

För en hållbar hypertoni-vård – nya vårdmodeller behövs

Högt blodtryck (vanligen primär hypertoni) är en väl belagd kardiovaskulär riskfaktor som ökar risken för en rad sjukdomsmanifestationer globalt [1] och utgör ett stort och växande folkhälsoproblem även i vårt land, vilket nyligen belysts i en rapport från en arbetsgrupp inom Nationell kunskapsstyrning från Sveriges Kommuner och regioner [2]. Det gäller inte minst under inflytande av sänkta blodtrycksgränser för definition av hypertoni (från 160/95 mm Hg till 140/90 mm Hg medelblodtryck sedan 1970-talet) och framför allt en växande åldersrik befolkning, då andelen med hypertoni är påtagligt åldersberoende. Detta medför stora utmaningar för primärvården och dess personal genom tilltagande vårdtyngd, vilket vållat omfattande debatt. Man har uppskattat att en genomsnittlig svensk allmänläkare möter en mycket stor andel hypertoni-patienter, med eller utan samsjuklighet, bland sina planerade patientbesök – uppskattningsvis cirka 10 procent. Det kan ibland vara svårt att ta ställning till behandlingsmål för enskilda patienter då hänsyn måste tas till individens behov, riskberäkning och egna önskemål. Sannolikt ger emellertid hypertoni-bördan mycket mer omfattande skador i befolkningen än vad som kan beräknas enbart i form av statistik över antalet sjukhusinläggningar för kardiovaskulär sjukdom. Detta sker eftersom obehandlad eller dåligt kontrol-



Peter M Nilsson, senior professor/ expert klinisk kardiovaskulär forskning, specialist i allmänmedicin, institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet, Malmö
● Peter.Nilsson@med.lu.se



Miriam Pikkemaat, docent, specialist i allmänmedicin, Vårdcentralen Husensjö, Helsingborg; institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet, Malmö



Ulrika Andersson, dr med vet, specialist i allmänmedicin, Vårdcentralen Löddeköpinge; institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet, Malmö

lerad hypertoni kan nedsätta kognitiva förmågor och kardiell funktion under åldrandet, vilket felaktigt kan tolkas som enbart åldersbetingat när det i stället är ett resultat av subkliniska mikrovaskulära organskador [3].

Under den senaste 30-årsperioden har evidensen från ett flertal interventionsstudier av hypertoni ökat. Antalet behandlade hypertoni-patienter har också ökat, liksom blodtryckskontrollen hos dessa, även om situationen fortfarande är suboptimal [4-6]. Bland personer med tidigare diagnostiserad hypertoni som besökte Region Stockholms vårdcentraler åren 2016-2021 var det till exempel endast 38 procent som uppnådde önskvärd blodtryckskontroll (<130/80 mm Hg för personer under 70 år, <140/90 mm Hg för personer 70 år och äldre) [7] (Figur 1). Bland primärvårdens patienter med typ 2-diabetes och hypertoni har blodtryckskontrollen efter hand förbättrats hos andelen med <140/85 mm Hg, från 15

procent år 2000 till 60 procent år 2024, enligt Nationella diabetesregistret [8]. Detta är positiva tecken och vittnar om framför allt primärvårdens ökande kompetens, förbättrade läkemedel med synergistiska effekter, diabetessjuksköterskors viktiga roll och bättre informerade patienter. Trots detta är vården inte optimal för hypertoni-patienter i primärvård [9], och det kan även behövas ett ökat fokus på till exempel en utvecklad konsultation för att långsiktigt bedöma kardiovaskulär risk på ett förenklat sätt, även helt utan provtagningar [10, 11].

