

Bilagor till revisionsrapport Eftervård vid hjärtinfarkt

Bilaga 1 Landstingsfullmäktiges mål

Bilaga 2 Kontrollmål – Implementera nationella riktlinjer

Bilaga 3 Kontrollmål - Kvalitetsregister

Bilaga 4 Statistik – Sekundärpreventiv vård

Bilaga 5 Kontrollmål – Följsamhet till evidensbaserade åtgärder

Bilaga 6 Kontrollmål - Motverkas oskäligen skillnader

”Sveriges bästa självskattade hälsa år 2020”

Inom perspektiv Medborgare där *En jämlik och jämställd hälsa* anges som framgångsfaktor. Det innebär att arbetet inriktas både på levnadsvanor och livsvillkor och att ett sjukdomsförebyggande perspektiv är väl inarbetat i verksamheten.

”En effektiv verksamhet med god kvalité”

Inom perspektiv Verksamhet där *En verksamhet som är jämlik och kvalitativt likvärdig* anges som framgångsfaktor. Det innebär att landstingets verksamheter ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett t.ex. bostadsort och kön. En annan framgångsfaktor för målet är *En kunskapsstyrd och säker verksamhet* vilket innebär t.ex. att all verksamhet ska använda sig av evidensbaserade/faktabaserade metoder och arbetsätt.

”Helhetsperspektiv med personen i centrum”

Inom perspektiv Verksamhet där ”God samverkan internt och externt” och ”Personcentrerad hälso- och sjukvård och kundorienterad service” är framgångsfaktorer.

Fullmäktige anger vidare i sin plan (avsnitt underlag för planering), under rubriken ojämlig hälsa, att folkhälsan inte är jämnt fördelat hos befolkningen. Bl.a. beskrivs befolkning i glesbygd ha mer problem med fysisk hälsa (hjärt- och kärlsjukdom).

Kiruna närsjukvårdsområde

- Kiruna sjukhus

90 % av patienterna beskrivs komma till avdelningen för fortsatt vård efter att de genomgått ett PCI i Sunderbyn. Förekommer även att patienterna skickas direkt till hemmet från Sunderbyn. Mål för granskningsområdet uppges vara de nationella riktlinjerna. Vid vårdavdelning finns checklista gällande patientgruppen. Rutinchecklista och rutiner för hjärtrehabilitering finns. De gällande arbetsterapeut och fysioterapeut utgår från "Sunderbymodellen". Vid en mycket kort vårdtid träffar inte patienten en fysioterapeut.

Slutenvården ansvarar för uppföljning av patientgruppen efter utskrivning från vårdavdelning. Återbesök till sjukhusets hjärtsjuksköterska erbjuds efter 4 till 10 veckor. Efter ca 6 veckor sker återbesök till läkare. Uppföljning sker av såväl den kliniska bilden (hur patienten verkar må) samt blodtryck, blodsocker etc. Ett år efter utskrivning sker återigen ett besök hos hjärtsjuksköterskan. Nuvarande hjärtsjuksköterska är relativt ny i uppdraget. Uppskattningsvis finns cirka 100-200 patienter "i rullarna". Rutindokument anger uppdrag för hjärtsjuksköterskan. Det beskrivs som problematiskt att det inte finns särskild utsedd läkare som stöd för hjärtsjuksköterskan i hennes uppdrag. En god tillgång av läkare vid kliniken uppges just nu finnas.

