

Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister (DNSL)

Landsdækkende database for patienter med kronisk nyresvigt

Periode: 01.01.2025-31.12.2025

Offentliggørelsesdato 02.07.2026

Konklusioner og anbefalinger

Der observeres generelt en høj og ensartet opfyldelse af udviklingsmålene på tværs af de fleste indikatorer. For flere indikatorer må potentialet for yderligere forbedringer baseret på eksisterende behandlingsmuligheder anses for begrænset. Disse indikatorer er fortsat aktuelle for at sikre, at kvaliteten kan opretholdes i fremtiden, men det indikerer samtidigt, at det kan være relevant at indføre nye indikatorer på flere områder, for at afdække forhold, der kan forbedre behandlingsresultaterne. Etablering af automatiseret dataimport fra eksisterende databaser, herunder MiBa, Laboratedatabasen og Patobank, er i den forbindelse en væsentlig forudsætning.

Forekomsten af patienter i dialysebehandling synes svagt faldende, mens prævalensen af nyretransplanterede patienter fortsat er stigende. Den positive udvikling i antallet af nye, nyretransplanterede kan meget vel skyldes den stigende anvendelse af donation efter cirkulatorisk død. Denne udvikling vurderes overordnet positiv, idet flere patienter med kronisk nyresvigt dermed opnår mulighed for behandling med en velfungerende transplanteret nyre. Udviklingen afspejler dog samtidig, at det samlede antal patienter i aktiv behandling for kronisk nyresvigt fortsat ikke er aftagende. Kronisk nyresvigt udgør således fortsat en væsentlig klinisk og samfundsøkonomisk udfordring.

På landsplan opfyldes alle udviklingsmål med undtagelse af indikator 2: "Andel af patienter med tidlig henvisning, som før start på første dialysebehandling har fået etableret permanent dialyseadgang". Indikatoren er revideret i forhold til tidligere opgørelser, samtidig med at udviklingsmålet er skærpet. Der er således tale om første indikatoropgørelse baseret udelukkende på tidligt henviste patienter. Resultatet vurderes derfor ikke at afspejle en kvalitetsforringelse, men snarere en identificering af et område med potentiale for kvalitetsforbedring. Systematisk gennemgang af patientforløb med udgangspunkt i den nye CKD-database forventes at kunne understøtte dette arbejde.

Der er uændret fra tidligere variation i de enkelte centres opfyldelse af de enkelte udviklingsmål, herunder variationer fra år til år, som i mange tilfælde formodentligt kan tilskrives tilfældig variation i små populationer. For indikator 2: "Andel af patienter med tidlig henvisning, som før start på første dialysebehandling har fået etableret en permanent dialyseadgangsvej", som nævnt ovenfor, og indikator 6: "Årlig peritonitisrate for patienter i peritonealdialyse" kan der være behov for en fokuseret indsats på udvalgte centre.

DNSL's nye CKD-database, omfattende patienter med kronisk nyresygdom uden dialyse eller nyretransplantation, og som følges i nefrologisk ambulatorium, er nu inkluderet i årsrapporten. I denne første præsentation beskrives populationen, som er etableret på baggrund af registerdata og identificeret via en valideret algoritme. Populationen, som er nærmere beskrevet i et appendiks, er karakteriseret ved en relativt høj andel patienter med fremskreden nyreinsufficiens samt en betydelig andel patienter i høj risiko for komplikationer. Herudover ses en høj medianalder, overvægt af mandlige patienter samt betydelig komorbiditet, særligt i form af kardiovaskulær sygdom og diabetes. CKD-databasen forventes fremadrettet at få egne indikatorer, som aktuelt er under udvikling, og vil samtidig kunne supplere den eksisterende del af DNSL's kvalitetsarbejde.

I lighed med tidligere år fremhæves en række politiske og administrative initiativer som potentielt kvalitetsforbedrende i behandlingen af svær CKD:

- Øget fokus på tidlig identifikation af kronisk nyresygdom blandt risikogrupper samt henvisning af patienter med eGFR <30 ml/min/1,73 m² til nefrologisk speciallægevurdering (med undtagelse af udvalgte patientgrupper jf. DNS' retningslinjer). DNS publicerede i 2024 opdaterede nationale anbefalinger på området, og implementering heraf som kvalitetsindikator i almen praksis og andre relevante specialer bør overvejes. En fremtidig udvidelse af CKD-databasen til også at omfatte patienter, der ikke følges i nefrologisk regi, vil kunne bidrage til dette og kunne give et mere komplet billede af sygdomsområdet.
- Øget implementering af nye sygdomsmodificerende behandlinger til kronisk nyresygdom. Selvom antallet af patienter med behov for aktiv behandling er relativt begrænset, er behandlingsomkostningerne betydelige. Nye behandlinger giver mulighed for at reducere progression til dialyse eller transplantation, selvom den demografiske udvikling og forbedret overlevelse blandt patienter i nyreerstatningsterapi kan modvirke en reduktion i den samlede prævalens.
- Fortsat øgning af transplantationsaktiviteten med henblik på rettidig transplantation af alle egnede patienter. En vellykket nyretransplantation er associeret med reduceret mortalitet og forbedret livskvalitet for de fleste, egnede patienter.
- Øget anvendelse af hjemmedialyse forventes at kunne forbedre livskvalitet og sparer sundhedsressourcer for udvalgte patientgrupper.

- Optimal brug af tilbud inden for maksimal medicinsk uræmibehandling (MMU) samt palliativ behandling til skrøbelige patienter kan bidrage til at undgå dialyseforløb uden klinisk meningsfuld gevinst.
- Udvikling af nye indikatorer vedrørende komplikationer til kronisk nyresygdom og behandling af kronisk nyresvigt, f.eks. infektionskomplikationer blandt hæmodialysepatienter og nyretransplanterede patienter, samt patient-relaterede outcomes, som deltagelse i nyreskole eller fælles beslutningssamtaler om valg af behandling, kan medvirke til øget fokus på forebyggelse af morbiditet og mortalitet.

Beskrivelse af populationen

Fil 1.1 - Tabel A-E

Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.

Oversigt over de samlede indikatorresultater

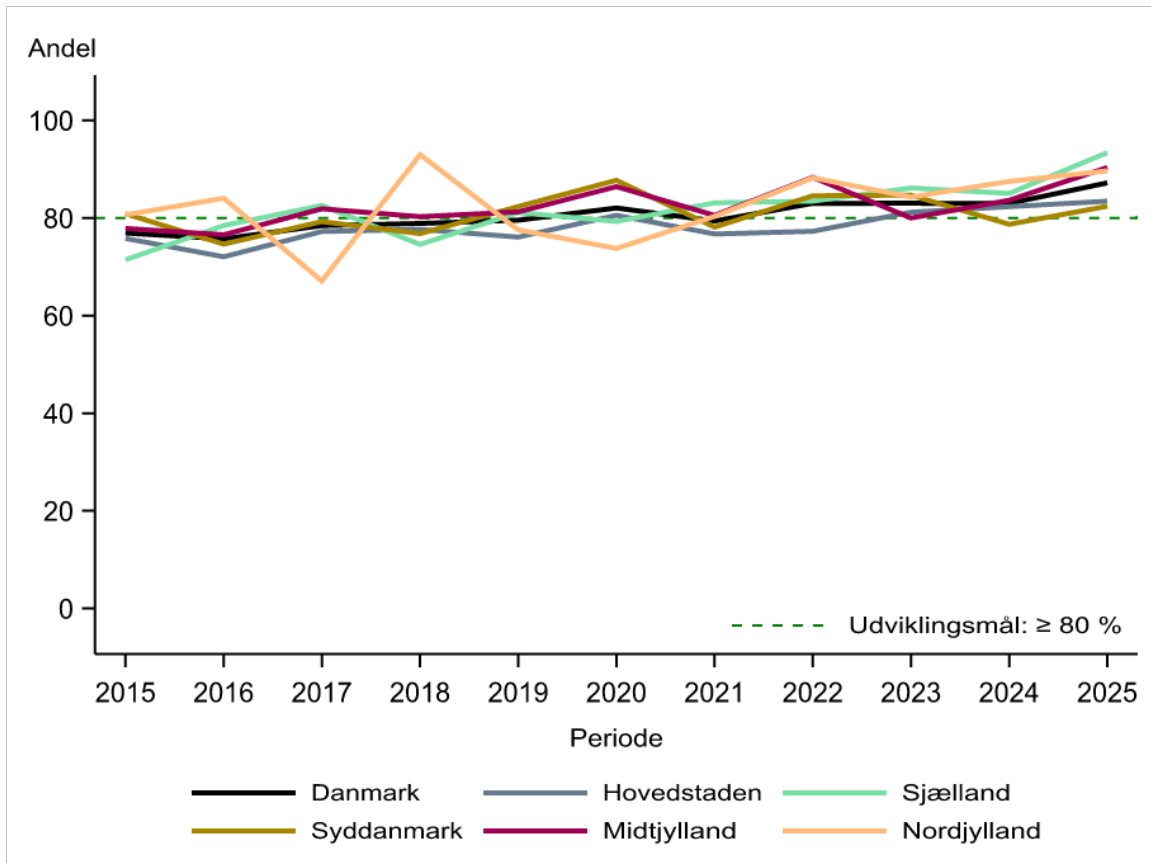
Tabel 2.1 - Oversigt over alle indikatorresultater på landsplan

Indikator	Udviklingsmål	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			Andel (95% CI) 01.01.2025 - 31.12.2025	Andel 2024	Andel 2023
Indikator 1: Andel af dialysepatienter hvis første journalnotat ligger >16 uger (112 dage) forud for start på først registrerede dialyse som led i aktiv dialysebehandling af kronisk uræmi	≥ 80	3	87 (84-90)	83	83
Indikator 2: Andel af patienter med tidlig henvisning, som før start på første dialysebehandling har fået etableret en permanent dialyseadgangsvej	≥ 75	6	73 (69-77)	72	74
Indikator 3: 1-års overlevelse, hæmo- og peritonealdialysepatienter, Kaplan-Meier	≥ 80	0	82 (80-83)	83	82
			01.01.2020 - 31.12.2024	2015/19	
Indikator 5: Andel af patienter i live > 5 år efter første nyretransplantation, Kaplan-Meier estimat	≥ 85	0	90 (87-92)	90	
			01.01.2025 - 31.12.2025	2024	2023
Indikator 6: Årlig peritonitisrate for patienter i peritonealdialyse	≤ 40		38 (33-43)	38	41
			01.01.2024 - 31.12.2024	2023	2022
Indikator 7: 1-års overlevelse, incidente/nystartede hæmo- og peritonealdialysepatienter, Kaplan-Meier	≥ 80		83 (80-86)	84	83

Indikatorresultater

Indikator 1: Tidlig henvisning til nefrologisk behandling

Figur 3.1 - indikator 1: Trendgraf på regionsniveau



Andel af dialysepatienter hvis første journalnotat ligger >16 uger (112 dage) forud for start på først registrerede dialyse som led i aktiv dialysebehandling af kronisk uræmi.

Tabel 3.2 - Indikator 1: Andel af dialysepatienter hvis første journalnotat >16 uger før start på først registrerede dialyse

	Udviklings mål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80%	Tæller/ nævner		01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
	opnået			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	436 / 500	16 (3)	87	(84-90)	483 / 582	83	83
Hovedstaden	Ja	121 / 145	4 (3)	83	(76-89)	149 / 181	82	81
Sjælland	Ja	99 / 106	8 (7)	93	(87-97)	108 / 127	85	86
Syddanmark	Ja	89 / 108	2 (2)	82	(74-89)	85 / 108	79	85
Midtjylland	Ja	75 / 83	2 (2)	90	(82-96)	92 / 110	84	80
Nordjylland	Ja	52 / 58	0 (0)	90	(79-96)	49 / 56	88	84
Hovedstaden	Ja	121 / 145	4 (3)	83	(76-89)	149 / 181	82	81
Bornholm	Nej	4 / 7	0 (0)	57	(18-90)	6 / 6	100	57
Herlev	Ja	57 / 66	1 (1)	86	(76-94)	54 / 64	84	85
Hillerød	Nej	15 / 20	2 (9)	75	(51-91)	21 / 31	68	74

	Udviklings mål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
Rigshospitalet	Ja	45 / 52	1 (2)	87	(74-94)	68 / 80	85	83
Sjælland	Ja	99 / 106	8 (7)	93	(87-97)	108 / 127	85	86
Holbæk	Ja	56 / 61	0 (0)	92	(82-97)	54 / 63	86	87
Roskilde	Ja	43 / 45	8 (15)	96	(85-99)	54 / 64	84	85
Syddanmark	Ja	89 / 108	2 (2)	82	(74-89)	85 / 108	79	85
Esbjerg	Ja	13 / 16	0 (0)	81	(54-96)	12 / 13	92	100
Kolding	Nej	26 / 35	1 (3)	74	(57-88)	23 / 28	82	87
Odense	Ja	28 / 33	1 (3)	85	(68-95)	33 / 49	67	74
Sønderjylland	Ja	22 / 24	0 (0)	92	(73-99)	17 / 18	94	95
Midtjylland	Ja	75 / 83	2 (2)	90	(82-96)	92 / 110	84	80
Aarhus	Ja	38 / 44	0 (0)	86	(73-95)	54 / 66	82	81
Gødstrup	Ja	24 / 26	1 (4)	92	(75-99)	16 / 22	73	76
Viborg	Ja	13 / 13	1 (7)	100	(75-100)	22 / 22	100	82
Nordjylland	Ja	52 / 58	0 (0)	90	(79-96)	49 / 56	88	84
Aalborg	Ja	52 / 58	0 (0)	90	(79-96)	49 / 56	88	84

Baggrund og datagrundlag

Denne indikator er ændret i 2025, hvor første besøg i nefrologisk afdeling registreret i LPR er sat som proxy for første journalnotat. Registreringen er siden 2025 baseret på udtræk fra LPR og repræsenterer således en ny registreringspraksis i forhold til tidligere. Tidligere er dette baseret på indtastning.

