

**Bryssel den 28 september 2026
(OR. en)**

13701/26

**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 final
Ärende:	Förslag till RÅDETS REKOMMENDATION om hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar: en EU-strategi för tidig upptäckt och screening

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

Bilaga: COM(2026) 481 final



EUROPEISKA
KOMMISSIONEN

Bryssel den 28.9.2026
COM(2026) 481 final

2026/0276 (NLE)

Förslag till

RÅDETS REKOMMENDATION

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

MOTIVERING

1. BAKGRUND TILL FÖRSLAGET

• Motiv och syfte med förslaget

Hjärt-kärlsjukdomar är den främsta orsaken till dödsfall och funktionsnedsättning i EU. Enligt rapporten från Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) om läget för hjärt-kärlhälsan i EU¹ kräver hjärt-kärlsjukdomar 1,7 miljoner liv varje år och drabbar 62 miljoner människor. I ekonomiska termer kostar dessa sjukdomar över 282 miljarder euro årligen, vilket motsvarar cirka 2 % av BNP. Närmare hälften av detta belopp utgörs av hälso- och sjukvårdskostnader. Det finns ojämlikheter mellan länder, regioner och befolkningsgrupper, och kvinnor och socioekonomiskt mindre gynnade personer är mer utsatta och har sämre hälsa. Dessa ojämlikheter kan förvärras av strukturella hinder och diskriminering, som kan påverka tillgången till förebyggande tjänster, tidig diagnos, behandling och vårdkontinuitet.

Den 16 december 2025 antog kommissionen ett meddelande om EU:s plan för hjärt-kärlhälsa, den s.k. Safe Hearts-planen². I planen fastställs målet att minska den förtida dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar med 25 % senast 2035. För att nå detta mål tillkännagavs i planen också ett flaggskeppsinitiativ om tidig upptäckt av och screening för hjärt-kärlsjukdomar.

Rådet har efterlyst en förbättring av hjärt- och kärlhälsan i unionen³ och uppmanat medlemsstaterna att utöka sekundärpreventionen genom evidensbaserade hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar. Dessutom betonade Europaparlamentet i sitt betänkande om en EU-strategi för hjärt-kärlsjukdomar⁴ att EU-vägledning om hälsokontroller måste vara evidensbaserad, respektera medlemsstaternas behörighet, minska ojämlikhet och undvika metoder med liten nytta.

Tidig upptäckt av och screening för hjärt-kärlsjukdomar genom hälsokontroller är avgörande för att förebygga sjukdom, med tanke på att över 75 % av de hjärt-kärlrelaterade dödsfallen är kopplade till riskfaktorer som går att förändra, t.ex. högt blodtryck, diabetes och obesitas⁵. Enligt Europeiska hälsoenkäten från 2019⁶ uppgav 34 % av vuxna i åldern 25–64 år att de inte kontrollerat sitt blodtryck under det föregående året, jämfört med 32 % av vuxna i åldern 45–54 år och 14 % av dem som är 65 år eller äldre.

Genom hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar kan man upptäcka strukturella och sällsynta hjärtsjukdomar, och studier visar att tidigt ingripande i sådana fall minskar sannolikheten för hjärtattacker och stroke⁷. Den potentiella nyttan med screening för riskfaktorer har dock i hög grad underskattats i hela EU.

¹ OECD, *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, OECD Publishing, Paris, 2025, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>.

² Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén om en EU-plan för hjärt-kärlhälsa, COM(2025) 1024 final, 16.12.2025. Finns i [EUR-Lex](#).

³ [Slutsatser om förbättrad hjärt- och kärlhälsa i Europeiska unionen, rådets generalsekretariat, 14 november 2024](#). Kan hämtas på: [Consilium](#).

⁴ Europaparlamentet, *Betänkande om en EU-strategi för hjärt-kärlsjukdomar*, 2026. Kan hämtas på: [Europaparlamentet](#).

⁵ OECD, *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, OECD Publishing, Paris, 2025, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>.

⁶ Eurostat (datakoden [hlth_chis_pa2u](#)).

⁷ OECD, *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, OECD Publishing, Paris, 2025, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>.

För närvarande har mindre än hälften av medlemsstaterna infört hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar och de skiljer sig åt i sitt upplägg⁸. Den fragmenterade och otillräckligt interoperabla hälsodatan på EU-nivå begränsar dessutom möjligheten att övervaka riskfaktorer och hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar och därmed kapaciteten att stödja forskning om strategier för förebyggande och behandling.

Eftersom vaccinering kan bidra till att förebygga hjärt-kärlsjukdomar och de därmed förknippade riskerna och komplikationerna⁹ kan relevanta vacciner betraktas som en del av hälsokontrollerna för hjärt-kärlsjukdomar.

Därför behövs samordnade EU-åtgärder för att hjälpa medlemsstaterna att utforma och genomföra evidensbaserade, riktade och enhetliga hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar. Sådana åtgärder kommer att bidra till att minska ojämlikhet i hälsa mellan och inom medlemsstaterna samt mellan befolkningsgrupper och könen.

Förslagets mål

Detta förslag till rådets rekommendation syftar till att **hjälpa medlemsstaterna att utveckla och genomföra hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar**. Förslaget innehåller rekommendationer om utarbetande, genomförande och utvärdering av dessa hälsokontroller.

Den föreslagna rådsrekommendationen kommer att hjälpa medlemsstaterna att uppnå målet för hållbar utveckling, särskilt mål 3.4, för att minska antalet förtida dödsfall till följd av icke-smittsamma sjukdomar med en tredjedel och främja psykisk hälsa och välbefinnande senast 2030 samt att förbättra folkhälsan genom att tillhandahålla ett verktyg för att identifiera personer som löper högre risk, agera i god tid och avlasta hälso- och sjukvårdssystemen.

