

Datakvalitetsrapport

Dansk Parkinson Kvalitetsdatabase (DaPaK)

01.11.2024 – 31.10.2025



© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2026

Udgiver
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3
8200 Aarhus N

Version 1.0
Versionsdato: 30.04.2026

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indholdsfortegnelse

1.	Konklusioner og anbefalinger	4
2.	Forord	6
3.	Oversigt over alle indikatorer	7
4.	Oversigt over de samlede indikatorresultater	7
5.	Indikatorresultater	8
5.1	Indikator 1	8
5.2	Indikator 2:	11
5.3	Indikator 3	14
5.4	Indikator 4	16
6.	Supplerende opgørelser	19
6.1	Indikator 1	19
6.2	Indikator 2	21
6.3	Indikator 3	23
7.	Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	24
8.	Datagrundlag	25
9.	Dækningsgrad, datakomplethed og eksklusion	25
9.1	Dækningsgrad	25
9.2	Datakomplethed	25
9.3	Eksklusionstabeller	25
10.	Styregruppens medlemmer	27
11.	Appendiks	28
11.1	Populationstabeller	28
11.2	Hoehn & Yahr	34
11.3	Referencer	35

1. Konklusioner og anbefalinger

Nærværende rapport er den første baseret på udtræk fra Dansk Parkinson Kvalitetsdatabase (DaPaK) med beskrivelse af kvalitetsdata og standarder for behandling af Parkinson sygdom i Danmark.

Generelt peger resultaterne på, at der er et betydeligt forbedringspotentiale i Parkinson forløbene, men især at der eksisterer et presserende behov for at få registrering og datagrundlag til at afspejle den kliniske praksis - og samtidig sikre, at centrale elementer i patientforløbet (billeddiagnostik, struktureret opfølgning, kognitiv screening og relevant træning) gennemføres systematisk til gavn for patienternes sikkerhed, funktionsevne og livskvalitet.

Der er i DaPaK løbende arbejdet med at inkorporere data fra privatpraktiserende neurologer. Dette forventes færdiggjort i løbet af 2026, og vil forbedre datagrundlaget markant i DaPaK.

Det er kritisk at der anvendes uspecifikke koder for kognitiv test (fx ZZ5061) fremfor den specifikke kode for MoCA-test (ZZ5061B) i registrerings-/kodepraksis på de enkelte afdelinger/regioner, da det dermed ikke kan vurderes om patienter med Parkinson får vurderet deres kognitive tilstand regelmæssig som anbefalet. Det anbefales, at dette bør behandles som et højprioriteret forbedrings- og patientsikkerheds-/kvalitetsproblem i forhold til kodningspraksis, fordi manglende opsporing kan føre til forsinket støtte og øget risiko for uhenigtsmæssige forløb.

Strukturel billeddiagnostik for at udelukke anden patologi og sikre korrekt diagnostik af Parkinson og dermed relevant behandling er centralt for udredningen af patienter med Parkinson. Da for lav andel med strukturel skanning i værste fald kan medføre risiko for fejldiagnostik eller forsinket korrekt behandling. Cirka 3 ud af fire (76,4%) nydiagnosticerede patienter fik foretaget strukturel CT- eller MR-skanning 24 måneder før til senest 6 måneder efter diagnosedato; andelen varierede fra 63,4% til 93,9% mellem afdelinger (Indikator 1). Hvorvidt indikatoren er retvisende, er ikke muligt at vurdere, da tallene i høj grad er præget af manglende data fra privatpraktiserende neurologer (PPN). De manglende data kan medføre at diagnosetidspunktet kan være registreret "for sent" (fx hvis udredning/diagnose reelt skete tidligere hos privat neurolog), hvilket kan give et kunstigt lavt resultat, fordi skanningen falder udenfor tidsvinduet opgørelsen. Det forventes, at indikatoren nærmer sig udviklingsmålet på <95 % ved næste opgørelse som vil omfatte data fra PPN.

Anbefalede handlinger ifm. strukturel skanning ifm. diagnose

- **Hospitaller/afdelinger:** Indføre standardiseret udredningspakke/checkliste ved nyhenviste patienter med parkinsonisme, hvor billeddiagnostik (CT/MR) fremgår som obligatorisk trin, med systematisk "lukning" af forløb før diagnosekode.
- **Regioner/SundK/DaPaK:** Styrke datavalidering af *diagnosedato* (fx stikprøve ift. forudgående udredning) og implementere tydelig registreringsvejledning i forhold til ydelseskoder
- **Praktiserende neurologer** (når de inkluderes i dataopsamling): Sikre integration/indberetning, så udredning i primær speciallægesektor ikke "forsvinder" fra indikatoropgørelsen.
- **Konkrete forbedringstiltag til inspiration:** Lokale audit af et tilfældigt udsnit af "ikke-opfyldte" forløb for at skelne mellem (a) manglende skanning, (b) skanning udført men ikke registreret, og (c) fejl i diagnosedato - og derefter målrettede rettelser i arbejdsgange/registrering.

Regelmæssig opfølgning hos personer med Parkinsons sygdom er afgørende for at justere behandling, identificere komplikationer og støtte funktionsevne og livskvalitet. Nationalt har 59,5% af patienter med Parkinson minimum to kontakter, heraf mindst én med fysisk fremmøde, inden for 12 måneder (Indikator 2); med stor regional variation fra 23,2% i Region Midtjylland til 72,6% i Region Hovedstaden. Den meget lave opfyldelse i enkelte regioner/afdelinger, specielt i Region Midt, kan indikere kapacitetsudfordringer (rapporten nævner bl.a. mulig mangel på neurologer). Dette kan medføre forsinket behandlingsoptimering og dårligere symptomkontrol for patienterne. Det bemærkes, at flere enheder opnår høje niveauer (over 70%), hvilket viser, at struktureret opfølgning med minimum 2 kontakter, heraf mindst én fysisk kontakt er realiserbar.

Anbefalede handlinger ifm. regelmæssig opfølgning af patienter med Parkinson

- **SundK/DaPaK + faglige miljøer:** Fastlægge et nationalt udviklingsmål for indikator 2 til næste rapport (og definere minimumskrav til opfølgingsfrekvens og acceptabel andel fysisk fremmøde).
- **Regioner/hospitaler:** Identificere kapacitetsudfordringer og mitigere disse ved fx planlagte årskontroller, sygeplejerske-/tværfaglige forløb med lægelig backup, brug af tele/virtuelle kontakter som supplement - men med sikring af minimum én fysisk vurdering per år.
- **Ønske til ledelser:** Lave systematisk opfølgning på ventetid og bemanning i bevægeklinikker, da lav opfyldelse kan pege på strukturelle barrierer.
- **Datakvalitet:** Forbedre registrering af kontakt-type og rollefordeling (læge/andre), så indikatoren bedre afspejler klinisk kvalitet.

Kognitive vanskeligheder er hyppige ved Parkinsons sygdom og har stor betydning for funktionsniveau, erhvervsevne, sikkerhed, behandlingsadhærens, pårørendebelastning og behov for støtte/rehabilitering. Manglende systematisk opsporing af kognitive vanskeligheder kan føre til forsinkede indsatser (fx rådgivning, tilpasning af medicin, henvisning til neuropsykologisk vurdering, kommunale støtteforanstaltninger mv.). På landsplan var kun 3,0% af patienter med Parkinson registreret med en neurologisk vurdering; varierende fra ca. 1% - 9,8% på afdelingsniveau (Indikator 3). Styregruppen vurderer, at resultatet i *høj grad* afspejler registrerings-/kodepraksis i form af brug af uspecifikke koder (fx ZZ5061) frem for den specifikke MoCA-kode (ZZ5061B) og evt. automatiseret kodning, som kan resultere i underrapportering.