Datagrundlaget for opgørelse af indikator 1 (tidlig henvisning til nefrologisk behandling) for 2025 udgøres af 500 patienter, hvoraf 16 personer har manglende data (kolonnen "Uoplyst"). Datagrundlaget på hospitalsniveau er generelt tilstrækkeligt til meningsfuld opgørelse, undtaget for sygehuset på Bornholm, der monitorerer på færre end 10 patienter, og som ikke vil blive kommenteret.

Udviklingsmålet blev øget til $\geq 80\%$ i 2025.

Resultater

På nationalt niveau er 87% (95 % CI: 84-90%) af nye dialysepatienter henvist tidligere end 112 dage før de starter deres dialyse, hvilket er over målsætningen på mindst 80%. Nationalt har andelen af patienter med tidlig henvisning til nefrologisk behandling ligget stabilt over 80% i de seneste tre år.

Der er variation mellem regionerne i andelen af patienter med tidlig henvisning til nefrologisk behandling fra 82-83% i Region Syddanmark og Region Hovedstaden til over 90% i de resterende 3 regioner. Trendgrafen viser udviklingen over de seneste 10 år; en generel svagt stigende tendens over tid for alle afdelinger; med variation mellem afdelingerne i de enkelte år.

Diskussion og implikationer

Andelen af patienter, der er registreret i nefrologisk regi ved et journalnotat er højere i 2025 end de foregående år. Registreringen er siden 2025 baseret på udtræk fra LPR og repræsenterer således en ny registreringspraksis i forhold til tidligere. Tallene for 2024 og 2023 er i denne Årsrapport imidlertid opgjort på TOPICA, men hvis blankt er dato taget fra LPR.

Udviklingsmålet er opfyldt for 11 af 14 centres vedkommende, idet de to af de tre centre, der ikke opfylder målet for 2025 enten er meget små (Bornholm) og/eller tidligere har opfyldt denne (Kolding), hvorfor der kan være tale om tilfældig variation. Opfyldelsen af udviklingsmålet er afhængig af lokal henvisningspraksis og således betinget af opmærksomhed på anbefalinger for henvisning blandt henvisende kolleger inklusiv almen praksis. Resultatet for de enkelte sygehuse kan også påvirkes af, hvorvidt de har lands- og landsdelsfunktion for sjældne, akutte nyresygdomme, idet det kan føre til en øget incidens af patienter med kronisk nyresvigt, der

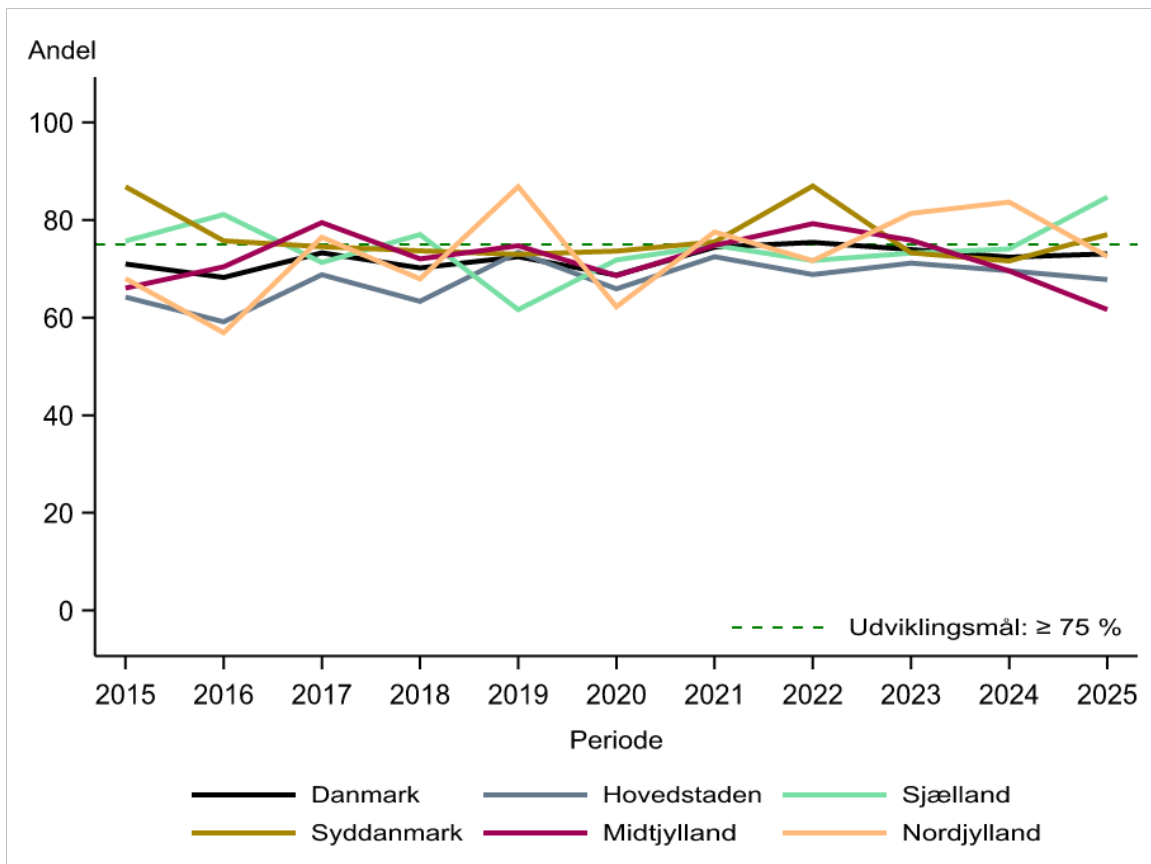
præsenterer sig med hastigt aftagende GFR og dermed større risiko for sen henvisning. En udvidelse af CKD-databasen for patienter, der endnu ikke har nået kronisk nyresvigt, så den også omfatter patienter, der følges udenfor nefrologisk regi, vil kunne bidrage til at afdække omfanget af sen henvisning og dermed pege på forhold, der kan bidrage til at forbedre resultatet yderligere.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er relevant, men i høj grad afhængig af samarbejdende specialer. En udvidelse af CKD-databasen for patienter, der endnu ikke har nået kronisk nyresvigt som beskrevet, vil kunne styrke arbejdet med at bruge indikatoren til at forbedre behandlingen yderligere. Styregruppen anbefaler at fastholde udviklingsmålet, som netop er hævet fra 70% til 80%.

Indikator 2: Planlagt vs akut dialyseopstart, tidlig henvisning

Figur 4.1 - Indikator 2: Planlagt vs. akut dialyseopstart. Trendgraf på regionsniveau



Andel af patienter med tidlig henvisning, som før start på første dialysebehandling har fået etableret en permanent dialyseadgangsvej

Tabel 4.2 - Indikator 2: Planlagt vs. akut dialysestart. Indikatortabel på afdelingsniveau

	Udviklings mål		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 75%	Tæller/nævner		01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
	opnået		(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	312 / 427	25 (6)	73	(69-77)	346 / 478	72	74
Hovedstaden	Nej	80 / 118	7 (6)	68	(59-76)	103 / 148	70	71
Sjælland	Ja	83 / 98	9 (8)	85	(76-91)	80 / 108	74	73

	Udviklings mål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
Syddanmark	Ja	67 / 87	4 (4)	77	(67-85)	58 / 81	72	73
Midtjylland	Nej	45 / 73	4 (5)	62	(50-73)	64 / 92	70	76
Nordjylland	Nej	37 / 51	1 (2)	73	(58-84)	41 / 49	84	81
Hovedstaden	Nej	80 / 118	7 (6)	68	(59-76)	103 / 148	70	71
Bornholm	Nej	##	0 (0)	50	(7-93)	4 / 6	67	0
Herlev	Ja	43 / 57	1 (2)	75	(62-86)	36 / 54	67	84
Hillerød	Nej	9 / 14	3 (18)	64	(35-87)	15 / 21	71	72
Rigshospitalet	Nej	26 / 43	3 (7)	60	(44-75)	48 / 67	72	63
Sjælland	Ja	83 / 98	9 (8)	85	(76-91)	80 / 108	74	73
Holbæk	Ja	47 / 56	0 (0)	84	(72-92)	41 / 54	76	70
Roskilde	Ja	36 / 42	9 (18)	86	(71-95)	39 / 54	72	77
Syddanmark	Ja	67 / 87	4 (4)	77	(67-85)	58 / 81	72	73
Esbjerg	Ja	9 / 12	1 (8)	75	(43-95)	9 / 12	75	76
Kolding	Nej	17 / 26	1 (4)	65	(44-83)	14 / 19	74	50
Odense	Ja	22 / 27	2 (7)	81	(62-94)	26 / 33	79	82
Sønderjylland	Ja	19 / 22	0 (0)	86	(65-97)	9 / 17	53	84
Midtjylland	Nej	45 / 73	4 (5)	62	(50-73)	64 / 92	70	76
Aarhus	Ja	30 / 38	0 (0)	79	(63-90)	41 / 54	76	75
Gødstrup	Nej	9 / 23	2 (8)	39	(20-61)	10 / 16	63	85
Viborg	Nej	6 / 12	2 (14)	50	(21-79)	13 / 22	59	65
Nordjylland	Nej	37 / 51	1 (2)	73	(58-84)	41 / 49	84	81
Aalborg	Nej	37 / 51	1 (2)	73	(58-84)	41 / 49	84	81

Andel af patienter med tidlig henvisning, som før start på første dialysebehandling har fået etableret en permanent dialyseadgangsvej

Baggrund og datagrundlag

Dette år har man byttet rundt på hhv. officiel og supplerende indikator, og den officielle indikator er således nu kun for patienter med tidlig henvisning. Under supplerende analyser findes en opgørelse af indikatoren for alle patienter.

Datagrundlaget for opgørelse af indikator 2 for 2025 udgøres af 427 patienter, som er startet i behandling med peritoneal- eller hæmodialyse i 2025 og er tidlig henvist. Datagrundlaget på centerniveau er generelt tilstrækkeligt til meningsfuld opgørelse med undtagelse af centret på Bornholm, hvor der monitoreres på meget få patienter.

Resultater

På nationalt niveau har 73% (95% CI: 69-77%) af patienterne med tidlig henvisning fået anlagt en permanent dialyseadgang inden deres første kroniske dialysebehandling. Trendgrafene viser en stabil tendens over de seneste 10 år, varierende mellem afdelingerne i de enkelte år.

Andelen med permanent adgangsvej ved første dialysebehandling varierer mellem regionerne fra 62% i Region Midtjylland til 85% i Region Sjælland. Samme billede ses på centerniveau – fra 39% i Gødstrup til 86% i Roskilde og Sønderjylland.

Blandt alle ligger andelen med etableret permanent dialyseadgang 10 %-point lavere på lands- og regionsniveau end for tidligt henviste dialysepatienter (Se supplerende analyse)

Diskussion og implikationer

Andelen af tidligt henviste patienter, som før start på første dialysebehandling har fået etableret en permanent dialyseadgangsvej, opfylder ikke udviklingsmålet på 75% på landsplan, i 3 af 5 regioner og i 7 af 14 nefrologiske centre. Disse andele er lavere end rapporteret i tidligere Årsrapporter, men skal ses i lyset af, at udviklingsmålet er hævet fra 60% til 75% samtidigt med, at indikatorpopulationen er ændret fra alle patienter til tidligt henviste patienter. Baggrunden herfor er, at forudsætningen for at kunne etablere permanent dialyseadgang er tidlig henvisning. En sammenligning med tidligere år, uanset om denne baseres på den nye eller den gamle opgørelsesmetode, viser at graden af målopfyldelse er nogenlunde konstant, om end med variationer, både mellem regioner, hvor der i 2025 har været en stigning i Region Sjælland og fald i Region Midtjylland og Region Nordjylland, og mellem centre. Dette kan formentlig i nogen grad tilskrives tilfældig variation. Etableringen af CKD-databasen forventes at kunne bidrage med supplerende analyser, der kan afdække årsagerne til, at nogle patienter ikke fået etableret en permanent dialyseadgangsvej ved start på kronisk dialyse. Dette vil dog kræve en gennemgang af de enkelte patientforløb for at afdække omstændighederne omkring dialysestart, herunder mulighederne for permanent adgang, patient adherence, samt faldet i eGFR og ændringer i andre biokemiske parametre for at afgøre, i hvilket omfang dialysestart kunne forudsiges og permanent dialyseadgangsvej kunne have været etableret. Parallelt hermed bør foreligge analyser af patienter med permanent dialyseadgangsvej for at afdække, hvor lang tid, der går fra anlæggelsen af denne til dialysestart, da en meget tidlig anlæggelse af permanent dialyseadgang også kan indebære unødige risici og besvær for patienten.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er relevant, Uddybende analyser ved brug af CKD-databasen vil kunne styrke arbejdet med at bruge indikatoren til at forbedre behandlingen yderligere. Styregruppen anbefaler at fastholde udviklingsmålet, som netop er hævet fra 60% til 75 %. samtidigt med ændring i indikatorpopulationen.

