

Ett strukturerat omhändertagande av patienter med hjärt-kärlsjukdom i primärvården



Riksförbundet
HjärtLung

<3

TRE MILJARDER SLAG*

*Ett samarbete mellan Amgen och Novo Nordisk.

Om den här rapporten

Ett mänskligt hjärta slår i genomsnitt tre miljarder slag under en livstid. Sedan Socialstyrelsen började följa dödstalen i hjärt-kärlsjukdom har dessa minskat kraftigt i Sverige, tack vare framsteg inom prevention, diagnostik och behandling.^{1,2} Denna utveckling öppnar för en framtid där alla hjärtan får slå färdigt.

Den här rapporten har producerats i ett samarbete mellan Riksförbundet HjärtLung och Tre Miljarder Slag, som är ett initiativ som vill samla alla goda krafter, rikta dem åt samma håll och arbeta fokuserat och målmedvetet för den svenska hjärt-kärlhälsan.

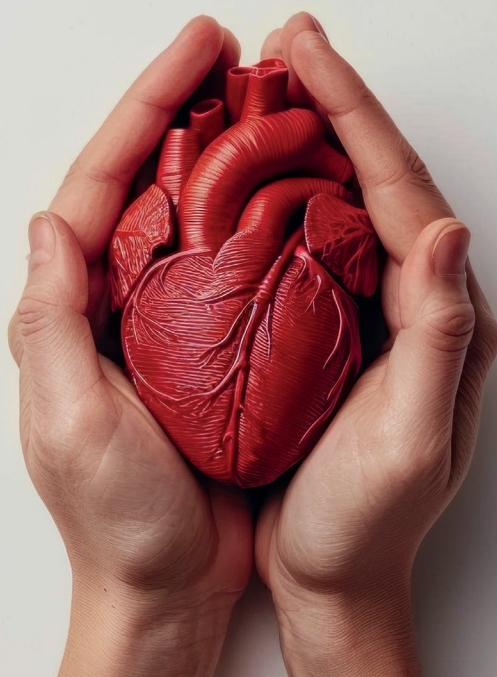
Syftet med rapporten är att belysa vikten av ett strukturerat omhändertagande för patienter med hjärt-kärlsjukdom inom den svenska primärvården.



Riksförbundet
HjärtLung



TRE MILJARDER SLAG





Innehåll

Bakgrund	4
Syfte och genomförande	4
Hjärt-kärlsjukdom i Sverige	4
Kostnader för samhället	5
Regional och socioekonomisk skillnad	5
Brister och utmaningar	5
Visualisering av vårdmodell	6
Modell för omhändertagande	6
Övergripande styrning	6
Det dagliga arbetet	6
Verktyg och stödstrukturer	6
Patientens medskapande	6
Reflektioner från professionen	8
Samverkan mellan vårdnivåer	8
Struktur- och kompetensproblem	8
Kontinuitet och personcentrerad vård	9
Verktyg och digital delaktighet	9
Slutord	10
Referenser.....	11

Bakgrund

Denna rapport är framtagen inom ramen för ett samarbete mellan initiativet Tre Miljarder Slag och Riksförbundet HjärtLung. Syftet har varit att kartlägga hur ett strukturerat omhändertagande för patienter med hjärt-kärlsjukdom kan utformas i primärvården.

Hjärt-kärlsjukdom är den ledande dödsorsaken i Sverige och ett växande folkhälsoproblem, där vårdkedjan ofta är fragmenterad. Behovet av en nationell strategi och tydligare strukturer i primärvården är stort, särskilt för att förbättra uppföljning, sekundärprevention och livskvalitet för de många patienter som lever med dessa sjukdomar.

Syfte och genomförande

Projektet har byggt på en kvalitativ metod, där intervjuer har genomförts med ett brett urval av professioner och aktörer, som primärvårdsläkare, kardiologer, verksamhetschefer, utvecklingsansvariga, sjuksköterskor, fysioterapeuter samt patientföreträdare. Arbetet har haft som ambition att utgå från patientens upplevelse och perspektiv för att stärka en personcentrerad och sömlös vård genom hela vårdkedjan.