Den kommer att hjälpa medlemsstaterna att uppnå detta mål¹⁰ samt specifika mål i EU:s plan för hjärt-kärlhälsa för att öka andelen vuxna som regelbundet övervakar sitt blodtryck och sina kolesterol- och blodsockernivåer. Förslaget syftar också till att stödja användningen av digitala lösningar, inbegripet när så är lämpligt AI-baserade verktyg, för att förbättra genomförandet av hälsokontroller samt att utnyttja sekundär användning av hälsodata för att stärka evidensbaserad utformning, övervakning och utvärdering av screeningstrategier.

• **Förenlighet med befintliga bestämmelser inom området**

Förslaget är förenligt med andra initiativ som rör förebyggande och hantering av icke-smittsamma sjukdomar. Det kompletterar och bygger på Healthier Together, EU:s initiativ för icke-smittsamma sjukdomar¹¹, som är den strategiska ram som stöder medlemsstaterna att förebygga och hantera icke-smittsamma sjukdomar, däribland hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Förslaget hänger också samman med Europas plan mot cancer¹² och dess mål för cancerscreening, särskilt genom att stärka organiserade screeningprogram och förbättra tidig

⁸ OECD, *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, OECD Publishing, Paris, 2025, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>.

⁹ Ett aktuellt dokument om klinisk konsensus från *European Society of Cardiology*, Heidecker, B. m.fl., "Vaccination as a new form of cardiovascular prevention: a European Society of Cardiology clinical consensus statement", *European Heart Journal*, vol. 46, utgåva 36, 2025, s. 3 518–3 531, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf384>.

¹⁰ Att minska den förtida dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar med 25 % senast 2035.

¹¹ Europeiska kommissionen: generaldirektoratet för hälsa och livsmedelssäkerhet, *Healthier Together – EU Non-Communicable Diseases Initiative*, Europeiska unionens publikationsbyrå, Luxemburg, 2021, [vägledande dokument](#).

¹² Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet och rådet: *Europas plan mot cancer*, COM(2021) 44 final, 3.2.2021. Finns i [EUR-Lex](#).

upptäckt. Dessutom bygger det på meddelandet om ett övergripande tillvägagångssätt när det gäller psykisk hälsa¹³, som främjar en strategi för psykisk hälsa inom alla politikområden.

Förslaget har nära kopplingar till det europeiska hälsodataområdet¹⁴, som kommer att göra det möjligt för patienter att på ett säkert sätt få tillgång till och dela sina hälsodata i ett interoperabelt elektroniskt format mellan vårdgivare och EU-länder, och därigenom stödja vårdkontinuiteten. Det europeiska hälsodataområdet kommer också att underlätta sekundäranvändningen av hälsodata för forskning, innovation och beslutsfattande genom att a) inrätta en gemensam EU-ram för säker tillgång till och återanvändning av data och därigenom bidra till att stärka evidensbasen för bedömningar av risken för hjärt-kärlsjukdomar, b) göra screeningprogrammen mer ändamålsenliga och c) stödja utvecklingen av innovativa verktyg för förebyggande och tidig upptäckt.

- **Förenlighet med unionens politik inom andra områden**

Initiativet är förenligt med de prioriteringar som fastställts inom detta forskningsområde och Horisont Europa¹⁵, ramprogrammet för forskning och innovation, som är en viktig del av unionens investering i förebyggande och hantering av hjärt-kärlsjukdomar och andra icke-smittsamma sjukdomar.

Det är också förenligt med strategin för AI-tillämpningar¹⁶ och unionens bredare insatser för att stödja användningen av artificiell intelligens inom hälso- och sjukvården, särskilt för att förbättra riskstratifieringen och stödja mer riktade och ändamålsenliga screeningmetoder, där sådana verktyg valideras kliniskt och används under lämplig mänsklig tillsyn.

Dessutom är förslaget förenligt med lagstiftningen om läkemedel¹⁷ och medicintekniska produkter¹⁸, den föreslagna förordningen om kritiska läkemedel¹⁹ och förslaget till en rättsakt om europeisk bioteknik²⁰, eftersom dessa lagstiftningsakter är kopplade till individanpassat

¹³ Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén om en övergripande strategi för psykisk hälsa (COM(2023) 298 final, 7.6.2023). Finns i [EUR-Lex](#).

¹⁴ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2025/327 av den 11 februari 2025 om det europeiska hälsodataområdet och om ändring av direktiv 2011/24/EU och förordning (EU) 2024/2847 (EUT L, 2025/327, 5.3.2025, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj>).

¹⁵ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2021/695 av den 28 april 2021 om inrättande av Horisont Europa – ramprogrammet för forskning och innovation, om fastställande av dess regler för deltagande och spridning och om upphävande av förordningarna (EU) nr 1290/2013 och (EU) nr 1291/2013 (EUT L 170, 12.5.2021, s. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2021/695/oj>).

¹⁶ Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet och rådet: *Strategi för AI-tillämpningar*, COM(2025) 723 final, 8.10.2025. Finns i [EUR-Lex](#).

¹⁷ Förslag till Europaparlamentets och rådets förordning om inrättande av unionsförfaranden för godkännande av och tillsyn över humanläkemedel och om fastställande av regler för Europeiska läkemedelsmyndigheten samt om ändring av förordning (EG) nr 1394/2007 och förordning (EU) nr 536/2014 och om upphävande av förordning (EG) nr 726/2004, förordning (EG) nr 141/2000 och förordning (EG) nr 1901/2006 (COM(2023) 193 final, 26.4.2023). Finns i [EUR-Lex](#).

¹⁸ Europeiska kommissionen: generaldirektoratet för hälsa och livsmedelssäkerhet, "Medical devices sector", Europeiska kommissionens webbplats, hämtad den 10 juli 2026, [Medical devices sector](#).