Tablet 4.3 - Indikator 2_ supplerende

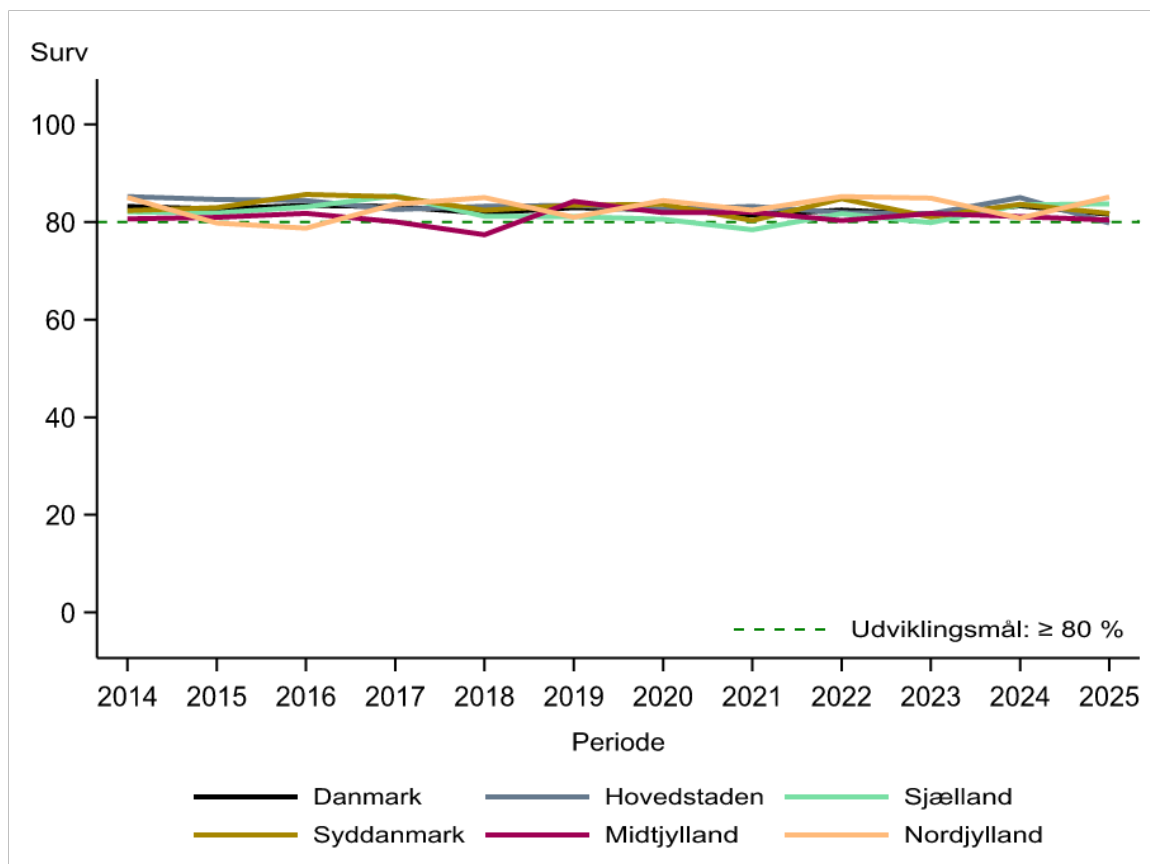
	Udviklings mål opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		330 / 501	15 (3)	66	(62-70)	370 / 584	63	67
Hovedsta den		85 / 145	4 (3)	59	(50-67)	107 / 182	59	64
Sjælland		87 / 111	3 (3)	78	(70-86)	85 / 130	65	68
Syddanm ark		76 / 106	4 (4)	72	(62-80)	69 / 103	67	68
Midtjyllan d		45 / 82	3 (4)	55	(43-66)	66 / 113	58	69
Nordjylla nd		37 / 57	1 (2)	65	(51-77)	43 / 56	77	69
Hovedsta den		85 / 145	4 (3)	59	(50-67)	107 / 182	59	64
Bornholm		4 / 7	0 (0)	57	(18-90)	4 / 6	67	29
Herlev		44 / 67	0 (0)	66	(53-77)	38 / 64	59	74
Hillerød		9 / 20	2 (9)	45	(23-68)	15 / 31	48	62
Rigshospit alet		28 / 51	2 (4)	55	(40-69)	50 / 81	62	60
Sjælland		87 / 111	3 (3)	78	(70-86)	85 / 130	65	68
Holbæk		49 / 60	1 (2)	82	(70-90)	44 / 64	69	65
Roskilde		38 / 51	2 (4)	75	(60-86)	41 / 66	62	70
Syddanm ark		76 / 106	4 (4)	72	(62-80)	69 / 103	67	68

		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
Esbjerg	9 / 14	2 (13)	64	(35-87)	10 / 13	77	76
Kolding	22 / 36	0 (0)	61	(43-77)	14 / 23	61	43
Odense	25 / 32	2 (6)	78	(60-91)	35 / 49	71	72
Sønderjyll and	20 / 24	0 (0)	83	(63-95)	10 / 18	56	85
Midtjyllan d	45 / 82	3 (4)	55	(43-66)	66 / 113	58	69
Aarhus	30 / 44	0 (0)	68	(52-81)	42 / 67	63	69
Gødstrup	9 / 26	1 (4)	35	(17-56)	11 / 22	50	74
Viborg	6 / 12	2 (14)	50	(21-79)	13 / 24	54	62
Nordjylla nd	37 / 57	1 (2)	65	(51-77)	43 / 56	77	69
Aalborg	37 / 57	1 (2)	65	(51-77)	43 / 56	77	69

Andel af patienter, som før start på første dialysebehandling har fået etableret en permanent dialyseadgangsvej (alle)

Indikator 3: Årlig overlevelse, prævalente patienter i dialyse

Figur 5.1 - Indikator 3: Årlig overlevelse prævalente patienter i dialyse. Trendgraf på regionsniveau



Tabel 5.2 - Indikator 3: Årlig overlevelse prævalente patienter i dialyse. Indikatortabel på afdelingsniveau

	Udviklings mål	Populatio n	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80%		antal	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023	
	opnået		(%)	KM	95% CI	Populatio n	KM	KM
Danmark	Ja	3.033	1 (0)	82	(80-83)	3.183	83	82
Hovedsta den	Ja	992	1 (0)	80	(77-82)	1.036	85	82
Sjælland	Ja	584	0 (0)	84	(80-87)	587	84	80
Syddanm ark	Ja	630	0 (0)	82	(78-85)	660	84	81
Midtjyllan d	Ja	522	0 (0)	80	(76-84)	581	81	82
Nordjylla nd	Ja	305	0 (0)	85	(80-89)	319	81	85
Hovedsta den	Ja	992	1 (0)	80	(77-82)	1.036	85	82
Bornholm	Nej	30	0 (0)	73	(50-86)	30	90	76
Herlev	Nej	367	0 (0)	76	(70-80)	362	85	78
Hillerød	Ja	177	1 (1)	87	(81-92)	200	84	84
Rigshospit alet	Ja	418	0 (0)	81	(76-84)	444	85	84
Sjælland	Ja	584	0 (0)	84	(80-87)	587	84	80
Holbæk	Ja	278	0 (0)	81	(75-85)	278	81	79
Roskilde	Ja	306	0 (0)	86	(82-90)	309	85	81
Syddanm ark	Ja	630	0 (0)	82	(78-85)	660	84	81
Esbjerg	Nej	97	0 (0)	79	(68-86)	100	84	76
Kolding	Ja	158	0 (0)	83	(75-88)	165	84	83
Odense	Ja	244	0 (0)	81	(75-86)	268	84	80
Sønderjyll and	Ja	131	0 (0)	84	(76-90)	127	81	85
Midtjyllan d	Ja	522	0 (0)	80	(76-84)	581	81	82
Aarhus	Nej	273	0 (0)	77	(71-82)	302	83	81
Gødstrup	Ja	155	0 (0)	85	(77-90)	168	80	84
Viborg	Ja	94	0 (0)	84	(74-90)	111	79	81
Nordjylla nd	Ja	305	0 (0)	85	(80-89)	319	81	85
Aalborg	Ja	305	0 (0)	85	(80-89)	319	81	85

Baggrund og datagrundlag

Denne indikator er fra dette år ændret fra mortalitet til overlevelse, og ser på årlig overlevelse af alle i dialyseforløb.

I opgørelsen indgår 3.066 patienter (jf. Tabel C, population) der i løbet af 2025 var i et hæmodialyse- eller peritonealdialyseforløb, hvoraf 438 døde. Overlevelse beregnes på grundlag af den samlede risikotid som disse patienter bidrager med. Datakompletheden for opgørelsen er 99 %. Datagrundlaget på centerniveau er generelt tilstrækkeligt til meningsfuld opgørelse, men det skal bemærkes, at Bornholm monitorerer på få patienter, og vil ikke blive kommenteret på.

Resultater

Blandt de 3065 patienter i hæmo og peritonealdialyse er den KM-estimerede overlevelse på landsplan 82% (95% CI: 80-83). Trendgrafen viser at alle regioner generelt ligger stabilt ved udviklingsmålet de sidste 10 år.

Diskussion og implikationer

Resultatet er tilfredsstillende. Fire af 14 centre når ikke det opstillede mål, men for alle fire gælder, at der ses betydelig variation over de seneste tre år uden nogen klar, faldende tendens, og at målet synes opfyldt i 2024, hvorfor der kan være tale om tilfældig variation. Der har de senere år været øget opmærksomhed på muligheden for at tilbyde maksimal medicinsk uræmibehandling fremfor kronisk dialyse til meget skrøbelige med megen komorbiditet. Dette har (endnu) ikke afspejlet sig i en lavere gennemsnitlig mortalitet blandt alle patienter i kronisk dialyse, men det er også vigtigt at erindre, at der ikke foreligger danske tal for i hvilket omfang, denne opmærksomhed har ført til færre skrøbelige patienter eller patienter med megen komorbiditet i kronisk dialyse.

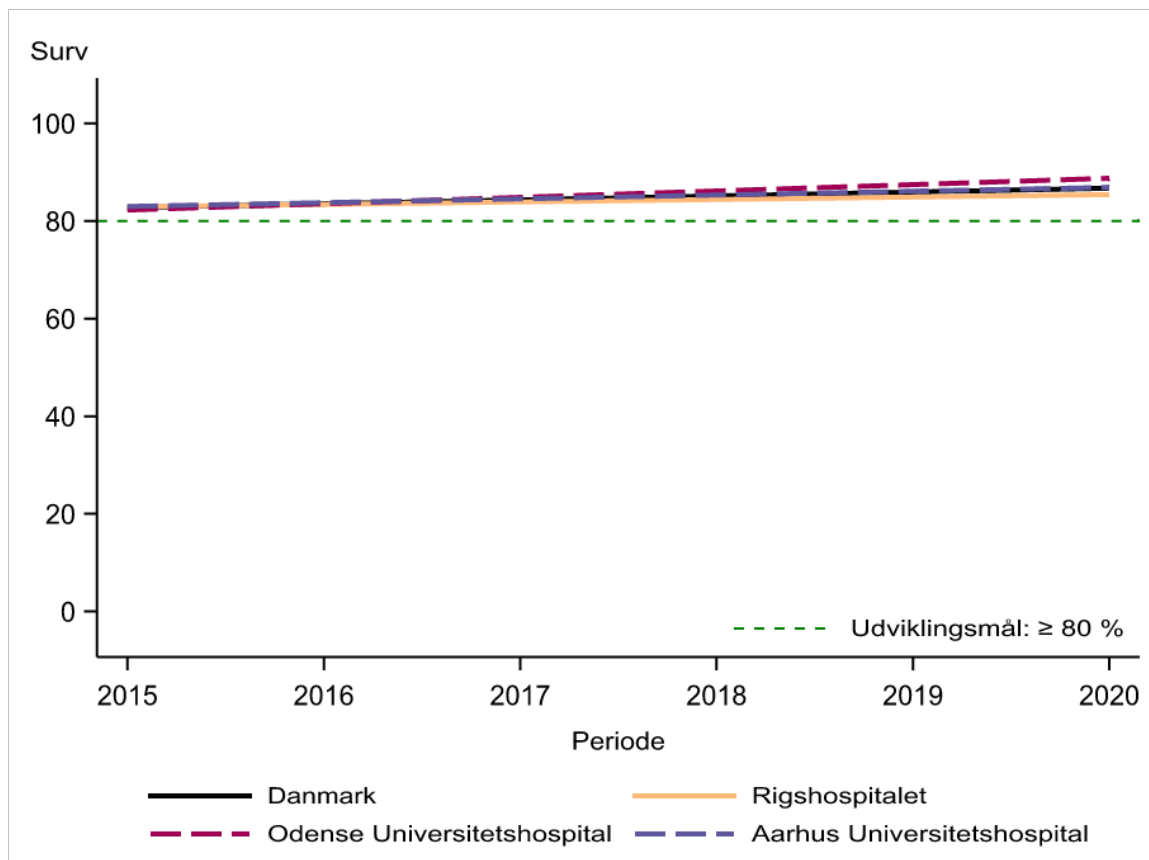
Vurdering af indikatoren

Indikatoren er relevant, da det udgør et væsentligt kvalitetssikringsmål. Udviklingsmålet er fraset enkelte og formodentligt tilfældige variationer opfyldt i en længere årrække uden at der er sket nogen væsentlige ændringer i den årlige overlevelse på nationalt plan. En hævelse af udviklingsmålet vil forudsætte, at der eksisterer implementerbare virkemidler, som kan ændre på dette.

Supplerende analyser, hvor overlevelsen justeres for alder, køn og andre relevante variable planlægges publiceret fra 2027.

Indikator 4: 5-års graftoverlevelse efter første nyretransplantation

Figur 6.1 - Indikator 4: 5-års graftoverlevelse efter første nyretransplantation, Kaplan-Meier



Tabel 6.2 - Indikator 4: 5-års graftoverlevelse efter første nyretransplantation, Kaplan-Meier

Udviklingsmål	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år
≥ 80%	antal	01.01.2020 - 31.12.2024	2015/19
opnået	Population (%)	KM 95% CI	Population KM

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
Danmark	Ja	1.137	1 (0)	87	(84-89)	1.102	83
Rigshospitalet	Ja	426	0 (0)	85	(80-89)	399	83
Odense Universitets hospital	Ja	304	1 (0)	89	(83-93)	333	82
Aarhus Universitets hospital	Ja	407	0 (0)	87	(82-91)	370	83

Andel af grafter med funktion over 5 år efter første nyretransplantation, Kaplan-Meier estimat

Datagrundlag

Datagrundlaget udgøres af 1.137 patienter som fik deres første nyretransplantation i Danmark i årene 2020-2024. Datakompletheden for beregning af indikator 4 er 99 % på landsplan. Datagrundlaget på centerniveau er tilstrækkeligt til meningsfuld opgørelse.

Efter audit i 2024, udgik 4a og 4b blev ny indikator. Kaplan-Meier estimat blev introduceret i denne årsrapport.

