

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: PTJ Stuvsta VC Kronisk Njursjukdom

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Praktikertjänst Stuvsta VC	Namn på er Informationsapotekare Kristina Dee
Verksamhetschef Mina Masoumzadeh	Verksamhetschefens e-post Mina.masoumzadeh@ptj.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Johan Insulander Jämtin	Kontaktpersonens e-post Johan.insulander.jamtin@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.slso@regionstockholm.se **senast den 1 mars 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 arbetssätt). 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: Johan Insulander Jämtin
Profession: ST 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:

Johan Insulander Jämtin, ST läkare i allmänmedicin, ansvarig för projektarbetet.
Omar Lundberg, Specialistläkare i allmänmedicin, medicinskt ansvarig läkare
Mina Masoumzadeh, Specialistläkare i allmänmedicin, verksamhetschef.

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

B: Patientinformation riktad till patienter med konstaterad kronisk njursjukdom.

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.

Kronisk njursjukdom (CKD) är en progressiv nedsättning av njurarnas funktion ofta kartlagd med hjälp av den glomerulära filtrationshastigheten (GFR). Denna sjukdom drabbar miljontals människor globalt och är förknippat med betydande komplikationer där hjärt-kärlsjukdomar är den ledande orsaken till sjuklighet och dödlighet hos dessa patienter. CKD är en stark och obereoende riskfaktor, även i tidiga stadier finns en signifikant ökad risk att utveckla exempelvis hjärtinfarkt, stroke och hjärstsvikt jämfört med en population med normal njurfunktion. Denna koppling mellan dessa två tillstånd gör det angeläget att kartlägga och behandla denna högriskpopulation.

På PTJ Stuvsta vårdcentral fanns mellan 31/12 2023- 31/12 2024, 169 patienter under 80 års ålder med måttlig eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR <60) som har diagnosen Kronisk njursjukdom (CKD stadium 3: 119 st, stadium 4: 13 st, stadium 5: 2 st, Kronisk njursjukdom ospecificerad: 34 st, njursjukdom icke specificerad som akut eller kronisk: 1). Under samma tidsperiod har 4333 individer lämnat prover där eGFR analyserats och därav 577 identifierats ha ett värde motsvarande 59 eller lägre. Detta motsvarar 29,8% av patienterna analyserade där diagnos identifierats. Således finns goda förbättringsmöjlighet att identifiera patienter, diagnossättning och även anpassad behandling för dessa patienter rörande kardiovaskulär prevention så som blodtryck och blodfetter.

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.

Förbättring av identifikation, diagnosticering och behandling av kronisk njursjukdom.

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/>

Formulera här era mål:

Att identifiera patientgruppen med nedsatt njurfunktion i åldersgruppen 18-80 år, listade på Praktikertjänst Stuvsta vårdcentral. Utöver korrekt diagnossättning (kronisk njursjukdom; ICD N18.1-9), kontrollera att patienterna når blodtrycksmål, adekvata njurskyddande och hjärtskyddande medicinering i enighet med aktuellt kunskapsstöd från Region Stockholm. Målsättningen blir således delvis inriktad på att bromsa progress av patientens CKD samt förbättrad primärprevention i samma patientgrupp avseende kardiovaskulär riskprofil.

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/>

1: Tidigare forskning och primärvårdsuppdrag inte kunnat belysa vikten av CKD i primärvård.

2: Tillkomst avseende kunskap om vikten av kardiovaskulära riskfaktorer vid kronisk njursjukdom

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/>

1.1: Fokuserat förbättringsarbete 2025
1.2: Föreläsning för läkargruppen kring CKD, dess innebörd för patienten och risk avseende kardiovaskulär riskprofil.

2.1: Genomgång av patientgruppen via medrave kartläggning av patienter med andra associerade diagnoser så som "Diabetes med njurkomplikationer/multipla diagnoser)

3: Tidsbrist vid exempelvis årskontroller rörande blodtryck, diabetes eller hjärt-kärlsjukdom	3.1: Information till läkargruppen kring vikten av diagnos och behandling. 3.2: Upprättande av flödesschema som stöd vid utredning/behandling 3.3: Upprättande av patientinformation som kan delas ut till berörda patienter. I samband med diagnossättning.
---	--

