station	Medel Insatstid
Boden	00:12
Gällivare	00:13
Kalix	00:12
Kiruna	00:10
Luleå	00:11
Piteå	00:11
Vittangi	00:36
Totalsumma	00:12

Som synes är insatstiderna tämligen likartade med Kiruna som har kortast tid. Vittangi som verkar i extrem glesbygd har klart längst insatstid.

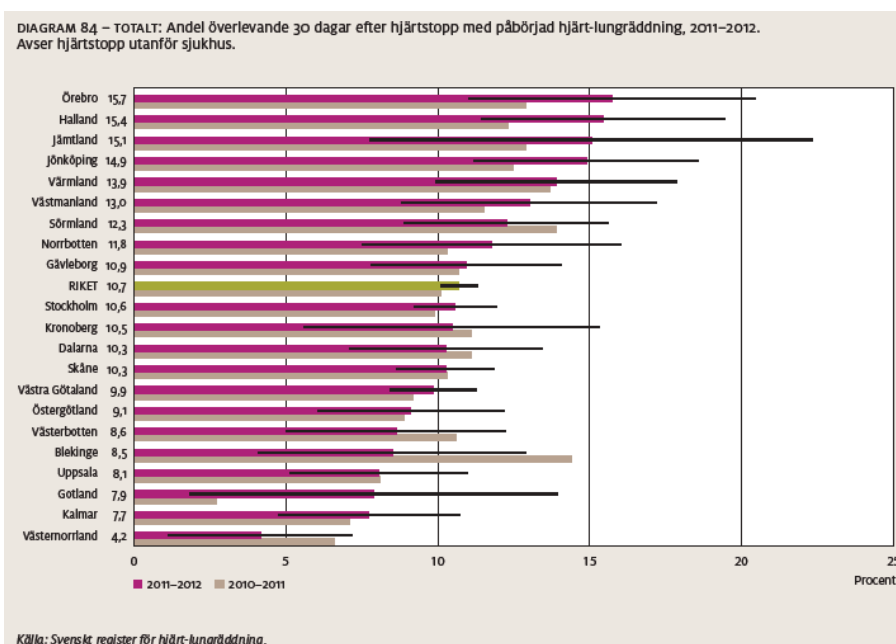
Nedan visas motsvarande tider för primärvårdens ambulanser.

Primärvården

Station	Medel Insatstid
Arjeplog	00:23
Arvidsjaur	00:17
Haparanda	00:12
Jokkmokk	00:20
Pajala	00:29
Älvsbyn	00:11
Överkalix	00:18
Övertorneå	00:22
Totalsumma	00:17

Insatstiderna är längre i glesbygd och allra längst är de i Pajala som liksom Vittangi verkar i ett mycket glest befolkat område.

En annan indikator på hur väl ambulanssjukvården fungerar för en patientgrupp som omfattas av granskningen är "Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus". Även här har Norrbotten jämförelsevis goda resultat. 11,8 procent överlever 30 dagar efter hjärtstopp utanför sjukhus i länet enligt ÖJ år 2012. Det är något bättre än medelvärdet i riket som är 10,7 procent. Data på kommunnivå är inte tillgängligt.



Trots allt är det få människor som överlever ett hjärtstopp utanför sjukhus vilket har föranlett Socialstyrelsen att starta ett projekt för att utveckla arbetsformer och öka överlevnaden. Norrbotten deltar i detta arbete som bl a kommer att inriktas på att utbilda allmänheten i HLR (hjärt- och lungräddning).

Akut vård vid stroke

En av de mera betydande dödsorsakerna är stroke, antingen hjärnblödning eller hjärninfarkt. Det finns i landstinget en expertgrupp inom strokeområdet vars huvuduppgift är att säkerställa en god och jämlik vård i hela länet en-

ligt nationella riktlinjer. Expertgruppen analyserar utfallet för olika parametrar inom t ex kvalitetsregister och Öppna jämförelser samt föreslår förbättringsområden. Expertgruppen analyserar också skillnader inom länet.

När det gäller dödstal för stroke så ser de senaste siffrorna från Riksstroke 2012 ut som följer för Norrbotten: andel avlidna efter 3 månader var från 17 procent vid Sunderby sjukhus till 23,5 procent för Kalix. I dagsläget finns inga siffror på uppdelningen mellan män och kvinnor. Övriga sjukhus i länet låg under eller nära rikssnittet på 19 procent. Kalix höga dödlighet speglar en kärlsjuk befolkning i de östra kommundelarna, vilket också kan ses i hjärtstatistiken.