¹⁹ Förslag till Europaparlamentets och rådets förordning om inrättande av en ram för att stärka tillgången till och försörjningstryggheten för kritiska läkemedel samt tillgången och tillgängligheten till läkemedel av gemensamt intresse, och om ändring av förordning (EU) 2024/795. Finns i [EUR-Lex](#).

²⁰ Förslag till Europaparlamentets och rådets förordning om inrättande av en åtgärdsram för att stärka unionens biotekniksektor och biotillverkningssektor, särskilt på hälsoområdet, och om ändring av förordningarna (EG) nr 178/2002, (EG) nr 1394/2007, (EU) nr 536/2014, (EU) 2019/6, (EU) 2024/795 och (EU) 2024/1938 ([COM\(2025\) 1022 final, 16.12.2025](#)).

förebyggande, diagnos och behandling av hjärt-kärlsjukdomar. Förslaget överensstämmer också med strategin för europeisk livsvetenskap²¹.

2. RÄTTSLIG GRUND, SUBSIDIARITETSPRINCIPEN OCH PROPORTIONALITETSPRINCIPEN

• Rättslig grund

Förslaget kommer att stödja unionens mål som anges i artikel 168 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (*EUF-fördraget*). Enligt artikel 168.1 ska en hög hälsoskyddsnivå för människor säkerställas vid utformning och genomförande av all unionspolitik och alla unionsåtgärder. Unionsåtgärderna, som kompletterar nationell politik, bör inriktas på att förbättra folkhälsan, förebygga ohälsa och sjukdomar på såväl det fysiska som det psykiska planet och undanröja faror för den fysiska och psykiska hälsan, inklusive hjärt-kärlsjukdomar.

Den föreslagna rådsrekommendationen grundar sig på artikel 168.6 i EUF-fördraget, som föreskriver att rådet på förslag av kommissionen kan anta rekommendationer för de syften som anges i den artikeln. Förslaget är inriktat på tidig upptäckt av och screening för hjärt-kärlsjukdomar och syftar till att komplettera medlemsstaternas insatser för att minska belastningen av hjärt-kärlsjukdomar, vilka är den främsta orsaken till dödsfall och funktionsnedsättning i EU.

• Subsidiaritetsprincipen (för icke-exklusiv befogenhet)

Medlemsstaterna ansvarar för att utforma sin hälso- och sjukvårdspolitik och för att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård, men unionen har befogenhet att stödja och komplettera deras åtgärder.

Hjärt-kärlsjukdomar påverkar alla medlemsstater även om den belastning som dessa sjukdomar medför varierar från ett land till ett annat. Eftersom medlemsstaterna står inför samma problem kan åtgärder på EU-nivå skapa ett verkligt mervärde, genom gemensamma lösningar och överföring av kunskap och information. Det behövs samordnade EU-åtgärder för hälsokontroller för att hjälpa medlemsstaterna att organisera evidensbaserade och riktade hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar. Detta kommer att bidra till att minska ojämlikheten i hälsa mellan och inom medlemsstater, med målet att minska de viktigaste riskfaktorerna på kort sikt och belastningen i fråga om hjärt-kärlsjukdomar på lång sikt.

Den föreslagna rådsrekommendationen innehåller rekommendationer till medlemsstaterna för att förbättra tidig upptäckt och diagnos av hjärt-kärlsjukdomar, samtidigt som den möjliggör anpassning till nationella behov och sammanhang. Framsteg på detta område kommer att bidra till att minska den individuella, samhälleliga och ekonomiska belastningen som dessa sjukdomar medför och till att hantera ojämlikheter i tillgången till förebyggande hjärt-kärlvård.

• Proportionalitetsprincipen

Förslaget stöder medlemsstaternas insatser för att förebygga hjärt-kärlsjukdomar. Det respekterar medlemsstaternas praxis och olikartade nationella system. Förslaget tar hänsyn till att olika nationella, regionala eller lokala förhållanden kan leda till skillnader i hur

²¹ Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén – *Välj Europa för livsvetenskaperna: En strategi för att positionera Europa som världens mest attraktiva plats för livsvetenskaper senast 2030*, [COM\(2025\) 525 final, 2.7.2025](#).

rekommendationen genomförs. Förslaget inför inte några bindande åtaganden för medlemsstaterna. Det står medlemsstaterna fritt att, med beaktande av sina nationella omständigheter, besluta i vilken utsträckning de genomför rådets rekommendation.

- **Val av instrument**

Instrumentet är ett förslag till rådsrekommendation, vilket är förenligt med subsidiaritets- och proportionalitetsprinciperna. Det bygger på befintlig unionspolitik och är i linje med den typ av instrument som finns tillgängliga för EU-åtgärder på området hälso- och sjukvårdspolitik. Det föreslagna instrumentet stöder medlemsstaterna att minska den belastning som hjärt-kärlsjukdomar medför, utan att inkräkta på medlemsstaternas ansvar att besluta om hälso- och sjukvård samt organisera och erbjuda vård och behandling.

3. RESULTAT AV EFTERHANDSUTVÄRDERINGAR, SAMRÅD MED BERÖRDA PARTER OCH KONSEKVENSBEDÖMNINGAR

- **Efterhandsutvärderingar/kontroller av ändamålsenligheten med befintlig lagstiftning**

Ej tillämpligt.

- **Samråd med berörda parter**

Berörda parter erbjöds möjligheten att ge återkoppling genom en inbjudan att lämna synpunkter. Dessutom omfattade riktade samråd webinarier med berörda parter och möten med företrädare för medlemsstaterna i undergruppen för förebyggande av icke-smittsamma sjukdomar inom expertgruppen för folkhälsa²² (den 11 februari och den 22 maj 2026).

Den 26 februari 2026 anordnades en politisk dialog om hälsokontroller i samarbete med OECD för att utbyta åsikter och bästa praxis om nationella hälsokontroller med medlemsstaterna och berörda parter, inbegripet patientorganisationer.

