

Bryssel den 28 september 2026
(OR. en)

13701/26
ADD 1

Interinstitutionellt ärende:
2026/0276 (NLE)

SAN 690
DIGIT 244
EDUC 392

FÖLJENOT

från:	Europeiska kommissionens generalsekreterare, undertecknat av Martine DEPREZ, direktör
inkom den:	28 september 2026
till:	Thérèse BLANCHET, generalsekreterare för Europeiska unionens råd
Komm. dok. nr:	COM(2026) 481 annex
Ärende:	BILAGA till Förslag till RÅDETS REKOMMENDATION om hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar: en EU-strategi för tidig upptäckt och screening

För delegationerna bifogas dokument – COM(2026) 481 annex.

Bilaga: COM(2026) 481 annex



EUROPEISKA
KOMMISSIONEN

Bryssel den 28.9.2026
COM(2026) 481 final

ANNEX

BILAGA

till

Förslag till

RÅDETS REKOMMENDATION

**om hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar: en EU-strategi för tidig upptäckt och
screening**

BILAGA

Rekommenderade komponenter i hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar

Medlemsstaterna uppmanas att utforma och genomföra hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar som inbegriper systematisk tillämpning av tester och bedömningar inom en fastställd målgrupp för att tidigt upptäcka riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar.

WHO rekommenderar i sin bedömning av de tillgängliga beläggen¹ att man inom primärvården riktar in sig på de personer som kan löpa högre risk för hjärt-kärlsjukdomar på grund av sin ålder eller förekomsten av en riskfaktor. WHO:s tekniska paket HEARTS², som omfattar riskprognosdiagram, bygger på en liknande strategi genom att använda riskfaktorer som utgångspunkt för riskbedömning av hjärt-kärlsjukdomar inom primärvården.

Den gemensamma åtgärden mot hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes³ innehåller praktiska rekommendationer för utformningen och genomförandet av en hälsokontroll för hjärt-kärlsjukdomar, inklusive en översikt över strategier för att identifiera den målgrupp som ska bjudas in till en hälsokontroll, val av verktyg för att bedöma risk för hjärt-kärlsjukdomar och hur ofta en hälsokontroll ska följas upp⁴.

När man definierar den målgrupp som ska bjudas in till en hälsokontroll för hjärt-kärlsjukdomar, inbegripet åldersgruppen och riskprofilerna, bör det nationella eller regionala sammanhanget, såsom epidemiologin för hjärt-kärlsjukdomar, ojämlikhet i hälsa och skillnader mellan könen, tas i beaktande.

Hälsodata som samlats in genom befintliga datakällor, såsom Europeiska hälsoenkäten⁵, hälsoundersökningar och andra relevanta källor, kan användas för att vägleda valet av den målgrupp där en hälsokontroll för hjärt-kärlsjukdomar kan ha en betydande inverkan. Verktyg för bedömning av risken för hjärt-kärlsjukdomar, såsom WHO:s riskprognosdiagram för hjärt-kärlsjukdomar⁶, SCORE2⁷ och andra nationellt validerade verktyg, kan användas under en hälsokontroll för hjärt-kärlsjukdomar för att uppskatta sannolikheten för att en person drabbas av en hjärt-kärlhändelse under en viss tidsperiod. Valet av ett verktyg för att bedöma risken för hjärt-kärlsjukdomar bör övervägas noggrant utifrån de tillgängliga

¹ Jørgensen, T., Rotar, O., Juhl, C. B. och Linneberg, A., "What is the effectiveness of systematic population-level screening programmes for reducing the burden of cardiovascular diseases?", *WHO Health Evidence Network Synthesis Report No. 78*, utgåva 2, 2024, WHO:s regionkontor för Europa, Köpenhamn, ISBN 978-92-890-6088-2, <https://www.who.int/europe/publications/i/item/978-92-890-6088-2>.

² Världshälsoorganisationen, "HEARTS: Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: Risk based CVD management", *World Health Organization*, Genève, 2020, ISBN 978-92-4-000136-7, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001367>.

³ Den gemensamma åtgärden mot hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes, den gemensamma åtgärden inom programmet EU för hälsa (bidragsavtal nr 101126953), 1 november 2023–31 oktober 2027, Europeiska genomförandeorganet för hälsofrågor och digitala frågor (Hadea), kan hämtas på: <https://jacardi.eu/>.

⁴ Leysen, W., Cardinale, A., Alexandra, C., Lampaert, A., Formenti, B., Armocida, B., m.fl., "Short Guide for Screening Individuals at Increased Risk of Developing Cardiovascular Diseases and Type 2 Diabetes" (version 1.0.0), *Zenodo*, 2026, <https://doi.org/10.5281/zenodo.18415472>.

⁵ Information om Europeiska hälsoenkäten finns i det särskilda avsnittet om hälsa på Eurostats webbplats: [Overview – Health – Eurostat](#).

⁶ Världshälsoorganisationen, "WHO updates Cardiovascular Risk Chart", WHO:s webbplats, 2 september 2019, hämtad den 10 juli 2026, <https://www.who.int/news/item/02-09-2019-who-updates-cardiovascular-risk-charts>.

⁷ SCORE2-arbetsgruppen och ESC-samarbetet om hjärt-kärlrisker, "SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe", *European Heart Journal*, vol. 42, utgåva 25, 2021, s. 2 439–2 454, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab309>.

verktygens särdrag samt landets eller regionens specifika förhållanden. Det bör också bero på den identifierade målgruppen.

Hur ofta en hälsokontroll för hjärt-kärlsjukdomar bör följas upp bör baseras på enskilda risker för hjärt-kärlsjukdomar och bör avgöras utifrån lokala och nationella sammanhang samt, när så är relevant, följa nationella riktlinjer. Opportunistiska hälsokontroller bör också erbjudas genom bredare kampanjer (t.ex. screeningdagar) och när personer kommer i kontakt med hälso- och sjukvården (t.ex. primärvården).

Medlemsstaterna uppmanas att överväga följande hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar för att uppnå målen i denna rådsrekommendation.

Personer under 35 år

Minst en hälsokontroll för hjärt-kärlsjukdomar, inklusive bedömning av hälsobeteenden, mätning av biologiska riskfaktorer (inklusive blodtryck), glukos, njurfunktionstester, kroppsmasseindex, andningsfunktion⁸ vid andnöd, psykiskt hälsotillstånd och reproduktiv historia, vid behov. För personer med en familjehistorik av förtida hjärt-kärlsjukdomar eller plötslig hjärtdöd bör riskbedömningen och den fortsatta utvärderingen individanpassas utifrån det kliniska sammanhanget.

Personer i åldern 35–64 år

För denna åldersgrupp rekommenderas systematiska hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar som genomförs minst vart femte år och där frekvensen anpassas till individuella eller lokala riskprofiler utifrån familjehistorik och andra riskfaktorer.

En hälsokontroll för hjärt-kärlsjukdomar omfattar följande:

Sjukdomshistoria, inbegripet familjehistorik av förtida hjärt-kärlsjukdomar, reproduktiv hälsa och psykisk hälsa, kost, fysisk aktivitet, andningsfunktion, rökning, vejpning och användning av rökfria nikotinprodukter samt alkoholkonsumtion.

Mätning av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar, inklusive blodtryck, lipidprofil (totalkolesterol, LDL, HDL, triglycerider) och lipoprotein(a) (en mätning i vuxen ålder), fasteplasmaglukos och glykerat hemoglobin (HbA1c).

Njurhälsa, inklusive mätning av serumkreatinin och albuminuri.

Elektrokardiogram (EKG), vid behov.

Kroppsmasseindex och midjemått eller förhållande mellan midjemått och längd.

Personer som är 65 år och äldre

En hälsokontroll för hjärt-kärlsjukdomar enligt ovan bör utföras vart tredje till femte år, inklusive, vid behov, EKG, mätning av natriuretiska peptider (NT-proBNP), bedömning av puls för att upptäcka eller utesluta förmaksflimmer (hjärtfrekvens och hjärtrytm), hjärt- och lungauskultation och utvärdering av perifera artärsjukdomar.

Övriga överväganden

⁸ *European Respiratory Society och European Lung Foundation, "Safe hearts require safe lungs: ERS and ELF response to the European Commission's proposal for Council Recommendations on health checks for cardiovascular diseases", ståndpunktsdokument som lämnats in som svar på Europeiska kommissionens inbjudan att lämna synpunkter, 2026. Kan hämtas på: https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/17812-Hjart-karlsjukdomar-halsokontroller/F33401934_sv.*

Medlemsstaterna får beakta relevanta ärftliga eller genetiskt betingade riskfaktorer och tillstånd för hjärt-kärlsjukdomar, däribland förhöjt lipoprotein(a), familjär hyperkolesterolemi och typ 1-diabetes, anpassat till den nationella situationen.