Generellt kan sägas att Norrbotten, förutom ovan nämnda höga dödsiffra, står sig bra i statistiken vad gäller den akuta vården vid stroke, och att varje sjukhus har någon indikator där de är ”bäst” i länet. Även vad gäller insatser som ska göras snabbt, som trombolys (propplösande behandling), låg alla sjukhus i länet bättre till jämfört med rikssnitt i de senaste siffrorna från Riksstroke. 14 – 17 procent trombolyserade i målgruppen i länet jämfört med rikssnittet på 12 procent.

Exempel på förändringar som införts inom det akuta omhändertagandet vid stroke är ”Rädda hjärnan” direkt till röntgen. Detta förfarande har ännu inte införlivats i de nationella riktlinjerna, men har i Umeå och på andra orter i landet visat sig vara framgångsrikt för att minska tiden från det att patienten kommer till sjukhus till att trombolys ges, den så kallade ”door to needle” tiden. Samtliga fem sjukhus i länet har nu Rädda hjärnan direkt till röntgen. Förutom att patienten får komma direkt till röntgen, har även andra evidensbaserade förändringar genomförts. Exempelvis har den övre åldersgränsen för trombolys tagits bort.

När det gäller återinsjuknande i stroke där målet i landstinget är mindre än 9 procent, var för perioden 2006 – 2010 återinsjuknandet inom ett år 9,7 procent. I riket var snittet 9,2 procent.

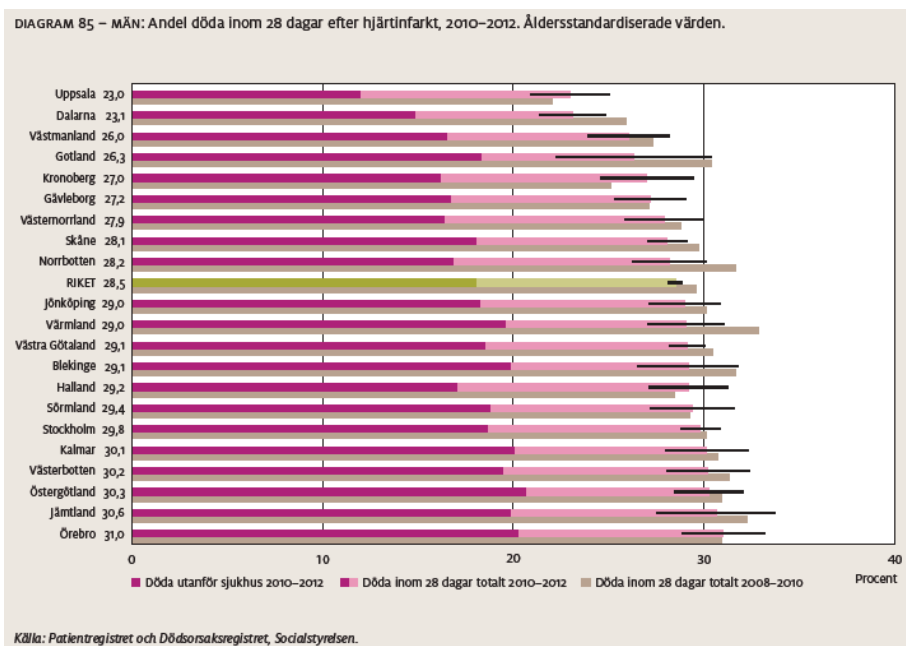
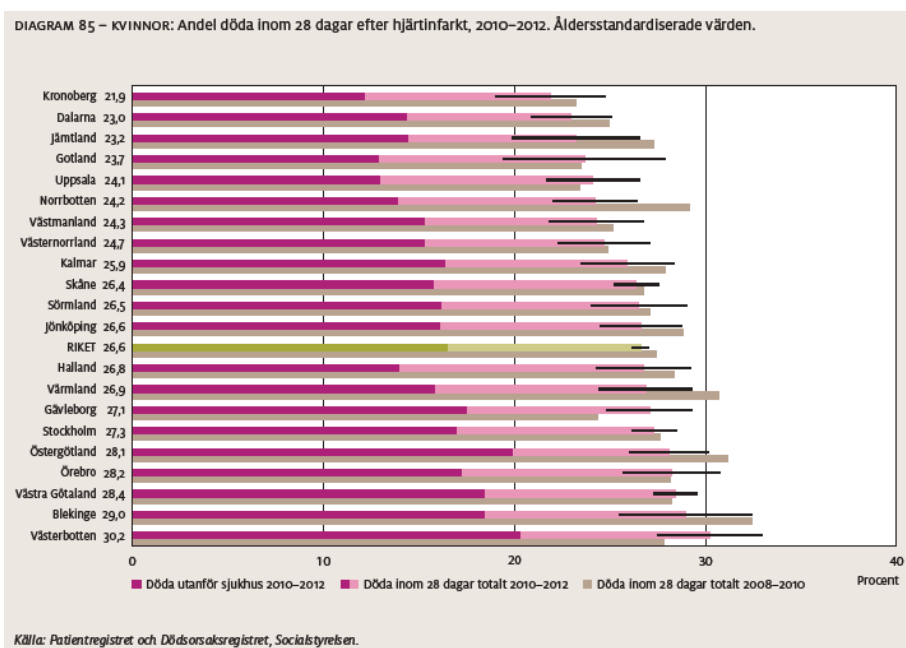
Det är angeläget med en bra uppföljning av stroke/TIA-patienterna vad gäller riskfaktorer och insatt medicinering för att uppnå lägre insjuknandegrad. Alla sjukhus erbjuder idag uppföljning hos strokesjuksköterska och återbesök till läkare på hälsocentral eller strokemottagning.