Det som nu vållat debatt är att det finns målkonflikter i synsättet på hur patienter med hypertoni bör omhändertas på ett evidensbaserat och kostnadseffektivt sätt i den breda befolkningen. Förslaget från den nationella arbetsgruppen (NAG) för hypertoni, som reviderades under hösten 2025 efter en remissgång, har som målsättning att hypertoni-vården förbättras drastiskt och att sänkta målblodtrycks-

gränser, oavsett diabetesstatus och resulterande insättning av fler antihypertensiva läkemedel, tillämpas även upp i hög ålder [2]. Mot detta har ledande företrädare för Svensk förening för allmänmedicin och andra allmänläkare varnat för undanträngningseffekter om så stora vårdresurser ska läggas på behandling av en enda riskfaktor, trots tänkbar nytta, när behovet av omhändertagande av äldre och multisjuka i stället bör prioriteras. Man hävdar även att gränssnyttan för att förhindra hjärt-kärlsjukdom är avtagande vid allt lägre blodtrycksmål (ökande »numbers needed to treat«, NNT) och att hänsyn måste tas till »time needed to treat« (TNT) [12], det vill säga den tids- och resursåtgång som förslaget från Nationella arbetsgruppen medför. Nationella arbetsgruppen har menat att den stora kostnaden för en förbättrad hypertoni-vård (runt 40 miljarder kronor under 10 år, inkluderande cirka 1000 nya läkartjänster totalt) ändå kan leda till hälsoekonomiska vinster om hjärt-kärlhändelser kan förhindras. Ofta blir resultatet dock att dessa

»Det som nu vållat debatt är att det finns målkonflikter i synsättet på hur patienter med hypertoni bör omhändertas...«

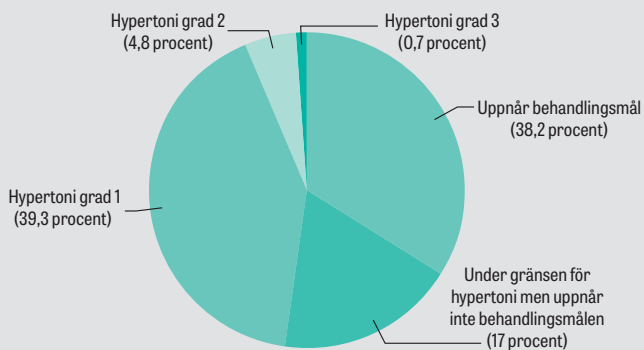
händelser uppskjuts tidsmässigt, även det en hälsovinst, om inte andra sjukdomar förkortar livet för patienten (konkurrerande mortalitet).

Eftersom båda sidor i debatten har rationella och viktiga argument, men inte ännu verkar kunna mötas, så kan det finnas behov av nytänkande på området som dels erkänner allvaret i och omfattningen av hypertoni som folkhälsoproblem, dels visar respekt för allmänmedicinen och dess företrädare, som inom primärvården utgör grunden för vården av de vanliga kroniska sjukdomarna.

HUVUDBUDSKAP

- Hypertoni som folkhälsoproblem ställer stora krav på en fungerande primärvårdsstruktur.
- För att minska arbetsbördan för landets allmänläkare bör nya vårdmodeller prövas där patienter med låg-måttlig kardiovaskulär risk i första hand ses av en sjuksköterska, med stöd av digitala kontakter, medan patienter med högre risk kan skötas av primärvårdsläkare.

FIGUR 1. Blodtrycksnivå hos patienter med diagnostiserat högt blodtryck



► Genomsnittliga blodtrycksnivåer hos personer i Stockholms län som har haft diagnostiserad hypertoni minst ett år under perioden 2016–2021, uppdelat på behandlingsutfall: andel som uppnår behandlingsmål (under 130/80 mm Hg för personer under 70 år; under 140/90 mm Hg för personer 70 år och äldre), andel som inte uppnår behandlingsmål men som ligger under gränsen för hypertoni, andel som har hypertoni grad 1 ($\geq 140/90$ mm Hg), andel som har hypertoni grad 2 ($\geq 160/100$ mm Hg) samt andel som har hypertoni grad 3 ($\geq 180/110$ mm Hg). Källa: Take Care SLSO primärvård; Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.

I enlighet med WHO:s »Sustainable development goals 2030« (SDG2030) och deras agenda för en bättre hälsa (goal 3) finns det anledning att fundera på vad som menas med en hållbar hypertoni-vård med hänsyn tagen till vårdens struktur samt balans mellan vårdens och patientens eget ansvar [13]. Kärnan i detta koncept [14] är att stratifiera hypertoni-patienterna efter total kardiovaskulär risk och hänvisa dem med låg-måttlig risk till en första linjens kontakt med sjuksköterska (och kontakt med läkare för recept eller vid komplikationer), medan de med hög risk primärt bör hänvisas till läkare, till exempel vid samsjuklighet som diabetes, njursjukdom eller aterosklerotiska sjukdomsmanifestationer. Till detta kommer en ökad användning av moderna teknologier som e-hälsa och digitala kontakter för rapport om hälsotillstånd, blodtrycksnivåer och tolerans för läkemedel etcetera, en ökad användning av hembloodtrycksmätningar samt fasta läkemedelskombinationer av billiga hypertoni-läkemedel [13,14]. Även information och pedagogik behöver utvecklas för dessa patienter med syfte att öka förståelsen för egenansvar, hälsosam livsstil och motivation för regelbunden medicinerings på basen av informerat samtycke.

Försök har gjorts att jämföra sjuksköterskeledd hypertoni-vård i primärvården med sedvanlig vård i en observationsstudie från Västra Götalandsregionen [15] och en annan från Stockholmsområdet [16]. Resultaten kunde inte påvisa någon skillnad i grad av blodtryckskontroll, men sannolikt blir en sådan lovvärd modell ändå hälsoekonomiskt billigare då den frigör

läkartid. I den svenska primärvårdsbaserade PERHIT-studien kunde man randomiserat visa att hembloodtrycksmätning och digitala kontakter förbättrade blodtryckskontrollen i interventionsgruppen efter 8 veckor [17]. Baserat på erfarenheter från PERHIT har vi nu tagit initiativ till en ny randomiserad hypertoni-studie i primärvård (SHIP-CARE) där hela den nya vårdmodellen ska testas för hypertoni-behandling [18], med stöd av bland annat Vetenskapsrådet och Forte (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd). Pilotstudien är avslutad och visar preliminära positiva resultat som ska ligga till grund för den större huvudstudien, vilken planeras starta under 2026. SHIP-CARE ligger i linje med en liknande studie om implementering av digitalt stöd i engelsk hypertoni-vård [19] och med WHO:s strategidokument (2025) för forskning om hypertoni och ansvarsdelning [20].

Även om såväl internationella riktlinjer inom hypertoniområdet som NAG hypertoni-utredningen [2] har pekat på behovet av nya vårdmodeller med teamarbete och delat ansvar så saknas det ännu hållbar evidens för detta arbetssätt baserat på randomiserade studier. Om modellen visar sig fungera väl skulle den kunna bidra till att en del av åsiktsskillnaderna mellan specialister i allmänmedicin och sjukhusbaserade specialister i synen på hypertoni och dess omhändertagande kan minska, vården effektiviseras och läkartid frigörs. På så sätt tar man hänsyn till båda sidors goda argument, men visar även på primärvårdens och allmänmedicinens ledande roll i dessa frågor. Med ett ökat an-

»... utvärderingen av nya vårdmodeller kan gagna hela hypertoni-vården, öka dess acceptans och kostnadseffektivitet ...«

tal hypertoni-patienter och mer ambitiösa blodtrycksmål, som alltid kan diskuteras och behöva individualiseras, så kommer antalet patienter som inte når dessa mål att växa trots flera insatta hypertoni-läkemedel, även om andelen med god blodtryckskontroll av alla hypertoni-patienter ökar i allmänhet. Här behövs ett närmare samarbete samt utbildningsinsatser där läkare från olika vårdnivåer kan mötas för att utforma lokala vårdprogram och remissrutiner.

Avslutningsvis menar vi att framtagandet och utvärderingen av nya vårdmodeller kan gagna hela hypertoni-vården, öka dess acceptans och kostnadseffektivitet och befrämja samarbete mellan olika yrkesgrupper inom vården samt därmed föra primärvård och slutenvård närmare varandra. Här kan goda erfarenheter från diabetesvården inspirera. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Peter M Nilsson har deltagit i utbildningsaktiviteter eller referensgrupper för Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Internetmedicin och Novo Nordisk samt har anlitats av Läkemedelsverket och Socialstyrelsen för expertuppdrag.

Citera: Läkartidningen. 2026;123:25163.

REFERENSER

1. GBD 2023 Disease and Injury and Risk Factor Collaborators. Burden of 375 diseases and injuries, risk-attributable burden of 88 risk factors, and healthy life expectancy in 204 countries and territories, including 660 subnational locations, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2023. *Lancet*. 2025;406(10513):1873-922.
2. Sveriges Kommuner och regioner (SKR). Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Hypertoni. 17 feb 2026. <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npohjartochkarlsjukdomar/hypertoni.87008.html>
3. Hainsworth AH, Markus HS, Schneider JA. Cerebral small vessel disease, hypertension, and vascular contributions to cognitive impairment and dementia. *Hypertension*. 2024;81(1):75-86.
4. Nilsson P, Andersson DK, Andersson PE, et al. Cardiovascular risk factors in treated hypertensives - a nation-wide, cross-sectional study in Sweden. *J Intern Med*. 1993;233(3):239-45.
5. Holmquist C, Hasselström J, Bengtsson Boström K, et al. Improved treatment and control of hypertension in Swedish primary care: results from the Swedish primary care cardiovascular database. *J Hypertens*. 2017;35(10):2102-8.
6. Bager JE, Manhem K, Andersson T, et al. Hypertension: sex-related differences in drug treatment, prevalence and blood pressure control in primary care. *J Hum Hypertens*. 2023;37(8):662-70.
7. Folkhälsorapport 2023. Stockholms län. Stockholm: Region Stockholm, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2023.
8. Nationella diabetesregistret. Årsrapport 2024. https://registercentrum.blob.core.windows.net/ndr/r/NDR_rsrappport-2024-nfsZyhug5.pdf
9. Helligren M, Wennberg P, Hedin K, et al. Hypertension management in primary health care: a survey in eight regions of Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 2023;41(3):343-50.
10. Gaziano TA, Young CR, Fitzmaurice G, et al. Laboratory-based versus non-laboratory-based method for assessment of cardiovascular disease risk: the NHANES I follow-up study cohort. *Lancet*. 2008;371(9616):923-31.
11. Petersson U, Östgren CJ, Brudin L, et al. A consultation-based method is equal to SCORE and an extensive laboratory-based method in predicting risk of future cardiovascular disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009;16(5):536-40.
12. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ*. 2023;380:e072953.
13. Nilsson PM, Pikkemaat M, Schutte AE. Sustainable hypertension care - a new strategy for an expanding problem. *J Hypertens*. 2024;42(11):1891-4.
14. Andersson U, Pikkemaat M, Axelsson L, et al. Ett hållbart omhändertagande av hypertoni i primärvården. *Allmänmedicin*. 2025;(2):14-6.
15. Quester R, Björck S, Manhem K, et al. Improving cardiovascular control in a hypertensive population in primary care. Results from a staff training intervention. *Scand J Prim Health Care*. 2024;42(2):347-54.
16. Ivarsson C, Bergqvist M, Wändell P, et al. Assessing associations of nurse-managed hypertension care on pharmacotherapy, lifestyle counseling, and prevalence of comorbid cardiometabolic diseases in all patients with hypertension that are treated in primary care in Stockholm, Sweden. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2025;27(1):e14940.
17. Andersson U, Nilsson PM, Kjellgren K, et al. Person-centredness in hypertension management using information technology: a randomized controlled trial in primary care. *J Hypertens*. 2023;41(2):246-53.
18. ClinicalTrials.gov. Sustainable hypertension management in primary health care in Sweden (SHIP-CARE). NCT06580613.
19. Smith A, Tucker KL, Barnes RK, et al. A service evaluation of the implementation of a novel digital intervention for hypertension self-monitoring and management system in primary care (SHIP): protocol for a mixed methods study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2024;24(1):707.
20. Matsushita K, Angell SY, Appel LJ, et al. Priorities for research on hypertension care delivery: a WHO report executive summary. *Hypertension*. 2025;82(6):971-6.