Under Europeiska ungdomsveckan 2026²³ anordnades evenemanget ”Young hearts, healthy futures: engaging youth in shaping Europe’s cardiovascular health priorities” i Bryssel den 24 april i syfte att samla in ungdomars synpunkter på hjärt-kärlhälsa, inklusive hälsokontroller och screening.

Den inbjudan att lämna synpunkter som offentliggjordes på portalen Kom med synpunkter²⁴ mellan den 21 april och den 19 maj 2026 fick 237 bidrag²⁵. Den största andelen bidrag kom från icke-statliga organisationer (32 %), följt av akademiska organisationer och forskningsorganisationer (16 %), företag (10 %), näringslivsorganisationer (6 %) och offentliga myndigheter (5 %). De berörda parterna betonade behovet av strukturerade, protokollbaserade hälsokontroller som en hörnsten i det förebyggande arbetet, med en systematisk koppling till uppföljande vård. En bred samsyn växte fram till stöd för en åldersbaserad strategi med livslångt perspektiv för hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar,

²² Europeiska kommissionen: generaldirektoratet för hälsa och livsmedelssäkerhet, ”Sub-group on Non-communicable diseases”, Europeiska kommissionens webbplats, hämtad den 10 juli 2026.

²³ Europeiska kommissionen, ”Europeiska ungdomsveckan”, Europeiska ungdomsportalen, hämtad den 10 juli 2026, [Europeiska ungdomsveckan](#).

²⁴ Europeiska kommissionen, ”Hjärt-kärlsjukdomar – hälsokontroller”, Kom med synpunkter – Portalen för bättre lagstiftning, hämtad den 10 juli 2026, https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/17812-Hjart-karlsjukdomar-halsokontroller_sv.

²⁵ Dessa bidrag är unika och omfattar inte samordnade kampanjer.

som ger medlemsstaterna tillräcklig flexibilitet i genomförandet. Som en grundläggande minimiuppsättning parametrar identifierades blodtryck, lipidprofil, glukos/HbA1c, njurfunktion, kroppsmasseindex, information om levnadsvanor och familjehistorik. Primärvården identifierades som det huvudsakliga området för genomförandet, kompletterad, när så är lämpligt, med verksamhet i lokalsamhället såsom apotek, arbetsplatser och mobila enheter för att nå ut bredare. Ett viktigt tema var att säkerställa lika tillgång till hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar, särskilt för utsatta grupper såsom migranter, personer som bor på landsbygden eller i eftersatta områden och socioekonomiskt mindre gynnade grupper. Svarande uppgav upprepade gånger att screening bör förankras i integrerade vårdvägar för att säkerställa lika tillgång och ändamålsenlig uppföljande vård.

De berörda parternas åsikter, förslag och rekommendationer analyserades och beaktades i så stor utsträckning som möjligt. Några av de mer tekniska frågor som togs upp kommer att beaktas under genomförandefasen.

- **Insamling och användning av sakkunnigutlåtanden**

Förslaget till rådets rekommendation om hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar bygger på de uppgifter och rekommendationer som samlats in genom medlemsstaternas arbete inom ramen för den gemensamma åtgärden mot hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes, som innehåller ett arbetspaket som är särskilt avsett för tidig upptäckt och screening. Inom ramen för denna gemensamma åtgärd offentliggjorde de deltagande länderna en kort vägledning²⁶ för screening av personer som löper högre risk att utveckla hjärt-kärlsjukdomar och typ 2-diabetes, med evidensbaserade rekommendationer för organisering och genomförande av hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar, med fokus på högriskgrupper och högriskindivider.

Dessutom beaktades de uppgifter som sammanställts av WHO om ändamålsenligheten hos systematiska massscreeningprogram för att minska den belastning som hjärt-kärlsjukdomar medför²⁷ och WHO:s tekniska paket HEARTS för riskbaserad hantering av hjärt-kärlsjukdomar inom primärvården²⁸.

OECD har genom ett EU-finansierat projekt offentliggjort en rapport om läget för hjärt-kärlhälsan i EU²⁹ som innehåller en omfattande bedömning av hjärt-kärlhälsan runtom i EU och fungerar som underlag för politiska insatser på EU-nivå och nationell nivå. I rapporten framhålls hälsokontroller och riktade förebyggande initiativ som ändamålsenliga och kostnadseffektiva strategier för att identifiera och hantera riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar, särskilt bland mindre gynnade befolkningsgrupper. I rapporten identifieras också ihållande ojämlikheter i hjärt-kärlhälsa och vikten av att säkerställa förebyggande åtgärder och vård som är jämlik och tillgänglig för alla framhävs. I ett policydokument från

²⁶ 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>.

²⁷ 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>.

²⁸ 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>.

²⁹ OECD, *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, OECD Publishing, Paris, 2025, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>.

OECD³⁰ beskrivs dessutom de tillgängliga beläggen för en ändamålsenlig utformning och ett ändamålsenligt genomförande av hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar.

Slutligen ligger de rekommendationer om EU-omfattande kardiometaboliska hälsokontroller som utarbetats av *European Society of Cardiology*³¹ till grund för förslaget.

- **Konsekvensbedömning**

Det krävs ingen konsekvensbedömning. Det föreslagna instrumentet innehåller endast rekommendationer till medlemsstaterna om hur man kan förbättra tidig upptäckt av och screening för hjärt-kärlsjukdomar genom hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar.

- **Lagstiftningens ändamålsenlighet och förenkling**

Ej tillämpligt.

- **Grundläggande rättigheter**

Denna föreslagna rekommendation är förenlig med de grundläggande rättigheter och de principer som erkänns i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna. I synnerhet respekterar den föreslagna rekommendationen rätten till tillgång till förebyggande hälsovård och till medicinsk vård på de villkor som fastställs i nationell lagstiftning och praxis (artikel 35 i stadgan). Den respekterar också principen om icke-diskriminering (artikel 21 i stadgan).