Resultater

Blandt de 1137 førstegangsnyretransplanterede patienter i perioden 2020-2024 er den KM-estimerede 5-års nyregraftoverlevelse på landsplan 87% (95% CI: 84-89). Den KM-estimerede 5-års nyregraftoverlevelse er næsten ens på de tre centre; Rigshospitalet 85%, Odense 89% og Aarhus 87%. Målsætningen om en grafteroverlevelse på minimum 80% er dermed opnået for alle centre.

I forhold til den forudgående femårs periode (2015-2019) er den KM-estimerede 5-års nyregraftoverlevelse øget på landsplan med 4 procentpoint.

Under supplerende analyser ses, at den KM-estimerede nyregraftoverlevelse er relativt ens mellem centrene uanset opfølgningstiden.

Diskussion og implikationer

Resultaterne for denne indikator er tilfredsstillende for alle centre og giver for nuværende ikke anledning til ændring af anbefalinger. I lyset af den øgede nyretransplantationsaktivitet og ikke mindst introduktion af donation efter cirkulatorisk død vil der være behov for fortsat monitorering af grafteroverlevelsen med henblik på at sikre, at denne ikke forringes væsentligt som følge.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er relevant med ønske om særligt fokus de kommende år jfr. ovenstående.

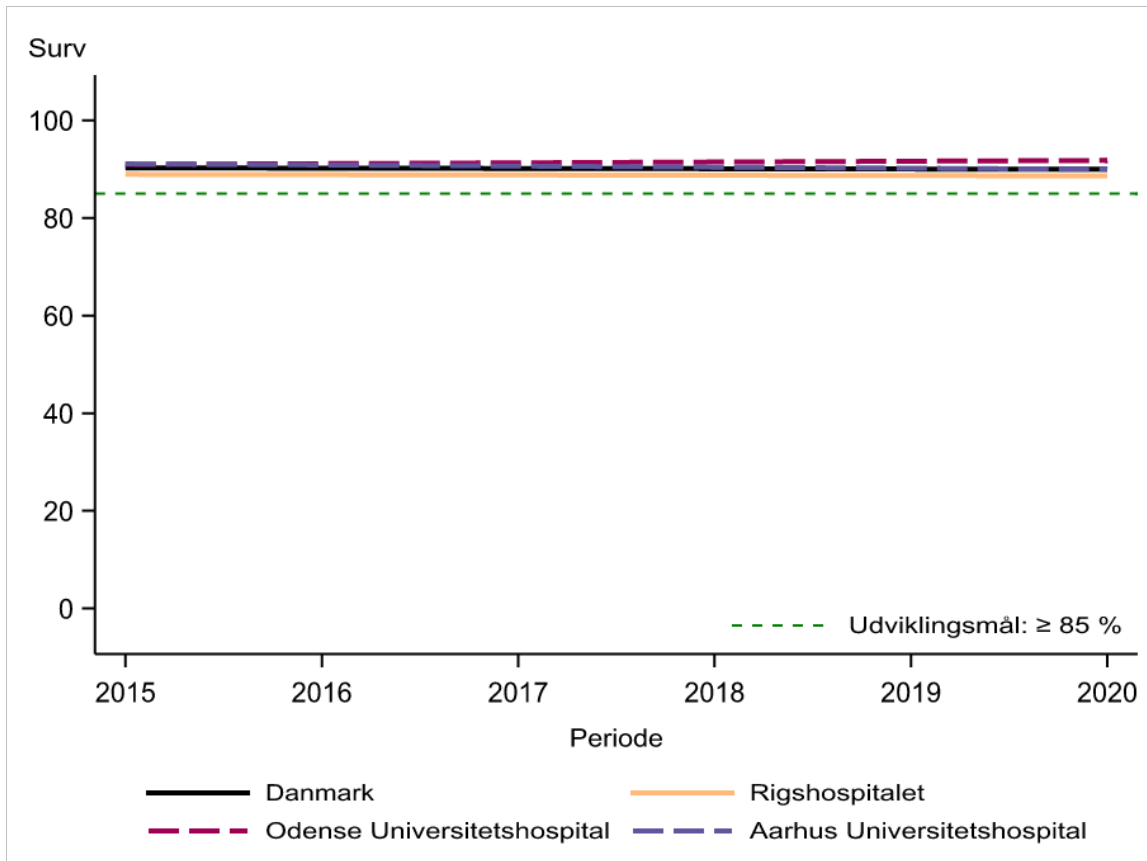
Fil 6.3 - Indikator 4- supplerende analyser

Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.

Kaplan-Meier estimerede andele af hvor mange nyregrafter, der fungerer efter en patients første nyretransplantation. Opgørelsen er foretaget for alle patienter, der fik deres første nyretransplantation i perioden 2020-2024.

Indikator 5: 5-års overlevelse efter første nyretransplantation

Figur 7.1 - Indikator 5: 5-års overlevelse efter første nyretransplantation



Tabel 7.2 - Indikator 5: 5-års overlevelse efter første nyretransplantation

	Udviklingsmål		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 85%	Population		01.01.2020 - 31.12.2024		2015/19	
	opnået			KM	95% CI	Population	KM
Danmark	Ja	1.137	1 (0)	90	(87-92)	1.102	90
Rigshospitalet	Ja	426	0 (0)	89	(84-92)	399	89
Odense Universitetshospital	Ja	304	1 (0)	92	(87-95)	333	91
Aarhus Universitetshospital	Ja	407	0 (0)	90	(84-94)	370	91

Andel af patienter i live over 5 år efter første nyretransplantation, Kaplan-Meier estimat

Datagrundlag

Datagrundlaget udgøres af 1137 patienter som fik deres første nyretransplantation i Danmark i årene 2020-2024. Datagrundlaget på centerniveau er tilstrækkeligt til meningsfuld opgørelse.

Efter audit i 2024, udgik 5a, og 5b blev ny indikator 5. Kaplan-Meier estimat blev introduceret i denne årsrapport.

Resultater

Blandt de 1137 førstegangsnyretransplanterede patienter i perioden 2020-2024 er den KM-estimerede 5-års overlevelse på landsplan 90% (95% CI: 87-92), og varierer minimalt mellem de tre centre; Rigshospitalet 89%, Odense 92% og Aarhus 90%. Målsætningen om, at minimum 85% af førstegangsnyretransplanterede overlever minimum 5 år efter nyretransplantationen er dermed opnået for alle centre.

I forhold til forrige opgørelsesperiode (2015-2019) er den KM-estimerede 5-års overlevelse stabil.

Under supplerende analyser ses, at den KM-estimerede overlevelse varierer minimalt.

Diskussion og implikationer

Resultaterne for denne indikator er tilfredsstillende for alle centre og giver for nuværende ikke anledning til ændring af anbefalinger. I lyset af den øgede nyretransplantationsaktivitet og ikke mindst introduktion af donation efter cirkulatorisk død vil der være behov for fortsat monitorering af overlevelsen med henblik på at sikre, at denne ikke forringes væsentligt som følge.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er relevant med ønske om særligt fokus de kommende år jfr. ovenstående.

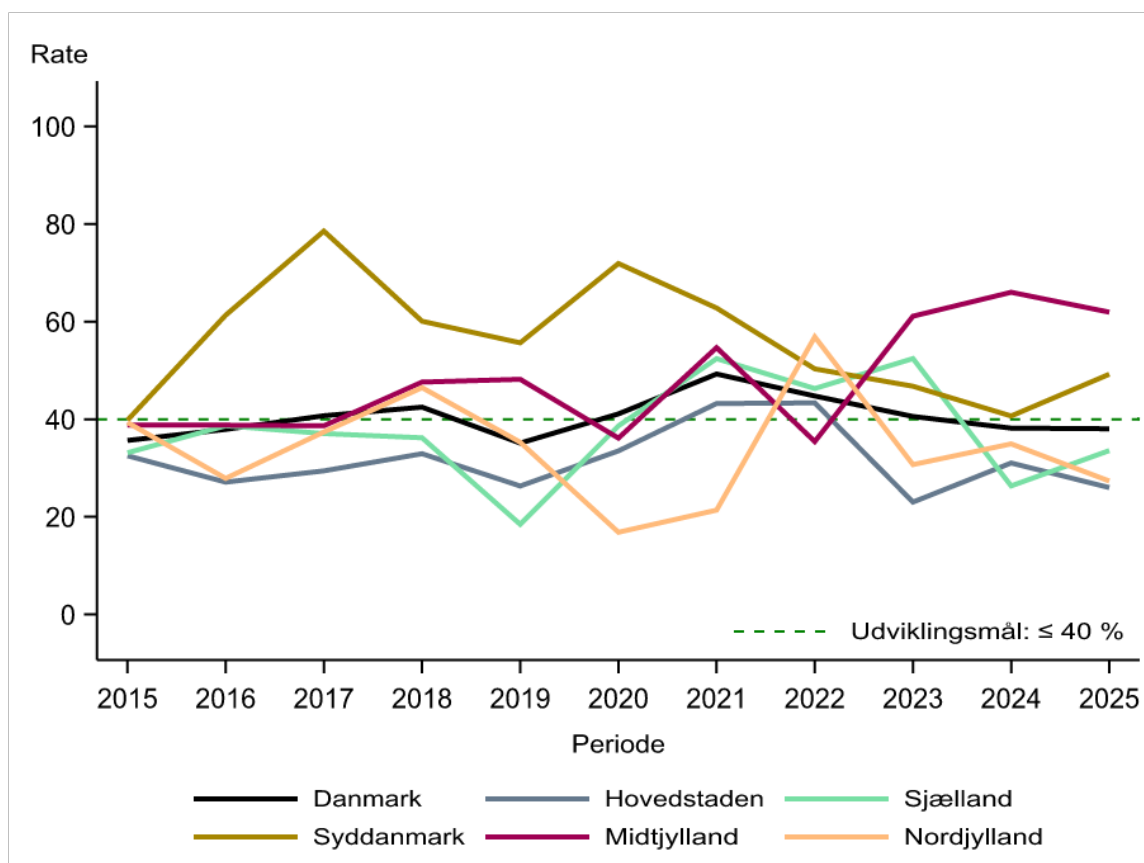
Fil 7.3 - Indikator 5-Supplerende analyser

Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.

Kaplan-Meier estimerede andele af hvor mange patienter, der overlever efter patientens første nyretransplantation. Opgørelsen er foretaget for alle patienter, der fik deres første nyretransplantation i perioden 2020-2024.

Indikator 6: Peritonitis hos patienter i peritonealdialyse

Figur 8.1 - Indikator 6: Peritonitis hos patienter i peritonealdialyse, Trendgraf



Årlig peritonitisrate for patienter i peritonealdialyse.

Tabel 8.2 - Indikator 6: Peritonitis hos patienter i peritonealdialyse, Trendgraf

	Udviklingsmål ≤ 40% opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år		
			01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
			Rate	95% CI	Antal	Rate	Rate
Danmark	Ja	162 / 426	38	(33-43)	173 / 453	38	41
Hovedstaden	Ja	36 / 139	26	(19-34)	49 / 158	31	23
Sjælland	Ja	34 / 101	34	(24-44)	26 / 99	26	52
Syddanmark	Nej	36 / 73	49	(37-61)	31 / 76	41	47
Midtjylland	Nej	45 / 73	62	(50-73)	53 / 80	66	61
Nordjylland	Ja	11 / 40	27	(15-44)	14 / 40	35	31
Hovedstaden	Ja	36 / 139	26	(19-34)	49 / 158	31	23
Herlev	Ja	16 / 52	31	(19-45)	22 / 58	38	27
Hillerød	Nej	12 / 19	62	(38-83)	11 / 27	41	32
Rigshospitalet	Ja	8 / 67	12	(5-22)	16 / 73	22	15
Sjælland	Ja	34 / 101	34	(24-44)	26 / 99	26	52
Holbæk	Ja	5 / 37	13	(4-28)	5 / 41	12	28
Roskilde	Nej	29 / 64	45	(33-58)	21 / 58	36	67
Syddanmark	Nej	36 / 73	49	(37-61)	31 / 76	41	47
Esbjerg	Nej	8 / 17	47	(23-72)	9 / 20	46	24
Kolding	Nej	11 / 23	47	(26-69)	16 / 21	75	88
Odense	Ja	0 / 9	0	(0-33)	0 / 13	0	11
Sønderjylland	Nej	17 / 24	72	(50-88)	6 / 22	27	40
Midtjylland	Nej	45 / 73	62	(50-73)	53 / 80	66	61
Aarhus	Nej	32 / 43	74	(59-86)	36 / 49	73	68
Gødstrup	Nej	6 / 14	43	(18-71)	7 / 14	50	20
Viborg	Nej	7 / 16	45	(20-71)	10 / 17	60	72
Nordjylland	Ja	11 / 40	27	(15-44)	14 / 40	35	31
Aalborg	Ja	11 / 40	27	(15-44)	14 / 40	35	31

Årlig peritonitisrate for patienter i peritonealdialyse.

Datagrundlag

I opgørelsen indgår 620, der i løbet af 2025 var i et peritonealdialyseforløb (Tabel C). Peritonitisraten beregnes på grundlag af den samlede risikotid, som disse patienter bidrog med i 2025. Datakompletheden for opgørelsen er 100 %, og er tilstrækkelig til meningsfuld opgørelse på lands- og regionsniveau. Det bemærkes, at flere centre betjener relativt få PD-patienter og disse centre kan opnå en relativt høj peritonitisrate, hvis enkelte patienter har flere gentagne peritonitistilfælde. Rønne Sygehus, Bornholm har ingen PD-patienter.

Bemærk: peritonealdialyse ved hvert center. Fx: En patient er i PD ved Rigshospitalet fra 1. januar til 31. marts 2025, og oplever i denne periode et peritonitistilfælde. Samme patient flytter 1. april til Herlev, og oplever her yderligere to peritonitistilfælde inden d. 31. december 2025. Den pågældende patient vil indgå i beregningen både ved Rigshospitalet og ved Herlev Hospital i 202, idet patienten bidrager med risikotid og events/udfald begge steder.