Intervjuerna genomfördes via videomöte eller telefon under vinter/vår 2025. Frågorna utformades för att undersöka vad som fungerar bra i primärvårdens arbete med hjärt-kärlpatienter, vilka brister och behov som finns, samt vilka rutiner och förutsättningar som krävs för att ett strukturerat omhändertagande ska kunna etableras. Särskil-

da teman berörde bland annat förebyggande arbete, patientutbildningsmaterial, personliga hälsoplaner och mål, uppföljning, behandling och fysisk aktivitet, liksom betydelsen av kvalitetsrapportering via register som SWEDHEART. Även frågor om samarbete mellan vårdnivåer, digitala lösningar och behovet av en nationell hjärtstrategi ingick.

Sekundärprevention: insatser som minskar risken för nya hjärt-kärlhändelser genom behandling, kontroll av riskfaktorer och sunda levnadsvanor.

Insikterna från intervjuerna har sammanställts och analyserats för att identifiera gemensamma mönster, goda exempel och förbättringsområden. Materialet ligger till grund för den modell för ett strukturerat omhändertagande för hjärt-kärlsjukdom i primärvården som presenteras i rapporten. Förhoppningen är att denna modell ska kunna fungera som underlag för framtida beslut på nationell och regional nivå, samt bidra till utvecklingen av en sammanhållen hjärt-kärlstrategi i Sverige.

Hjärt-kärlsjukdom i Sverige

Hjärt-kärlsjukdomar utgör fortfarande en av de främsta utmaningarna för den svenska folkhälsan och är den vanligaste dödsorsaken – både genom akuta tillstånd som hjärtinfarkt och stroke och genom kroniska följd-tillstånd som hjärtsvikt och rytmrubbningar. Trots positiva trender i många delar kvarstår stora utmaningar, särskilt vad gäller jämlik vård och god sekundärprevention. Den po-



sitiva utvecklingen har också lett till att en växande grupp människor idag lever med hjärt-kärlsjukdom, vilket ställer krav på vårdens kapacitet för långsiktig rehabilitering, sekundärprevention och uppföljning.

En betydande del av sjukdomsburden beror på påverkbara levnadsvanor. Riskfaktorer som rökning, fysisk inaktivitet, ohälsosam kost, stress och övervikt står för en stor andel av insjuknanden i hjärt-kärlsjukdomar. Tidiga och samordnade insatser kring levnadsvanor har visat sig vara avgörande både för att förebygga insjuknande och för att minska risken för återfall.^{3,4} Arbetet med levnadsvanor måste integreras i hela vårdkedjan.

Kostnader för samhället

Kostnaderna för vård vid hjärt-kärlsjukdom är höga, både direkt (via sjukhusvård och läkemedel) och indirekt (via produktionsstopp och vård efter sjukhusvistelse). Varje dygn vårdas cirka 85 359 personer i Sverige för någon form av hjärt-kärlsjukdom, och direkta vårdkostnader för akuta hjärtinfarkter uppskattas till ungefär 1,8 miljarder kronor per år.⁵ Enligt Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) var de totala samhällsekonomiska kostnaderna för hjärt-kärlsjukdom år 2019 cirka 60,2 miljarder kronor, där

sjukvård utgjorde ungefär 42 procent och resterande delar bestod av produktionsbortfall och annat stödbehov.⁶

Regional och socioekonomisk skillnad

Sveriges regioner skiljer sig avsevärt i både insjuknande och dödlighet i hjärtinfarkt. Insjuknandet per 100 000 invånare och dödligheten i hjärtinfarkt är till exempel högre i Norrbotten än i Stockholm och Uppsala, där siffrorna ligger bland de lägsta. I Region Stockholm har det åldersstandardiserade insjuknandet i hjärtinfarkt för både män och kvinnor minskat kraftigt sedan år 2000.^{7,8}

Det finns också tydliga socioekonomiska skillnader. Personer med enbart förgymnasial utbildning löper både högre risk att insjukna i hjärtinfarkt och har en högre dödlighet än personer med eftergymnasial utbildning. Skillnaderna speglar både variationer i riskfaktorer och i snabb tillgång till vård, behandling och uppföljning över tid.^{9,10}

"Stora förbättringsmöjligheter finns i den långsiktiga uppföljningen"

Brister och utmaningar

Många patienter saknar dokumenterad uppföljning 12-14 månader efter en hjärt-kärlhändelse. Medan den initiala behandlingen ofta följer riktlinjerna ses större variation i primärvårdens långsiktiga riskfaktorkontroll, till exempel av kolesterol, blodtryck och övervikt. Med andra ord riskerar patienter "falla mellan stolarna" när det akuta skedet är över, om eftervård och rehabilitering inte struktureras och görs tillgänglig överallt.¹¹

Sverige har nått långt i den akuta hjärt-kärlvården, men det finns fortsatta möjligheter att stärka hela vårdkedjan genom bättre förutsättningar för det förebyggande arbetet och mer struktur kring uppföljning, rehabilitering och sekundärpreventiva insatser.