Hjärtrehabiliteringen börjar efter utskrivning medan eftervården kan sägas börja redan under vårdtiden. Information ges såväl i muntlig som skriftlig form. Ett ansträngningstest görs om läkare bedömer att detta ska göras. Patienter som insjuknat i hjärtinfarkt, opererat CABG¹ samt genomgått PCI² erbjuds deltagande i hjärtskola via remiss av läkaren. Här informeras patienterna (max 20 per gång) om såväl sekundärprevention (hårda värden) som livsstilsråd (mjuka värden). Max 20 patienter deltar i denna. Sjukhusets hjärtsjuksköterska ansvarar för hjärtskolan men även fysioterapeut, arbetsterapeut, läkare, kurator, dietist och representant från hjärtlungfonden deltar. Hjärtskolan genomförs tre gånger per år, varav en gång på hösten och två på våren. Hjärtgymna erbjuds via remiss från hjärtsjuksköterska eller patienter till patienter med viss fysisk förmåga. Denna beskrivs som populär och väntetid upp till fyra månader finns. Statistik saknas dock om andel som erbjuds och tackar ja. I gympagrupperna ingår max 8 deltagare och den genomförs två gånger per vecka i tre månader. Totalt 24 tillfällen. Målet med träningen är utifrån patientens personliga mål men generellt kan det beskrivas som "att komma tillbaka i form" men även att minska rörelserädsla. Vanligt med frågor om belastning och rörelse hos patienter som insjuknat i hjärtinfarkt. Det beskrivs som att flertalet av patienterna "tappar fart" i sin träning efter tre månader. Primärvården kan bistå patienten med stöd för fortsatt träning.

¹ CABG = Coronar artery bypass grafting. Bypass-operation av kranskärl i hjärtat.

² PCI = Percutan Coronar Intervention. Vidgning av tilltäppt kranskärl i hjärtat.

- Norrskens Hälsocentral

Hälsocentralen blir involverad kring en patient utifrån att de får en remiss, vanligast från Kiruna sjukhus, tillsänt sig gällande återbesök vid hälsocentral. Hänvisning ges till befintlig HÖK (se även beskrivet i avsnitt 2.2.1) som styrande för granskningsområdet och ett gott samarbete beskrivs finnas med medicinkliniken vid Kiruna sjukhus. Det saknas lokala egna dokumenterade rutiner för patientgruppen. Samtidigt lyfts att det saknas en central person inom landstinget som hälsocentralen kan vända sig till.

Vid tillfället för intervjun har hälsocentralen bedrivit verksamhet i fem månader. Det uppges att en stor andel av deras patienter (ca 2000) har hjärtsjukdomar. Mål finns om ett bättre rökavvänjningsstöd (i form av personal med särskild kompetens) för patientgruppen. Ett mer långsiktigt mål är att följa upp patienterna på längre sikt framförallt vad gäller levnadsvanor.

Gällivare närsjukvårdsområde

- Gällivare sjukhus

Vanligast är att en patient erhållit behandling vid Sunderby sjukhus innan denne blir inskriven vid vårdavdelningen. Målen för granskningsområdet utgår från de nationella riktlinjerna och kvalitetsregistrets uppföljning. Kännedom finns om länsdokumentet "Akuta hjärtan". Lokala utarbetade rutiner finns, som kan ha visst förbättringsutrymme, för patientgruppen. Detta är ett förbättringsområde enligt intervjuade men vi uppfattar av beskrivningar att inarbetade rutiner finns vid vårdavdelningen.

Paramedicinsk personal besöker ibland patienten redan när denne vårdas vid intensivvårdsavdelning. När patienten blir utskriven från vårdavdelning meddelas sjukhusets hjärtsjuksköterska som erbjuder patienten ett återbesök till denne inom 7-10 dagar samt uppläggs i SEPHIA registrets väntelista. Får även meddelande från Sunderbyn om patient utskrivs direkt till hemmet. Patienten erhåller informationsbroschyr "Efter en hjärtinfarkt" av fysioterapeut. Så gott som alla patienter genomgår efter bedömning av läkare ett trappsteg innan utskrivning.