4. BUDGETKONSEKVENSER

Förslaget påverkar inte unionens budget.

5. ÖVRIGA INSLAG

- **Genomförandeplaner samt åtgärder för övervakning, utvärdering och rapportering**

Framstegen i genomförandet av EU:s plan för hjärt-kärlhälsa kommer att följas upp med hjälp av en övervakningsram.

- **Förklarande dokument (för direktiv)**

Ej tillämpligt.

- **Ingående redogörelse för de specifika bestämmelserna i förslaget**

Ej tillämpligt.

³⁰ OECD, *Strengthening health checks for the prevention and management of cardiovascular disease*, OECD Publishing, Paris, 2026, <https://doi.org/10.1787/95c9ccdb-en>. Det innehåller de viktigaste inslagen i diskussionerna under den politiska dialogen samt skriftlig återkoppling från medlemsstaterna, *European Society of Cardiology*, den gemensamma åtgärden mot hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes samt *Global Heart Hub*, som är alliansen mellan hjärtpatientorganisationer.

³¹ European Society of Cardiology, "Recommendations for EU-wide cardiometabolic health checks", ESC Newsroom, 15 januari 2026, hämtad den 10 juli 2026, <https://www.escardio.org/news/news-room/recommendations-for-eu-wide-cardiometabolic-health-checks/>.

Förslag till

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

EUROPEISKA UNIONENS RÅD HAR ANTAGIT DENNA REKOMMENDATION,
med beaktande av fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, särskilt artikel 168.6,
med beaktande av Europeiska kommissionens förslag, och
av följande skäl:

- (1) Enligt artikel 168.1 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (*EUF-fördraget*) måste en hög hälsoskyddsnivå för människor säkerställas vid utformning och genomförande av all unionspolitik och alla unionsåtgärder. Den fastställer unionens roll när det gäller att komplettera nationell politik, främja samarbete mellan medlemsstaterna och verka för samordning av hälsorelaterade initiativ, samtidigt som medlemsstaternas ansvar för att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster respekteras.
- (2) Hjärt-kärlsjukdomar är den främsta orsaken till dödsfall och funktionsnedsättning i unionen¹. De kräver 1,7 miljoner liv varje år och drabbar omkring 62 miljoner människor, och den ekonomiska kostnaden överstiger 282 miljarder euro per år².
- (3) I rådets slutsatser från 2024 om hjärt-kärlhälsa³ uppmanades medlemsstaterna att utöka sekundärpreventionen genom evidensbaserade hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar.
- (4) Den 16 december 2025 antog kommissionen ett meddelande om EU:s plan för hjärt-kärlhälsa⁴, som syftar till att stödja medlemsstaterna att minska belastningen av hjärt-kärlsjukdomar.
- (5) Hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar stöder tidig upptäckt av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar, såsom högt blodtryck, högt kolesterol, diabetes och obesitas, som tillsammans med lämplig patientcentrerad uppföljande vård, inbegripet diagnos och behandling, kan minska hjärt-kärlhändelser såsom hjärtattacker och stroke.
- (6) Denna rekommendation syftar till att stödja medlemsstaterna i deras framsteg mot att uppnå mål 3.4 i målen för hållbar utveckling, minska den förtida dödligheten i icke-smittsamma sjukdomar med en tredjedel och främja psykisk hälsa och välbefinnande

¹ OECD, *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, OECD Publishing, Paris, 2025, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>.

² OECD, *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, OECD Publishing, Paris, 2025, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>.

³ [Slutsatser om förbättrad hjärt- och kärlhälsa i Europeiska unionen, rådets generalsekretariat, 14 november 2024](#). Kan hämtas på: [Consilium](#).

⁴ Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén om en EU-plan för hjärt-kärlhälsa, COM(2025) 1024 final, 16.12.2025. Finns i [EUR-Lex](#).

senast 2030, och mot att uppnå målet i EU:s plan för hjärt-kärlhälsa att minska den förtida dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar med 25 % senast 2035 samt de specifika målen för mätning av blodtryck, kolesterol och glukos hos personer i åldern 25–34 år, 35–64 år och personer i åldern 65 år och äldre.

- (7) Rekommendationen syftar till att hjälpa medlemsstaterna att inrätta hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar för att förbättra tidig upptäckt och diagnos av hjärt-kärlsjukdomar genom snabb upptäckt och hantering av riskfaktorer, samtidigt som man möjliggör anpassning till nationella och regionala behov och sammanhang samt respekterar hälso- och sjukvårdssystemens mångfald, inbegripet deras finansiering.
- (8) Mindre än hälften av medlemsstaterna erbjuder hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar och de skiljer sig avsevärt åt i sina upplägg⁵; vissa har särskilda nationella program, medan andra integrerar riskbedömning för hjärt-kärlsjukdomar genom hela livet inom primärvården och via lokalsamhällsbaserade tjänster.
- (9) Ojämligheter i hjärt-kärlhälsa kvarstår mellan och inom medlemsstaterna⁶, och förbättrad tillgång till hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar kan bidra till att minska ojämlikheten i vårdprocessen.
- (10) Det finns belegg för att insatser på befolkningsnivå som är inriktade på grupper som löper högre risk, såsom de med typ 2-diabetes, är ändamålsenliga när det gäller tidig upptäckt av hjärt-kärlsjukdomar⁷. Genom att rikta in sig på personer som löper högre risk kan man förbättra ändamålsenligheten och effektiviteten vid hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar och minska risken för hjärt-kärlhändelser som kan undvikas⁸.
- (11) Vid riskbedömning för hjärt-kärlsjukdomar bör medlemsstaterna, i enlighet med Världshälsoorganisationens (WHO)⁹ vägledning, först rikta in sig på de personer som kan löpa högre risk på grund av ålder eller andra riskfaktorer.
- (12) Hjärt-kärlsjukdomar utvecklas gradvis under hela livet. Eftersom en persons risk för hjärt-kärlsjukdomar ökar med åldern bör hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar anpassas efter ålder för att säkerställa att riskfaktorer upptäcks på ett ändamålsenligt sätt och i god tid. Expertarbetsgruppen inom *European Society of Cardiology*¹⁰ rekommenderar särskilda kardiometaboliska hälsokontroller för att tidigt upptäcka risker hos personer under 35 år, personer i åldern 35–64 år och äldre vuxna (över 65 år). Medlemsstaterna kan överväga att erbjuda individanpassade hälsokontroller för personer under 35 år om de löper högre risk.