Resultater

I løbet af 2025 fik 162 ud af 620 PD-patienter indberettet mindst ét tilfælde af peritonitis. De 620 patienter bidrog til 421 personår til opgørelsen. På nationalt niveau er den justerede peritonitisrate for 2025 dermed 38 per 100 personår (95%CI: 33-43 per 100 personår). På regionsniveau var den justerede peritonitisrate under målsætningen på maksimalt 40 tilfælde per 100 personår for alle regioner undtagen Syddanmark og Region Midtjylland, hvor raten var hhv. 49 (95%CI 37-61) og 62 (95%CI: 50-73). Det bemærkes at peritonitisraten for Region Syddanmark og Midtjylland har været højere end målsætningen de seneste 3 år.

Peritonitisraten varierer betydelig mellem centrene. Otte centre havde en peritonitisrate på mere end 40 tilfælde per 100 personår; af afdelinger med over 20 patienter er det Roskilde, Sønderjylland, og Aarhus.

På trendgrafene illustreres udviklingen igennem de sidste 10 år. Der er betydelig variation mellem afdelingerne fra år til år.

I den supplerende opgørelse ("Indikator 6 – supplerende analyser") ses, at 28% havde flere peritonitistilfælde i løbet af 2025. Det bemærkes, at andelen af patienter med flere peritonitistilfælde ikke i alle tilfælde er højere på de otte centre, der havde en peritonitisrate højere end målsætningen ift. centre med en peritonitisrate lavere end målsætningen.

Diskussion og implikationer

På landsplan er udviklingsmålet for peritonitishyppigheden overholdt, men med betydelig variation mellem centre, idet kun 3 af 5 regioner og 6 af 14 centre opfylder målet. Tre centre (Kolding, Viborg og Aarhus) har ikke nået målet de seneste 3 år. Blandt disse har både Kolding og Viborg dog nærmet sig udviklingsmålet siden 2023. Der synes at være en tendens til, at andelen af patienter med mere end et peritonitistilfælde (Indikator 6, supplerende analyser) på centerniveau er associeret med en højere peritonitisrate ($r^2=0,4$), men med betydelig variation, således at peritonitisraten varierer fra 27 (Aalborg) til 74 (Aarhus) trods en sammenlignelig andel af patienter med mere end et peritonitistilfælde (38 v. 35). Det skal noteres, at tallene er behæftet med usikkerhed som følge af tilfældig variation, specielt for centre med få patienter i peritonealdialyse.

For centre med vedvarende høj peritonitisrate, herunder en høj andel af gentagne peritonitistilfælde anbefales det at gøre detaljerede analyser (audit) for at afdække risikofaktorer for peritonitis, at sikre fokus på området samt identificere mulige profylaktiske tiltag, idet man med fordel kan hente inspiration fra centre med vedvarende lave peritonitisrater. Tiltag, der kan reducere forekomsten af peritonealdialyse-associeret peritonitis omfatter fokus på undervisning og genoptræning af patienter og/eller øvrige personer der står for patientens PD behandling, fokus på håndhygiejne og korrekt "no-touch"-teknik ved dialyseskift samt standardiseret pleje af kateterets exit-site. Andre indsatser, kan afhængigt af lokale forhold, omfatte tidlig identifikation og behandling af exit-site- og tunnelinfektioner, forebyggelse og behandling af obstipation, monitorering og korrektion af hypokalæmi samt optimering af ernæringsstatus.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er relevant. Styregruppen anbefaler at fastholde udviklingsmålet. Som tidligere anbefales, at data om muligt suppleres med udtræk fra den nationale mikrobiologiske database MiBa, for at automatisere dataindsamling og sikre kompletthed af de rapporterede data samt at der om muligt laves en opgørelse fordelt på patienter som selv varetager behandling hhv. assisteret peritonealdialyse varetaget af hjemmeplejen.

Indikator 6 supplerende

Tabel 8.3 - Andel af patienter med peritonitis, som har flere peritonitis i kalenderåret

Udviklingsmål årl opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år		
		01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	33 / 117	28	(20-37)	34 / 131	26	21
Hovedstaden	5 / 27	19	(6-38)	10 / 37	27	11
Sjælland	5 / 29	17	(6-36)	4 / 22	18	24
Syddanmark	11 / 22	50	(28-72)	6 / 22	27	21
Midtjylland	9 / 31	29	(14-48)	11 / 39	28	33

		Aktuelle år		Tidligere år		
Nordjylland	3 / 8	38	(9-76)	3 / 11	27	8
Hovedstaden	5 / 27	19	(6-38)	10 / 37	27	11
Herlev	3 / 13	23	(5-54)	4 / 17	24	19
Hillerød	##	33	(4-78)	3 / 8	38	10
Rigshospitalet	0 / 8	0	(0-37)	3 / 12	25	0
Sjælland	5 / 29	17	(6-36)	4 / 22	18	24
Holbæk	##	25	(1-81)	0 / 5	0	10
Roskilde	4 / 25	16	(5-36)	4 / 17	24	30
Syddanmark	11 / 22	50	(28-72)	6 / 22	27	21
Esbjerg	3 / 5	60	(15-95)	##	33	0
Kolding	3 / 8	38	(9-76)	3 / 12	25	28
Odense						0
Sønderjylland	5 / 9	56	(21-86)	##	25	22
Midtjylland	9 / 31	29	(14-48)	11 / 39	28	33
Aarhus	7 / 20	35	(15-59)	8 / 25	32	35
Gødstrup	##	20	(1-72)	##	40	50
Viborg	##	17	(0-64)	##	11	27
Nordjylland	3 / 8	38	(9-76)	3 / 11	27	8
Aalborg	3 / 8	38	(9-76)	3 / 11	27	8

Herunder præsenteres hvor mange patienter der har mere end ét tilfælde af peritonitis af alle personer med peritonitis; fordelt på regions- og afdelingsniveau

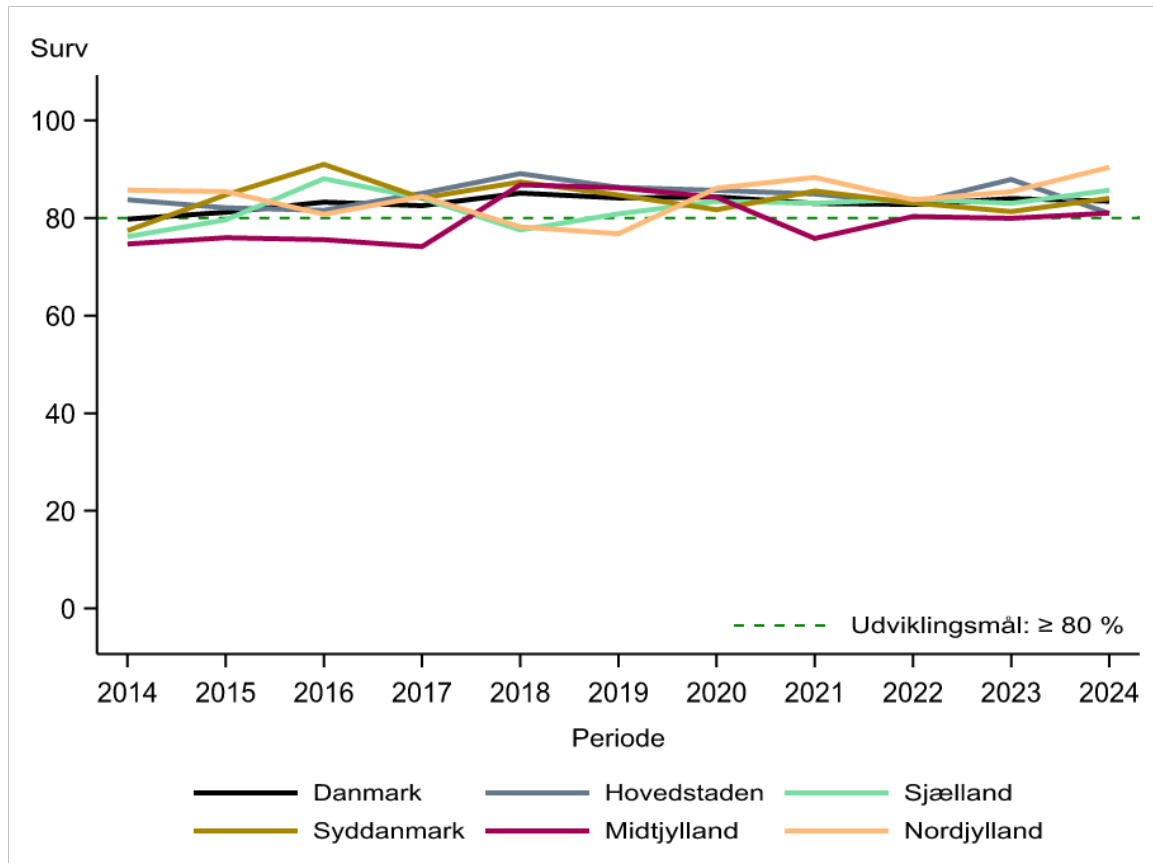
Fil 8.4 - Årlig peritonitis rate - nationalt og fordelt på center, 2016-2025

Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.

I tabellen nedenfor angives den samlede PD persontid i perioden, fx i 2023 (det samlede antal personår i PD-forløb i 2023) og det samlede antal peritonitistilfælde i samme periode.

Indikator 7: Overlevelse hos nystartede peritoneal- og hæmodialysepatienter

Figur 9.1 - Indikator 7: Overlevelse hos nystartede peritoneal- og hæmodialysepatienter



1-års overlevelse, incidente/nystartede hæmo- og peritonealdialysepatienter, Kaplan Meier. Trendgraf på regionsniveau

Tabel 9.2 - Indikator 7: Overlevelse hos nystartede peritoneal- og hæmodialysepatienter

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80%	Population	01.01.2024 - 31.12.2024		2023		2022
	opnået		KM	95% CI	Population	KM	KM
Danmark	Ja	563	83	(80-86)	603	84	83
Hovedstaden	Ja	174	81	(74-86)	193	88	83
Sjælland	Ja	118	86	(78-91)	116	83	84
Syddanmark	Ja	106	84	(75-90)	121	81	83
Midtjylland	Ja	111	81	(72-87)	107	80	80
Nordjylland	Ja	54	90	(78-96)	66	85	84
Hovedstaden	Ja	174	81	(74-86)	193	88	83
Bornholm	Nej	6	60	(13-88)	7	86	75
Herlev	Ja	59	82	(70-90)	72	94	80
Hillerød	Ja	27	88	(68-96)	35	88	88
Rigshospitalet	Nej	82	79	(68-86)	79	82	83
Sjælland	Ja	118	86	(78-91)	116	83	84

	Udviklingsmål	Aktuelle år			Tidligere år		
Holbæk	Nej	55	79	(66-88)	58	83	86
Roskilde	Ja	63	92	(81-96)	58	83	82
Syddanmark	Ja	106	84	(75-90)	121	81	83
Esbjerg	Ja	13	100	(100-100)	18	83	81
Kolding	Nej	27	79	(56-91)	29	74	79
Odense	Ja	48	86	(70-93)	54	84	85
Sønderjylland	Nej	18	77	(50-91)	20	84	86
Midtjylland	Ja	111	81	(72-87)	107	80	80
Aarhus	Nej	65	76	(63-85)	52	84	76
Gødstrup	Ja	23	95	(68-99)	34	75	83
Viborg	Ja	23	81	(58-93)	21	79	87
Nordjylland	Ja	54	90	(78-96)	66	85	84
Aalborg	Ja	54	90	(78-96)	66	85	84

1-års overlevelse, incidente/nystartede hæmo- og peritonealdialysepatienter, Kaplan Meier.

Baggrund og datagrundlag

Denne indikator blev i 2025 ændret fra mortalitet til overlevelse.

I opgørelsen indgår 563 patienter, der i løbet af 2024 startede kronisk hæmodialyse- eller peritonealdialysebehandling for første gang, og som ikke afgik ved døden, stoppede dialyse, genvandt nyrefunktionen eller udvandrede fra Danmark indenfor 90 dage efter opstart af dialyse. Overlevelse beregnes på grundlag af den samlede risikotid som disse patienter bidrager med. Datagrundlaget på centerniveau er generelt tilstrækkeligt til meningsfuld opgørelse, men det skal bemærkes, at Bornholm monitorerer på få patienter, og vil ikke blive kommenteret på.

Bemærk: Opfølgingsperioden er begrænset til at inkludere de dialysepatienter, der er i live tre mdr. efter deres første dialyseforløb. Dette betyder således, at beregningsreglerne for opgørelsesåret 2018 (og tidligere) ikke er fuldt sammenlignelige med 2019 og frem, idet opgørelsesperioden før 2019 indledtes samtidig med første dialysebehandling.

Resultater

Ud af de 563 patienter der opstartede et dialyseforløb for første gang i løbet af 2024, var 1-års overlevelse på 83% (KM estimat). Regionalt varierer KM estimatet fra 81% i Region Hovedstaden og Region Midtjylland til 90% i Region Nordjylland. Trendgrafnen viser, at alle regioner ligger stabilt rundt udviklingsmålet gennem hele perioden fra 2013 til 2024.

Diskussion og implikationer

Udviklingsmålet er opfyldt på nationalt plan, i alle regioner og for 8 ud af 14 nefrologiske centre. For 5 af de centre, der ikke opfylder målet, gælder at de 5, at de enten er relativt små (Bornholm og Sønderjylland) eller tæt på målet (KM 79%; Rigshospitalet, Holbæk, Kolding). For alle på nær et af de centre, der ikke opfylder målet, gælder at de har opfyldt dette indenfor de foregående to år, og forskellene kan således formodentligt i betydelig grad tilskrives tilfældig variation.

Resultatet er generelt tilfredsstillende med baggrund i ovenstående samt det forhold, at et-års mortalitetsraten på nationalt plan har været stabil over de seneste mange år på et niveau sammenlignelig med aggregerede, ikke justerede europæiske data for incidente dialysepatienter.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er relevant, da det udgør et væsentligt kvalitetssikringsmål. Udviklingsmålet er fraset enkelte og formodentligt tilfældige variationer opfyldt i en længere årrække uden at der er sket nogen væsentlige ændringer i den årlige overlevelse på nationalt plan. En hævelse af udviklingsmålet vil forudsætte, at der eksisterer implementerbare virkemidler, som kan ændre på dette.