I samband med återbesöket till hjärtsjuksköterska erbjuds patienten hjärtrehabilitering och ställs på väntelista för detta. Hjärtrehabilitering innebär erbjudande om hjärtgympa och hjärtskola. Kriterier för att delta i hjärtgympan, som pågår under tre månader är viss fysisk kapacitet efter genomgången hjärtinfarkt (tidigast 6 veckor sen). Hjärtgympan bör pågå under tre månader (2-3 ggr/vecka, 1 timme varje gång). Cirka 60-70 patienter (och även anhöriga) erbjuds delta vid hjärtskolan som sker två gånger per år. Sammanfattande för dessa fyra heldagar är fysioterapeuten. Föreläsare är dietiskt, kurator och läkare. Även anhöriga och patienter som inte kan delta i hjärtrehabiliteringen (hjärtgympan) erbjuds hjärtskolan.

Återbesök till läkare sker efter 4-6 veckor och då sker en klinisk undersökning med kontroll av blodfetter, blodtryck och eventuellt ultraljud av hjärtat. Om en patient har behov av stöd för att sluta röka skickas remiss till primärvården. Remittering av patient sker till primärvården efter ett år.

- Pajala hälsocentral

Kännedom om rutindokumentet ”akuta hjärtan” finns och egen lokal rutin gällande återbesök har utarbetats. Hälsocentralen har tre certifierade rökavvänjningsstöd. Hälsocentralen blir involverad kring en patient utifrån att de får en remiss från Gällivare sjukhus för fortsatt uppföljning av patienten. Vi uppfattar det inte som helt tydligt om vilken hjärtrehabilitering patienter erhåller från sjukhusets sida och exempel ges om patienter som fått vänta lång tid för detta. Det lyfts att utrymme för att förändra hjärtrehabiliteringen borde finnas och grupsamhörigheten lyfts som viktig för patientgruppen. Menar att patienter ibland blir ”nog så fixerade” vid mätvärden medan professionen ser att även patientens livsstil är av betydelse. FaR en åtgärd för att bidra till högre fysisk aktivitet.

Kalix närsjukvårdsområde

- Kalix sjukhus

Majoriteten av patienter har genomgått PCI i Sunderbyn. Det uppges att sen slutet av sommaren kan det förekomma att patienter redan samma dag återkommer till Kalix sjukhus efter genomgången PCI. Rutin är att denne ska återkomma dagen efter ingreppet.

Styrande för området är de nationella riktlinjerna och vi uppfattar dem som ett metodstöd i den dagliga verksamheten. Mål uppges vara de mål som finns i Swedeheart som beskrivs arbetas aktivt mot. Kännedom finns om länsdokumentet ”Akuta hjärtan”. Länsövergripande styrande rutindokument finns för fysioterapeuter och kuratorer. Arbetsterapeuter inte arbetar diagnosstyrt utan mer ur ett funktionsperspektiv. Kurator kontaktas när behov finns.

Vi uppfattar inte att det finns särskilda lokala nedskrivna rutiner avseende eftervård vid hjärtinfarkt vid vårdavdelningen. Däremot får vi en bild av att det finns väl inarbetade rutiner.

Efter utskrivning erbjuds patienten 2 veckor efter utskrivning ett återbesök till sjukhusets hjärtsjuksköterska. Då ges information om riskfaktorer (kost och motion) och medicinering följs upp. Erbjudande ges även vid detta tillfälle om hjärtgymnastik (fysioterapeuten sammankallande för detta) som innebär ett individuellt möte och träning i grupp. FaR kan utskrivas av fysioterapeut. Dietist och kurator kontaktas vid behov. Patienten hänvisas till primärvården för hjälp med rökavvänjning. Även deltagande i hjärtskola (som utgår från Sunderbyns koncept) vid sjukhuset erbjuds patienten och den genomförs vid två tillfällen (två grupper per termin). Föreläsare är kurator, hjärtsjuksköterska, läkare. Dietist och fysioterapeut. 6 veckor efter utskrivning erbjuds ett återbesök till medicinklinikläkare och hjärtsjuksköterska. Efter detta remitteras oftast patienten vidare till primärvården för fortsatt uppföljning. En tät kontakt och bra möjligheter för patienten att nå hjärtsjuksköterska beskrivs som viktigt för patientgruppen och det delvis mot bakgrund av bristande läkarkontinuitet inom primärvården. Telefonkontakt av hjärtsjuksköterska sker med patienten 9 månader efter utskrivning och efter 12-14 månader ytterligare hjärtsjuksköterskebesök.