Akut vård vid hjärtinfarkt

Akut hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken bland hjärt-kärlsjukdomar och i Norrbotten finns en högre sjuklighet än i övriga landet. Det finns ingen expertgrupp i landstinget inom hjärtsjukvård och därför finns inte länsövergripande analyser på samma sätt som inom t ex stroke. Däremot görs analyser av resultat för de indikatorer som återfinns i Öppna Jämförelser (senaste rapporten för 2013) och även om det inte finns en expertgrupp så finns en etablerad samverkan mellan hjärtläkare i länet. Man har årliga möten och diskuterar gemensamma behandlingsprinciper, remiss av patienter etc så att vården i görligaste mån blir rättvis i länet. Dessutom finns ett samarbete regionalt.

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt visar att länet ligger nära rikssnitt (män) eller något sämre än snittet för kvinnor. Intressant att notera är att andelen som dör av hjärtinfarkt utanför sjukhus för bägge könen ligger i nivå med andra landsting. Det är alltså inte generellt fler som s a s inte hinner komma under sjukhusvård för sin hjärtinfarkt i Norrbotten. Geografiskt sett mindre landsting som Östergötland och Blekinge har större andel döda utan-

för sjukhus. Diagrammen nedan visar 28-dagars dödlighet i Öppna Jämförelser för kvinnor resp män.



Det finns också jämförelser mellan sjukhus av 28-dagars dödlighet för de som sjukhusvårdats för hjärtinfarkt. Den visar på relativt jämna resultat i länet, Gällivare sjukhus uppvisar dock något högre dödlighet men eftersom upptagningsområdet är litet är det av rent statistiska skäl svårt att dra några säkra slutsatser utifrån det.

En indikator där Norrbotten tidigare har haft sämre resultat är andelen som får del av PCI eller proplösande behandling med läkemedel. PCI är sedan

några år den rekommenderade metoden. Sedan år 2011 erbjuds PCI dygnet-runt för patienter från hela länet vid Sunderby sjukhus. Den förändringen har ännu inte börjat ge avtryck i resultaten vad gäller dödlighet men kommer säkerligen att ha betydelse framöver för överlevnaden vid akut hjärtinfarkt i länet.

Dödsorsak diabetes

Diabetes är en livslång sjukdom som drabbar både barn och vuxna och är en av de stora folksjukdomarna. I Sverige räknar man med att det finns ca 400 000 – 450 000 personer med känd diabetes, varav cirka 10 – 12 000 i Norrbotten. Det finns sedan många år en expertgrupp som arbetar med diabetes i landstinget. Den har en bred sammansättning och arbetar aktivt med att inrikta vården kring diabetespatienter på alla områden.

Regelverket för kodning av dödsorsaker leder till att diabetes kodas som dödsorsak även i de fall orsaken uppenbart är hjärtinfarkt eller stroke (till vilket diabetes kraftfullt bidrar, precis som hypertoni och högt kolesterol). Det är idag mycket sällsynt att avlida som en direkt följd av diabetes och siffrorna i underlaget kan därför misstolkas.

Dock finns ingen anledning förmoda att diagnossättningen av underliggande dödsorsak i dödsbeviset skiljer sig i Norrbotten jämfört med övriga landet. Ett förtydligande från landstingets sida kring rutiner för registrering av dödsorsak skulle sannolikt inte ha någon effekt eftersom de definitioner som tillämpas är nationella och utgår ifrån Socialstyrelsens riktlinjer.