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 "balanserat 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 start-läge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärde
Indikator 1	Identifiera patienter med eGFR <60, ställa korrekt diagnos enl stadiumindelning	29,2% 169/577	20241130	50%	Medrave, TC	Dec 2025
Indikator 2	Öka andelen patienter med statinbehandling i gruppen med eGFR <60.	53,8% 614/1160	20241130	60%	Medrave	dec 2025,
Indikator 3	Minska antalet patienter med diagnos N18.9 Kronisk njursjukdom ospecificerad för att	34 st	20241130	0	Medrave, TC	dec 2025

	sätta korrekt diagnos enl stadiumindelning					
Indikator 4	Andel patienter patienter med eGFR <60 med blodtryck <130/80	46,3% (273/317)	2024113	50%	Meddrav e	Dec 2025
						T.ex. dec 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 tänk? 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?

-Utformandet av ett flödesschema för att förenkla arbetet kring diagnostik, utredning och behandling hos patienter med CKD.

-Genomgång av patientgruppen i medrave för kartläggning kring gruppen där diagnosen är otydlig (Kronisk njursjukdom ospecificerad och njursjukdom icke specificerad som akut eller kronisk)

-Informera om projektet i läkargruppen samt på planeringsdag för övriga personalkategorier.

-Upprättande av patientinformationsbrochyr rörande CKD.

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 gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**

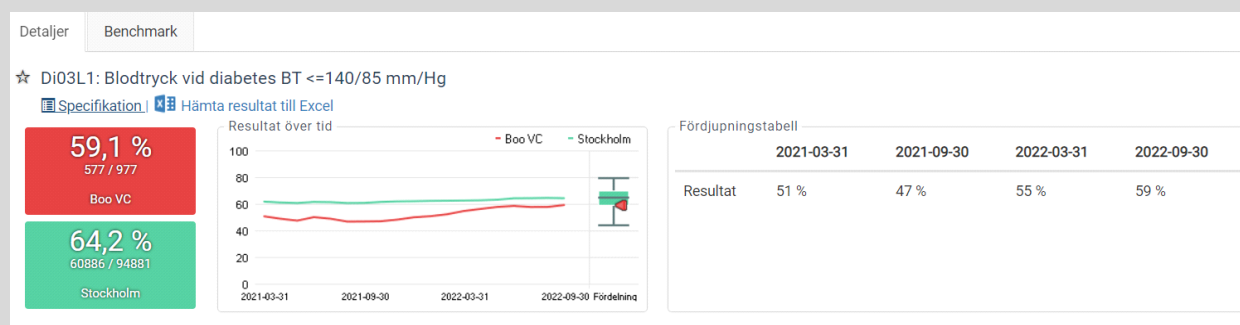
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

De förutsättningarna för att lyckas öka diagnosticeringen och identifieringen av patientgruppen med CKD hos Praktikertjänst Stuvsta vårdcentral, var till största delen avhängande på läkargruppens förmåga att identifiera dessa patientgrupper. Det är mycket sällan patienten själva söker på grund av nedsatt njurfunktion och således inriktades förbättringsarbetet att fånga dessa patienter när de av annan anledning besökte vårdcentralen och/eller lämnade blod och urinprover. Då vårdcentralen arbetar med väntelistor för årliga kontroller rörande hjärta-kärl, diabetes och hypertoni, inriktades fokus på dessa patienter samt om man vid annat blodprovstagningsfall upptäckte nedsatt njurfunktion. Då vårdcentralen ej har sjuksköterskor specialinriktade på njursjukdom och/eller hjärt-kärlsjukdom, var möjligheten att involvera andra yrkeskategorier något begränsad. Vårdcentralen har visserligen diabetessköterskor som regelbundet träffar patienter med diabetes mellitus typ II, dock ingår inte njurprover och/eller urinprov i deras rutinemässiga provtagning.

Genom att öka medvetenheten i läkargruppen kring diagnosticering och behandling av CKD, kunde detta öka insikten av vikten med att korrekt diagnosticera dessa patienter. Detta skedde dels genom föreläsning av njurmedicinsk specialist i samband med läkarmöte under början av året. I samband med att projektet startade togs material fram som stöd till läkargruppen; Informationsblad om projektets syfte och vilka mål som syftades till att förbättras, ett flödesschema för diagnosticering av CKD samt en patientinformation som kan delas ut till patienter i samband med att dessa får information om sin diagnos (Bilaga 1-3).

Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Identifiera patienter med eGFR <60, ställa korrekt diagnos enl stadiumindelning	29,2% (169/577)	20241130	50%	39,2% (219/558)	Medrave	20251130
Indikator 2	Öka andelen patienter med statinbehandling i gruppen med eGFR <60.	53,8% 614/1160	20241130	60%	53,8% (632/1175)	Medrave	20251130
Indikator 3	Minska antalet patienter med diagnos N18.9 Kronisk njursjukdom ospecificerad för att sätta korrekt diagnos enl stadiumindelning	34 st	20241130	100%	22 st (reduktion med 35%)	Medrave	20251130
Indikator 4	Andel patienter med eGFR <60 med blodtryck <130/80	46,3% (273/317)	20241130	50%	45,5% (254/304)	Medrave	20251130

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Genom att strukturera upp diagnosticering samt att arbeta mer målinriktat kring de relevanta indikatorerna: blodtryck och statinbehandling har dessa indikatorer förbättrats. Då vårdcentralen redan innan förbättringsarbetet hade en etablerad rutin för kontroller och väntelistor rörande flertalet andra patientkategorier så som blodtryck, diabetes och hjärta-kärlsjukdom där blodprover ink kreatinin samt urinprov för detektion av albuminuri ingår i samtliga provpaket som kontrolleras inför årliga kontroller. Detta återspeglas i att ca 85% av patienterna med eGFR <60 hade kontrollerats för albuminuri redan innan projektarbetet påbörjades. Då dessa rutiner för provtagning och kontroll av kroniska patientgrupper redan var etablerad behövde fokus istället inriktas på att korrekt diagnosticera patienterna, kontrollera deras medicinering samt informera patienterna. Detta gjorde arbetet mer välvärnsat vilket kunde förbättra chanserna för att det skulle lyckas. Genom ett föreläsningstillfälle i början av året fick även läkargruppen ta del av aktuella rekommendationer och behandlingsmål för CKD gruppen samt vikten av diagnosticering för att förbättra prognosen för dessa patienter.

Vid genomgång av resultatet av förbättringsarbetet ses tydlig förbättring avseende diagnossättning av patientgruppen med kronisk njursjukdom där andelen patienter under 80 år med eGFR <60 som fått diagnos kronisk njursjukdom ökat med 10% enheter vilket motsvarar ca 55 patienter. Även avseende gruppen "kronisk njursjukdom ospecificerad" har denna diagnos minskat från 34 patienter till 22 stycken vilket talar för att 35% fler patienter sannolikt fått en annan mer korrekt diagnos enligt stadiindelning för CKD. Även förekomsten av diagnosen kronisk njursjukdom har ökat och under 2024 (1/1-31/12) var denna diagnos på 29:e plats över våra vanligaste diagnoser, under 2025 (1/1-29/12) har den stigit till 16:e plats. Även detta talar för att medvetenheten kring diagnosen och diagnossättning har ökat. De resultat som inte förbättrades och således inte nådde uppsatta målvärde, var de som följer patienternas behandling avseende blodtryck och statinbehandling. Dessa indikatorer är oförändrade jämfört med tidigare och trots att andelen patienter som numera får sin diagnos kronisk njursjukdom så har dessa ej förbättrats.

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?

En av målsättningarna med arbetet (som dock inte går att mäta via parametrar i medrave) var att informera de berörda patienterna kring CKD samt vad detta innebär medicinskt samt kort- och långsiktigt för dessa patienter. Genom att ta fram och lämna ut skriftlig information (bilaga 3) till patienterna i samband med diagnossättning har detta underlättat delgivningen av information till patienterna kring deras diagnos. Detta syftar till att ge patienten en överblick över tillståndet och förbättra möjligheterna till att de tar till sig den informationen som läkaren förmedlar, då detta kan vara mycket som skall diskuteras vid årliga kontroller (där de flesta patienter upptäcks och diagnosticeras med CKD på härvarande klinik). Det fungerar också som ett stöd för behandlande läkare som kanske av tidspress eller av andra skäl missat att både sätta diagnos och informera patienterna kring detta. Flertalet patienter och även kollegor har uttryckt positiva upplevelser med att arbeta med denna typ av patientinformation.

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.