- Överkalix hälsocentral

Uppföljning av patienten beskrivs ske via hjärtsjuksköterska. Det medicinska ansvaret har medicinkliniken vid sjukhuset till en början för patienten. Vi uppfattar att många patienter vid hälsocentralen har som en följd av hjärtinfarkt insjuknat i hjärtsvikt. Certifierad tobaksavvänjare finns vid hälsocentralen. Kännedom saknas om vilken hjärtrehabilitering och hjärtskola som erbjuds patienter vid sjukhuset i Kalix.

Luleå – Boden närsjukvårdsområde

- Sunderby sjukhus

Målstyrningen för området uppges vara tydligare än tidigare. Mål för området är såväl de nationella riktlinjerna som vårdprogrammet Akuta hjärtan. Checklista/PM finns utformad och flertalet rutindokument som omfattar patientgruppen finns vid avdelningen. Rutinformulär i form av en standard vårdplan uppges vara under utformning. Detta finns för patientgruppen med hjärtsvikt. Fysioterapeuten träffar patienten på vårdavdelningen och överlämnar i samband med det såväl muntlig som skriftlig information om hjärtrehabilitering. Kurator blir inkopplad om behov finns av det. Arbetsterapeuten har i liten utsträckning kontakt med denna patientgrupp och då oftast i samband med en vårdplanering.

Vid vårdavdelningen kan patienter från hela länet vårdas. Patienter kan även tidigare ha vårdats vid NUS. Ingen kännedom finns om antalet patienter som får vård utifrån specialistvårdsremiss.

I samband med utskrivning från vårdavdelning skickas ett meddelande till sjukhusets hjärtsjuksköterska om att patienten ska erbjudas ett återbesök till denne om 2-4 veckor. Till hjärtsjuksköterska kommer även meddelande från NUS om patient som utskrivits till hemmet. Vid återbesöket fokus är på att "lyssna in patienten" men även prover tas. Utifrån SEPHIA genomgås ett antal frågor. 6 veckor efter utskrivning erbjuds återbesök till läkare. Efter 6 månader erbjuds ytterligare hjärtsjuksköterskebesök och ytterligare läkarbesök efter ett år. Sedan remitteras patienten till primärvården. Om patienten har behov av hjälp gällande rökavvänjning hänvisas till primärvården. Ansträngningstest sker innan hemgång. Cykeltest erbjuds de som klarar och ett

Patienten kallas sedan till hjärtskola och cykeltest (om inte bedömning finns att det inte är möjligt). En förändring av hjärtskolan har skett under år 2014 och denna genomförs numer en gång per månad (cirka 10 ggr per år). Föreläsare är sjuksköterska, läkare, kurator, fysioterapeut och dietist vid varsitt tillfälle, och cirka 10-20 patienter deltar (två parallella grupper). Hjärtrehabilitering (hjärtgympa) erbjuds under 2 gånger i veckan under 12 veckor och därefter under 3 månader via FaR på egen hand. Om patienten inte deltagit i hjärtträning så erbjuds FaR under 6 månader. Samtliga patienter som gjort cykeltest följs upp efter 6 månader.

- Gammelstads hälsocentral

Målet är att följa de nationella riktlinjerna och vi uppfattar att en tydlig struktur finns kring patientgruppen. Kännedom saknas om avsnittet gällande eftervård i länsdokumentet "Akuta

hjärtan”. Vid hälsocentralen finns certifierade rökavvänjare. Uppger att patienterna många gånger slutar med medicinerna själv som en följd av biverkningar. I samband med ALKdagar³ för länets primärvård erhållit kännedom om förändrat sätt gällande ansvar för patientgruppen inom slutenvården. Självhjälpsrum finns vid hälsocentralen där patienterna t.ex. kan kolla sitt blodtryck. Remittering till hälsocentralens diabetessköterska för stöd i kostfrågor, exempelvis vid viktproblem hos patienten.