Visualisering av vårdmodell

Modell för omhändertagande

Den modell som presenteras till höger, i ett hjärta sett i genomsnitt, utgår från en central tanke där patienten och det multidisciplinära teamet utgör kärnan i hela omhändertagandet. I detta team ingår läkare, sjuksköterska och fysioterapeut – alla med hjärt-kärlkompetens. Utifrån behov ansluter även dietist, kurator, psykolog eller annan kompetens som behövs.

Här sker själva vården i praktiken – med fast vårdkontakt, kontinuerlig kompetensutveckling för personalen och patientutbildning genom exempelvis hjärtskola. Patienten bör vara i centrum och vården utformas med patienten som medskapare.

Övergripande styrning

Som ett paraply över hela modellen återfinns den övergripande styrningen. Här ligger en nationell hjärtstrategi till grund, med tydliga mål och prioriteringar. Hjärt-kärlstrategin ska ge riktning åt såväl nationella som regionala och lokala insatser, och skapa förutsättningar för en jämlik och evidensbaserad vård. Till detta hör kunskapsstöd och vägledande dokument som kompletterar lokala riktlinjer och dokument, och underlättar för vårdpersonal i vardagen.

Det dagliga arbetet

I mitten av modellen finns det dagliga arbetet, som utgör själva implementeringen av riktlinjer och rutiner. Detta omfattar enhetliga arbetssätt på lokal och regional nivå med fokus på uppföljning, läkemedelsgenomgång och riskfaktorkontroll enligt nationella riktlinjer för sekundärprevention. Årskontroll,

livsstilsstöd och rehabilitering är centrala delar. Liksom ett nära samarbete mellan primär- och sjukhusvård, med gemensamma insatser som sekundärprevention, digitala hjärtronder, konsultationer och kunskapsöverföring från kardiologer till primärvård.

Samarbetet sträcker sig även till den kommunala vården, hemsjukvården och till patientorganisationer, som bidrar med information, stöd och ökad förståelse för patienter och anhöriga.