⁵ OECD, *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, OECD Publishing, Paris, 2025, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>.

⁶ OECD, *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, OECD Publishing, Paris, 2025, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>.

⁷ OECD, *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, OECD Publishing, Paris, 2025, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>.

⁸ 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>.

⁹ 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>.

¹⁰ European Society of Cardiology, "Recommendations for EU-wide cardiometabolic health checks", ESC Newsroom, 15 januari 2026, hämtad den 10 juli 2026, <https://www.escardio.org/news/news-room/recommendations-for-eu-wide-cardiometabolic-health-checks>.

- (13) Kostnadseffektiviteten för hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar beror på flera faktorer, såsom utbredningen och förekomsten av hjärt-kärlsjukdomar och deras riskfaktorer, hälso- och sjukvårdssystemet och strategin för genomförande av hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar. Nya belägg framkommer om kostnadseffektiviteten för hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar från pilotprojekt för genomförande i medlemsstaterna¹¹ och OECD:s beräkningar¹². Även om befintliga analyser^{13 14} visar att riktade strategier med fokus på personer som löper högre risk¹⁵ tenderar att ge mer gynnsamma kostnadseffektivitetsprofiler i jämförelse med systematiska hälsokontroller på befolkningsnivå, förväntas ytterligare belägg från genomförandeprojekt och modelleringsövningar finjustera dessa beräkningar.
- (14) Upplägget för hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar är föremål för pågående vetenskaplig utveckling, och därför bör genomförandet av sådana hälsokontroller åtföljas av en kontinuerlig bedömning av deras kvalitet, tillämplighet och kostnadseffektivitet, om de stöds av tillgängliga belägg och överensstämmer med nationella eller regionala prioriteringar. Nya vetenskapliga framsteg, inbegripet digitala och AI-baserade verktyg, kan, om de är kliniskt validerade och används under lämplig mänsklig tillsyn och undviker könsdiskriminering och annan snedvridning, bidra till utvecklingen av nya strategier för hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar.
- (15) Hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar bör omfatta en systematisk tillämpning av tester och bedömningar inom en definierad målgrupp, i syfte att upptäcka riskfaktorer i målgruppen för att underlätta hanteringen av dem innan symtom uppstår eller upptäcks.
- (16) Det finns olika strategier för att identifiera den målgrupp som bör bjudas in till hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar. Berättigade befolkningsgrupper kan identifieras med hjälp av relevanta epidemiologiska datakällor och hälso- och sjukvårdsdatakällor, inbegripet hälsoundersökningar, sjukdomsregister och, i förekommande fall, patientjournaler. Den gemensamma åtgärden mot hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes ger en översikt över sådana strategier¹⁶.
- (17) Det är viktigt att säkerställa att hälsokontrollerna för hjärt-kärlsjukdomar är godtagbara för målgruppen för att de ska kunna genomföras på ett säkert, ekonomiskt överkomligt, effektivt och ändamålsenligt sätt. En högre acceptans hos enskilda personer, bland annat genom lämplig målgruppsanpassning, tydlig kommunikation

¹¹ 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/>.

¹² [Arbetsprogrammet för EU för hälsa 2025 \(inte översatt till svenska\)](#): CR/CV&NCD-CA-25-89 "Investing in health promotion and disease prevention across the lifespan".

¹³ OECD, *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, OECD Publishing, Paris, 2025, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>.

¹⁴ Zanfina Ademi, Sheridan E. Rodda, Karl Vivoda, Susan Hennessy, Olive Fenton och James S. Ware för Global Heart Hub-manifestet, *PharmacoEconomics*, vol. 43, utgåva 11, 2025, s. 1 281–1 292, <https://link.springer.com/article/10.1007/s40273-025-01537-5>.

¹⁵ 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>.

¹⁶ 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>.

och minimering av den upplevda belastningen, främjar deltagandet i hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar och stärker dess övergripande ändamålsenlighet.