Anbefalede handlinger ifm. regelmæssig vurdering af kognitiv funktion af patienter med Parkinson

- **Hospitaler/afdelinger og regioner:** Harmonisere kodepraksis - anvend konsekvent **ZZ5061B** (MoCA) eller relevante specifikke koder for neuropsykologisk test og rette op på eventuel automatiseret kodning, der giver forkerte koder.
- **Regionale IT-afdelinger:** Gennemgå kodningsopsætninger og skabeloner i EPJ/SP til LPR-indberetning, så korrekt underkode registreres. På sigt ønskes at kodning foregår automatisk når undersøgelsen foretages (via vurderingsskemaer indlejret i regionale IT-systemer)
- **SundK/DaPaK:** Evt. udsende præcis registreringsvejledning og gennemfør datavalideringsaudit på tværs af regioner før næste årsrapport.

Tidlig, specialiseret træning kan bidrage til at vedligeholde funktion, mobilitet og deltagelse og potentielt forsinke funktionsfald. På landsplan modtog 67,7% vederlagsfri fysioterapi indenfor 12 mdr. efter diagnosen Parkinson blev stillet; varierende fra 62,6% - 78,3% mellem regioner (Indikator 4). Indikatoren måler dog registreret *modtaget* fysioterapi, ikke selve *henvisning* til fysioterapi. Dermed er resultatet påvirket af kriterier for ordningen, som ventetider, patientens mulighed for fremmøde (inkl. behov for hjemmebehandling) og patientvalg (andre træningsformer). Det forventes at dataopgørelsen bliver opkvalificeret, når H&Y bliver koblet på (fx ved at patienter med senstadiet fjernes i registreringen), således kun de relevante patienter medtages i opgørelsen.

Anbefalede handlinger ifm. tidlig specialiseret træning

- **Hospitaler/sundhedsprofessionelle:** Styrke tidlig patientinformation om effekt og relevans af fysioterapi ved henvisningstidspunkt (evt. brug struktureret informationsmateriale med viden om mulige effekter af træning af funktionsnedsættelse, eller lave informationen individualiseret, således det kan målrettes den enkeltes livssituation (fx fuldtidsarbejde, børn i hjemmet, social isolation mv.).
- **Kommuner/regioner:** Adressere adgangsbarrierer (ventetid, geografisk dækning, og mulighed for hjemmebehandling for de mest svækkede)
- **SundK/DaPaK:** Overveje supplerende registrering, der kan skelne mellem (a) henvist, (b) opstartet, (c) fravalgt/ikke mødt for at målrette forbedringer.
- **Tværasektorielt:** Samarbejde med patientforeninger og civilsamfundstilbud kan bruges som supplement (bokstræning, parkinsondans mv), men bør ikke erstatte vurdering af behov for målrettet fysioterapi i sundhedsvæsenet.

2. Forord

Dansk Parkinson Kvalitetsdatabase (DaPaK) er en national klinisk kvalitetsdatabase, som har til formål at monitorere og forbedre kvaliteten af udredning, diagnosticering, behandling og rehabiliteringen til mennesker med Parkinsons sygdom.

Databasen opretholdes og driftes af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK); Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP) og Behandlingsrådet er fusioneret pr. 1.1.2025 i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK).

Hvert år opgøres resultaterne for indikatorerne på baggrund af de senest opdaterede data i databasen inden for opgørelsesperioden. Patientforløb og begivenheder, der ikke nåede at blive indberettet i tide eller blev indberettet på en ufuldstændig måde, inkluderes i den efterfølgende rapport året efter (såkaldte efterregistreringer). Således kan resultaterne ikke umiddelbart sammenlignes mellem rapporter fra år til år. De mest opdaterede antal og estimater forefindes altid i seneste udgivne rapport.

Denne rapport er den første fra DaPaK og anses derfor som en datakvalitetsrapport med fokus på at evaluere kvaliteten af de indrapporterede data til DaPaK, for at sikre validitet i fremtidige opgørelser. Dette medfører, at indikatorresultaterne ikke nødvendigvis er retvisende for den ydede kliniske kvalitet.

3. Oversigt over alle indikatorer

Indikator	Type	Format	Udviklingsmål	ID
Indikator 1: Andel patienter der får foretaget strukturel CT- eller MR-skanning 24 mdr. før til senest 6 mdr. efter diagnosedato.	Proces	Andel	≥ 95 %	DAPAK_01_001
Indikator 2: Andel patienter med minimum to kontakter, heraf mindst én med fysisk fremmøde, indenfor 12 mdr.	Proces	Andel		DAPAK_02_001
Indikator 3: Andel ikke demente patienter med minimum én screening af kognitiv funktion indenfor de sidste 24 mdr.	Proces	Andel	≥ 75 %	DAPAK_04_001
Indikator 4: Andel patienter der 12 mdr. efter nydiagnosticeret Parkinson sygdom har modtaget vederlagsfri fysioterapi.	Proces	Andel	≥ 90 %	DAPAK_03_001

4. Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Udviklingsmål	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse
			Andel (95% CI)
			01.11.2023 - 31.10.2024
Indikator 1: Andel patienter der får foretaget strukturel CT- eller MR-skanning 24 mdr. før til senest 6 mdr. efter diagnosedato.	≥ 95	0	76,4 (73,7-78,9)
			01.11.2024 - 31.10.2025
Indikator 2: Andel patienter med minimum to kontakter, heraf mindst én med fysisk fremmøde, indenfor 12 mdr.		0	59,5 (58,3-60,7)
Indikator 3: Andel ikke demente patienter med minimum én screening af kognitiv funktion indenfor de sidste 24 mdr.	≥ 75	0	3,0 (2,6-3,5)
			01.11.2023 - 31.10.2024
Indikator 4: Andel patienter der 12 mdr. efter nydiagnosticeret Parkinson sygdom har modtaget vederlagsfri fysioterapi.	≥ 90	0	67,7 (64,8-70,5)

5. Indikatorresultater

5.1 Indikator 1

Udelukkelse af anden patologi som årsag til Parkinson symptomer

Udover Parkinsons sygdom, kan parkinsonisme forekomme på baggrund af andre strukturelle forandringer i hjernen herunder tumorer og vaskulære skader, hvorfor det er relevant at udelukke anden patologi som årsag til patientens parkinsonistiske symptomer. Derfor er en strukturel CT- eller MR-skanning væsentlig for korrekt diagnostik og heraf følgende korrekt behandling.

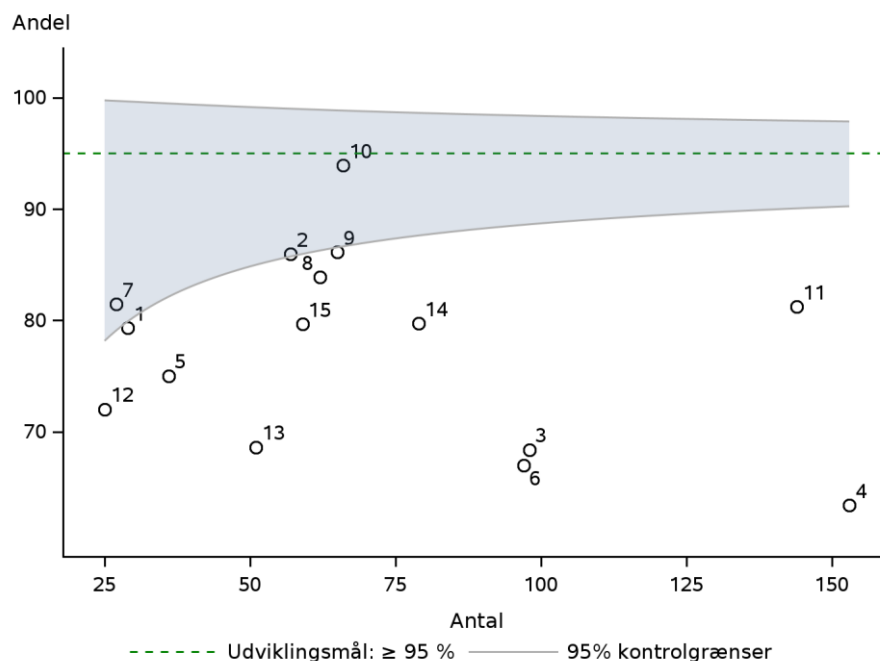
Beregningsregler:

