
Kronisk nyresykdom – tidlig diagnostikk er et klokt valg

KRONIKK

SADOLLAH ABEDINI

sadollah.abedini@siv.no

Sadollah Abedini er ph.d., spesialist i nyresykdommer og overlege ved Seksjon for nyresykdommer, Sykehuset i Vestfold.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter:

Han har mottatt foredragshonorar fra AstraZeneca, Boehringer-Ingelheim, Bayer, Novartis og Novo Nordisk. Han har vært i rådgivningsorgan for AstraZeneca, Boehringer-Ingelheim og Vifor Pharma.

BÅRD WALDUM-GREVBO

Bård Waldum-Grevbo er spesialist i nyresykdommer, seksjonsleder og overlege ved Nyremedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus Ullevål og professor ved Universitetet i Oslo. Han er leder for Faggruppe CKD i Norsk nyremedisinsk forening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter:

Han har mottatt foredragshonorar fra AstraZeneca, Boehringer-Ingelheim, Bayer, Novartis og Novo Nordisk. Han har vært i rådgivningsorgan for AstraZeneca og Boehringer-Ingelheim og i styringskomiteen for NyreSpot Study i AstraZeneca og er ubetalt medlem av Norsk hypertensjonsforening.

INGVILD ELISE OVERMO

Ingvild Elise Overmo er spesialist i nyresykdommer og overlege ved Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter:

Hun har mottatt foredragshonorar fra AstraZeneca.

LINDA DRUGLIMO

Linda Druglimo er spesialist i nyresykdommer og overlege ved Elverum sykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LASSE G. GØRANSSON

Lasse G. Gøransson er spesialist i nyresykdommer, seksjonsoverlege ved Stavanger universitetssjukehus og professor II ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra AstraZeneca og Boehringer-Ingelheim.

MARIT DAHL SOLBU

Marit Dahl Solbu er ph.d., spesialist i nyresykdommer og overlege ved Nyreseksjonen, Universitetssykehuset Nord-Norge og professor ved UiT Norges arktiske universitet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredragshonorar fra AstraZeneca, Boehringer-Ingelheim, Bayer Og Novartis. Hun har vært i rådgivningsorgan for Vifor Pharma og hatt ubetalte lederverv i Norsk hypertensjonsforening og Norsk nyremedisinsk forening.

Kronisk nyresykdom rammer én av ti voksne og forblir ofte udiagnostisert og underbehandlet. Tidlig diagnostikk og moderne behandling kan forebygge alvorlige komplikasjoner, redusere dødeligheten og gi pasientene en reell mulighet til å ta kontroll over egen helse.



Illustrasjon: Vanessa Baird

Kronisk nyresykdom (chronic kidney disease, CKD) er et betydelig og økende folkehelseproblem som rammer omtrent én av ti voksne globalt (1–3). Til tross for at kronisk nyresykdom er sterkt assosiert med hjerte- og karhendelser, redusert funksjonsnivå og død i befolkningen, forblir sykdommen underdiagnostisert og underbehandlet, både internasjonalt og i Norge. Dette har fått flere til å omtale kronisk nyresykdom som «elefanten i rommet» i moderne medisin (4): en stille epidemi som belaster både primær- og spesialisthelsetjenesten, men som likevel forblir delvis usynlig i den kliniske hverdagen.

Prevalens

Globale data fra CaReMe CKD-studien (2,4 millioner pasienter i 11 land) viste en samlet prevalens av kronisk nyresykdom på rundt 10 % (2). I Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT-studien) ble tilsvarende prevalens påvist, med høy forekomst av udiagnostisert sykdom (5). Den svenske SCREAM-studien viste en prevalens på 6,1 % (6), men tallet omfattet hovedsakelig stadium 3–5 (eGFR < 60 mL/min/1,73 m²), da det sjelden ble målt for albuminuri. Rutiner for albuminurimåling hos definerte risikopasienter er essensielt for å diagnostisere kronisk nyresykdom i tidlige stadier, før alvorlige komplikasjoner og funksjonstap er etablert.

«Globale data viste en samlet prevalens av kronisk nyresykdom på rundt 10 %»

Fastlegenes rolle og utfordringer

En nyere dansk studie fra 2024 av Birn og medarbeidere viser at pasienter med kronisk nyresykdom i gjennomsnitt hadde 13 konsultasjoner hos fastlegen per år, mot 7 hos pasienter uten kronisk nyresykdom (7). Til tross for dette ble albumin/kreatinin-ratio i urin sjelden målt, og færre enn 3 % ble henvist til nefrolog. En norsk spørreskjemaundersøkelse fra Vestfold viste at over 50 % av fastlegene ikke kjente til Helsedirektoratets retningslinjer for nyresykdom ved diabetes fra 2015 (8). Mange var usikre på diagnostiske kriterier og på nytten av bruk av angiotensinkonverterende enzymhemmere (ACE-hemmere) eller angiotensin II-reseptorblokkere (ARB) / (RAAS-blokade) ved albuminuri, og flere uttrykte skepsis til å «sykeliggjøre» asymptomatiske pasienter. Tidspress, manglende tro på klinisk effekt og uoversiktlige retningslinjer ble oppgitt som barrierer for oppfølging av pasientgruppen (8).