Vid genomgång av resultat har diagnossättningen förbättrats avseende både hur stor andel som får diagnos och även minskad användning av "kronisk njursjukdom, ospecificerad" vilket talar för en mer korrekt diagnosticering. Då målsättningen (eventuellt något för ambitiös) var satt på 50% respektive 100% (Diagnosticering och användning av "kronisk njursjukdom, ospecificerad") finns fortfarande förbättringspotential avseende dessa indikatorer. Det blir dock mycket tydligt att även fast vi i större mån påtalar och diagnosticerar CKD hos dessa patienter, behöver vi mer aktivt se över deras läkemedel och vara mer aktiva i behandling av blodtryck och statinbehandling. Det är möjligt att tidsbrist är en faktor i detta och då dessa patienter ofta kommer på kontroller av andra orsaker ex diabetes, hypertoni och/eller hjärt-kärlsjukdom och om så är fallet behöver rutinerna för uppföljning av dessa patienter ses över och exempelvis ett tydligare flödesschema/PM för dessa patienter kan utvecklas ett förslag kan exempelvis vara Bilaga 5 där till skillnad från tidigare flödesschema belyser vikten av att behandla dessa patienter. Den uteblivna förbättringen avseende blodtryck och statinbehandling kommer även användas för diskussion och information till berörda yrkesgrupper (läkare/sjuksköterskor) att det finns förbättringspotential hos denna patientgrupp.

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

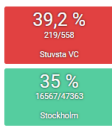
t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" utan punkter eller understreck och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA (EJ LÄNK)** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2026 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

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.

Bilaga 1

★ Nj01-80 år: Andel patienter under 80 år som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som har diagnos kronisk njursjukdom

Specifikation | Hämta resultat till Excel

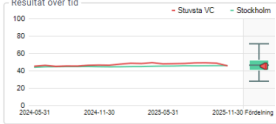
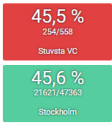


Fördjupningstabell

	2024-05-31	2024-11-30	2025-05-31	2025-11-30
Resultat	27 %	28 %	36 %	39 %

★ Nj03: Andel patienter under 80 år som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som har blodtryck ≤ 130/80

Specifikation | Hämta resultat till Excel

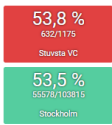


Fördjupningstabell

	2024-05-31	2024-11-30	2025-05-31	2025-11-30
Resultat	45 %	46 %	48 %	46 %

★ Nj05: Andel patienter över 50 år som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som behandlas med statiner

Specifikation | Hämta resultat till Excel



Fördjupningstabell

	2024-05-31	2024-11-30	2025-05-31	2025-11-30
Resultat	50 %	53 %	54 %	54 %

Bilaga 1: Resultat avseende diagnos, blodtryck och statinbehandling

Bilaga 2

Förbättringsarbete 2025 – Kronisk njursjukdom

Johan Insulander Jämtin

Årets förbättringsarbete syftar till att belysa Kronisk njursjukdom med fokus på identifikation och behandling av patienter med sänkt njurfunktion. Denna patientgrupp kommer till oss men oftast av andra anledningar (exempelvis årskontroller) men där diagnossättning kan förbättras samt att vi ser över behandling avseende blodtryck och blodfettsänkande mediciner hos dessa patienter.

Målsättning och indikatorer

Målsättningen är förbättrad sekundärprevention av patienter med CKD (minska progresstakt av GFR) och förbättrad primärprevention i samma patientgrupp avseende hjärt-kärlsjukdomar.

Indikatorer:

- 1: Öka andelen patienter med bestående eGFR <60 med diagnos "Kronisk njursvikt stadium 3-5".
- 2: Öka andelen patienter med bestående eGFR <60 med blodtryck <130/80.
- 3: Öka andelen patienter med bestående eGFR <60 med statinbehandling
- 4: Minska andelen patienter med diagnos "kronisk njursvikt ospecificerad"