Sammanfattning om jämlikhet vid akut vård

Den sammantagna bedömningen vid granskning av utfallsdata när det gäller omhändertagandet i det akuta skedet från ambulans till sjukhusvård, är att det inte är där som huvudorsaken ska sökas till skillnader i dödlighet bland länets befolkning. När en patient väl insjuknar akut så är kvalitén på vården relativt jämlik oavsett var i länet man bor eller tas omhand.

Beror skillnader på brister i primärprevention?

Primärprevention är förebyggande åtgärder för att förhindra uppkomst av sjukdomar eller skador. Sjukdomsförebyggandeinsatser ska helst ske innan sjukdomen debuterar. Till exempel är typ 2-diabetes en kronisk sjukdom som i viss utsträckning kan förebyggas. Av alla patienter i riket mellan 30–60 år med typ 2 diabetes i primärvården så röker var fjärde person, hälften av männen och 60 procent av kvinnorna är feta, det vill säga har ett BMI \geq 30. Var fjärde person med diabetes är fysiskt inaktiv och motionerar mindre än en gång i veckan. Det är betydligt högre värden än för befolkningen i stort.

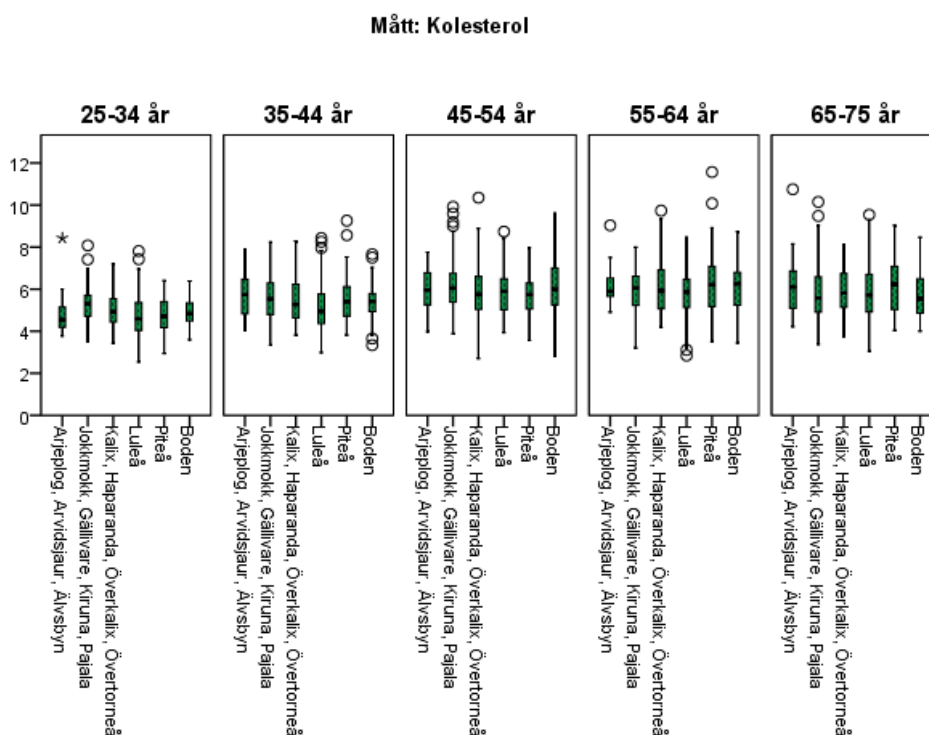
Geografiska skillnader i risk att insjukna

Eftersom man i revisionsrapporten valt att ta med hjärt- och kärlsjukdom i definitionen av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet kan det vara rimligt att se om det föreligger skillnader avseende vanliga riskfaktorer för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdom i länet. Ett sätt att undersöka detta är att gå till material från de återkommande MONICA-undersökningarna. Där har ett slumpmässigt urval av länsbor i åldrarna 25-75 år gjorts vart femte år sedan 1986. I detta sammanhang har MONICA-material från 2004 och 2009 tagits ut. De riskfaktorer som tagits fram är

- Rökning

- Diabetes
- Diastoliskt blodtryck och systoliskt blodtryck
- BMI
- Midjemått
- Fasteglukos
- Totalkolesterol

Mönstret är inte helt entydigt, men det finns ändå drag som är gemensamma för flera av riskfaktorerna. Den kanske viktigaste faktorn för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdom (i synnerhet hjärtinfarkt) är kolesterol. Där kan man se följande:

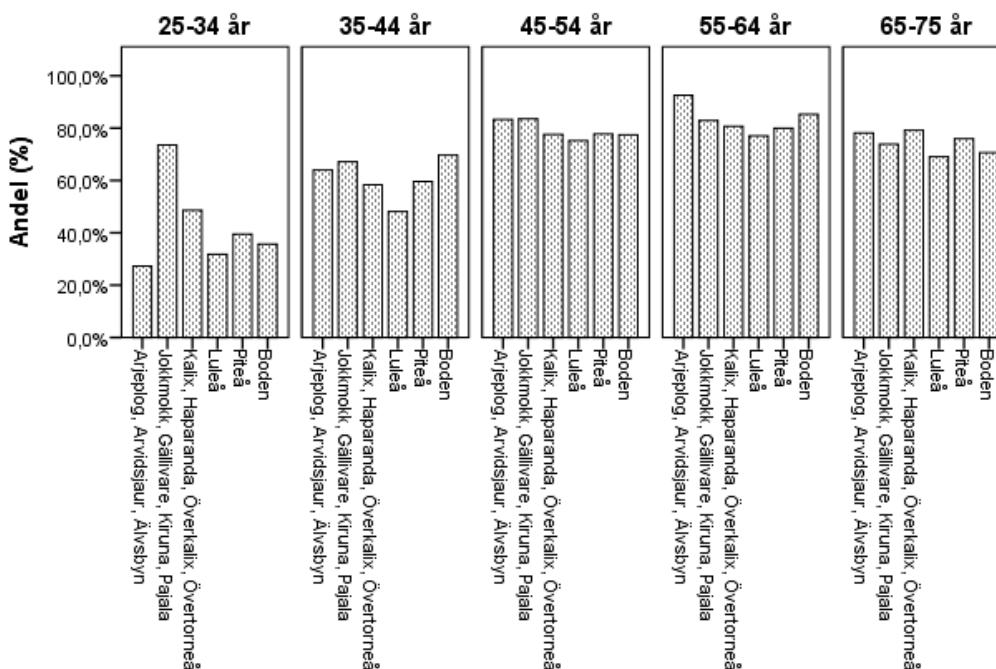


Lådan i diagrammen inrymmer hälften av alla värden, mitt i lådan ligger medianen. Strecken som utgår från lådan går till högsta resp lägsta värdena. Vissa diagram har ringar och de beskriver "extremvärden". Ju närmare samtliga värden ligger varandra desto mera komprimerad är lådan och om värdena skiljer sig mycket blir lådan följaktligen mera utdragen.

Här kan man se att deltagare i Luleå hade lägre nivå i så gott som alla åldersgrupperna och att Malmfältsgruppen hade högre nivåer.

Ett annat sätt att visa detta är att se andelen som har förhöjda värden:

Totalkolesterol, andel med mer än 5 mmol/l



Andelen av deltagarna i studien med förhöjda nivåer ökar med tilltagande ålder, men Luleå och Piteå hade i nästan alla åldersgrupper lägre nivåer än vad man hade i andra kommuner.

Ett annat sätt att betrakta materialet är att se om det finns skillnader mellan stad och land. Där finns en nyligen genomförd undersökning gjord av Martin Lindroth och Mats Eliasson som även den är byggd på MONICA-material.

Skillnader mellan glesbygd och stad

Studien av Martin Lindroth och Mats Eliasson gäller ojämlikheter mellan glesbygd och stad i fördelningen av kardiovaskulära riskfaktorer. Studien omfattar befolkningen i både Norr- och Västerbotten i åldrarna 25 - 74 år. Man ville undersöka om den fortsatta avfolkningen av glesbygden och inflyttning till städer kan ha lett till ökande skillnader i fördelningen av kardiovaskulära riskfaktorer. Man använde därför material ur den senaste MONICA-undersökningen från 2009.

Studien visar i korthet att glesbygden har:

- En äldre population
- Högre andel män
- Utbildningsnivå är lägre
- Högre andel med övervikt och fetma och fler med bukfetma
- Högre kolesterolvärden trots en högre andel med lipidsänkare
- Färre är regelbundet fysiskt aktiva
- En till synes högre förekomst i glesbygd av diabetes och hypertoni förklarades av ålders- och könsfördelning.
- Rökning är lika vanligt i glesbygd som i staden

Befolkningen i glesbygd har med andra ord en högre förekomst av livsstilsrelaterade riskfaktorer. Studiens slutsatser var:

- Vid en jämförelse med MONICA-data från 80- och 90-talet så är inte längre hypertoni vanligare i glesbygden
- Det finns behov av riktad prevention för att nå individer som lever med risker
- Det finns potential för stora förbättringar
- Sjukvården i glesbygd behöver anpassa sig till de ogynnsamma levnadsvanor som kulturella faktorer ger upphov; t ex hur mansrollen skapas
- Enbart högre utbildningsnivå räcker inte

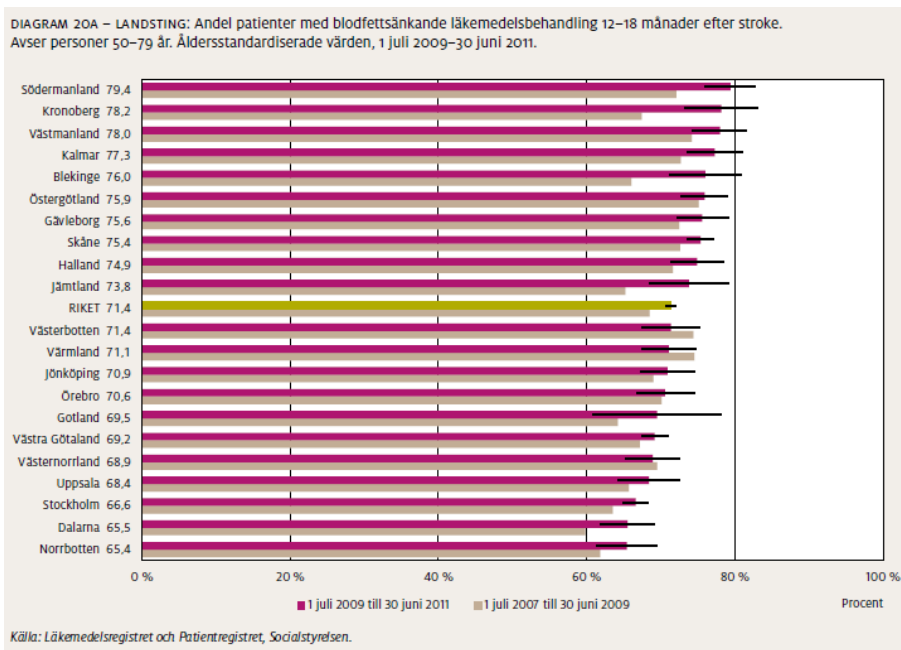
Slutsatser primärprevention

Det finns geografiska skillnader i länet då det gäller förekomst av riskfaktorer som har stor betydelse för den sjukvårdsrelaterade dödligheten. Sjukvården behöver bli bättre på att arbeta förebyggande tillsammans med andra aktörer för att kunna åtgärda detta. Det är ett komplicerat område där det inte går att peka ut enskilda åtgärder som i ett slag förändrar situationen. Vården har som organisation begränsat inflytande över människors livsstil eller över attityder i samhället. Det gäller dock att förvalta det inflytande man har så väl som möjligt och att i högre grad fokusera på att förhindra uppkomst av sjukdom istället för att behandla när sjukdom väl har uppstått.

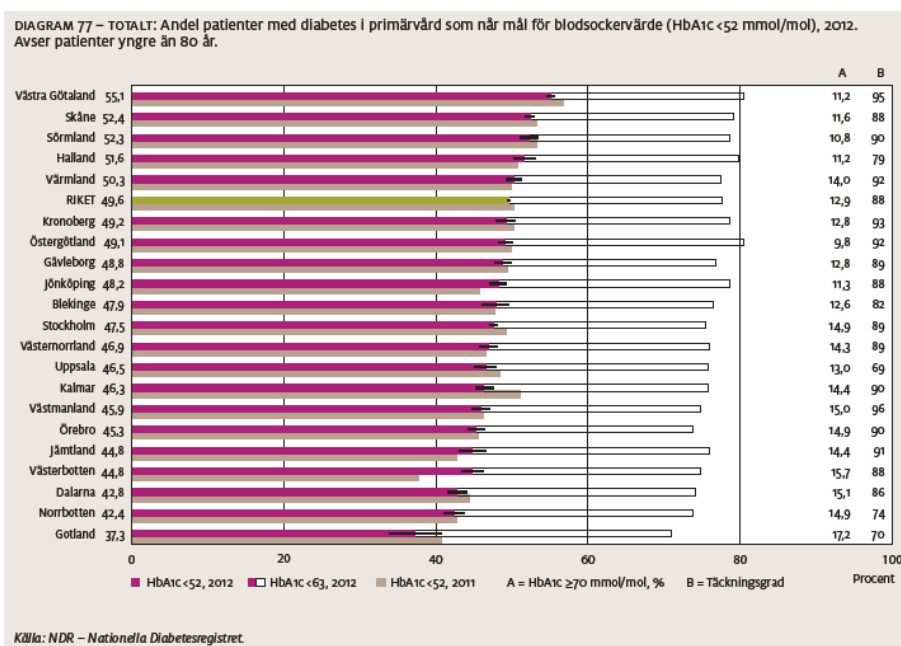
Beror skillnader på brister i sekundärprevention?