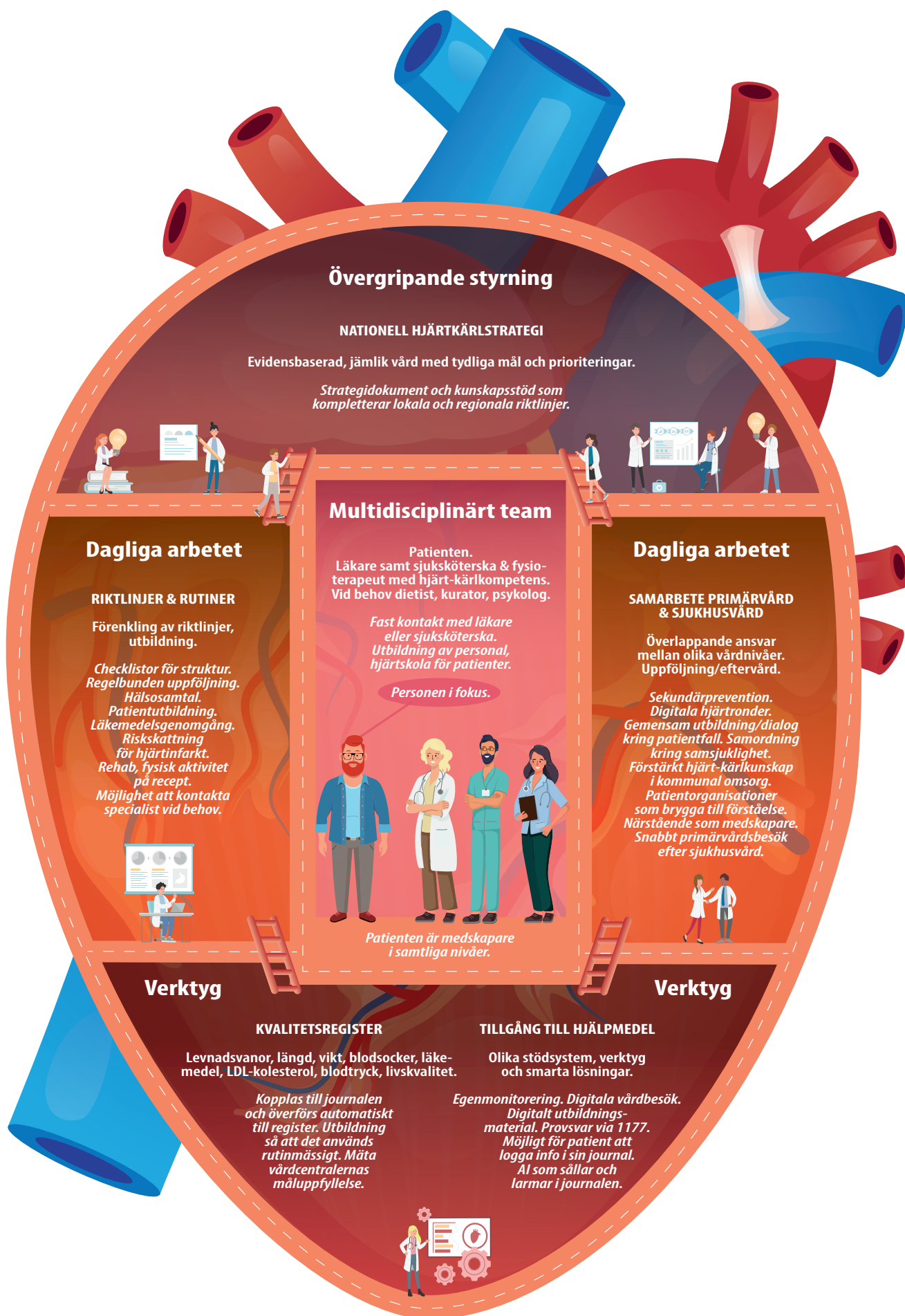
Verktyg och stödstrukturer

Den nedersta nivån av modellen består av de verktyg som vården behöver som stöd, till exempel kvalitetsregister och olika sorters hjälpmedel. Kvalitetsregistren samlar in data om både medicinska värden och livsstilsfaktorer, och blir på så vis en viktig del i både uppföljning och förbättringsarbete. När dessa integreras i journalsystemen kan de användas direkt i det kliniska arbetet.

De tekniska lösningarna omfattar digitala vårdbesök, egenmonitorering, patientutbildning via 1177 och andra digitala plattformar samt system som kan larma vid riskindikationer. Syftet är att förenkla, effektivisera och höja kvaliteten i vården.

Patientens medskapande

Patienten är central på alla nivåer i modellen. På strategisk nivå deltar patienter i styrgrupper och råd, på vårdnära nivå i utveckling av arbetssätt. Varje patient har rätt till tydlig, lättförståelig information om sin sjukdom, såväl som individuell hälsoplan och personcentrerad vård.



Reflektioner från professionen

Under hösten 2025 ordnades en avstämning med ett antal nyckelpersoner från vårdprofessionen. Syftet var att pröva modellens bärighet i praktiken, lyfta fram hinder och möjligheter samt diskutera vilka steg som krävs för att stärka vården framöver.

Samverkan mellan vårdnivåer

Under diskussionen konstaterades det att behovet av en sammanhållen strategi är stort. Ett återkommande tema under mötet var samverkansproblemen mellan vårdnivåer. Sjukhusvård och primärvård beskrevs som att de “äger” patienten var för sig, i stället för att dela ansvaret.

Erfarenheterna visade också på en ömsesidig frustration: från primärvårdens sida kring remisser som avvisas, och från sjukhusvården kring frågor om patienter är “utremitterade eller inte”.



Goda exempel gavs i form av digitala hjärt-ronder där primärvården får direktkontakt med sjukhusvården, eller telefonlinjer för subakuta konsultationer.

Struktur- och kompetensproblem

Även kompetensbrist belystes. Många fysioterapeuter i primärvården arbetar idag utan specifik hjärt-kärlkompetens, vilket gör att de kan känna sig osäkra inför patientgruppen. Likaså beskrevs en generell osäkerhet bland primärvårdspersonal inför patienter med hjärt-kärlsjukdom, där symtom ofta hanteras reaktivt istället för preventivt.