<i>Format</i>	Andel
<i>Tæller</i>	Patienter med registreret CT- eller MR- skanning 24 mdr. før til senest 6 mdr. efter diagnosedato.
<i>Nævner</i>	Patienter med nydiagnosticeret Parkinson.
<i>Ekskluderede</i>	Atypisk Parkinson
<i>Udviklingsmål</i>	≥ 95%

Opgørelse af indikator 1

	Udviklingsmål ≥ 95% opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.11.2023 - 31.10.2024	
				Andel	95% CI
Danmark	Nej	801 / 1.049	0 (0)	76,4	(73,7-78,9)
Hovedstaden	Nej	236 / 337	0 (0)	70,0	(64,8-74,9)
Sjælland	Nej	92 / 133	0 (0)	69,2	(60,6-76,9)
Syddanmark	Nej	309 / 364	0 (0)	84,9	(80,8-88,4)
Midtjylland	Nej	116 / 155	0 (0)	74,8	(67,2-81,5)
Nordjylland	Nej	48 / 60	0 (0)	80,0	(67,7-89,2)
Hovedstaden	Nej	236 / 337	0 (0)	70,0	(64,8-74,9)
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	97 / 153	0 (0)	63,4	(55,2-71,0)
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	49 / 57	0 (0)	86,0	(74,2-93,7)
Hospitalet i Nordsjælland	Nej	23 / 29	0 (0)	79,3	(60,3-92,0)
Rigshospitalet	Nej	67 / 98	0 (0)	68,4	(58,2-77,4)
Sjælland	Nej	92 / 133	0 (0)	69,2	(60,6-76,9)
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	27 / 36	0 (0)	75,0	(57,8-87,9)
Sjællands Universitetshospital	Nej	65 / 97	0 (0)	67,0	(56,7-76,2)
Syddanmark	Nej	309 / 364	0 (0)	84,9	(80,8-88,4)
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Nej	62 / 66	0 (0)	93,9	(85,2-98,3)
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted)	Nej	22 / 27	0 (0)	81,5	(61,9-93,7)
Odense Universitetshospital - Svendborg	Nej	117 / 144	0 (0)	81,3	(73,9-87,3)
Sygehus Lillebælt	Nej	52 / 62	0 (0)	83,9	(72,3-92,0)
Sygehus Sønderjylland	Nej	56 / 65	0 (0)	86,2	(75,3-93,5)
Midtjylland	Nej	116 / 155	0 (0)	74,8	(67,2-81,5)
Aarhus Universitetshospital	Nej	63 / 79	0 (0)	79,7	(69,2-88,0)
Hospitalsenhed Midt	Nej	18 / 25	0 (0)	72,0	(50,6-87,9)
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	35 / 51	0 (0)	68,6	(54,1-80,9)
Nordjylland	Nej	48 / 60	0 (0)	80,0	(67,7-89,2)
Aalborg Universitetshospital	Nej	47 / 59	0 (0)	79,7	(67,2-89,0)
Regionshospital Nordjylland	Ja	1 / 1	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)

Funnelplot af estimater for indikator 1 ift. antallet af patienter



Afdelingskode	Afdeling
1	Hospitalerne i Nordsjælland
2	Herlev og Gentofte Hospital
3	Rigshospitalet
4	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
5	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse
6	Sjællands Universitetshospital
7	Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted)
8	Sygehus Lillebælt
9	Sygehus Sønderjylland
10	Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus
11	Odense Universitetshospital - Svendborg
12	Hospitalsenhed Midt
13	Regionshospitalet Gødstrup
14	Aarhus Universitetshospital
15	Aalborg Universitetshospital

Datagrundlag

Datagrundlaget for opgørelse af indikator 1 udgøres af 1053 personer med nydiagnosticeret Parkinson i perioden 1.11.2023 - 31.10.2024 (jf. afsnit 11.1 (populationstabel)). Der er i opgørelsen ekskluderet 4 personer med atypisk Parkinson diagnose (jf. afsnit 9.3 (eksklusionstabel)). Registrerede forløb på Regionshospital Nordjylland kommenteres ikke pga. lav antal.

Indikatoren opgøres som andelen af patienter med registreret CT- eller MR-skanning 24 mdr. før til senest 6 mdr. efter diagnosedato ud af patienter med nydiagnosticeret Parkinson.

Resultater

Blandt de 1049 personer med nydiagnosticeret Parkinson havde 801 (76,4%) patienter fået foretaget en strukturel CT- eller MR-skanning 24 mdr. før til 6 mdr. efter diagnosedatoen. Andelen af patienter, som havde fået foretaget strukturel skanning, varierede fra 70,0% i Region Hovedstaden til 80,0% i Region Nordjylland; og på afdelingsniveau fra 63,4% på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital til 93,9% på Esbjerg & Grindsted Sygehus.

Der ses ikke entydig sammenhæng mellem andel patienter med strukturel skanning i forhold til antallet af patientforløb på den enkelte afdeling (jf. funnelplot).

De strukturelle skanninger er alle foretaget fra ca. 30 dage før til ca. 10 dage efter diagnosedatoen for alle patienter med en skanning, hvilket er gældende for alle regioner (jf. afsnit 6.1).

Diskussion og implikationer

Alle regioner ligger fra 70-80 % i andel, altså under udviklingsmålet. Der var ingen umiddelbar sammenhæng mellem størrelsen af optageområderne og graden af opfyldelse af udviklingsmål. Der er i denne pilotopgørelse usikkerhed i datakvaliteten. Det vurderes, at der er en gennemgående fejl i diagnostetidspunktet, og dermed fastsættelse af det tidsvindue der er relevant. Det formodes at en ikke betydelig del af de patienter, som blev registreret som nydiagnosticerede i et hospitalsambulatorium, i realiteten havde fået foretaget en udredning for Parkinsons sygdom hos en privat praktiserende neurolog på et tidligere tidspunkt. Det forventes, at denne fejlkilde vil forsvinde, når data fra de praktiserende neurologer indgår i dataopsamlingen.

Der blev ved en stikprøve på Bispebjerg Hospital fundet, at 4 ud af 10 patienter, som ikke opfyldte kravet om tidsmæssig nærhed af diagnose og udredning med skanning, blev fanget af dataindsamlingen, fordi de indgik i et videnskabeligt studie på neurologisk afdeling. De havde alle fået stillet Parkinson diagnosen flere år tidligere. Denne fejlkilde vil fremadrettet blive elimineret ved, at patienter, som indgår i dette studie alle vil blive kodet med både en forskningskode og Parkinson diagnosen, så de senere kan trækkes ud af opgørelsen igen.

Endelig er det en mulig fejlkilde, at patienter, som har fået foretaget deres CT- eller MR-skanning via en privat sundhedsforsikring, ikke får registreret skanningerne, da DaPaK databasen ikke har adgang til data på undersøgelser og behandlinger foretaget under de private Sundhedsforsikringer. Det er uvist, hvor mange patienter det drejer sig om, men der blev ikke fundet eksempler på dette i stikprøven på Bispebjerg Hospital.

Vurdering af indikator

Indikatoren bibeholdes

5.2 Indikator 2:

Regelmæssig vurdering af sygdommens udvikling og behov for behandling

Det er af betydning for patientens livskvalitet og funktionsniveau, at den rette behandling på baggrund af den rette diagnose bliver iværksat og løbende korrigeret, så patienten tidligst muligt opnår den bedst mulige grad af symptomlindring. Dette kræver jævnlige opfølgninger af patient og dennes funktionsniveau, hvilket bedst vurderes ved objektiv undersøgelse af patienten ved fysisk fremmøde.

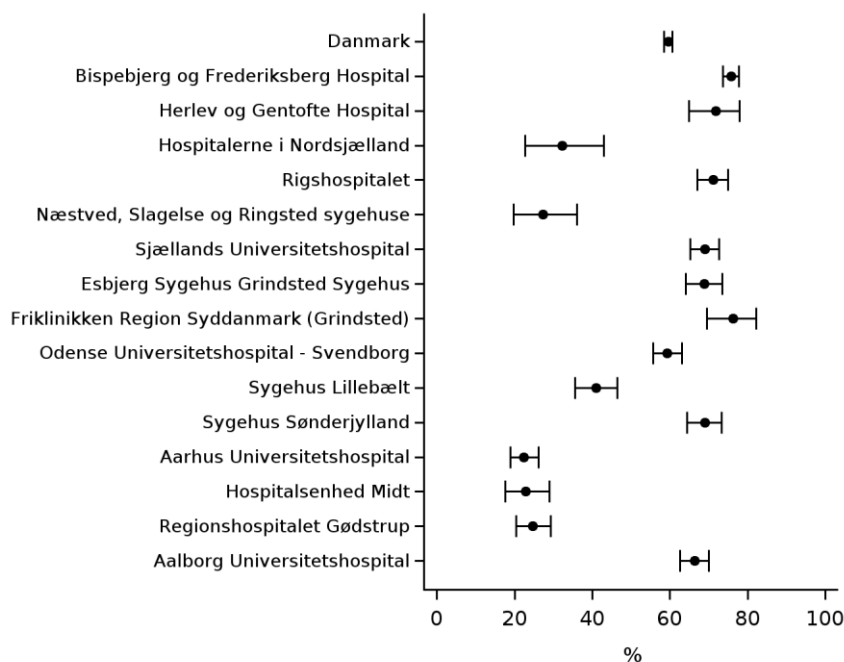
Beregningsregler:

<i>Format</i>	Andel
<i>Tæller</i>	Patienter med minimum to relevante kontakter indenfor de seneste 12 mdr., hvoraf min. én kontakt er fysisk fremmøde
<i>Nævner</i>	Patienter med Parkinson diagnosticeret indenfor seneste 10 år.
<i>Ekskluderede</i>	Atypisk Parkinson
<i>Udviklingsmål</i>	Ikke fastlagt

Opgørelse af indikator 2

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år	
				01.11.2024 - 31.10.2025 Andel	95% CI
Danmark		3.801 / 6.385	0 (0)	59,5	(58,3-60,7)
Hovedstaden		1.576 / 2.170	0 (0)	72,6	(70,7-74,5)
Sjælland		429 / 695	0 (0)	61,7	(58,0-65,4)
Syddanmark		1.160 / 1.878	0 (0)	61,8	(59,5-64,0)
Midtjylland		244 / 1.050	0 (0)	23,2	(20,7-25,9)
Nordjylland		392 / 592	0 (0)	66,2	(62,2-70,0)
Hovedstaden		1.576 / 2.170	0 (0)	72,6	(70,7-74,5)
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		1.069 / 1.411	0 (0)	75,8	(73,4-78,0)
Herlev og Gentofte Hospital		132 / 184	0 (0)	71,7	(64,6-78,1)
Hospitalerne i Nordsjælland		28 / 87	0 (0)	32,2	(22,6-43,1)
Rigshospitalet		347 / 488	0 (0)	71,1	(66,9-75,1)
Sjælland		429 / 695	0 (0)	61,7	(58,0-65,4)
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		33 / 121	0 (0)	27,3	(19,6-36,1)
Sjællands Universitetshospital		396 / 574	0 (0)	69,0	(65,0-72,8)
Syddanmark		1.160 / 1.878	0 (0)	61,8	(59,5-64,0)
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus		248 / 360	0 (0)	68,9	(63,8-73,6)
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted)		132 / 173	0 (0)	76,3	(69,3-82,4)
Odense Universitetshospital - Svendborg		378 / 637	0 (0)	59,3	(55,4-63,2)
Sygehus Lillebælt		126 / 308	0 (0)	40,9	(35,4-46,6)
Sygehus Sønderjylland		276 / 400	0 (0)	69,0	(64,2-73,5)
Midtjylland		244 / 1.050	0 (0)	23,2	(20,7-25,9)
Aarhus Universitetshospital		107 / 479	0 (0)	22,3	(18,7-26,3)
Hospitalsenhed Midt		49 / 214	0 (0)	22,9	(17,4-29,1)
Regionshospitalet Gødstrup		88 / 357	0 (0)	24,6	(20,3-29,5)
Nordjylland		392 / 592	0 (0)	66,2	(62,2-70,0)
Aalborg Universitetshospital		391 / 589	0 (0)	66,4	(62,4-70,2)
Regionshospital Nordjylland		1 / 3	0 (0)	33,3	(0,8-90,6)

Konfidensinterval-plot af andel af patienter med minimum to kontakter, hvoraf minimum én er fysisk fremmøde, indenfor de seneste 12 mdr. på afdelingsniveau.



Datagrundlag

Datagrundlaget for opgørelse af indikator 2 udgøres af 8076 personer med Parkinson i perioden 1.11.2024 - 31.10.2025 (jf. afsnit 11.1 (populationstabel)). Der er i opgørelsen ekskluderet 1624 personer med diagnosedato fra før 10 år siden, samt 67 patienter med atypisk Parkinson (jf. afsnit 9.3 (eksklusionstabel)). Registrerede forløb på Regionshospital Nordjylland kommenteres ikke pga. lav antal.

Indikatoren opgøres som andelen af patienter med minimum to planlagte kontakter (fysisk fremmøde eller virtuel) indenfor de seneste 12 mdr., hvoraf min. én kontakt er fysisk fremmøde ud af patienter, der har fået diagnosticeret Parkinson indenfor de sidste 10 år.

Resultater

Blandt de 6385 personer inkluderet i opgørelsen havde 3801 (59,5%) patienter minimum 2 kontakter, hvoraf mindst én var med fysisk fremmøde, indenfor 12 mdr. Andelen af patienter, som havde minimum 2 kontakter indenfor 12 mdr. varierende fra 23,2% i Region Midtjylland til 72,6% i Region Hovedstaden; på afdelingsniveau varierede andelen betydeligt fra 22,3% på Aarhus Universitetshospital til 76,3% på Friklinikken Region Syddanmark.

I supplement ses, at andelen af patienter med én kontakt (uanset type) indenfor 12 mdr. var højere for alle afdelinger og regioner med mindre variation. Andelen varierede fra 70,8% i Region Midtjylland til 90,6% i Region Hovedstaden; på afdelingsniveau varierede andelen fra 65,3% på Aarhus Universitetshospital til 93,8% på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (jf. afsnit 6.2). Hovedparten af patienter med mindst én kontakt, havde kontakt med fysisk fremmøde (jf. afsnit 6.2); på regionsniveau varierede denne andel fra 63,1% for Region Midtjylland til 84,0% for Region Hovedstaden.

Diskussion og implikationer

Indikatoren anses for et mål for den kvalitet, der er i forhold til at følge patienter med kronisk progressiv neurologisk sygdom, hvor progression af sygdom skal fastlægges for at optimere behandlingsforløb, Indikatoren har ikke aktuelt et udviklingsmål for, hvad der er ønskværdig standard.

Der er for indikatoren kun medtaget en del af den samlede Parkinson population, eftersom patienter ved speciallæge praksis ikke er medtaget.

Der er betydelige regionale forskelle i opgørelsen af indikatoren. Det kunne som mulig årsag noteres, at antallet af neurologer specialiserede inden for Parkinson området, kan have indflydelse på resultatet. Fx kan en del af årsagen til det lave antal med fysisk fremmøde i Region Midtjylland være mangel på neurologer i registreringsperioden.

Der forelå ikke antal konsultationer per år for praktiserende neurologer pga. manglende basis data. Kliniske data for sygdomsbyrde (Hoehn & Yahr score) mangler at opgøres, og ud fra forelagte tal fra praktiserende neurologer og hospitalsklinikker synes en mere generel valid vurdering aktuelt ikke at være mulig. Andelen af lægelig konsultation versus ikke læge vurdering (fx sygeplejefaglig samtale) kan aktuelt ikke opgøres på baggrund af registreringsmæssige data, idet registreringen ikke indikerer specifik faggruppe. Ud fra data skønnes opfyldelsen af mindst en konsultation at være acceptabelt og overstigende 50% af konsultationer.

Det vurderes at indikator 2 fortsat kan anses for at være en god operationel indikator, for en kvalitativ beskrivelse af kvaliteten af Parkinson forløb. En mere fuldstændig indsamling af basis data for indikator 2 vil for næste rapport give en mere retfærdig beskrivelse af forhold omkring opfyldelse af indikator 2.

Et konkret mål for opfyldelsen af indikator 2 bør besluttes frem til næste rapport for at vejlede sygehusklinikker og speciallægepraksis i, hvad der kvalitetsmæssigt er ønskværdigt.

Vurdering af indikator

Indikatoren bibeholdes

5.3 Indikator 3

Regelmæssig vurdering af kognitiv funktion for tidlig opstart af relevante tiltag

For at sikre patienterne adækvat behandling, skal deres kognitive funktion løbende vurderes. Parkinsons sygdom er en progressiv neurodegenerativ sygdom, der udover de motoriske symptomer, også er præget af flere non-motoriske symptomer herunder kognitive vanskeligheder, som på sigt udvikler sig til demens ved Parkinson sygdom. Typisk optræder hukommelsesmæssige problemer senere i sygdommens forløb, men nogle kognitive symptomer, særligt eksekutive og visuospatiale vanskeligheder, kan forekomme tidligt i forløbet.

Beregningsregler:

<i>Format</i>	Andel
<i>Tæller</i>	Patienter med mindst én screening af kognitiv funktion indenfor 24 måneder.
<i>Nævner</i>	Patienter med prævalent Parkinson der ikke har demens diagnose.
<i>Ekskluderede</i>	Under 24 mdr. fra diagnosedato til måling; Demensdiagnose
<i>Udviklingsmål</i>	≥ 75%

Opgørelse af indikator 3

	Udviklingsmål ≥ 75% opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år	
				01.11.2024 - 31.10.2025 Andel	95% CI
Danmark	Nej	165 / 5.480	0 (0)	3,0	(2,6-3,5)
Hovedstaden	Nej	55 / 1.779	0 (0)	3,1	(2,3-4,0)
Sjælland	Nej	52 / 564	0 (0)	9,2	(7,0-11,9)
Syddanmark	Nej	14 / 1.431	0 (0)	1,0	(0,5-1,6)
Midtjylland	Nej	17 / 1.104	0 (0)	1,5	(0,9-2,5)
Nordjylland	Nej	27 / 602	0 (0)	4,5	(3,0-6,5)
Hovedstaden	Nej	55 / 1.779	0 (0)	3,1	(2,3-4,0)
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	51 / 1.298	0 (0)	3,9	(2,9-5,1)
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	0 / 73	0 (0)	0,0	(0,0-4,9)
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	1 / 33	0 (0)	3,0	(0,1-15,8)
Rigshospitalet	Nej	3 / 375	0 (0)	0,8	(0,2-2,3)
Sjælland	Nej	52 / 564	0 (0)	9,2	(7,0-11,9)
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	6 / 94	0 (0)	6,4	(2,4-13,4)
Sjællands Universitetshospital	Nej	46 / 470	0 (0)	9,8	(7,3-12,8)
Syddanmark	Nej	14 / 1.431	0 (0)	1,0	(0,5-1,6)
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Nej	1 / 248	0 (0)	0,4	(0,0-2,2)
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted)	Nej	0 / 108	0 (0)	0,0	(0,0-3,4)
Odense Universitetshospital - Svendborg	Nej	5 / 469	0 (0)	1,1	(0,3-2,5)
Sygehus Lillebælt	Nej	7 / 236	0 (0)	3,0	(1,2-6,0)
Sygehus Sønderjylland	Nej	1 / 370	0 (0)	0,3	(0,0-1,5)
Midtjylland	Nej	17 / 1.104	0 (0)	1,5	(0,9-2,5)
Aarhus Universitetshospital	Nej	14 / 593	0 (0)	2,4	(1,3-3,9)
Hospitalsenhed Midt	Nej	1 / 189	0 (0)	0,5	(0,0-2,9)
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	2 / 322	0 (0)	0,6	(0,1-2,2)
Nordjylland	Nej	27 / 602	0 (0)	4,5	(3,0-6,5)
Aalborg Universitetshospital	Nej	27 / 602	0 (0)	4,5	(3,0-6,5)

Datagrundlag

Datagrundlaget for opgørelse af indikator 3 udgøres af 8076 personer med Parkinson i perioden 1.11.2024 - 31.10.2025 (jf. afsnit 11.1 (populationstabel)). Der er i opgørelsen ekskluderet 2098 personer, med diagnosedato mindre end 24 mdr. før opgørelsesperioden, samt 498 patienter registreret med en demens diagnose (jf. afsnit 9.3 (eksklusionstabel)).

Indikatoren opgøres som andelen af patienter registreret med mindst én screening af kognitiv funktion indenfor 24 måneder ud af patienter der har været i databasen i minimum 24 mdr.

Resultater

Blandt de 5480 personer inkluderet i opgørelsen var 165 (3,0%) patienter registreret med en kode for screening af kognitiv funktion indenfor de sidste 24 mdr. Andelen af patienter, som havde en kode for screening af kognitiv funktion indenfor 24 mdr., varierede fra 1,0% i Region Syddanmark til 9,2% i Region Sjælland; på afdelingsniveau varierede andelen fra 0,0% på Herlev og Gentofte Hospital samt Friklinikken Region Syddanmark til 9,8% på Region Sjællands Universitetshospital.

Diskussion og implikationer

Resultaterne for indikator 3 viser, at udviklingsmålet om $\geq 75\%$ ikke er opfyldt.

Andelen af patienter registreret med mindst én screening af kognitiv funktion inden for de seneste 24 måneder varierede betydeligt mellem regioner og afdelinger, men selv de højeste opgjorte niveauer ligger markant under det forventede, set i lyset af den kliniske betydning af tidlig identifikation af kognitive vanskeligheder hos patienter med Parkinsons sygdom.

Det lave indikatorresultat vurderes ikke udelukkende at afspejle manglende klinisk fokus på kognitiv screening, men må i væsentlig grad ses i sammenhæng med udfordringer i den anvendte kodepraksis. Gennemgang af registreringer har vist, at der flere steder anvendes uspecifikke koder for kognitiv test (fx ZZ5061) fremfor den specifikke kode for MoCA-test (ZZ5061B), som indikatoren baserer sig på. I enkelte tilfælde er denne kodning desuden automatiseret, hvilket medfører systematisk underrapportering af gennemførte kognitive screeninger i databasen. Tilsvarende problematik kan ikke udelukkes at gøre sig gældende for neuropsykologiske undersøgelser, hvor overordnede koder anvendes i stedet for de relevante specifikke underkoder.

Ved demensdiagnose bortfalder krav om kognitiv screening (MoCA test) fremadrettet. Antallet af patienter registreret med demens synes muligvis underestimeret i forholdt til det forventede.

Disse forhold indebærer, at indikatoren i sin nuværende form formentlig undervurderer den reelle kliniske aktivitet på området. Resultaterne skal derfor tolkes med betydelig forsigtighed, og indikatoren kan på nuværende tidspunkt ikke anvendes til valide sammenligninger mellem regioner og afdelinger eller til vurdering af kvaliteten af den kliniske indsats.

Det anbefales, at der igangsættes et målrettet arbejde med gennemgang og harmonisering af kodepraksis vedrørende kognitiv screening, herunder særligt anvendelsen af den specifikke MoCA-kode "ZZ5061B". Afdelinger og regioner, hvor der anvendes automatiseret kodning til Landspatientregisteret, bør i samarbejde med de regionale IT-afdelinger sikre, at korrekt og specifik kode indberettes. En forbedret og ensartet registreringspraksis er en forudsætning for, at indikatoren fremadrettet kan anvendes som et meningsfuldt redskab til monitorering af kvalitet og til understøttelse af tidlig indsats ved kognitive symptomer hos patienter med Parkinsons sygdom.

For nuværende ændres der derfor ikke på udviklingsmålet med 75%.

Vurdering af indikator

Indikatoren bibeholdes

5.4 Indikator 4

Vederlagsfri fysioterapi indenfor 12 måneder efter diagnosedato

Træning er med til at vedligeholde funktionsniveau samt forsinke funktionsnedsættelse. Særligt specialiseret træning, er effektiv tilgang til vedligeholdelse af bevægelighed og funktion. Indikatoren måler på hvorvidt nydiagnosticerede patienter opstarter specialiseret træning ved privatpraktiserende fysioterapeut.

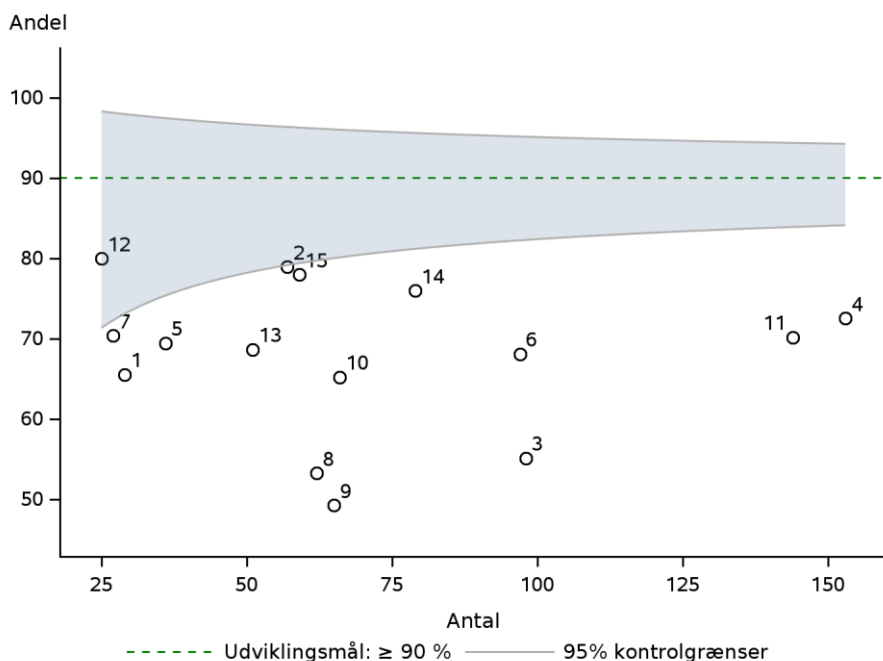
Beregningsregler:

Format	Andel
Tæller	Patienter med registreret vederlagsfri fysioterapi senest 12 mdr. efter diagnosedato
Nævner	Patienter med nydiagnosticeret Parkinson
Ekskluderede	Atypisk Parkinson
Udviklingsmål	≥ 90%

Opgørelse af indikator 4

	Udviklingsmål ≥ 90% opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.11.2023 - 31.10.2024	
				Andel	95% CI
Danmark	Nej	710 / 1.049	0 (0)	67,7	(64,8-70,5)
Hovedstaden	Nej	229 / 337	0 (0)	68,0	(62,7-72,9)
Sjælland	Nej	91 / 133	0 (0)	68,4	(59,8-76,2)
Syddanmark	Nej	228 / 364	0 (0)	62,6	(57,4-67,6)
Midtjylland	Nej	115 / 155	0 (0)	74,2	(66,6-80,9)
Nordjylland	Nej	47 / 60	0 (0)	78,3	(65,8-87,9)
Hovedstaden	Nej	229 / 337	0 (0)	68,0	(62,7-72,9)
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	111 / 153	0 (0)	72,5	(64,8-79,4)
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	45 / 57	0 (0)	78,9	(66,1-88,6)
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	19 / 29	0 (0)	65,5	(45,7-82,1)
Rigshospitalet	Nej	54 / 98	0 (0)	55,1	(44,7-65,2)
Sjælland	Nej	91 / 133	0 (0)	68,4	(59,8-76,2)
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	25 / 36	0 (0)	69,4	(51,9-83,7)
Sjællands Universitetshospital	Nej	66 / 97	0 (0)	68,0	(57,8-77,1)
Syddanmark	Nej	228 / 364	0 (0)	62,6	(57,4-67,6)
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Nej	43 / 66	0 (0)	65,2	(52,4-76,5)
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted)	Nej	19 / 27	0 (0)	70,4	(49,8-86,2)
Odense Universitetshospital - Svendborg	Nej	101 / 144	0 (0)	70,1	(62,0-77,5)
Sygehus Lillebælt	Nej	33 / 62	0 (0)	53,2	(40,1-66,0)
Sygehus Sønderjylland	Nej	32 / 65	0 (0)	49,2	(36,6-61,9)
Midtjylland	Nej	115 / 155	0 (0)	74,2	(66,6-80,9)
Aarhus Universitetshospital	Nej	60 / 79	0 (0)	75,9	(65,0-84,9)
Hospitalsenhed Midt	Nej	20 / 25	0 (0)	80,0	(59,3-93,2)
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	35 / 51	0 (0)	68,6	(54,1-80,9)
Nordjylland	Nej	47 / 60	0 (0)	78,3	(65,8-87,9)
Aalborg Universitetshospital	Nej	46 / 59	0 (0)	78,0	(65,3-87,7)
Regionshospitalet Nordjylland	Ja	1 / 1	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)

Funnelplot af estimer for indikator 4 ift. antallet af patienter



Afdelingskode	Afdeling
1	Hospitalerne i Nordsjælland
2	Herlev og Gentofte Hospital
3	Rigshospitalet
4	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
5	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse
6	Sjællands Universitetshospital
7	Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted)
8	Sygehus Lillebælt
9	Sygehus Sønderjylland
10	Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus
11	Odense Universitetshospital - Svendborg
12	Hospitalsenhed Midt
13	Regionshospitalet Gødstrup
14	Aarhus Universitetshospital
15	Aalborg Universitetshospital

Datagrundlag

Datagrundlaget for opgørelse af indikator 4 udgøres af 1053 personer med nydiagnosticeret Parkinson i perioden 1.11.2023 - 31.10.2024 (jf. afsnit 11.1 (populationstabel)). Der er i opgørelsen ekskluderet 4 personer atypisk Parkinson diagnose (jf. afsnit 9.3 (eksklusionstabel)). Registrerede forløb på Regionshospital Nordjylland kommenteres ikke pga. lav antal.

Indikatoren opgøres som andelen af patienter med registreret vederlagsfri fysioterapi senest 12 mdr. efter diagnosedato ud af patienter med nydiagnosticeret Parkinson.

Resultater

Blandt de 1049 personer med nydiagnosticeret Parkinson havde 710 (67,7%) patienter modtaget vederlagsfri fysioterapi senest 12 mdr. efter diagnosedatoen. Andelen af patienter, som havde modtaget vederlagsfri fysioterapi senest 12 mdr. efter diagnosedatoen varierede fra 62,6% i Region Syddanmark til 78,3% i Region Nordjylland; på afdelingsniveau varierede andelen fra 49,2% på Sygehus Sønderjylland til 80,0% på Hospitalsenhed Midt.

Diskussion og implikationer

Indikatoren omhandler andelen af nydiagnosticerede Parkinsonpatienter, der henvises til vederlagsfri fysioterapi inden for ét år. Data registrerer dog kun, hvor mange der faktisk benytter henvisningen i fysioterapipraksis, hvilket kan skabe forskelle mellem reelt henviste patienter og dem, der tager tilbuddet i brug (som er det indikatoren reelt måler).

Den manglende målopfyldelse for indikatoren vedrørende andelen af nydiagnosticerede Parkinsonpatienter, der modtager vederlagsfri fysioterapi inden for ét år efter diagnostetidspunkt, kan skyldes flere forhold.

For det første opfylder ikke alle Parkinsonpatienter kriterierne for vederlagsfri fysioterapi, idet ordningen forudsætter funktionsnedsættelse, hvilket reducerer den potentielle målpopulation.

Derudover kan ventetid på fysioterapiklinikker, indenfor ordning 62 vederlagsfri fysioterapi, have betydning for, om patienterne reelt påbegynder et behandlingsforløb inden for den angivne tidsramme, og dermed for indikatorens opfyldelse.

Desuden kan patientrelaterede faktorer spille en væsentlig rolle. Særligt de mest svækkede patienter kan have vanskeligt ved at opsøge eller gennemføre fysioterapeutisk behandling, herunder patienter med behov for hjemmebehandling eller kognitiv svækkelse. Dette kan yderligere forstærkes af, at ikke alle fysioterapiklinikker tilbyder hjemmebehandling, hvilket kan udgøre en barriere for adgang til vederlagsfri fysioterapi for patientgruppen.

Samtidig kan der være variation i, i hvilket omfang den henvisende læge informerer om betydningen af fysioterapi som en central del af den ikke-farmakologiske behandling ved Parkinsons sygdom.

Der er desuden registreringsmæssige forhold, som kan påvirke indikatorens validitet. I henvisningspraksis til vederlagsfri fysioterapi anvendes diagnosekode 2G med betegnelsen "Parkinson eller andre sygdomme i hjernens basale ganglier", hvilket indebærer, at ikke alle patienter registreret under Parkinsonkoden 2G i vederlagsfri fysioterapi nødvendigvis har Parkinsons sygdom. Dette kan medføre usikkerhed i datagrundlaget.

Endelig vælger nogle patienter ikke at benytte sig af vederlagsfri fysioterapi. Dette kan særligt være tilfældet ved et mildere sygdomsforløb med begrænset symptombyrde. Derudover kan nogle patienter opleve barrierer i forhold til at indgå i et sygdomsspecifikt fysioterapeutisk tilbud på et tidligt tidspunkt og derfor foretrække alternative træningsformer uden for sundhedsvæsenet, f.eks. i regi af patientforeninger, herunder Parkinsondans og Parkinsonboksning, eller i motionscentre og gennem anden selvtræning. Disse valg afspejler ikke nødvendigvis et manglende behov for målrettet træning, men kan bidrage til en lavere registreret indikatoropfyldelse.