Tillvägagångssätt

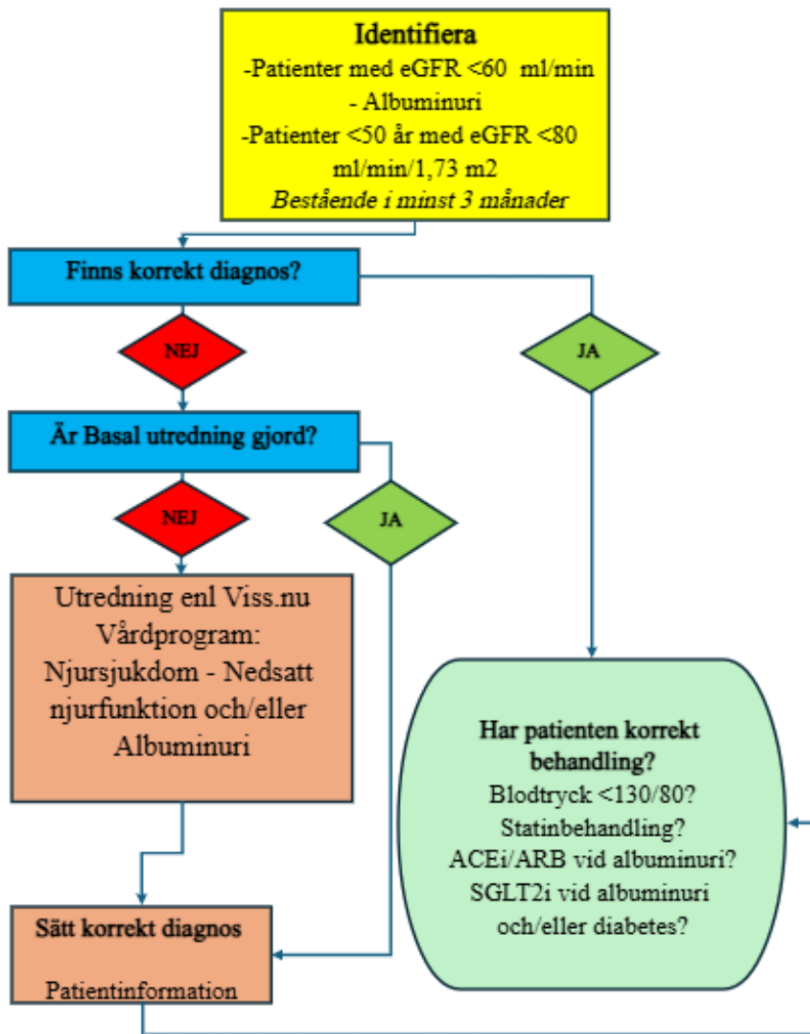
Upprättande av flödesschema vilket kan underlätta vilka patienter som detta berör och utredning.

Utformande av patientinformationsblad vilket man kan ge till patienterna i samband med diagnossättning.

Jag kommer tjata på er under året.

Bilaga 2: Information till läkargruppen avseende förbättringsarbetet

Bilaga 3



Bilaga 3: Flödesschema för diagnossättning av CKD

Bilaga 4

Patientinformation

Kronisk njursjukdom

Vad är kronisk njursjukdom (CKD)?

Njurarna är två böjformade organ vars primära syfte är att filtrera blodet och avlägsna avfallsprodukter via urinen. De reglerar vätskebalansen, elektrolytnivåer och blodtryck samt producerar hormoner. Med "njurfunktion" menas njurens förmåga att filtrera blod och anges i måttet GFR (glomurulär filtrationshastighet), vilket är ett estimat hur snabbt och effektivt njurarna fungerar. Kronisk njursjukdom innebär att njurarnas filtreringsförmåga (GFR) gradvis försämras. Många märker inte symtom av detta förrän njurarnas filtrationshastighet blir mycket låg. Vanliga orsaker inkluderar diabetes och högt blodtryck. Kronisk njursvikt delas in i fem stadier beroende på GFR-värde samt förekomst av äggviteämnen i urinen.

Diagnos och utredning

CKD upptäcks ofta genom blod- och urinprov och ofta som bifynd vid rutinkontroller. För diagnos krävs att njurfunktionsnedsättning varat i minst tre månader. I vissa fall är det även aktuellt med att kontrollera ytterligare prover samt göra någon form av radiologisk undersökning av njurarna. Vid tveksamheter, snabb progress eller stora mängder äggviteämnen i urinen, brukar specialister på njurmedicin konsulteras.

Behandling och egenvård

Behandlingsmålen är att bromsa försämringstakten av njurfunktion och minska riskerna för hjärt-kärlsjukdomar. Viktiga åtgärder inkluderar:

- Blodtryckskontroll: helst <130/80
- Blodfetsänkande behandling.
- Blodsockerkontroll: Viktigt vid diabetes.
- Livsstil: Rökstopp, motion och viktkontroll rekommenderas.

Möjliga komplikationer

- Hjärt-kärlsjukdom: Största dödsorsaken vid CKD.
- Vätskeansamling och högt kalium: Kräver salt- och vätskekontroll.
- Bisköldkörtelstörning och blodbrist: Kan behöva behandlas med D-vitamin och järn.
- Njurersättande behandling: Dialys eller njurtransplantation kan bli aktuellt vid GFR <10.

Läkemedel vid kronisk njursjukdom

Vid CKD kan vissa mediciner vara bra på så sätt att de bromsar försämringstakten hos njuren, förebygger risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdom eller reducerar symtom orsakade av njurens sviktande funktion. Andra mediciner som ni kanske redan har kan behöva justeras avseende dos eller doseringsintervall medans vissa mediciner bör undvikas helt då dessa riskerar att akut försämma njurens funktion. Exempelvis receptfria smärtstillande tabletter (Ipren, Naproxen, mfl.) bör undvikas helt. Det är därför klokt att stämma av med er läkare innan ni påbörjar behandling med receptfria preparat.

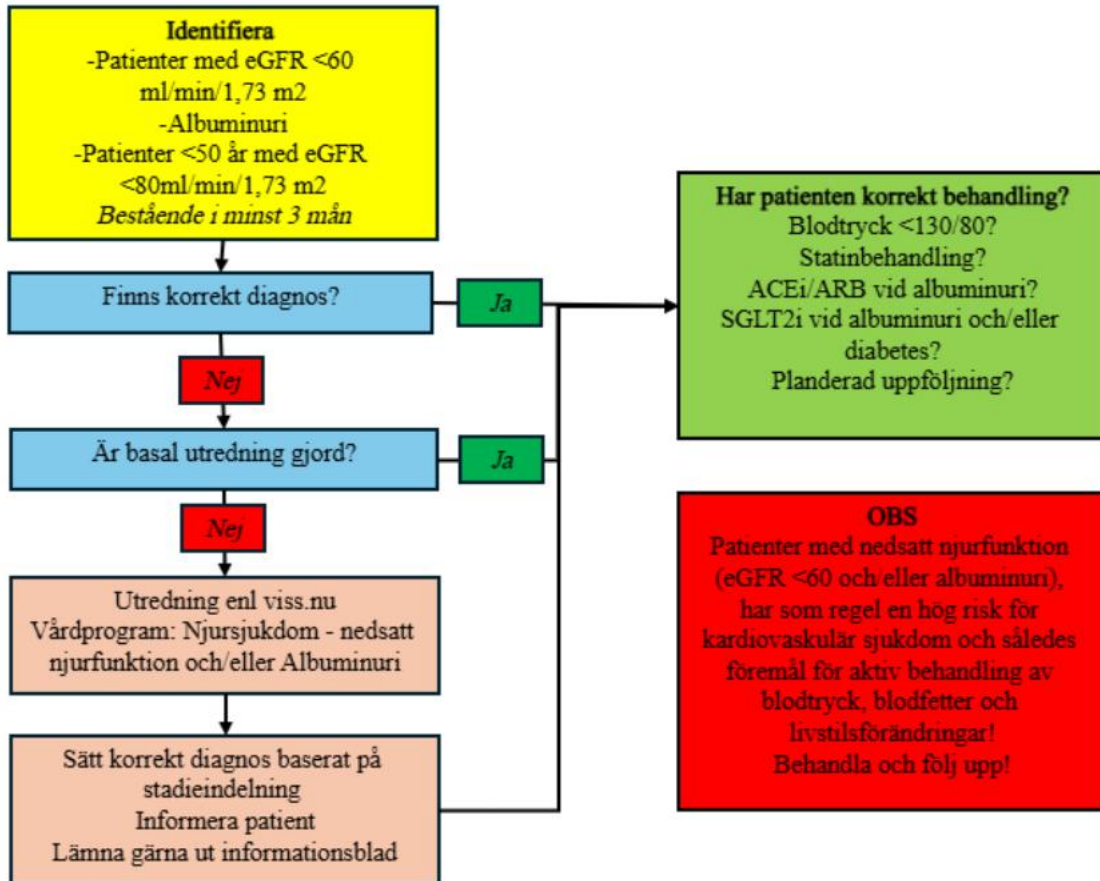
Mer information till dig som patient eller närstående:

Njurförbundet (Njurförbundet.se)
Njursvikt – 1177.se

Denna information framtagna av Praktikertjänst Stuvsta vårdcentral av Johan Insulander Jämtin ST-läkare, 2025

Bilaga 4: Patientinformation som delats ut till berörda patienter i samband med diagnosställning.

Bilaga 5



Bilaga 5: Förslag på uppdaterat flödesschema som stöd till läkargruppen.