Sekundärprevention är förebyggande åtgärder för att förhindra återinsjuknande i tidigare genomliden sjukdom. Sekundärprevention kan sägas spegla vårdens förmåga att adekvat följa upp, ge råd och stöd till livsstilsförändringar och behandla med läkemedel de patienter som haft en hjärtinfarkt eller stroke och därmed minska risken för återinsjuknande eller död

En indikator på hur detta fungerar är huruvida patienten fortfarande hämtar ut recept för läkemedel som ordinerats efter sjukdom. I Öppna Jämförelser 2013 för läkemedelsbehandling redovisas indikatorer på detta. Andel patienter med blodfettssänkande läkemedelsbehandling 12–18 månader efter hjärtinfarkt i länet ligger på 81,2 procent vilket är näst lägsta värdet i landet. Även när det gäller andel som hämtar ut recept för blodfettssänkande läkemedel 12 – 18 månader efter stroke, uppvisar Norrbotten låga värden. Lägst i riket enl nedan. Statistik per kommun finns inte tillgänglig.



Indikatorerna för en god diabetesvård utifrån nationella riktlinjer speglar i hög grad hur väl det sekundärpreventiva arbetet fungerar. Generellt har länet relativt svaga resultat när det gäller resultat för diabetespatienter (typ 2 diabetes) inom primärvård. En av de indikatorer som används i Öppna Jämförelsen är andel patienter som når mål för blodsockervärde (nedan). Här har Norrbotten relativt låga resultat liksom för andra indikatorer inom diabetesområdet som andel patienter som når mål för blodtryck och LDL-kolesterol. För att minska diabetikernas fördubblade risk att insjukna och avlida i hjärtinfarkt och stroke är satsningar på blodtrycks- och kolesterolsänkande behandling långt viktigare än att ytterligare sänka blodsockernivåerna.



Norrbotten deltog nyligen i studie av framgångsfaktorer i diabetesvården inom primärvård. Studien visar att det finns förbättringspotential på olika nivåer, både på hälsocentralsnivå och inom landstinget. Det gäller t ex för mågan att fokusera på att patienterna ska nå evidensbaserade målvärden (t ex mål för blodtryck och kolesterol) och hur proaktiva man är gentemot sina patienter och i synnerhet gentemot de som har sämre värden. På landstingsnivå handlar förbättringsområdena om att omsätta kunskap till tydliga och begripliga riktlinjer samt att systematiskt ställa krav på och återkoppla enheternas resultat.

Sammanfattning sekundärprevention

Trots att det inte finns tydliga indikatorer på ojämlikhet i länet när det gäller sekundärpreventiva åtgärder finns skäl att skärpa kraven på det sekundärpreventiva arbetet i landstinget. Länet uppvisar svaga resultat på övergripande nivå och det behövs en generell höjning, särskilt i områden med stor förekomst av dessa sjukdomar. I synnerhet krävs bättre uppföljning av högt blodtryck, höga blodfetter, diabetes och genomgången hjärt-kärl-sjukdom. I detta arbete är ett förbättrat samarbete mellan den specialiserade vården och primärvården av yttersta vikt

Könsskillnader

En av de skillnader som revisionsrapporten pekar på är männens höga dödlighet jämfört med kvinnornas. En huvudorsak är könsskillnader när det gäller död i hjärtinfarkt. Att länets män som drabbas av hjärtinfarkt har en dödlighet som är högre än kvinnorna kan förklaras av att hjärtinfarkt är både när det gäller insjuknande och dödlighet starkt köns- och åldersrelaterat. Om man tar hänsyn till ålder är risken att drabbas eller avlida av hjärtinfarkt nästan dubbelt så stor hos män jämfört med kvinnor. Så ser det ut över hela Sverige och även i hela västvärlden. De könsskillnader som noteras i Norrbotten avviker inte på något sätt från det förväntade mönstret.