Supplerende analyser, hvor overlevelsen justeres for alder, køn og andre relevante variable planlægges publiceret fra 2027.

Styregruppens medlemmer

Formandskab

Overlæge Henrik Birn, Aarhus Universitetshospital.

Registeransvarlig

Overlæge Kristine Hommel, Holbæk Sygehus.

Patientrepræsentant

Malene Madsen.

Ledelsesrepræsentant

Bodil Ørkild (indtrådt 2026)

Regionale styregrupperepræsentanter

Region Hovedstaden: Overlæge Søren Schwartz Sørensen, Rigshospitalet.

Region Hovedstaden: Klinisk Sygeplejespecialist Anne Sophie Mathiesen, Rigshospitalet.

Region Midtjylland: Overlæge Henrik Birn, Aarhus Universitetshospital.

Region Midtjylland: Klinisk Sygeplejespecialist, Jeanette Finderup, Aarhus Universitetshospital.

Region Sjælland: Overlæge Kristine Hommel, Holbæk Sygehus.

Region Sjælland: Overlæge Cecilie Lyngsø, Sjællands universitetshospital, Roskilde.

Region Nordjylland: Overlæge Jesper Moesgaard Rantanen, Aalborg Universitetshospital.

Region Syddanmark: Overlæge Helle Charlotte Thiesson, Odense Universitetshospital.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Datamanager Vibeke Dahl Andersen, København.

Seniorepidemiolog Elisabeth Svensson, Aarhus.

Kvalitetskonsulent Mathilde Pedersen, Aarhus.

Repræsentant for dataansvarlig myndighed, Region Midt

Kvalitetskonsulent Mathilde Pedersen. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Regionale kommentarer

Region Østdanmark har meddelt at de ikke har kommentarer til årsrapporten

Region Hovedstaden har meddelt at de ikke har kommentarer til årsrapporten

Region Sjælland K har meddelt at de ikke har kommentarer til årsrapporten

Region Syddanmark:

OUH:

Indikator 9: Renin-angiotensin system (RAS) blokade

Det undrer os at OUH kun ligger på 63%. Indikatoren vil være et fokuspunkt fremadrettet og der laves intern audit på tidligere forløb.

Indikator 11: Anæmi

OUH bemærker en uønsket høj andel med anæmi og vil være særligt opmærksom på dette. OUH forventer at forbedre behandlingskvaliteten gevaldigt med inklusion af CDK.

Region Midtjylland har meddelt at de ikke har kommentarer til årsrapporten

Region Nordjylland har ikke kommentarer til årsrapporten

Datakvalitetsrapport: Kronisk nyresygdom

Dansk Nefrologisk Landsregister (DNSL) er i gang med en udvidelse af databasen fra kun at omfatte patienter med kronisk nyresvigt, som modtager nyreerstatningsterapi (dialyse og transplantation) til også at omfatte patienter som følges og behandles for kronisk nyresygdom uden behov for dialyse eller transplantation på nefrologiske afdelinger/afsnit.

Udvidelsen af DNSL-databasen og identificering af patienterne baseres udelukkende på dataudtræk fra nationale registre. Første trin har været at udvikle algoritmen til identifikation af CKD-patienter i registrene og at identificere patienter fulgt ved nefrologiske afdelinger/afsnit.

I dette afsnit redegøres for, hvordan CKD-populationen er defineret. Dette følges af en præliminær beskrivelse af populationen (CKD-patienter fulgt på nefrologiske afdelinger/centre i Danmark uden dialyse eller nyretransplantation) og en datakvalitetsrapport af opgørelsen af de første indikatorer.

Definition af CKD-populationen

CKD defineres og klassificeres med udgangspunkt i eGFR og/eller albuminuri/proteinuri og på baggrund af KDIGO kriterier for disse. Patienter med andre tegn på nyreskade, f.eks. strukturelle forandringer i nyrerne, som (endnu) ikke afspejler sig i nedsat eGFR og/eller albuminuri/proteinuri er således ikke medtaget. CKD-populationen dannes ved at kombinere oplysninger om tilstedeværelsen af specifikke biokemiske målinger (fra den nationale Laboratedatabase) med oplysninger om kontakter i en nefrologisk klinik (fra LPR). Kodningsmæssigt dannes to populationer 1) laboratoriepopulationen: opfylder kriterier om værdier på specifikke målinger og tidsinterval for målinger. 2) ambulatoriepopulationen: opfylder kriterier om antal kontakter og tidsinterval for kontakter.

CKD-populationen uden dialyse eller nyretransplantation er fællesmængden af 1 og 2, fraregnet patienter, som er i dialyse eller har modtaget nyretransplantation, idet disse allerede er indeholdt i det oprindelige DNSL:

Definition: Laboratoriepopulationen

Inklusionskriterier

Kronisk nyreskade defineret ved minimum 2 målinger af nedsat eGFR og/eller forhøjet urin-albumin/protein-udskillelse i løbet af en periode på ≥ 90 dage og maksimum 18 måneder mellem sig. De to målinger skal være af samme slags (fx 2 x eGFR), og ikke en kombination af målinger (fx 1x eGFR + 1x forhøjet urin protein).

Nedsat eGFR defineres: $eGFR < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$

Forhøjet urin-albumin/protein udskillelse defineres som:

urin-albumin-kreatinin-ratio (UACR) $\geq 30 \text{ mg/g}$

OG/ELLER

urin-proteinudskillelse $\geq 0,05 \text{ g/døgn}$

OG/ELLER

urin-protein-kreatinin-ratio (UPKR) $\geq 50 \text{ mg/g}$.

Prøverne kan være rekvireret af forskellige afdelinger (inkl. primær sektor).

Patienten udgår hvis der er normale værdier mellem de abnorme

Hvis der findes flere målinger samme dag per person, bruges følgende prioritering/hierarki:

Hvis blot én måling er abnorm indenfor hver "kategori" inkluderes denne måling

Hvis flere målingsværdier samme dag, medtages kun måling med laveste værdi for eGFR og højeste for urin-albumin/protein målinger.

Anden måling angiver patientens inklusionsdato. Se datadefinitioner for koder.

Definition: ambulatoriepopulationen

Denne population afgrænses ud fra de følgende inklusions- og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier

Patienter med minimum to planlagte kontakter på en nefrologisk afdeling i løbet af en periode på 18 mdr. og med et forløb på afdelingen på minimum 3 måneder.

Kun planlagte kontakter (ATA3) og fysisk fremmøde eller virtuel kontakt (ALCA00, ALCA03)

Anden kontakt på afdelingen angiver patientens inklusionsdato

Patienter ≥ 18 år.

Eksklusionskriterier

patienter i nyreerstatningsterapi (patienter i behandling med: Transplantation (TX) eller dialyse (HD/PD))

hvis startdato for denne behandling er før eller lig inklusionsdatoen.

Patientforløbene kan være enten afsluttede eller uafsluttede.

For at forblive i ambulatoriepopulationen skal man have haft et besøg i ambulatoriet de sidste 18 måneder.

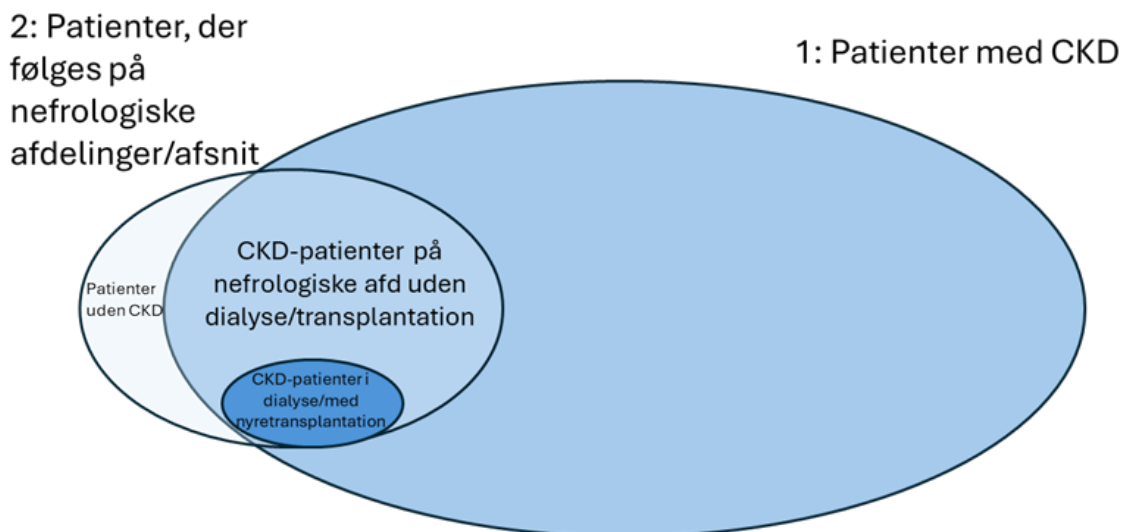
Der blev foretaget en validering i 2024 der konkluderede at algoritmens performance er tilfredsstillende til at danne grundlag for en udvidelse af DNSL med en CKD-population. Denne validering er beskrevet i Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregisters Årsrapport 2024, p. 72-73.

Styregruppen for DNSL arbejder på en videnskabelig publikation, der beskriver tilvejebringelse, validering og en række basiskarakteristika for denne kohorte af CKD-patienter, som følges på nefrologiske afdelinger i DK uden dialyse eller nyretransplantation.

Referanse:

KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for The Evaluation and Management Of Chronic Kidney Disease, Kidney International 105 (Suppl 4S), S117–S314, 2024.

Figur 10.1 - Figur 1: CKD populationen illustration



CKD-populationen uden dialyse eller nyretransplantation er fællesmængden af 1 og 2, fraregnet patienter, som er i dialyse eller har modtaget nyretransplantation, idet disse allerede er indeholdt i det oprindelige DNSL

Karakteristika for CKD-patienter, der følges ved nefrologiske afdelinger/afsnit, i Danmark

Populationen inkluderer alle CKD-patienter og indeholder således både incidente og prævalente CKD-patienter i *live per 1. januar i opgørelsesåret* fraregnet patienter, der er i dialyse og/eller har modtaget nyretransplantation. Der præsenteres en oversigt på nationalt niveau med udviklingen af populationen igennem de sidste tre år.

Tabellen kan ses i det supplerende indehold

Resultater

Der blev i 2025 identificeret 25529 patienter på de nefrologiske afsnit/afdelinger med CKD, som ikke modtog dialyse og/eller har gennemgået nyretransplantation, hvilket er på niveau med de seneste to år. Den ujusterede prævalens af CKD-patienter med forløb i nefrologisk regi er højest i Region Sjælland og lavest i Region Syddanmark og Region Nordjylland.

Cirka seks ud af ti af CKD-patienter fulgt i nefrologisk regi var mænd og medianalder ved 1. januar i opgørelsesåret var 71 år i alle tre perioder. Over 20% af alle CKD-patienter fulgt i nefrologisk regi tilhørte CKD

G1/G2, dvs. med CKD defineret ved forhøjet albuminuri.

Fordelingen af komorbiditet målt ved Charlson's comorbidity index (CCI) var relativt ens i de tre perioder med cirka to tredjedele af patienterne havende andre sygdomme end deres nyresygdom.

Diskussion og implikationer

Populationen af patienter med CKD, der følges i nefrologisk regi uden dialyse og/eller nyretransplantation, er karakteriseret ved en relativt høj andel med fremskreden nyresvigt. Således har 62 % en estimeret glomerulær filtrationsrate (eGFR) <45 ml/min/1,73 m², og 40 % har eGFR <30 ml/min/1,73 m². Dette er forventeligt, idet henvisningskriterierne til nefrologisk specialebehandling i væsentligt omfang baseres på graden af nedsat nyrefunktion, herunder eGFR. I overensstemmelse hermed ses også en relativt stor andel af patienter med CKD i kategorien med meget høj risiko for komplikationer, der bl.a. omfatter risiko for tidlig død, risiko for kardiovaskulær sygdom og risiko for progression af nyresygdom.

Populationen er desuden præget af en høj medianalder, idet mere end 50 % af patienterne er over 70 år. Der ses en overvægt af mænd, hvilket er foreneligt med den kendte kønsfordeling ved fremskreden CKD. Komorbiditetsbyrden er høj, idet mere end halvdelen af patienterne har kardiovaskulær sygdom og/eller diabetes, hvilket understøtter opfattelsen af CKD som en del af et kardio-renal-metabolisk sygdomskompleks.

Opgørelsen viser regionale forskelle i prævalensen af patienter med CKD, der følges i nefrologisk regi uden dialyse og/eller nyretransplantation. Dette mønster afspejler til dels – om end ikke fuldstændigt – den regionale fordeling af dialysepatienter (tabel C) og skyldes således formodentligt i betydelig grad geografiske variationer i forekomsten af CKD, overvejende relateret til demografiske forskelle (alder og køn) mellem regionerne. Derudover kan variationer i henvisningspraksis og visitationskriterier bidrage til de observerede forskelle, hvilket dog ikke kan belyses yderligere på baggrund af de foreliggende data.

Andelen af patienter, der modtager maksimal medicinsk uræmibehandling (MMU) som alternativ til dialyse, fremstår relativt lav og udgør cirka 14 % sammenholdt med patienter med terminalt nyresvigt (CKD stadium G5), der følges i nefrologisk regi uden dialyse og/eller transplantation. Dette kan sandsynligvis delvist forklares ved underrapportering, idet diagnosekoden for MMU formodentlig nok ikke anvendes konsekvent. Endvidere kan nogle patienter, der modtager MMU, være afsluttet fra nefrologisk regi og overgået til opfølgning i andet behandlingsregi, eksempelvis almen praksis.