Förslag om gemensamma utbildningsdagar för exempelvis kardiologer och allmänläkare framfördes, där komplexa patientfall diskuteras i dialogform.

Strukturella problem i primärvården beskrevs också som ett hinder. Patienter med hjärt-kärlsjukdom har ofta samsjuklighet – exempelvis diabetes, KOL eller njursjukdom – men möts av splittrade vårdinsatser. Överlämning från sjukhus till primärvård sker inte alltid med en tydlig vårdplan, och resursbristen leder till att patienter träffar flera olika personer, och saknar en fast vårdkontakt. Tiden per besök är ofta kort, vilket gör att vården fokuserar på symtom i stället för prevention, patientutbildning och livsstilsstöd.

Särskild hjärt-kärlkompetens i primärvården påtalades kunna skapa stuprör, där patienter hänvisas till olika personer för olika besvär. Modellen föreslår dock att samma personal möter patienten, men att möjligheten till hjärt-kärlspecifik vård finns vid behov.



Kontinuitet och personcentrerad vård

Flera konkreta systemförändringar diskuterades under avstämningen. Ett av de mest centrala var förslaget om obligatoriska uppföljningsprogram för patienter med hjärt-kärlsjukdomar och relaterade diagnoser. Dessa program skulle bygga på nationella riktlinjer, innefatta fasta multidisciplinära team i primärvården och säkerställa att patienter kallas till regelbundna kontroller med tydlig information om sjukdom och behandling. Med checklistor, kallelser och egenmonitorering skulle det vara möjligt att uppnå jämlik vård oavsett bostadsort.

Kontinuitet och vikten av personcentrerad vård betonades också starkt. Likaså framhölls vikten av att utöka teamtänkandet – exempelvis genom att ge diabetes-sköterskor utbildning i hjärt-kärlkompetens, eftersom riskfaktorerna ofta är desamma för de två sjukdomsgrupperna.

Verktyg och digital delaktighet

Kvalitetsregister ansågs vara ett av de viktigaste verktygen för utveckling och styrning. Exempel från regionala initiativ där vårdcentraler kunde följa sina resultat i realtid visade hur öppna jämförelser skapade motivation. Ett gemensamt register mellan primärvård och sjukhusvård efterlystes, med fokus på exempelvis blodtryck, kolesterol, rökstopp och BMI.

Digital egenmonitorering presenterades som en framgångsrik lösning, där många patienter med rätt stöd själva kan mäta blodtryck, vikt och EKG via appar. Detta ger en ökad förståelse för det egna tillståndet och stärker följsamheten till behandling.

Avslutningsvis diskuterades vikten av och hinder för implementering av en nationell hjärt-kärlstrategi. Nationella riktlinjer fastnar idag ofta i regionala processer där de inte omsätts i praktiken. En nationell strategi skulle bidra till att skapa tydliga prioriteringar och underlätta uppföljning.

Några huvudpunkter:



Utökat samarbete mellan primär- & sjukhusvård.



Gemensam utbildning & samtal kring patientfall.



Checklistor, kallelser & egenmonitorering.



Kvalitetsregister & tekniska verktyg.



Nationell strategi för övergripande stöd.

Slutord

Hjärt-kärlsjukdom berör 2,2 miljoner människor i Sverige. Under de senaste decennierna har den akuta vården förbättrats, vilket har gjort att fler överlever en hjärt-kärlhändelse. Därmed har också antalet som lever vidare med kronisk hjärt-kärlsjukdom ökat. Det här är en patientgrupp som kräver långsiktig vård, uppföljning och stöd.¹²

Den här rapporten har syftat till att visa hur vården kan göras mer enhetlig och jämlik. Idag är skillnaderna mellan regioner stora, och socioekonomiska faktorer påverkar vårdens resultat. Många patienter får inte den kontinuitet, rehabilitering och sekundärprevention som krävs för att minska risken för återinsjuknande och försämrat tillstånd i hjärt-kärlsjukdom, och förbättra livskvaliteten.

"Sverige har alla förutsättningar för att vidareutveckla en modern och jämlik hjärt-kärlvård"

För att möta dessa utmaningar har Tre Miljarder Slag och Riksförbundet HjärtLung tagit fram en modell för ett strukturerat omhändertagande av hjärt-kärlpatienter i primärvården. Kärnan är ett multidisciplinärt team med patienten i centrum, kompletterat av tre nivåer: nationell styrning, ett systematiskt dagligt arbete och verktyg i form av kvalitetsregister och tillgång till hjälpmedel.