Piteå närsjukvårdsområde

- Piteå sjukhus

Patienter som blir inskrivna vid avdelningen har för det mesta även vårdats i Sunderbyn innan för sin hjärtinfarkt. Sjukgymnasten får kännedom om patienten genom rapportering. Finns behov involveras kurator och arbetsterapeut.

Mål för granskningsområdet är styrt utifrån kvalitetsregistret. Så gott som samtliga intervjuade har kännedom om ”Akuta hjärtan”.

Målsättning finns att hjärtsjuksköterska ska besöka patienten under dennes sjukhusvistelse. Vid utskrivning av patienten meddelas sjukhusets hjärtsjuksköterska och patienten erbjuds ett återbesök inom 2 veckor (alternativt telefonkontakt om patienten har lång resväg). Meddelande erhålls även för patienter som vårdats vid annat sjukhus. Efter 6-8 veckor sker återbesök till läkare. Ett år sker ytterligare ett återbesök med uppföljning av riskfaktorer inom ramen för SEPHIA-uppföljningen. Om inte särskilda behov av fortsatt uppföljning och stöd remitteras patienten till primärvården för fortsatt uppföljning. Det förekommer att patienter remitteras innan ett årsuppföljningen. Patienten har möjlighet till telefonkontakt och återbesök hos hjärtsjuksköterskan under hela första året efter en hjärthändelse. Särskild utsedd läkare finns som stöd för hjärtsjuksköterskan.

Deltagande i hjärtskola erbjuds patienten. Vid två tillfällen föreläser läkare, socionom/präst, dietist, fysioterapeut, apotek och representant från hjärt- och lungföreningen. 9 omgångar av hjärtskolan är inplanerat för året. Hjärtträning (hjärtgympa) erbjuds patienter. Träningen sker en gång i veckan, totalt 12 gånger.

- Piteå hälsocentral

Kännedom finns om ”Akuta hjärtan”. Primärvårdens uppgift är egentligen att förebygga att patienter inte insjuknar i hjärtinfarkt. Hälsosamtal är en metod för detta. Remiss från slutenvården kan innebära att följa upp en blodtrycksmedicinering. Lite otydligt för hälsocentralen när patientgruppen egentligen ”överförs” till dem men vi tolkar att det ses som positivt att patienten ”behålls” längre inom slutenvården. Samarbetet med slutenvården beskrivs fungera väl. Diabetessköterska och fysioterapeut vid hälsocentralen kan utfärda FaR (fysisk aktivitet på recept).

³ ALK – dagar: ALK: allmän läkarkonsult och forum för länets primärvårdsläkare.

Kiruna närsjukvårdsområde

- Kiruna sjukhus

Teoretiskt kan en patient som insjuknat på annan ort utanför närsjukvårdsområdet missas vad gäller uppföljning om denne inte inregistreras i SEPHIA. Det styr vilka patienter som kallas för uppföljning. Registreringen anges ligga efter vad gäller registrering av de sekundärpreventiva åtgärderna.

Vi får en bild av att statistik regelbundet redovisas vid sjukhusets läkarmöten och vi uppfattar att det finns en vilja att använda statistiken för att utveckla och förbättra verksamheten.

- Norrskenets Hälsocentral

Ingen återkoppling från kvalitetsregistret de månader hälsocentralen varit verksam.

Gällivare närsjukvårdsområde

- Gällivare sjukhus

Vi får en bild av att det finns ett inarbetat arbetssätt som innebär att ”man håller koll på läget i statistiken”. Ytterligare sjuksköterska utöver hjärtsjuksköterskan har möjlighet att arbeta i SEPHIA.

Årsrapport från Swedeheart uppfattar vi som ett ”levande” dokument. Förbättringsutrymme identifierades via kvalitetsregisterstatistik. Det initierade ett strukturerat förbättringsarbete som bl.a. innebär att en patient remitteras först efter ett år till primärvården. Härigenom menar man sig få en bättre koll på patienterna och ha ett större fokus på uppföljning av dem. Exempel ges även om att inmatningsfel upptäckts som en följd av statistikuppföljning.