Det samlede antal patienter med CKD, inklusive patienter i dialyse og/eller med nyretransplantation, der følges på nefrologiske afdelinger, udgør cirka 32.000 og har været stabilt over de seneste to år. Baseret på tidligere publicerede data udgør denne gruppe omkring 7 % (2023) af den samlede CKD-population (456.082 patienter i 2023)⁴. Et mere fuldstændigt billede af behandlingen af patienter med CKD forudsætter derfor, at databasen fremadrettet også omfatter patienter med CKD, der ikke følges i nefrologisk regi.

Fil 10.2 - Tabel 1 Patientkarakteristika for CKD-patienter der følges ved nefrologiske afdelinger for år 2025, 2024 og 2023

Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.

Indikatoroversigt CKD-populationen

Tabel 11.1 - Indikatoroversigt CKD populationen

Albuminuri-måling	Andelen af CKD-patienter med nedsat eGFR der får målt urin-albumin-kreatinin-ratio 0-12 mdr. efter konstatering af nedsat eGFR
Antihypertensiv behandling	Andelen af CKD-patienter der indløser RAAS-blokade-medicin inden for 0-12 mdr. efter konstatering af albuminuri
Parathyroideahormon-måling	Andelen af CKD-patienter der får målt parathyroideahormon inden for 12 måneder efter 2 eGFR-målinger < 30.
Anæmi	Andelen af CKD-patienter der har anæmi 12-18 mdr. efter konstatering af nedsat nyrefunktion.

Indikator 8: Albuminuri måling

Tabel 12.1 - Indikator 8: Albuminuri måling

	Udviklingsmål opnået	Tæller/nævner	Aktuelle år		Tidligere år		
			01.01.2024 - 31.12.2024		2023		2022
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		999 / 1.109	90	(88-92)	1.058 / 1.148	92	92
Hovedstaden		324 / 397	82	(77-85)	272 / 324	84	82
Sjælland		170 / 184	92	(88-96)	203 / 212	96	96
Syddanmark		163 / 171	95	(91-98)	171 / 179	96	96
Midtjylland		269 / 284	95	(91-97)	337 / 355	95	96
Nordjylland		73 / 73	100	(95-100)	75 / 78	96	96
Hovedstaden		324 / 397	82	(77-85)	272 / 324	84	82
Herlev		100 / 116	86	(79-92)	118 / 144	82	79
Hillerød		61 / 69	88	(78-95)	49 / 50	98	96
Rigshospitalet		163 / 212	77	(71-82)	105 / 130	81	80
Sjælland		170 / 184	92	(88-96)	203 / 212	96	96
Holbæk		50 / 56	89	(78-96)	63 / 65	97	97
Roskilde		120 / 128	94	(88-97)	140 / 147	95	96
Syddanmark		163 / 171	95	(91-98)	171 / 179	96	96
Esbjerg		34 / 34	100	(90-100)	29 / 31	94	95
Kolding		46 / 48	96	(86-99)	60 / 62	97	97
Odense		63 / 69	91	(82-97)	61 / 65	94	93
Sønderjylland		20 / 20	100	(83-100)	21 / 21	100	100
Midtjylland		269 / 284	95	(91-97)	337 / 355	95	96
Aarhus		143 / 153	93	(88-97)	160 / 171	94	94
Gødstrup		75 / 78	96	(89-99)	111 / 117	95	97
Viborg		51 / 53	96	(87-100)	66 / 67	99	96
Nordjylland		73 / 73	100	(95-100)	75 / 78	96	96
Aalborg		73 / 73	100	(95-100)	75 / 78	96	96

Resultater

Af de 1.109 personer der får konstateret nedsat eGFR i 2024, får 90% målt albuminuri eller proteinuri indenfor 12 måneder af konstateringen. Regionalt varierer denne andel fra 82% i Region Hovedstaden til 100% i region Nordjylland.

Kommentar:

Andelen af patienter, der får målt albuminuri og/eller proteinuri efter påbegyndelse af et nefrologisk forløb, er høj. Årsagen til den observerede variation er usikker, men en mulig forklaring er, at nogle patienter har fået foretaget kvantificering af albuminuri/proteinuri umiddelbart inden opfyldelse af inklusionskriterierne til kohorten, således at

relevante målinger allerede foreligger ved opstart i nefrologisk regi og derfor ikke gentages. Dette kan muligvis afdækkes ved også at inkludere målinger foretaget i perioden op til inklusion i CKD-databasen. Under forudsætning af, at eventuelle registreringsrelaterede fejlkilder kan udelukkes eller håndteres analytisk, må det forventes, at stort set alle patienter med CKD undersøges for albuminuri og/eller proteinuri som led i den initiale udredning. Hos patienter med påvist albuminuri/proteinuri bør der desuden foretages løbende kontrol, hvorfor en relevant supplerende indikator kunne være andelen af patienter i fortsat nefrologisk opfølgning, som får albuminuri/proteinuri monitoreret regelmæssigt.

Indikator 9: Antihypertensiv behandling

Tabel 13.1 - Indikator 9: Antihypertensiv behandling

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år		
			01.01.2024 - 31.12.2024		2023		2022
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		1.178 / 1.614	73	(71-75)	1.232 / 1.758	70	69
Hovedstaden		408 / 553	74	(70-77)	370 / 555	67	70
Sjælland		199 / 287	69	(64-75)	228 / 330	69	69
Syddanmark		202 / 298	68	(62-73)	200 / 296	68	60
Midtjylland		276 / 352	78	(74-83)	336 / 440	76	75
Nordjylland		93 / 124	75	(66-82)	98 / 137	72	68
Hovedstaden		408 / 553	74	(70-77)	370 / 555	67	70
Herlev		167 / 210	80	(73-85)	144 / 201	72	74
Hillerød		74 / 105	70	(61-79)	74 / 119	62	66
Rigshospitalet		167 / 238	70	(64-76)	152 / 235	65	67
Sjælland		199 / 287	69	(64-75)	228 / 330	69	69
Holbæk		58 / 82	71	(60-80)	89 / 126	71	67
Roskilde		141 / 205	69	(62-75)	139 / 204	68	70
Syddanmark		202 / 298	68	(62-73)	200 / 296	68	60
Esbjerg		42 / 71	59	(47-71)	49 / 68	72	58
Kolding		70 / 88	80	(70-87)	55 / 81	68	63
Odense		59 / 93	63	(53-73)	61 / 99	62	57
Sønderjylland		31 / 46	67	(52-80)	35 / 48	73	63
Midtjylland		276 / 352	78	(74-83)	336 / 440	76	75
Aarhus		144 / 181	80	(73-85)	139 / 187	74	73
Gødstrup		85 / 113	75	(66-83)	136 / 167	81	77
Viborg		47 / 58	81	(69-90)	61 / 86	71	81
Nordjylland		93 / 124	75	(66-82)	98 / 137	72	68
Aalborg		93 / 124	75	(66-82)	98 / 137	72	68

Resultater:

Af de 1.614 patienter der har albuminuri/proteinuri, får 73% antihypertensiv behandling indenfor 12 måneder. Regional varier det fra 68-69%% i Region Sjælland og Region Syddanmark til 78% i Region Midtjylland.

Kommentar:

Behandling med RAS-blokade har gennem en årrække været anbefalet til patienter med CKD og hypertension, særligt ved samtidig albuminuri/proteinuri, og kan også være indiceret hos patienter uden hypertension. En del patienter vil dog ikke kunne behandles som følge af f.eks. symptomatisk hypotension, hyperkaliæmi eller andre bivirkninger. På baggrund af publicerede erfaringer vurderes en behandlingsandel på >70–75 % umiddelbart at være tilfredsstillende. En nærmere vurdering af eventuelle muligheder for yderligere optimering vil kræve supplerende analyser af patienterne, der ikke modtager RAS-blokade, herunder vurdering af komorbiditet, blodtryksniveau, samtidig anden antihypertensiv behandling, episoder med hyperkaliæmi samt øvrige kontraindikationer.

Tabel 13.2 - Indikator 2_ supplerende

	Udviklings mål opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		330 / 501	15 (3)	66	(62-70)	370 / 584	63	67
Hovedsta den		85 / 145	4 (3)	59	(50-67)	107 / 182	59	64
Sjælland		87 / 111	3 (3)	78	(70-86)	85 / 130	65	68
Syddanm ark		76 / 106	4 (4)	72	(62-80)	69 / 103	67	68
Midtjyllan d		45 / 82	3 (4)	55	(43-66)	66 / 113	58	69
Nordjylla nd		37 / 57	1 (2)	65	(51-77)	43 / 56	77	69
Hovedsta den		85 / 145	4 (3)	59	(50-67)	107 / 182	59	64
Bornholm		4 / 7	0 (0)	57	(18-90)	4 / 6	67	29
Herlev		44 / 67	0 (0)	66	(53-77)	38 / 64	59	74
Hillerød		9 / 20	2 (9)	45	(23-68)	15 / 31	48	62
Rigshospit alet		28 / 51	2 (4)	55	(40-69)	50 / 81	62	60
Sjælland		87 / 111	3 (3)	78	(70-86)	85 / 130	65	68
Holbæk		49 / 60	1 (2)	82	(70-90)	44 / 64	69	65
Roskilde		38 / 51	2 (4)	75	(60-86)	41 / 66	62	70
Syddanm ark		76 / 106	4 (4)	72	(62-80)	69 / 103	67	68
Esbjerg		9 / 14	2 (13)	64	(35-87)	10 / 13	77	76
Kolding		22 / 36	0 (0)	61	(43-77)	14 / 23	61	43
Odense		25 / 32	2 (6)	78	(60-91)	35 / 49	71	72
Sønderjyll and		20 / 24	0 (0)	83	(63-95)	10 / 18	56	85
Midtjyllan d		45 / 82	3 (4)	55	(43-66)	66 / 113	58	69
Aarhus		30 / 44	0 (0)	68	(52-81)	42 / 67	63	69
Gødstrup		9 / 26	1 (4)	35	(17-56)	11 / 22	50	74
Viborg		6 / 12	2 (14)	50	(21-79)	13 / 24	54	62

	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
Nordjylland	37 / 57	1 (2)	65	(51-77)	43 / 56	77	69
Aalborg	37 / 57	1 (2)	65	(51-77)	43 / 56	77	69

Andel af patienter, som før start på første dialysebehandling har fået etableret en permanent dialyseadgangsvej (alle)

Indikator 10: Parathyroideahormon

Tabel 14.1 - Indikator 10: Parathyroideahormon

	Udviklingsmål opnået	Tæller/nævner	Aktuelle år		Tidligere år		
			01.01.2024 - 31.12.2024		2023		2022
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		1.202 / 1.401	86	(84-88)	1.188 / 1.430	83	85
Hovedstaden		410 / 474	86	(83-89)	393 / 448	88	89
Sjælland		256 / 284	90	(86-93)	265 / 276	96	94
Syddanmark		176 / 218	81	(75-86)	199 / 237	84	84
Midtjylland		265 / 328	81	(76-85)	235 / 370	64	71
Nordjylland		95 / 97	98	(93-100)	96 / 99	97	96
Hovedstaden		410 / 474	86	(83-89)	393 / 448	88	89
Herlev		191 / 206	93	(88-96)	172 / 179	96	99
Hillerød		94 / 98	96	(90-99)	95 / 98	97	99
Rigshospitalet		125 / 170	74	(66-80)	126 / 171	74	72
Sjælland		256 / 284	90	(86-93)	265 / 276	96	94
Holbæk		98 / 103	95	(89-98)	112 / 115	97	98
Roskilde		158 / 181	87	(82-92)	153 / 161	95	92
Syddanmark		176 / 218	81	(75-86)	199 / 237	84	84
Esbjerg		39 / 40	98	(87-100)	45 / 47	96	90
Kolding		58 / 69	84	(73-92)	67 / 80	84	89
Odense		40 / 69	58	(45-70)	40 / 61	66	70
Sønderjylland		39 / 40	98	(87-100)	47 / 49	96	93
Midtjylland		265 / 328	81	(76-85)	235 / 370	64	71
Aarhus		137 / 168	82	(75-87)	153 / 179	85	94
Gødstrup		77 / 100	77	(68-85)	8 / 107	7	3
Viborg		51 / 60	85	(73-93)	74 / 84	88	95
Nordjylland		95 / 97	98	(93-100)	96 / 99	97	96
Aalborg		95 / 97	98	(93-100)	96 / 99	97	96

Resultater:

Af de 1401 personer der udviklet nedsat eGFR < 30 ml/min/1,73 m², fik 86% målt parathyriodeahormon inden for 12 måneder. Regionalt varierer det fra 81% i Region Syddanmark og Region Midtjylland til 98% i Region Nordjylland.

Kommentar:

Selvom det optimale behandlingsmål for PTH hos patienter med forskellige stadier af CKD fortsat er omdiskuteret, anbefales regelmæssig monitorering af PTH. Hos patienter med CKD stadie 4–5 (eGFR < 30 ml/min/1,73 m²) anbefales som minimum måling én gang årligt og hos en del patienter hyppigere afhængigt af graden af nyresygdom, kliniske manifestationer og biokemiske forandringer. Undtagelser kan eksempelvis være patienter med akut forværring i kronisk nyresygdom og kortvarigt eGFR < 30 ml/min/1,73 m² eller patienter, hvor PTH-måling, f.eks. på grund af begrænset forventet levetid, ikke vurderes at have terapeutisk konsekvens. Indikatoren er generelt opfyldt for >85 % af patienterne, dog med variation mellem centrene. Forud for endelig fastsættelse af indikatoren bør det afklares, om variationen helt eller delvist kan forklares af registreringsforhold, herunder om alle relevante analysekoder for PTH er inkluderet i den anvendte algoritme.