För att detta ska kunna bli verklighet krävs:

- **en nationell hjärt-kärlstrategi** med tydliga mål, prioriteringar och uppföljning, i likhet med den som finns för cancer.
- **multidisciplinära team** med läkare, sjuksköterska och fysioterapeut som bas i primärvården, med kompetens inom hjärta-kärl.
- **fast vårdkontakt** och tydliga vårdplaner för varje patient.
- **strukturerade uppföljningsprogram i primärvården** – checklistor, kallelser och sekundärprevention.
- **samarbete mellan primärvård och sjukhusvård**, med sömlösa vårdövergångar och digitala hjärtronder.
- **kvalitetsregister** som täcker vårdens olika delar och följs upp nationellt.
- **digitala lösningar** och egenmonitorering som stärker patientens delaktighet i sin egen vård.
- **kontinuerlig kompetensutveckling** för personal i hjärt-kärlvården.

Sverige har alla förutsättningar för att vidareutveckla en modern och jämlik hjärt-kärlvård, men det kräver en nationell strategi. Med ett strukturerat omhändertagande, som beskrivs i denna rapport, kan vi fånga upp fler tidigt, förebygga återinsjuknande och stärka livskvaliteten för hjärt-kärlpatienter.



Referenser

- 1 Socialstyrelsen (2021) Antalet hjärtinfarkter fortsätter att minska.
<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/antalet-hjartinfarkter-fortsatter-att-minska/>
- 2 Socialstyrelsen (2024) Statistik om dödsorsaker år 2023. Artikelnummer 2024-6-9170.
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/statistik-om-dodsorsaker-ar-2023-2024-6-9170/>
- 3 Folkhälsomyndigheten (2023) Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2023.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a448b27d603c44f590fc1aff741bod5d/folkhalsan-sverige-arsrapport-2023.pdf>
- 4 Socialstyrelsen (2024) Nationella riktlinjer 2024 – Vård vid ohälsosamma levnadsvanor.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2024-11-9272.pdf>
- 5 SKR, publika rapporter för KPP somatisk vård, KPP-somatik BAS-rapporter avseende slutenvård och öppenvård Publik, Basrapport slutenvård.
https://statva.skr.se/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2F35349142-e299-4c7c-bfd1-433d2567bdf1&sso_guest=true&reportViewOnly=true&sas-welcome=false
- 6 IHE (2021). Hjärtkärlsjukdomar i Sverige – kostnader och konsekvenser.
https://assets.ctfassets.net/e8gvzq1fwq00/412SVQCzTi6JmXv6rmY15y/7bfca1eb710358f782879d2aobfa4f7/IHE_Rapport-2021-4.pdf
- 7 Socialstyrelsen (2023) Statistik om hjärtinfarkter 2022. Artikelnummer 2023-11-8838.
<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/992cb6e1227f4cee96cc6d96616462c3/2023-11-8838.pdf>
- 8 Folkhälsorapport Stockholm (2021). Hjärtinfarkt och stroke.
<https://www.folkhalsorapportstockholm.se/rapporten2/sjukdomar-och-skador/hjartinfarkt-och-stroke/>
- 9 Socialstyrelsen (2023). Hjärtinfarkterna fortsätter att minska.
<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/hjartinfarkterna-fortsatter-att-minska/>
- 10 Folkhälsorapport Stockholm (2021) – se referens 8.
- 11 SWEDEHEART (2024). Årsrapport 2024 – SWEDEHEART, Delregister SEPHIA/Uppföljning/sekundärprevention. <https://www.ucr.uu.se/swedeheart/arsrapport>
- 12 Nationellt programområde för hjärt- och kärlsjukdomar (2021). Sekundärprevention vid kranskärlssjukdom – Stöd för styrning och ledning. Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.
<https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.73f60cd7197a1a30e6cc52/1750770151952/Se-kundarprevention-vid-kranskarlssjukdom-stod-for-styrning-och-ledning.pdf>



Riksförbundet
HjärtLung

<3
TRE MILJARDER SLAG

Ett samarbete mellan Amgen och Novo Nordisk.

AMGEN