Et paradigmeskifte i behandlingen

Kunnskap om forekomst og klinisk betydning av kronisk nyresykdom har økt betydelig etter 2010. I kjølvannet av dette har behandlingen av kronisk nyresykdom gjennomgått en revolusjon. Livsstilstiltak og renin-angiotensin-aldosteron-system (RAAS)-blokade har vært grunnpilaren i behandlingen av pasienter med kronisk nyresykdom, men

pasientgruppen har vært underdiagnostisert. Selv RAAS-blokade har vært for lite brukt blant pasienter som ville hatt stor nytte av slik behandling. Nyere studier har vist at hemmere av natriumglukose-kotransportør 2 (SGLT2-hemmere) reduserer risiko for progrediering av nyresykdommen, kardiovaskulære hendelser og død, uavhengig av diabetesstatus. Finerenon, som er en ikke-steroid mineralkortikoidhemmer, gir ytterligere reduksjon i risikoen hos pasienter med diabetes type 2 og albuminuri.

I de internasjonale retningslinjene fra Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO) for kronisk nyresykdom fra 2024 anbefales nå en trippelstrategi ved kronisk nyresykdom med albuminuri: RAAS-blokade, SGLT2-hemmer og eventuelt finerenon (1). Videre finnes det overbevisende evidens for at glukagonlignende peptid-1-(GLP1)-analoger reduserer risikoen for kardiovaskulær sykdom og utvikling av nyresykdom hos overvektige og pasienter med diabetes. Et økende antall studier indikerer additiv beskyttelse når disse medikamentene kombineres i behandling av pasienter med kronisk nyresykdom (9). I tillegg utvikles det en rekke nye medikamenter for behandling av flere spesifikke immunologiske nyresykdommer hvor tidlig diagnose og behandling vil være avgjørende for effekt av behandlingen.

Pasientgrupper med høy risiko for å utvikle kardiovaskulære komplikasjoner og behov for nyreerstattende behandling (dialyse og/eller nyretransplantasjon) kan i dag tilbys medikamentell behandling som stabiliserer sykdomsutviklingen, reduserer risiko for komplikasjoner og dermed bremser generelt tap av funksjonsevne hos den enkelte hvis diagnosen stilles i tidlige stadier.

Elefanten i rommet

I det norske helsevesenet pågår en debatt om overdiagnostikk og overbehandling, bl.a. gjennom kampanjen Gjør kloke valg. I denne sammenheng er det viktig å være klar over at tidlig diagnostikk av kronisk nyresykdom lett kan feiltolkes som overdiagnostikk. I studien fra Vestfold uttrykte mange fastleger nettopp denne bekymringen (8). Dette illustrerer «elefanten i rommet». Realiteten er at kronisk nyresykdom er en snikende, men alvorlig folkesykdom som vanligvis er uten symptomer til nyrefunksjonen er betydelig redusert. Tidlig diagnostikk er dermed ikke sykeliggjøring, men et nødvendig grep for å hindre/forsinke progrediering til nyresvikt i endestadiet med behov for nyreerstattende behandling, og for å redusere sykelighet og dødelighet av hjerte- og karsykdom.

«Kronisk nyresykdom er en snikende, men alvorlig folkesykdom som vanligvis er uten symptomer til nyrefunksjonen er betydelig redusert»

Veien videre

For å løfte kronisk nyresykdom ut av skyggen må vi screene risikogrupper systematisk, særlig personer med diabetes, hypertensjon og hjerte- og karsykdom. Retningslinjer må innføres i praksis og samarbeidet mellom fastlege og nefrolog styrkes med god

beslutningsstøtte. Kunnskapsløft og etterutdanning bør prioriteres – og ikke minst: pasientene må inkluderes og gis mulighet til å være aktive deltakere i forebygging og livsstilsendring (9). Tidlig diagnostikk gir pasientene et reelt handlingsrom for å bremse sykdomsutviklingen og forbedre både livskvalitet og prognose. Helsemyndighetene har et ansvar for at kronisk nyresykdom settes på den nasjonale helseagendaen og for å legge til rette for at befolkningen kan ta gode valg for egen helse.