- Pajala hälsocentral

Kännedom finns om Swedehearts årsrapport.

Kalix närsjukvårdsområde

- Kalix sjukhus

Vi uppfattar att följa statistik från kvalitetsregister och årsrapport som ett inarbetat arbetssätt. T.ex. vad gällande läkemedelsbehandling och handläggningstider. Exempel ges om hur verksamheten korrigerats för att ge förbättringar. Genomgång sker årligen av kvalitetsregistrets årsrapport. Vi uppfattar dock att det inte är samtliga yrkesprofessioner som arbetar kring granskningens patientgrupp som erhåller en regelbunden information om statistikuppföljningen.

- Överkalix hälsocentral

Vi uppfattar inte att återkoppling sker gällande kvalitetsregistrets statistik.

Luleå – Boden närsjukvårdsområde

- Sunderby sjukhus

Vi får en bild av att på initiativ av paramedicin initierades ett förbättringsarbete av inom hjärtskolan av ”eftervårdsteamet”. Statistik gällande läkemedelsanvändning identifierade ett förbättringsbehov. En förändring som skedde var att patienten inte remitteras till primärvården förrän efter ett år.

Vi uppfattar att statistik omnämns vid sjukhusets läkarmöten och även vid regionmöten. Dock inte på ett sätt som vi uppfattar är strukturerat och mer tydligt kopplat till förbättringsidentifiering. Vi uppfattar inte att fokus är på något specifikt område just nu utifrån kvalitetsregisterstatistik utan det beskrivs i mer allmänna ordalag att den bör förbättras. Personal vid vårdavdelning uppger sig inte längre få information om kvalitetsregistret.

Vid intervju lyfts att det inom primärvården saknas kuratorer och att patientgruppen kan ha behov av detta stöd.

- Gammelstads hälsocentral

Vi uppfattar inte att kvalitetsregistret och statistiken är känd vid hälsocentralen.

Piteå närsjukvårdsområde

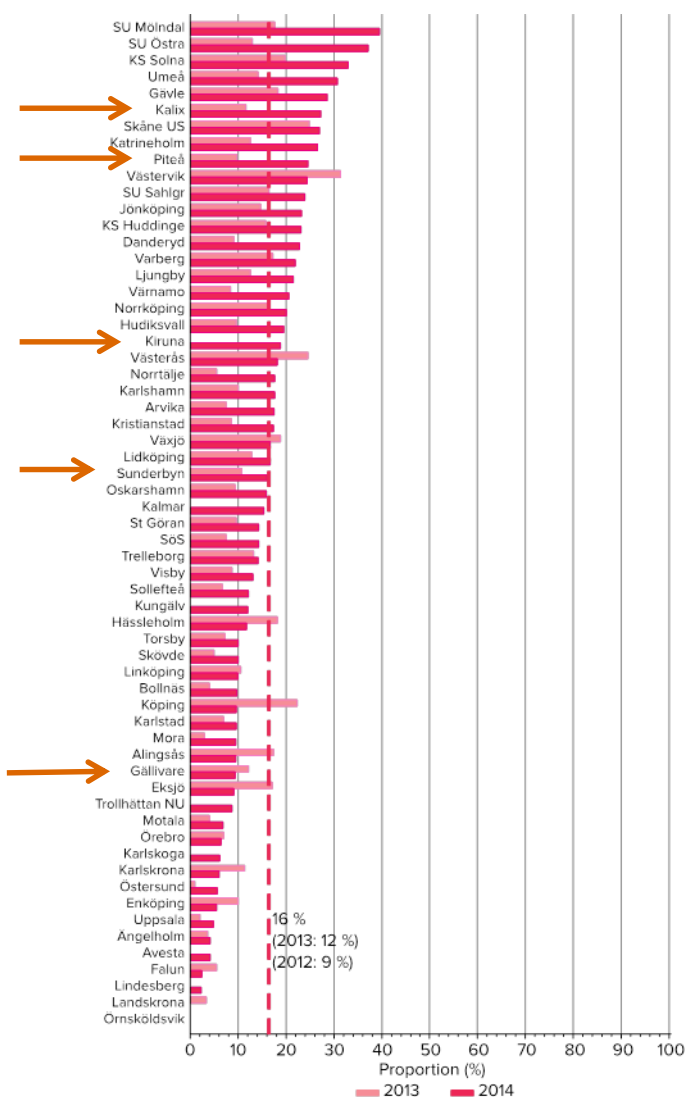
- Piteå sjukhus

Vi får en bild av att det finns ett inarbetat sätt att återföra resultat från kvalitetsregistret till olika verksamheter vid sjukhuset. Vi uppfattar att det av detta även blir en löpande dialog om hur verksamheten ska förbättras. Samtidigt anges det finnas en fördröjning vad gäller att registrera i kvalitetsregistret.

- Piteå hälsocentral

Uppfattar att verksamheten inte erhåller någon rapportering gällande kvalitetsregistrets statistik.

Figuren nedan visar en kombinationsvariabel för den sekundärpreventiva vården per sjukhus vid patientens andra uppföljning. Här ingår de fyra viktigaste sekundärpreventiva målen: rökfrihet för rökare, deltagande i fysiskt aktivitetsprogram, ett systoliskt blodtryck lägre än 140 mmHG samt LDL⁴-kolesterol lägre än 1,8 mmol/l. Sjukhusen i Norrbotten är markerade med en pil.



Källa: SWEDEHEART, årsrapport 2014, sidan 29.

⁴ LDL kolesterol = Low Density Lipoprotein kolesterol.

Kiruna närsjukvårdsområde

- Kiruna sjukhus

Primärvården tar över ansvarar för uppföljningen ett år efter insjuknandet. Vi får en bild av att man vid kliniken börjat jämföra sig mer på en nationell nivå men att det är svårt att utläsa följsamheten till evidensbaserade åtgärder utifrån data från journalsystemet VAS.

- Norrskenets Hälsocentral

Menar att en uppföljning av sekundärpreventiva åtgärder inte sker på gruppnivå utan på en individnivå.

Gällivare närsjukvårdsområde

- Gällivare sjukhus

Identifierade förbättringsutrymmen beskrivs finnas utifrån uppföljningsparametrar blodtryck och blodfetter. Förändringar har skett gällande upplägget av hjärtskolan för att verksamheten ska försöka möta patientens behov på ett bättre sätt. Anges finnas utrymme för att förbättra den sekundära preventionen vad gäller fysisk aktivitet och att förbättra det sekundärpreventiva arbetet vid avdelningen. Samtidigt menar man att eftervård mycket handlar om att göra det sekundärprofylaktiska ”lockande” för patienten.

- Pajala hälsocentral

Uppföljning av evidensbaserade åtgärder sker på en individnivå.

Kalix närsjukvårdsområde

- Kalix sjukhus

Vi uppfattar av beskrivning att den uppföljningen sker inom primärvården.

- Överkalix hälsocentral

Hälsoförebyggande samtal är ett sätt att arbeta förebyggande. En självupplevd hälsa är även viktigt för att utvärdera sekundärpreventiva åtgärder.

Luleå – Boden närsjukvårdsområde

- Sunderby sjukhus

Vi uppfattar att större utrymme finns vad gäller samarbetet med primärvården inom detta område. Av beskrivningar tolkar vi det som att det upplevs saknas forum där dessa frågor kan vara i fokus. Rökavvänjning och hjälp till detta lyfts som en viktig sekundärpreventiv åtgärd. Vi

får en bild av att det idag upplevs saknas en specifik person att hänvisa till när en patient önskar hjälp att sluta röka.

Vi uppfattar att följsamheten till evidensbaserade åtgärder ses mer utifrån individnivå. Verksamheten har en större möjlighet att ”nå” patienten vad gäller livsstilsförändringar om denne följs vid kliniken under ett år.

Piteå närsjukvårdsområde

- Piteå sjukhus

Funderingar lyfts om var det rätta forumet finns om kvalitetsfrågor och synpunkter kring detta. Är det i ledningsgruppen, eller?

- Piteå hälsocentral

Fysisk aktivitet på recept kan utfärdas av hälsocentralens fysioterapeut och diabetessköterska.

Kiruna närsjukvårdsområde

- Kiruna sjukhus

Uppges inte skett aktiviteter för att motverka eventuella oskäligen skillnader. Av intervjuer framkommer att det är fler patienter som har lång resväg till sjukhuset som tackar nej till deltagande i hjärtskolan. Uppföljning av deltagande uppges inte ske.

- Norrskenets Hälsocentral

Menar att utifrån hälsocentralens geografiska utmaningar i upptagningsområdet är ett förebyggande och hälsoinriktat synsätt än mer betydelsefullt. En god kännedom om deras patienter beskrivs som värdefullt ur ett helhetsperspektiv.

Gällivare närsjukvårdsområde

- Gällivare sjukhus

Utifrån geografiska förutsättningarna menar intervjuade att skillnader kan finnas inom deras upptagningsområde. Det anges finnas en känsla av att det t.ex. på grund av arbete och avstånd till sjukhuset som patienter tackar nej till erbjudande om hjärtrehabilitering. Ingen uppföljning uppfattar vi har skett vad gäller detta. Det lyfts även att behov kan finnas av att se hur tekniken kan användas inom hjärtrehabiliteringen. Vi uppfattar inte att ett särskilt inriktat fokusarbete skett för att motverka eventuella oskäligen könsskillnader.

- Pajala hälsocentral

Vi uppfattar att intervjuade har en känsla av att skillnader kan finnas som härrörs till var patienten bor. T.ex. att fler väljer att tacka nej till deltagande i hjärtrehabilitering eftersom det kan innebära en längre ledighet från arbetet. Anges att det borde finnas ett större fokus inom vården på ett förebyggande perspektiv där t.ex. reklam kan påverka.

Kalix närsjukvårdsområde

- Kalix sjukhus

Samma behandling uppges erbjudas till såväl kvinnor som män. Vi uppfattar inte att ett arbete med särskilt fokus att identifiera oskäligen skillnader utifrån geografi eller kön skett.

Samtidigt anges att det förekommer att patienter som har längre avstånd till sjukhuset tackar nej till erbjudande om hjärtrehabilitering. Möjligheter att kunna använda teknik ("E-hälsa") på något sätt för dessa uppfattar vi finns, t.ex. hjärtskola. Dock inte möjligt avseende hjärtrehabilitering eftersom det kräver övervakning av patient.

Luleå – Boden närsjukvårdsområde

- Sunderby sjukhus

Vi får ingen bild av att ett arbete skett för att finna oskäligen skillnader utifrån geografi eller kön. Det anges idag inte finnas de extra resurser detta kräver utan den räcker endast till den dagliga löpande verksamheten.

- Gammelstads hälsocentral

Inget utvecklingsarbete anges ske.

Piteå närsjukvårdsområde

- Piteå sjukhus

Av intervjuer uppfattar vi att det finns en medvetenhet om att försöka vara öppen för motverkande faktorer. Anges att statistik inte visar geografiska skillnader. Skillnader utifrån kön anges inte hittats. Inget utvecklingsarbete sker vid tidpunkt för intervju gällande oskäligen skillnader. Dock anges att ett utvecklingsarbete sker gällande patientgrupp med hjärtsvikt. Anges att verksamheterna varit hårt arbetsbelastade senaste tiden.

En känsla finns av att många patienter som väljer att inte delta i hjärtrehabilitering bor i inlandet och anger sig inte ha möjlighet att delta på dagtid. Ingen uppföljning har skett av detta.