Åtgärder för att öka jämlikhet i länet

Vårdval Primärvård

Sedan införandet av division primärvård har hälsocentralernas ekonomiska förutsättningar baserats på befolkningsunderlag, justerat med hänsyn till åldersfördelningen. Sedan införandet av vårdval baseras ersättningen på listad befolkning, och med tillägg av socialt index (CNI) fr o m 2012. Från detta år har denna del ökat till 10 procent och dessutom har ACG lagts till enligt nedan

År	Ålder	ACG	CNI
2012	95,7%		4,3%
2013-2014	65%	25%	10%
2015	40%	40%	20%

ACG (Adjusted Clinical Groups) är en serie av inbördes exklusiva grupper, vilka representerar hälsotillstånd som är definierade utifrån sjukdomsburda,

ålder och genus. De utgår från att nivån på de resurser som är nödvändiga för att leverera optimal sjukvård till en viss population har samband med "sjukdomsbördan" i den populationen. Systemet innebär således en möjlighet att fördela **resurser** utifrån befolkningens behov men också en möjlighet att ta kontroll över grupper med förväntad högre risk för framtida sjuklighet i t ex hjärt-kärl-sjukdom. Även ökningen av CNI (Care Need Index)-delen, styr resurser mot grupper som har högre risk för insjuknande i hjärt-kärl-sjukdom.

Med andra ord utvecklas successivt i landstinget en resursfördelningsmodell som tar bättre hänsyn till sjukvårdsbehoven i den befolkning som respektive hälsocentral har.

Primärprevention

Hälsosamtal för bredare grupper i befolkningen är en tydlig satsning på det förebyggande arbetet som görs i landstinget. Samtalen är inriktade på riskgrupper för hjärt-kärl-sjukdom. Målgruppen är i år 30-åringar och under 2014 kompletteras detta med 40-, 50- och 60-åringar. Målsättningen är att tidigt fånga upp riskindivider och kunna sätta in förebyggande eller andra åtgärder innan sjukdom uppstår. Detaljplanering, utformning och uppföljning utförs av Folkhälsocentrum.

Sekundärprevention

I handlingsplan för "Fortsatt arbete med levnadsvanor" ska varje hälsocentral utifrån behov och sjukdomspanorama välja riskgrupper för arbetet med kost och alkohol. Riskgrupperna enligt nedan är som synes i högsta grad kända faktorer för sjuklighet och död i hjärt-kärl-sjukdom.

För arbetet med kost och alkohol, ska minst en riskgrupp per levnadsvana utifrån Socialstyrelsens definition väljas där arbetet ska fokuseras särskilt. Valet ska motiveras. Varje hälsocentral ska beskriva hur arbetet med kost och alkohol ska förbättras och stärkas.

Aktuella riskgrupper inom området alkohol:

- Diabetes
- Högt blodtryck
- Depression/ångest samt sömnstörning

Aktuella riskgrupper inom området kost:

- Diabetes
- Högt blodtryck
- Fetma och övervikt, BMI från 25 och uppåt

Dessutom finns all anledning att uppdra till närsjukvården (inkl primärvård) att mer stringent följa upp och behandla både insjuknade och riskgrupper för hjärt-kärl-sjukdom. Detta inkluderar högt blodtryck, höga blodfetter, diabetes och genomgången hjärt-kärl-sjukdom.

Övriga åtgärder

Landstinget ingår i Socialstyrelsens utvecklingsprojekt för att öka överlevnaden vid hjärtstopp utanför sjukhus. Bland annat planeras omfattande utbildningsinsatser till allmänheten i Norrbotten samt identifiering av nyckelpersoner i områden med låg befolkningstäthet.

Räddningstjänstens heltidsstationer i Norrbotten har nyligen erbjudit sig att hjälpa till vid misstänkt hjärtstopp inom sitt normala upptagningsområde. Detta genomförs på försök under 2014. Fortlöpande under samt efter testpe-

riodens slut kommer insatserna att utvärderas avseende bl a tidsvinst, nytta och potentiella risker och problem med insatserna.

Det saknas idag en expertgrupp inom hjärtsjukvård i länet. Expertgruppen har en viktig roll i att analysera, inrikta och driva på en utveckling mot goda och jämlika resultat. Därför bör landstingsdirektören ges i uppdrag att skyndsamt rekrytera en ordförande till expertgrupp hjärtsjukvård. Under 2014 kommer det att publiceras nya rekommendationer om förebyggande av hjärtinfarkt och stroke med läkemedel. Dessa pekar på ett stor behov av en individuell riskbedömning baserad på kända riskfaktorer, kön och ålder och ger konkreta stöd för när läkemedel bör erbjudas. Bland annat för implementeringen av detta är det av avgörande betydelse att specialistsjukvård och primärvård möts och hittar en samsyn.