Indikator 11: Anæmi

Tabel 15.1 - Indikator 11: Anæmi

	Udviklings mål opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.01.2024 - 31.12.2024		2023		2022
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		93 / 1.255	60 (5)	7	(6-9)	86 / 1.268	7	8
Hovedsta den		32 / 432	15 (3)	7	(5-10)	35 / 400	9	8
Sjælland		14 / 245	18 (7)	6	(3-9)	17 / 243	7	8
Syddanm ark		23 / 198	11 (5)	12	(8-17)	11 / 201	5	7
Midtjyllan d		15 / 287	15 (5)	5	(3-8)	20 / 328	6	9
Nordjylla nd		9 / 93	1 (1)	10	(5-18)	3 / 96	3	4
Hovedsta den		32 / 432	15 (3)	7	(5-10)	35 / 400	9	8
Herlev		18 / 192	7 (4)	9	(6-14)	19 / 161	12	12
Hillerød		5 / 88	4 (4)	6	(2-13)	4 / 86	5	7
Rigshospit alet		9 / 152	4 (3)	6	(3-11)	12 / 153	8	5
Sjælland		14 / 245	18 (7)	6	(3-9)	17 / 243	7	8
Holbæk		5 / 92	5 (5)	5	(2-12)	10 / 102	10	12
Roskilde		9 / 153	13 (8)	6	(3-11)	7 / 141	5	5
Syddanm ark		23 / 198	11 (5)	12	(8-17)	11 / 201	5	7
Esbjerg		6 / 34	4 (11)	18	(7-35)	4 / 37	11	3
Kolding		4 / 59	4 (6)	7	(2-16)	##	3	10
Odense		11 / 68	1 (1)	16	(8-27)	##	4	8
Sønderjyll and		##	2 (5)	5	(1-18)	3 / 44	7	6
Midtjyllan d		15 / 287	15 (5)	5	(3-8)	20 / 328	6	9

		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
Aarhus	9 / 151	7 (4)	6	(3-11)	12 / 159	8	9
Gødstrup	3 / 83	6 (7)	4	(1-10)	3 / 95	3	8
Viborg	3 / 53	2 (4)	6	(1-16)	5 / 74	7	12
Nordjylland	9 / 93	1 (1)	10	(5-18)	3 / 96	3	4
Aalborg	9 / 93	1 (1)	10	(5-18)	3 / 96	3	4

Resultater:

Af de 1255 personer i CKD populationen, ned nedsat eGFR i 2024, har 7% svær anæmi 12-18 måneder efter startdato. Regionalt varierer det fra 6% i Region Sjælland til 12% i Region Syddanmark. I region Syddanmark er der store forskelle mellem afdelingerne.

Kommentar:

Behandling af anæmi ved CKD, primært med jernbehandling og/eller erythropoiese-stimulerende behandling, har væsentlig betydning for patienternes symptomer, velbefindende og livskvalitet. Anæmi hos patienter med CKD kan imidlertid skyldes en række andre tilstande end den nyresygdom alene, hvorfor en præcis afgrænsning af den relevante patientpopulation er afgørende for indikatorens validitet i forhold til behandling af renal anæmi. Der er derfor behov for supplerende analyser, herunder vurdering af alternative anæmiårsager og behandlingsindikationer førend indikatoren implementeres.

Beskrivelse af sygdomsområdet

Kronisk nyresvigt, som kræver behandling med dialyse eller transplantation skyldes en bred vifte af sygdomme, hvoraf diabetisk nyresygdom er den hyppigste. Autoimmune- og arvelige nyresygdomme er også hyppige årsager til kronisk nyresvigt. Hos 15-20% er årsagen ukendt.

Som følge af udvidet brug af dialysebehandling til specielt ældre patienter, steg incidensen og prævalensen af patienter i behandling med dialyse for kronisk nyresvigt frem til ca. 2007. De seneste år har incidensen på landsplan været faldende, hvilket nu også synes at afspejle sig en let faldende prævalens af dialysepatienter. Dette kan skyldes øget nyretransplantationsaktivitet, en forbedret forebyggende behandling af kronisk nyresvigt samt øget opmærksomhed på, at ikke alle patienter med kronisk nyresvigt har gavn af dialysebehandling. Dette gælder specielt de ældre og skrøbelige patienter

, hvor maksimal medicinsk uræmibehandling kan vælges i stedet for dialyse. En række velkendte og nye behandlingsmuligheder, herunder optimal behandling af diabetes samt andre årsager til nyresygdom, behandling af hypertension inklusive behandling med blokade af renin-angiotensin-aldosteron-systemet samt SGLT-2-hæmmere og GLP1-analoger er fortsat vigtige i behandlingen af kronisk nyresygdom. Uagtet disse forhold, udgør dialysebehandling fortsat et væsentligt tilbud til patienter med kronisk nyresvigt. Behandlingen har i kraft af dens kompleksitet betydelige menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger.

Der har i 2025 været en stigning i antallet af førstegangsnyretransplanterede idet prævalensen af nyretransplanterede patienter også fortsat er støt stigende, hvilket er glædeligt, da det for mange patienter med kronisk nyresvigt indebærer bedre prognose og livskvalitet. Ændringerne afspejler formodentligt indførelse af donation efter cirkulatorisk død (DCD), der formodes at have bidraget til øget nyretransplantationsaktivitet, parallelt med andre tiltag som det nordiske program for nyrebytte. Uanset disse initiativer bør der være fortsat fokus på at nedbringe ventelister til nyretransplantation. Den øgede transplantationsaktivitet og indførelsen af DCD bør følges af fortsat monitorering for at sikre, at dette ikke kompromitterer patient- og graftoverlevelse. Supplerende indikatorer til monitorering af infektionskomplikationer og afstødninger vil kunne styrke denne.

Mortaliteten for dialysepatienter er faldet siden 2010 og er nu stabil på 17-18 per 100 personår både for nystartede og for alle dialysepatienter. Den relativt høje mortalitet skyldes formentlig dels den høje gennemsnitsalder, stor komorbiditet blandt dialysepatienter samt komplikationer til dialysen. De hyppigste dødsårsager hos dialysepatienter er kardiovaskulær sygdom og infektioner. Infektioner relateret til dialyseadgangsveje er hyppige, og infektionshyppigheden er meget lavere ved brug af dialysefistler end ved dialysekatetre hos hæmodialysepatienter. Der bør derfor være fortsat fokus på, at patienterne henvises til nefrologisk vurdering i tide og på etablering af en permanent dialysefistel ved dialysestart, så akut start på midlertidigt hæmodialysekateter undgås. Endvidere bør sikres fortsat fokus på nedbringelse af komplikationer til dialysebehandling, herunder forebyggelse af peritonealdialyserelateret peritonitis. Supplerende indikatorer til monitorering af infektionskomplikationer ved hæmodialyse vil kunne styrke denne indsats.

For patienternes livskvalitet er det også vigtigt at forberede patienten på den form for behandling af kronisk nyresvigt, som passer bedst med patientens livsomstændigheder og præferanser. Desuden vil nogle patienter gerne have dialysebehandling hjemme i form af peritonealdialyse eller hjemmehæmodialyse. Hos nogle af de skrøbelige, ældre patienter kan hjemmeplejen hjælpe med peritonealdialyse, eller som alternativ hertil valg af maksimal medicinsk uræmi-behandling uden dialyse.

Datagrundlag og dækningsgrad

Patientpopulationen

Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister (DNSL) er en landsdækkende database, som inkluderer alle patienter med kronisk nyresygdom (engelsk: chronic kidney disease, CKD) som modtager aktiv behandling for kronisk nyresvigt (renal erstatningsterapi, engelsk: kidney replacement therapy, KRT) med én af følgende behandlinger; nyretransplantation, peritonealdialyse eller hæmodialyse. En del KRT-patienter behandles i løbet af livet skiftevis med enten peritoneal- eller hæmodialyse afhængig af patientpræference og komorbiditet og nyretransplantation afhængig af egnethed til transplantation og i hvilket omfang, der foreligger egnet nyredonor. Kun få patienter behandles med hybriddialyse dvs. hæmo- og peritonealdialyse på samme tid, typisk når peritonealdialyse alene ikke længere giver sufficient behandling.

Identifikation af patientpopulationen

Patientpopulationen afgrænses ud fra de følgende inklusions- og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier

- Patienter som aktivt behandles for kronisk nyresvigt på et eller flere af Danmarks 14 indberettende nefrologiske afdelinger (centre) på Rigshospitalet, Herlev, Hillerød, Sjællands Universitetshospital (Roskilde) (inkl. Nykøbing Falster), Holbæk, Rønne, Odense, Sygehus Sønderjylland, Esbjerg, Kolding, Gødstrup, Aarhus, Viborg og Aalborg.
- Patienter som har gennemgået mindst én af følgende behandlinger for kronisk nyresvigt: peritonealdialyse, hæmodialyse og/eller nyretransplantation.
- Patienter med et dansk CPR-nummer og bosiddende i Danmark.

Eksklusionskriterier

- Patienter med ugyldigt cpr-nummer.
- Patienter som udvander definitivt fra Danmark.
- Patienter som indvandrer til Danmark uden patientoplysninger til at rekonstruere deres forløb.

Håndtering af udenlandsophold og udenlandske patienter

Patienter, som kun er på kort besøg i Danmark, fx ferie ("gæstedialyse") inkluderes ikke. Hvis en udlænding, som allerede er i aktiv behandling med renal erstatningsterapi, indvandrer til Danmark, rekonstrueres deres tidligere udenlandske behandlingsforløb efter bedste evne, hvilket er særlig aktuelt for de prævalente dialysepatienter, som indgår i indikatorpopulationerne for indikator 3 og indikator 6. Dette gælder også for patienter i DNSL som senere modtager behandling i udlandet, fx nyretransplantation i udlandet. Hvis patienten udvander definitivt fra Danmark, ophører registrering, medmindre patienten fortsat går til kontrol i Danmark.

Håndtering af centertilknævning og overflytninger mellem centre/afdelinger

Når et behandlingsforløb startes op, så kategoriseres det opstartende center som behandlingsansvarligt center fra den dato, hvor behandlingen registreres. Patienterne kan skifte mellem centre og behandlinger i løbet af deres forløb. Især transplanterede patienter overflyttes og følges på centre, der ikke foretager nyretransplantationer. Når der startes et nyt behandlingsforløb, registreres en dato for overflytning og et nyt behandlingsansvarligt center. Når der registreres en overflytning mellem to centre, tæller overflytningsdatoen som behandlingsstart på det modtagende center.

Afslutning af behandlingsforløb

En behandling registreres som afsluttet på et center når:

- Patienten overflyttes til et andet center.
- Patienten dør eller udvander.

- Patienten har genvunden nyrefunktion i mere end 90 dage efter nyrefunktion er genvunden.
- Patienten ophører med aktiv behandling.

Dataindberetning og datakvalitet

Dataindberettende enheder

Behandlingen af KRT-patienter er fordelt på i alt 14 nefrologiske centre (hospitaller) i Danmark; Rigshospitalet, Herlev, Hillerød, Sjællands Universitetshospital (Roskilde) (inkl. Nykøbing-Falster), Holbæk, Rønne, Odense, Sygehus Sønderjylland, Esbjerg, Kolding, Gødstrup, Aarhus, Viborg, Aalborg. Tre hospitaller har aktuelt status som transplantationscentre (Rigshospitalet, Aarhus Universitetshospital og Odense Universitetshospital). Samtlige centre, der transplanterer eller behandler kroniske nyresvigtspatienter med dialyse, indberetter data vedrørende kliniske forhold og behandling af den enkelte patient til DNSL. Der er ingen privat behandling af KRT-patienter i Danmark.

Indberetning af patientoplysninger og datakilder

Dataindberetning sker løbende over året ved dedikeret indtastning og var før 1. december 2024 via det webbaserede inddateringssystem TOPICA. Fra den 1. december 2024 og fremad foregår dataindberetningen løbende over året ved indtastning via det webbaserede inddateringssystem "Kvalitet Indrapporterings Platform (KIP)" over Sundhedsdatanettet. KIP har således erstattet det webbaserede inddateringssystem TOPICA. Data indhentes desuden fra følgende datakilder: Landspatientregisteret (LPR), Laboratoriedatabasen (LAB) og Det Centrale Personregister (CPR) samt dødsårsagsregisteret.

Populationskomplethed

Populationskomplethed eller dækningsgraden udgør andelen af relevante patienter, der indgår i patientpopulationen svarende til andelen af KRT-patienter i aktiv behandling i DNSL ud af det samlede antal KRT-patienter i aktiv behandling i Danmark. Dækningsgraden er opgjort ved, at antallet af aktive KRT-patienter i DNSL i løbet af opgørelsesperioden sammenholdes med aktive KRT-patienter i alt i DNSL og LPR i løbet af samme periode. Landspatientregisteret (LPR) anvendes som reference ud fra patienternes organisatoriske tilknytning til nefrologiske afdelinger i kombination med registrerede LPR-procedurekoder for hæmodialyse (BJFD00, BJFD20, BJFD26), peritonealdialyse (BJFD01, BJFD21, BJFD22, BJFD23, BJFD24, BJFD25, BJFD27) og/eller nyretransplantation (KKAS10, KKAS20). Populationskompletheden er udregnet og viser en yderst tilfredsstillende dækningsgrad på 99%, som afspejler, at størstedelen af patienter i aktiv behandling for nyresvigt indgår i DNSL.

Datakomplethed

Datakomplethed beskriver registreringskompletheden af informationer, som bidrager til opgørelsen af resultater for kvalitetsindikatorerne. Forud for analysearbejdet i forbindelse med udarbejdelse af årsrapporter går et væsentligt datahåndterings- og valideringsarbejde. Der foretages bl.a. check af CPR-nummer, validering af administrative og kliniske patientforløb og eksklusion af registrerede patienter uden interventioner eller interventionsdatoer. Omfanget af manglende indberetning kan dog ikke med sikkerhed fastslås, hvilket er særlig aktuelt for peritonitis (indikator 6). I indikatorstabellerne for de enkelte indikatorer fremgår datakompletheden af kolonnen "uoplyst". Andelen af uoplyste er lav i opgørelsesperioden 1. januar – 31. december 2025. Således konkluderes det, at registreringskvaliteten i DNSL er meget tilfredsstillende.

Om denne rapport

© Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut 2026

Rapportens analyser er udarbejdet af Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut (SundK). Rapporten er auditeret og kommenteret af styregruppen

Udgiver:

Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut

Hedeager 3

8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Versionsdato: 27.06.26

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse