

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: **Kronisk njursjukdom**

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Stureby Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Rojin Rajabian Söderlund
Verksamhetschef Olof Ekberg	Verksamhetschefens e-post Olof.ekberg@ptj.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Daniel Öhman	Kontaktpersonens e-post Daniel.ohman@ptj.se

Instruktioner till mottagningen

Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med **del 1** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den **28 februari 2025**, **obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.**

Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 1 och 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2026 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.**

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Radera EJ text i grå fält.

Inför att skicka in: Har arbetet sparats med **rätt namn**? Skicka inte som länk (vi når inte era länkar) och inte som PDF. Skicka i form av **bilaga i word** sparad med korrekt namn. Står det något i **alla rutor**? Kommer era insatser bestå över tid? (ska **ej vara en engångsinsats** utan handla om förändrade arbetsätt). Har ni **minst 2 indikatorer och mäter ni något som gör skillnad för patienterna**? DVS inte bara att ni frågat om saker (t.ex. rökvanor) eller att ni dokumenterar saker (t.ex. BMI).

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Daniel Öhman
Profession: Läkare

Att involvera flera

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

- Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.
- Inkludera gärna två ST-läkare som inte är på sidotjänstgöring samtidigt, eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning. Låt dock inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart.

- Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras) redan innan genomförandet. Kanske bjuda in en patient att vara med i förbättringsteamet.

A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner

A: Åsa Altstrand (Sekreterare), Helen Eriksson (Undersköterska), Hanna Evanth (ST-läkare), Maria Prytz (Distrikssköterska), Sara Rendahl (Allmänläkare), Daniel Öhman (Allmänläkare)

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: Patienter involveras genom förbättrad patientinformation och genom informationsplansch i väntrummet.

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar ofta med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny -rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel.

Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/>

Kartläggning; skriv kortfattat hur ni har det hos er nu. Ange även vad ni vill åstadkomma och varför.

Vi har under ett antal år arbetat med att höja kvaliteten i vårt omhändertagande av kroniker, bla med strukturerade arbetssätt för årskontroller och med uppföljning av diagnossättning och behandling. I och med att kronisk njurfunktionsnedsättning kom in som kvalitetsindikator i primärvårdskvalitet blev vi uppmärksammade på att vi inte lever upp till våra ambitioner när det gäller kronisk njursjukdom. Vi ligger i samtliga parametrar mer eller mindre kring genomsnittet för Stockholm. I och med att vi har turen att ha en stabil och full bemanning samt ett relativt välmående upptagningsområde så tycker vi att vi har alla förutsättningar att kunna nå längre än så.

Val av tema för förbättringsarbetet:

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

Kronisk njurfunktionsnedsättning

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Vi vill höja graden av diagnossättning för patienter med CKD samt höja kvaliteten i behandlingen och omhändertagandet av dessa. Vi vill fokusera på att höja oss i ett antal kvalitetsparametrar (se nedan) där vi till största del utgått från de kvalitetsmått som valts ut i primärvårdskvalitet. Vår förhoppning är att detta ska ge bättre omhändertagande av patienterna men även höja kunskapsnivån hos oss och göra patienter mer delaktiga och bättre informerade.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Idéer till lösningar (För att nå målen)

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen) Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Bristande kunskaper

1.1: Intern utbildning
 1.2: Uppdaterade lokala vårdprogram / lathund
 1.3: Ämnet som fokusområde genom detta förbättringsarbete

2: Det upplevs som besvärligt att sätta diagnos och informera patienterna som kanske redan har "rätt behandling" och följs med kontroller pga andra kroniska sjukdomar

2.1: Utarbeta informationsblad att ge patienter vid information om diagnos
 2.2: På läkarmöten lyfta vikten av rätt diagnos för att säkerställa rätt behandling och möjlighet att följa upp strukturerat

3: Diagnos uppmärksammas ej, missas

3.1: Till respektive ansvarig läkare återkommande ta fram Medrave-listor med alla med sänkt eGFR som saknar diagnos samt alla med CKD-diagnos men som inte uppnår övriga kvalitetsmått (se nedan)

Mått och mätetal (indikatorer)

- Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?
- Hur kan det mätas?
- Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?

Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>

Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) men gärna även det ni gör (=”processmått”, t.ex. antal årskontroller varje månad av patienter med diabetes. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett ”balanserade mått” om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal eller Andel. Om ni väljer andra mått (för mjukare värden) så stäm av med er informationsapotekare eller er informationsläkare att måttet fungerar.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel listade patienter som har kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 30) och som har diagnos njursvikt	85% (31/38)	dec 2024	>90%	Medrave (primärärds-kvalitet)	dec 2025
Indikator 2	Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) och som har diagnos njursvikt	34%	dec 2024	>45%	Medrave (primärärds-kvalitet)	dec 2025
Indikator 3	Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR <60) som har kontrollerat albuminuri	76%	dec 2024	>85%	Medrave (primärärds-kvalitet)	dec 2025
Indikator 4	Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) som har blodtryck ≤ 130/80	46%	dec 2024	>50%	Medrave (primärärds-kvalitet)	dec 2025
Indikator 5	Andel patienter över 50 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) som har behandling med Statiner	66%	2024	>75%	Medrave	2025

Kommentar (valfritt):

TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Plan

-Ta fram informationsmaterial till patienter: Hanna Evanth, snarast

-Uppdatera lathundar för återbesök och behandling: Hanna Evanth och Daniel Öhman, snarast

-Information / internutbildning på läkarmöten: Hanna Evanth och Daniel Öhman, snarast

-Ta fram Medrave-listor: Åsa Altstrand och Daniel Öhman, snarast och därefter fortlöpande

-Kalla berörda patienter utifrån Medrave-listor: Alla läkare, vid behov med stöd av Maria Prytz och Helen Eriksson

Redovisningen av indikatorernas utfall sker sen i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1

t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som **en bilaga (ej länk)** i **WORDFORMAT** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2025 till: forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni**

Indikator 1	Andel listade patienter som har kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 30) och som har diagnos njursvikt	85% (31/38)	Dec 2024	>90%	91,8% (45/49)	Medrave	Dec 2025
Indikator 2	Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) och som har diagnos njursvikt	34%	Dec 2024	>45%	52,3%	Medrave	Dec 2025
Indikator 3	Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR	76%	Dec 2024	>85%	84,2%	Medrave	Dec 2025

	<60) som har kontrolle rat albumin uri						
Indikator 4	Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) som har blodtryck ≤ 130/80	46%	Dec 2024	>50%	48,2%	Medrave	Dec 2025
Indikator 5	Andel patienter över 50 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) som har behandling med Statiner	66%	Dec 2024	>75%	67,4%	Medrave	Dec 2025

Övriga kommentarer:

Vad gäller diagnossättning har vi lyckats att uppnå våra mål. När det gäller den första parametern med patienter med eGFR<30 säger siffrorna troligen inte så mycket eftersom det rör så få individer men i parameter 2 (andel patienter med eGFR<60 med diagnos CKD) ser vi en tydlig förbättring. Vi har nästan uppnått målet vad gäller att kontrollera albuminuri hos våra patienter. Det finns utrymme till ytterligare förbättring avseende behandlingsmålen att ytterligare sänka

blodtrycket hos patienter med GFR <60 och att initiera statinbehandling hos patienter med njurfunktionsnedsättning. I båda dessa parametrar ligger vi dock redan bra jämfört med övriga Stockholmsområdet. Detta beror troligen på att vi redan tidigare arbetat ambitiöst med att försöka nå blodtrycksmål och att erbjuda statinbehandling. Att vi inte förändrat våra siffror nämnvärt kan bero på att vi redan nått många av de patienter som är mottagliga för en mer ambitiös behandling och att många av de kvarvarande avstått pga biverkningar eller övertygelse.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Kunskapsnivån kring kriterier för diagnossättning av njurfunktionsnedsättning har ökat. Som alltid är det viktigt att det finns en namngiven person som har ansvar att uppdatera lathundar och lokala riktlinjer för att de skall hålla sig uppdaterade med aktuella rekommendationer. Att med relativt små medel kan man påverka kvaliteten och i slutändan även vården för patienterna.

Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?

Kunskap från patienterna har spelat mindre roll under detta arbete då det främst handlade om att medvetandegöra indikationer och riktlinjer för läkargruppen så att korrekt diagnossättning och behandling kan genomföras.

Vad har ni för plan framåt gällande detta område? Här beskriver ni hur ni planerar att vidmakthålla positiva förändringar, eller om det inte blev som tänkt om ni avser att lägga ner eller förändra ansats.

Framåt kommer vi att fortsätta att hålla mallar för årskontroll uppdaterade enligt nya rekommendationer, revision av dokumentet planeras göras en gång om året. För att upprätthålla vårdcentralens och individuella läkares diagnossättning samt följsamhet till kvalitetsindikatorerna planeras att dra ut individuella listor en gång om året så att läkare kan ha detta i åtanke när man kallar sina patienter till årskontroll.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" utan punkter eller understreck och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA (EJ LÄNK)** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2026 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se

Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1") och skickas i word eller pdf-format. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.

Lathund njursvikt

Kom ihåg:

- Nedsatt njurfunktion (eGFR <60) är en tung riskfaktor för hjärtkärlsjukdom.
- Målbloodtryck: <130/80 mmHg. Vålreglerat blodtryck ger klart långsammare progress.
- RAAS-blockad och SGLT2 bromsar njurfunktionsnedsättning och skyddar hjärtat.
- Statinbehandling - "till alla över 50 år med eGFR <60 "

CHECKLISTA vid årskontroll:

- Följ "Allmän checklista för årskontroll"
- **Diagnossättning**, sätt alla diagnoser.
(Överväg diagnos **CKD då eGFR <60**. Alternativt: Följ upp! Kompletterande utredning?)

CKD 1–2 N18.1 + N18.2 eGFR >60

– normal till lätt nedsatt njurfunktion (om förhöjd U alb/kreakvot, se nästa sida)

CKD 3 N18.3: eGFR 30–59 – lätt-måttligt nedsatt njurfunktion

CKD 4 N18.4: eGFR 15–29 – kraftigt nedsatt njurfunktion

CKD 5 N18.5: eGFR <15 – njursvikt

- **Livsstilsfaktorer**, BMI
- **The big three:**
 - ♥ **blodtryck** (mål <130/80 mmHg)
 - ♥ **lipider** (se mål nedan) - "alla över 50 år med eGFR <60 bör ha statinbehandling"
 - ♥ **glukos**
- **Mikroalbuminuri** screening
- **EKG**, finns tillräckligt aktuellt?
- **Läkemedelsgenomgång** (XV016, vid ålder 75+)
- **Signera läkemedelslistan**
- "Årskontrollmeddelande" vb

Bedömning och handläggning vid förhöjd U-alb/kreakvot:

U-alb/krea > 3 mg/mmol: "mikroalbuminuri"

U-alb/krea > 30 mg/mmol: "makroalbuminuri"

- Tag morgonurinprov.
- Det krävs **två** positiva prov med 3 månaders mellanrum för att uppfylla definitionen mikroalbuminuri.
- Vid **albuminuri** viktigt att optimera behandling!
 - Eftersträva full tolererad RAAS-blockad
- ingen dosreduktion förrän eGFR <20–30, men försiktig insättning och upptrappning
 - RAAS-blockad ska även ges till patienter med diabetes och normalt blodtryck
 - SGLT2-hämmare om alb/krea >30 eller om diabetes
 - Uppnå målbloodtryck: <130/80 mmHg
 - Statinbehandling rekommenderas.
 - Kontrollera och behandla övriga riskfaktorer.

RAAS-blockad och sänkning av eGFR

- Sänkning av eGFR på 30–50% kan accepteras vid insättning av RAAS-blockad om värdet ligger stabilt. Var mer försiktig vid eGFR 20–40 och äldre/sköra.
- Kalium upp till 5,2-(5,5) kan accepteras (om stabilt).
- Ingen dosreduktion av RAAS-blockad förrän eGFR <20 vid njur- och hjärtsvikt, dock kan insättning och upptrappning behöva ske långsammare vid nedsatt eGFR.
- Följ upp med kontroll av krea och K efter insättning och vid upptrappning av dos.

Ställningstagande till SGLT2-hämmare

Forxiga 10 mg 1x1 eller Jardiance 10 mg

- Vid kronisk njurfunktion (eGFR <60) och tecken på kvarvarande U-alb/kreakvot >30 mg/mmol trots full tolererad RAAS-blockad.
- Vid diabetes typ 2 vid GFR <60 eller albuminuri > 3 mg/mmol
- Behandling med SGLT2 kan initieras ner till eGFR 20, och behållas fram till dialys
- Ge patientinformation: ”Till dig som medicinerar med SGLT2-hämmare” – Janusinfo
- Behandling med SGLT2-hämmare ger ofta viss kreatininstegring som är ”snäll”. Behöver inte följas upp. Ger även vanligen viss blodtryckssänkning, kan följas upp vid behov

Lipidbehandling vid nedsatt njurfunktion

- **Lågt GFR (<60) eller albuminuri innebär hög kardiovaskulär risk, sikta högt!**
- Atorvastatin (10-) 20–40 (-80) mg.
- Överväg lägre dos för äldre och vid uttalat nedsatt njurfunktion (eGFR <30)
- Ökad risk för statinbiverkan vid nedsatt njurfunktion eGFR <30
- ”Statinbehandling till alla över 50 år med eGFR <60 ”

Vaccinering

1. Alla patienter med CKD 3-5 (eGFR <60) har ökad infektionsrisk och rekommenderas vaccinering både mot influensa och pneumokocker.

Stadieindelning av kronisk njurfunktion beroende på eGFR och U-alb/kreakvot

Stadieindelning av kronisk njursjukdom (CKD)			U-albumin/kreatininkvot		
			A1	A2	A3
CKD stadium		eGFR, ml/min/1,73 m ²	Normal – lätt ökad	Måttligt ökad*	Kraftigt ökad*
			<3 mg/mmol	3–29 mg/mmol	≥30 mg/mmol
1	Normal – ökad njurfunktion	≥90			
2	Normal – lätt nedsatt njurfunktion	60–89			
3a	Lätt – måttligt nedsatt njurfunktion	45–59			
3b	Måttligt nedsatt njurfunktion	30–44			
4	Kraftigt nedsatt njurfunktion	15–29			
5	Njursvikt	<15			

Grön färg – låg risk. Gul färg – måttlig risk. Orange färg – hög risk. Röd färg – mycket hög risk. Avser riskökning för njursvikt, kardiovaskulär och total mortalitet.

För att sätta diagnos (N18.1–N18.5) krävs två mätningar med minst tre månaders intervall.

Diagnos CKD stadium 1–2 förutsätter samtidig förekomst av annat tecken på njurskada, till exempel albuminuri > 3 månader, biopsiverifierad njursjukdom eller polycystisk njursjukdom.

*Tidigare kallat mikroalbuminuri respektive makroalbuminuri

Information om nedsatt njurfunktion

Vad gör njurarna?

Njurarna är två viktiga organ som hjälper kroppen att fungera normalt. De renar blodet från restprodukter och överflödigt vätska, som sedan lämnar kroppen via urinen. Njurarna reglerar också kroppens saltbalans, surhetsgrad (pH) och blodtryck.

Vad innebär nedsatt njurfunktion?

Det är normalt att njurarnas kapacitet minskar något med stigande ålder. Men ibland försämras funktionen snabbare eller mer varaktigt än förväntat – detta kallas **kronisk njurfunktionsnedsättning**.

Nedsatt njurfunktion kan bero på:

- Sjukdomar som direkt påverkar njurarna
- Belastning på njurarnas känsliga blodkärl, ofta kopplat till:
 - Högt blodtryck
 - Höga blodfetter
 - Högt blodsocker (diabetes)
 - Rökning
 - Övervikt
 - Ärftliga faktorer

Eftersom njurarna har stor överkapacitet märks ofta inte en försämring direkt. Men när funktionen blir tillräckligt nedsatt kan det påverka flera delar av kroppen, till exempel:

- Hjärtat och blodkärlen (redan vid måttlig nedsättning)
- Skelett, nerver och muskler
- Blodbildning
- Kroppens vätskebalans

Njurfunktion och läkemedel

Njurarna hjälper till att bryta ner och göra sig av med många läkemedel. Därför är det viktigt att ta hänsyn till njurfunktion när man väljer och doserar mediciner.

Behandling

Behandlingen har oftast två mål:

1. **Bromsa försämringen** av njurfunktionen så att du slipper symtom och besvär.
2. **Minska risken för hjärt-kärlsjukdomar**, som stroke och hjärtinfarkt.

Behandlingen kan innefatta:

- Blodtryckskontroll

- Stabilt och lågt blodsocker (vid diabetes)
- Justering av läkemedel
- Livsstilsförändringar

Vid kraftigt nedsatt njurfunktion kan ytterligare behandling bli aktuell.

Vad kan du göra själv?

Det du gör själv är minst lika viktigt som medicinerna. Här är några saker som hjälper njurarna:

- **Motionera regelbundet**
- **Undvik rökning**
- **Ät mindre salt**
- **Välj en allsidig och hälsosam kost** – mer frukt och grönt, mindre animaliska fetter och snabba kolhydrater

Vid mer uttalad njurfunktionsnedsättning kan du behöva kostråd från en dietist.

När ska du kontakta sjukvården?

Du kommer oftast att följas regelbundet med blodtryckskontroller samt blod- och urinprov. Men vissa situationer kräver extra uppmärksamhet:

- **Vid magsjuka med kräkningar eller diarré** – då kan njurfunktionen tillfälligt försämrats. Du kan behöva göra uppehåll med vissa mediciner. Fråga din läkare om vad som gäller för dig.
- **Om du får svårt att kissa**
- **Inför röntgenundersökning med kontrastvätska** – då kan din läkemedelsbehandling behöva justeras