- (18) Enskilda personers hälsolitteracitet och medvetenhet om deras risk för hjärt-kärlsjukdomar bör förbättras med hjälp av samhällsengagemang och kulturanpassad kommunikation, särskilt bland utsatta grupper och dem som löper högre risk, eftersom sådan litteracitet och medvetenhet bidrar till att säkerställa deltagande och ökar användningen av hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar.
- (19) För att på ett ändamålsenligt sätt minska den belastning som hjärt-kärlsjukdomar medför bör hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar omfatta lämpliga och individanpassade diagnostiska tester och uppföljande vård genom en integrerad, patientcentrerad vårdväg.
- (20) Tillgång till befintliga elektroniska hälsodata från en persons hälsokontroll för hjärt-kärlsjukdomar kan bidra till att förbättra dess kvalitet och kontinuitet. Genom det europeiska hälsodataområdet¹⁷ inrättas en ram för säker tillgång till och utbyte av prioriterade kategorier av elektroniska hälsodata, inbegripet data om läkemedel, hälsoproblem, behandlingar och resultat av medicinska undersökningar, som kan innehålla information som är relevant vid riskbedömning och uppföljande vård av hjärt-kärlsjukdomar.
- (21) Kön- och genusspecifika riskskillnader bör beaktas vid utformningen och genomförandet av hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar, eftersom män i allmänhet utvecklar hjärt-kärlsjukdomar tidigare i livet, medan kvinnors risk ökar efter klimakteriet och påverkas av andra händelser i livet, såsom graviditet.
- (22) För att säkerställa ändamålsenliga hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar och minska ojämlikhet i hälsa bör vederbörlig hänsyn tas till de särskilda behoven hos utsatta befolkningsgrupper, såsom äldre, socioekonomiskt mindre gynnade eller marginaliserade grupper och personer som är svåra att nå, eftersom det är mer sannolikt att de förhindras från att delta och att de har sämre tillgång till förebyggande åtgärder och vård.
- (23) Primärvård kan användas för att genomföra hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar och för att hjälpa personer som konstaterats löpa högre risk att minska sin risk genom individanpassat förebyggande och hantering av riskfaktorer. Dessutom kan lokalsamhällsbaserade hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal, till exempel på apotek eller med hjälp av mobila sjukvårdsenheter, bidra till att identifiera tidigare upptäckta hjärt-kärlrisker hos befolkningsgrupper som annars kanske inte har tillgång till förebyggande tjänster och uppföljande vård.
- (24) Bredare kampanjer, med särskilda screeningtillfällen, som för hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar närmare människor skulle kunna öka antalet tidiga upptäckter, särskilt i avlägsna områden, landsbygdsområden eller eftersatta områden.
- (25) Individanpassat förebyggande bör omfatta relevanta vaccinerings, t.ex. mot influensa, som kan bidra till att minska riskerna och komplikationerna i samband med hjärt-kärlsjukdomar.

¹⁷ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2025/327 av den 11 februari 2025 om det europeiska hälsodataområdet och om ändring av direktiv 2011/24/EU och förordning (EU) 2024/2847 (EUT L, 2025/327, 5.3.2025, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj>).

- (26) För ett ändamålsenligt genomförande av hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar krävs hälso- och sjukvårdspersonal med lämplig utbildning och tillräckliga resurser som utför hälsokontrollerna och tillhandahåller individanpassat stöd och individanpassad vård genom en multidisciplinär och patientcentrerad strategi.
- (27) Ett ändamålsenligt genomförande, övervakning och utvärdering av hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar bör stödjas av lämpliga och proportionella dataarrangemang och digitala verktyg, bland annat för identifiering av berättigade befolkningsgrupper, registrering av genomförda kontroller och deras resultat. Om dessa arrangemang inbegriper elektroniska hälsodata anges i förordning (EU) 2025/327 om det europeiska hälsodataområdet den relevanta unionsramen för säker och interoperabel användning av sådana data.
- (28) Tillgången till och användningen av data från relevanta källor, inbegripet register över sjukdomar och dödlighet, data som samlats in under hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar och, i förekommande fall, genomdata och andra relevanta omikdata, kan bidra till ändamålsenligare hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar. Sekundäranvändning av sådana data kan stödja forskning, innovation och beslutsfattande inom hjärt-kärlvård, särskilt genom att förbättra förståelsen av riskfaktorer och befolkningsgrupper som löper högre risk, ligga till grund för förebyggande prioriteringar och stödja utformningen och utvärderingen av förebyggande strategier. Det europeiska hälsodataområdet underlättar sådan sekundäranvändning genom att inrätta en gemensam unionsram för säker och tillförlitlig användning av elektroniska hälsodata för sekundäranvändning i hela unionen.
- (29) Nya datadrivna och AI-stödda riskbedömningsstrategier kan ytterligare förbättra identifieringen av personer som löper högre risk, förutsatt att sådana strategier är kliniskt validerade samt införs och används under lämplig mänsklig tillsyn i enlighet med tillämpliga unionsregelverk.
- (30) Etiska, juridiska, sociala, medicinska, organisatoriska, socioekonomiska, jämställdhetsrelaterade, hälso- och sjukvårdskapacitetsrelaterade och resursmässiga aspekter bör beaktas innan beslut fattas om utformning och genomförande av hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar.
- (31) Hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar som utformas och genomförs på ett ändamålsenligt sätt bör inbegripa lämplig styrning, inbegripet multidisciplinärt deltagande, samarbete mellan berörda parter på nationell och regional nivå, när så är lämpligt, och beaktande av patientens perspektiv, för att säkerställa kvalitet och acceptans.
- (32) En kvalitetssäkringsram bör säkerställa ett ändamålsenligt införande och en ändamålsenlig övervakning av hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar.
- (33) Denna rekommendation påverkar inte medlemsstaternas behörighet att organisera och finansiera sina hälso- och sjukvårdssystem och sin sjukvård.

HÄRIGENOM REKOMMENDERAS FÖLJANDE.

Mål

- (1) Denna rekommendation syftar till att hjälpa medlemsstaterna att senast 2035 uppnå följande mål och de specifika målen i EU:s plan för hjärt-kärlhälsa:
- (a) Den förtida dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar ska minska med 25 %.

- (b) Minst 75 % av alla i åldern 25–64 år, och minst 90 % av alla på 65 år och uppåt, ska få sitt blodtryck mätt en gång om året av hälso- och sjukvårdspersonal.
- (c) Minst 65 % av alla i åldern 25–64 år, och minst 80 % av alla på 65 år och uppåt, ska få sitt kolesterol mätt en gång om året av hälso- och sjukvårdspersonal.
- (d) Minst 65 % av alla i åldern 25–64 år, och minst 80 % av alla på 65 år och uppåt, ska få sitt blodsocker mätt en gång om året av hälso- och sjukvårdspersonal.