«Vi må screene risikogrupper systematisk, særlig personer med diabetes, hypertensjon og hjerte- og karsykdom»

Norge har faktisk allerede et godt verktøy. Den nasjonale veilederen for samhandling om pasienter med kronisk nyresykdom foreligger nå i ny, oppdatert versjon (10). Veilederen er utviklet i samarbeid mellom Norsk nyremedisinsk forening og Norsk forening for allmennmedisin. Den gir kortfattede og oppdaterte råd til fastleger om utredning, diagnostikk, behandling og hvilke pasienter som bør henvises til spesialist. Veilederen bygger på internasjonale retningslinjer, men er tilpasset norske forhold, og er et enkelt og praktisk hjelpemiddel som kan bidra til korrekt behandling og henvisningspraksis for pasientgruppen. Utfordringen er derfor ikke mangel på kunnskap, men implementering og aktiv bruk av kunnskapen i klinisk arbeid.

Konklusjon

Kronisk nyresykdom utgjør en stor gruppe av pasienter, er ressurskrevende og potensielt forebyggbar. Norge kan gå foran internasjonalt i det forebyggende arbeidet. Med data fra HUNT, SCREAM, Danmark, CaReMe og våre egne undersøkelser fra Vestfold ser vi et entydig bilde: Kronisk nyresykdom må oppdages tidligere, følges opp bedre og behandles mer målrettet i henhold til ny kunnskap. Det handler ikke om sykeliggjøring, men om kloke valg for pasientene, helsevesenet og samfunnet. For å lykkes må helsemyndigheter, fastleger og nefrologer stå skulder ved skulder.

Alle forfatterne har omfattende klinisk erfaring med kronisk nyresykdom fra både universitetssykehus og lokalsykehus i hele Norge. De inngår i Faggruppe CKD i Norsk nyremedisinsk forening, som de siste årene har hatt hovedansvaret for å utarbeide og vedlikeholde den nasjonale veilederen for kronisk nyresykdom. Gruppen samarbeider tett med Norsk forening for allmennmedisin og bidrar kontinuerlig med faglige innspill til implementering av retningslinjer for kronisk nyresykdom i norsk klinisk praksis.

LITTERATUR

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int* 2024; 105 (4S): S117–314. [PubMed][CrossRef]
2. Sundström J, Bodegard J, Bollmann A et al. Prevalence, outcomes, and cost of chronic kidney disease in a contemporary population of 2·4 million patients from 11

countries: The CaReMe CKD study. *Lancet Reg Health Eur* 2022; 20: 100438.

[PubMed][CrossRef]

3. Abedini S, Bjune T, Bjerkestrand T. Prevalence and characteristics of chronic kidney disease in Vestfold, Norway: an epidemiological study. Poster. Oslo: NSN, 2025.
4. De Nicola L, Minutolo R, Grandaliano G. Reducing CKD burden in Europe: first make the elephant apparent! *Clin Kidney J* 2025; 18: sfaf182. [PubMed][CrossRef]
5. Hallan SI, Øvrehus MA, Romundstad S et al. Long-term trends in the prevalence of chronic kidney disease and the influence of cardiovascular risk factors in Norway. *Kidney Int* 2016; 90: 665–73. [PubMed][CrossRef]
6. Gasparini A, Evans M, Coresh J et al. Prevalence and recognition of chronic kidney disease in Stockholm healthcare. *Nephrol Dial Transplant* 2016; 31: 2086–94. [PubMed][CrossRef]
7. Birn H, Nelveg-Kristensen KE, Frederiksen LE et al. The management of chronic kidney disease in primary care in Denmark: patient characteristics, treatment, follow-up, progression and referral. *Clin Kidney J* 2024; 18: sfae393. [PubMed][CrossRef]
8. Abedini S, Bjune T, Bjerkestrand T. Adherence to CKD guidelines in Norwegian primary care: a multicenter survey. Poster. Oslo: NSN, 2025.
9. Neuen BL, Heerspink HJL, Vart P et al. Estimated Lifetime Cardiovascular, Kidney, and Mortality Benefits of Combination Treatment With SGLT2 Inhibitors, GLP-1 Receptor Agonists, and Nonsteroidal MRA Compared With Conventional Care in Patients With Type 2 Diabetes and Albuminuria. *Circulation* 2024; 149: 450–62. [PubMed][CrossRef]
10. Norsk nyremedisinsk forening. Veileder for samhandling om pasienter med kronisk nyresykdom Fastlegens 1-2-3-4 for kronisk nyresykdom (CKD). https://www.nephro.no/veileder/CKD_veileder_fastleger_revisjon_mai_2025_minirevisjon.pdf Lest 20.11.2025.

Publisert: 30. desember 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0573

Mottatt 23.9.2025, godkjent 4.12.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. september 2026.