HÄRIGENOM REKOMMENDERAS MEDLEMSSTATERNA ATT GÖRA FÖLJANDE:

Utformning och genomförande av hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar

- (2) Utforma och genomföra tillgängliga hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar, med beaktande av de grundläggande principerna om säkerhet, etik, offentligt engagemang och rättvisa.
- (3) Basera hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar på tillgängliga och nya vetenskapliga belägg, samtidigt som man bedömer och fattar beslut på nationell eller regional nivå beroende på sjukdomsbördan och tillgängliga hälso- och sjukvårdsresurser, inbegripet sjukvårdsarbetsstyrkan, inom ramen för nationella eller regionala prioriteringar.
- (4) Utse en styrningsstruktur för beslutsfattande om utformningen och genomförandet av hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar, inbegripet bedömning och anpassning av hälsokontrollerna på grundval av resultat, säkerställande av en multidisciplinär strategi och inkludering av berörda parter såsom patientföreträdare.
- (5) Integrera köns- och genusspecifika överväganden i utformningen och genomförandet av hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar.
- (6) Identifiera utsatta gruppers behov vid utformningen och genomförandet av hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar, såsom migranter, socioekonomiskt mindre gynnade grupper, personer som bor på landsbygden och personer med funktionsnedsättning eller samsjuklighet.
- (7) Säkerställa rättvis tillgång till hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar genom bredare kampanjer som stöder sådana kontroller inom primärvården och tillgängliga miljöer i lokalsamhället, såsom apotek och lokala samhällscentrum, och att överväga mobila sjukvårdsenheter, såsom på marknadsplatser och i köpcentrum, för att föra hälsokontrollerna direkt till människorna och öka antalet tidiga upptäckter, särskilt på landsbygden eller i eftersatta områden.
- (8) Säkerställa att hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar är godtagbara för målgruppen, bland annat genom tydlig och kulturanpassad kommunikation, verksamhet som främjar hälsolitteracitet och medvetenhet, anpassning av genomförandemodeller till deras behov samt köns- och genusmedvetna strategier.
- (9) Använda innovativa tekniska lösningar, inbegripet datadrivna och AI-baserade verktyg, för att stödja riskbedömning och hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar, förutsatt att sådana verktyg är evidensbaserade, kliniskt validerade och används under lämplig mänsklig tillsyn och genomförs i enlighet med tillämplig unionsrätt.

- (10) Säkerställa tillgång och tillgänglighet till remissvägar för uppföljande bedömning och vård av personer som löper högre risk genom en integrerad, patientcentrerad vårdväg.
- (11) Överväga en individanpassad förebyggande strategi för att hantera personer som löper högre risk genom evidensbaserade livsstilsinsatser, behandlingar och regelbundna uppföljande hälsokontroller för att anpassa insatserna genom en patientcentrerad strategi.
- (12) Överväga lämpliga rekommendationer för vaccinering inom ramen för strategin för individanpassat förebyggande.
- (13) Beakta komponenterna i de hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar som anges i bilagan.

Registrering och hantering av data från hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar

- (14) Använda lämpliga arrangemang och digitala verktyg, i enlighet med tillämplig unionsrätt och nationell rätt, inbegripet förordning (EU) 2025/327 om det europeiska hälsodataområdet i tillämpliga fall, för att stödja genomförandet och registreringen av utförda hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar och resultaten av dessa, inbegripet identifieringen av berättigade befolkningsgrupper.
- (15) Vidta lämpliga och proportionella åtgärder för att säkerställa att personer som är berättigade till hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar informeras om och bjuds in att delta i hälsokontrollerna.
- (16) Säkerställa tillgänglig och lättläst information om hälsokontroller för personer med funktionsnedsättning.
- (17) Samla in, hantera och utvärdera relevanta uppgifter om tester, bedömningar och diagnoser, i tillämpliga fall, i samband med hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar.
- (18) I tillämpliga fall och i enlighet med unionsrätten, inbegripet förordning (EU) 2025/327 om det europeiska hälsodataområdet, beakta potentialen hos relevanta elektroniska hälsodata som samlats in under hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar för att stödja forskning, innovation och beslutsfattande, inbegripet utveckling och utvärdering av strategier för förebyggande och tidig upptäckt.

Övervakning och utvärdering

- (19) Regelbundet övervaka processen för och resultatet av hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar.
- (20) Utvärdera ändamålsenligheten, kostnadseffektiviteten, resursanvändningen, befolkningens engagemang och deltagarnas resultat av hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar.

Utbildning och kapacitetsuppbyggnad

- (21) Utnyttja befintliga och investera i ytterligare utbildningsprogram för hälso- och sjukvårdspersonal för att stärka kompetensen när det gäller att genomföra hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar och engagera patienter på ett ändamålsenligt sätt.

Deltagande

- (22) Säkerställa ett stort deltagande i hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar och uppföljande vård, som bygger på fullständigt informerat samtycke, när hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar erbjuds.

- (23) Överväga incitament för att säkerställa att målgruppen deltar i hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar, inbegripet möjligheter att delta i ett individanpassat förebyggande program.

Medvetenhet: samhällsengagemang och samarbete

- (24) Uppmuntra samarbete och engagemang mellan berörda parter, såsom forskningsinstitutioner, patientorganisationer, civilsamhällesorganisationer, folkhälsoorganisationer, yrkesorganisationer och kliniska organ, på nationell och internationell nivå för att maximera resurserna och främja gränsöverskridande samarbete mellan berörda parter.
- (25) Förbättra allmänhetens medvetenhet om och engagemang i hälsokontroller för hjärt-kärlsjukdomar, bland annat genom informationskampanjer och förbättrad livslång hälsolitteracitet.

Angående rapportering om genomförande och uppföljning

- (26) Rapportera till kommissionen om genomförandet av denna rekommendation inom tre år efter det att den har antagits och därefter vart fjärde år, så att genomförandet av denna rekommendation kan övervakas i unionen.

Utfärdad i Bryssel den

På rådets vägnar
Ordförande