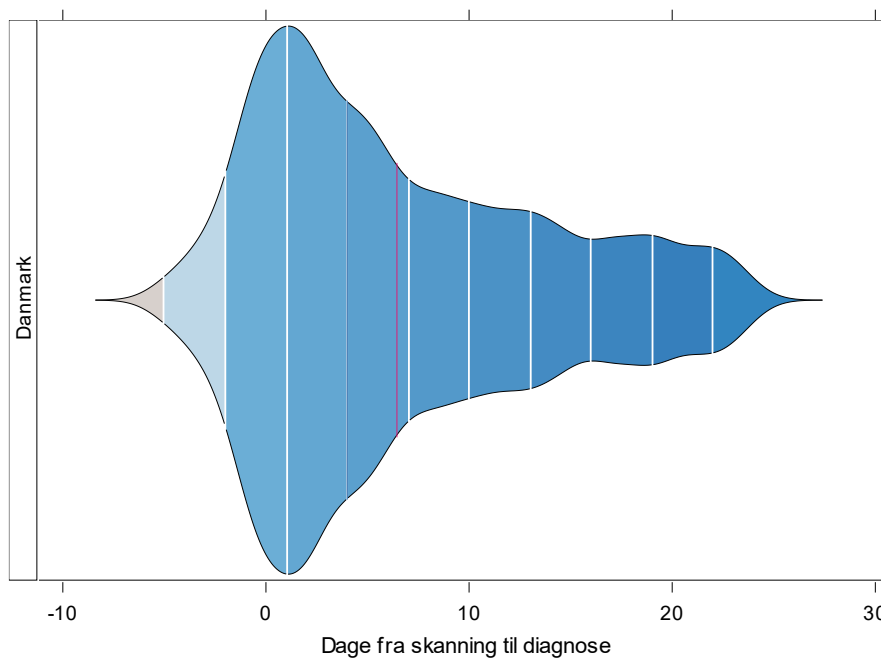
Vurdering af indikator

Indikatoren bibeholdes

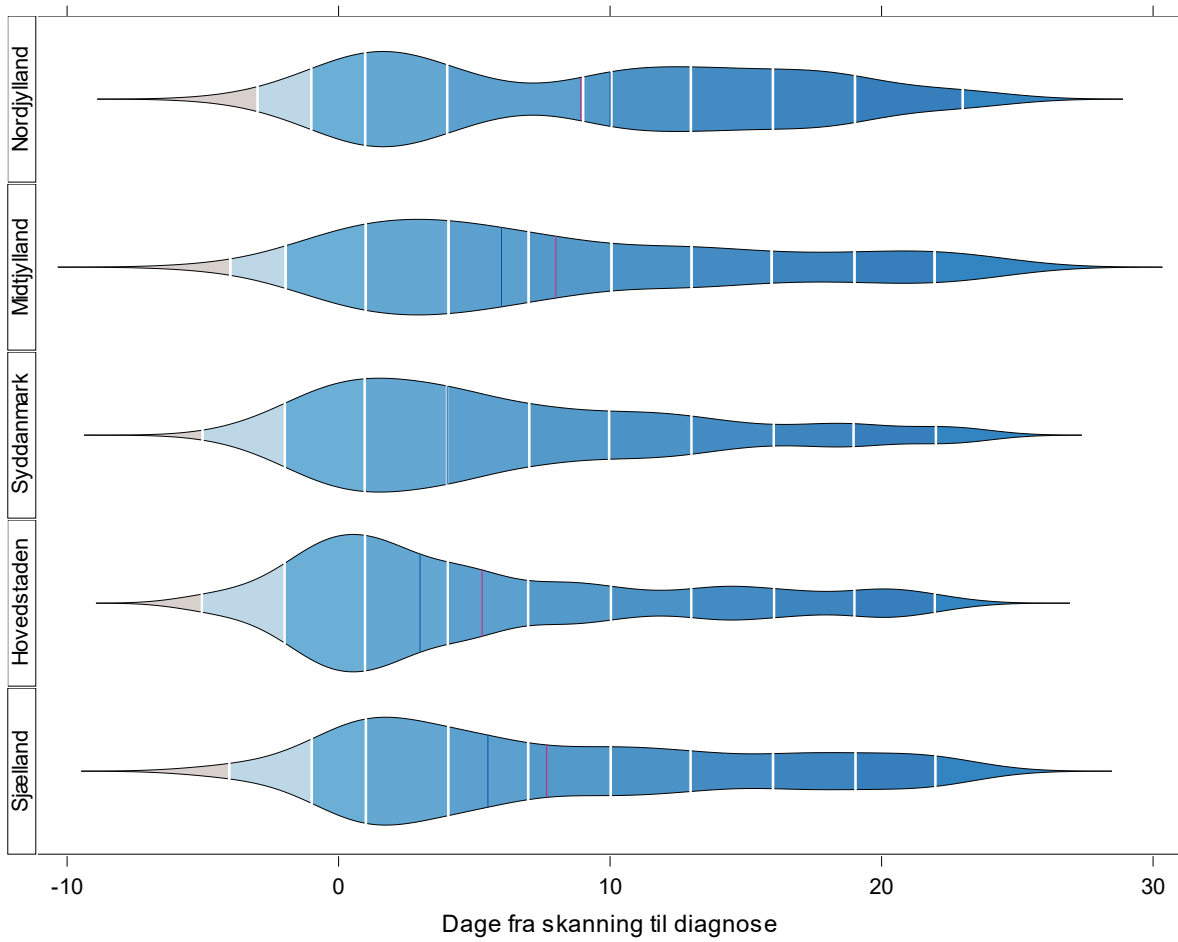
6. Supplerende opgørelser

6.1 Indikator 1

Herunder ses violinplot af fordelingen på nationalt niveau af tiden fra strukturel skanning til diagnose blandt patienter med nydiagnosticeret Parkinson.



Herunder ses violinplot af fordelingen på regionalt niveau af tiden fra strukturel skanning til diagnose blandt patienter med nydiagnosticeret Parkinson.



6.2 Indikator 2

Herunder ses en opgørelse af patienter med mindst én kontakt, uanset type, indenfor de seneste 12 mdr. blandt patienter diagnosticeret med Parkinson indenfor seneste 10 år.

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år	
			antal (%)	01.11.2024 - 31.10.2025 Andel	95% CI
Danmark		5.487 / 6.385	0 (0)	85,9	(85,1-86,8)
Hovedstaden		1.967 / 2.170	0 (0)	90,6	(89,3-91,8)
Sjælland		615 / 695	0 (0)	88,5	(85,9-90,8)
Syddanmark		1.632 / 1.878	0 (0)	86,9	(85,3-88,4)
Midtjylland		743 / 1.050	0 (0)	70,8	(67,9-73,5)
Nordjylland		530 / 592	0 (0)	89,5	(86,8-91,9)
Hovedstaden		1.967 / 2.170	0 (0)	90,6	(89,3-91,8)
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		1.324 / 1.411	0 (0)	93,8	(92,4-95,0)
Herlev og Gentofte Hospital		158 / 184	0 (0)	85,9	(80,0-90,6)
Hospitalet i Nordsjælland		49 / 87	0 (0)	56,3	(45,3-66,9)
Rigshospitalet		436 / 488	0 (0)	89,3	(86,3-91,9)
Sjælland		615 / 695	0 (0)	88,5	(85,9-90,8)
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		88 / 121	0 (0)	72,7	(63,9-80,4)
Sjællands Universitetshospital		527 / 574	0 (0)	91,8	(89,3-93,9)
Syddanmark		1.632 / 1.878	0 (0)	86,9	(85,3-88,4)
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus		327 / 360	0 (0)	90,8	(87,4-93,6)
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted)		155 / 173	0 (0)	89,6	(84,1-93,7)
Odense Universitetshospital - Svendborg		564 / 637	0 (0)	88,5	(85,8-90,9)
Sygehus Lillebælt		224 / 308	0 (0)	72,7	(67,4-77,6)
Sygehus Sønderjylland		362 / 400	0 (0)	90,5	(87,2-93,2)
Midtjylland		743 / 1.050	0 (0)	70,8	(67,9-73,5)
Aarhus Universitetshospital		313 / 479	0 (0)	65,3	(60,9-69,6)
Hospitalsenhed Midt		168 / 214	0 (0)	78,5	(72,4-83,8)
Regionshospitalet Gødstrup		262 / 357	0 (0)	73,4	(68,5-77,9)
Nordjylland		530 / 592	0 (0)	89,5	(86,8-91,9)
Aalborg Universitetshospital		528 / 589	0 (0)	89,6	(86,9-92,0)
Regionshospital Nordjylland		2 / 3	0 (0)	66,7	(9,4-99,2)

Herunder ses en opgørelse af patienter med mindst én kontakt med fysisk fremmøde, indenfor de seneste 12 mdr., blandt patienter diagnosticeret med Parkinson indenfor seneste 10 år.

Udviklingsmål opnået	Tæller/nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år	
			01.11.2024 - 31.10.2025 Andel	95% CI
Danmark	4.998 / 6.385	0 (0)	78,3	(77,2-79,3)
Hovedstaden	1.823 / 2.170	0 (0)	84,0	(82,4-85,5)
Sjælland	556 / 695	0 (0)	80,0	(76,8-82,9)
Syddanmark	1.460 / 1.878	0 (0)	77,7	(75,8-79,6)
Midtjylland	663 / 1.050	0 (0)	63,1	(60,1-66,1)
Nordjylland	496 / 592	0 (0)	83,8	(80,6-86,7)
Hovedstaden	1.823 / 2.170	0 (0)	84,0	(82,4-85,5)
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	1.228 / 1.411	0 (0)	87,0	(85,2-88,7)
Herlev og Gentofte Hospital	144 / 184	0 (0)	78,3	(71,6-84,0)
Hospitallerne i Nordsjælland	41 / 87	0 (0)	47,1	(36,3-58,1)
Rigshospitalet	410 / 488	0 (0)	84,0	(80,5-87,2)
Sjælland	556 / 695	0 (0)	80,0	(76,8-82,9)
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	77 / 121	0 (0)	63,6	(54,4-72,2)
Sjællands Universitetshospital	479 / 574	0 (0)	83,4	(80,2-86,4)
Syddanmark	1.460 / 1.878	0 (0)	77,7	(75,8-79,6)
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	293 / 360	0 (0)	81,4	(77,0-85,3)
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted)	146 / 173	0 (0)	84,4	(78,1-89,5)
Odense Universitetshospital - Svendborg	491 / 637	0 (0)	77,1	(73,6-80,3)
Sygehus Lillebælt	199 / 308	0 (0)	64,6	(59,0-69,9)
Sygehus Sønderjylland	331 / 400	0 (0)	82,8	(78,7-86,3)
Midtjylland	663 / 1.050	0 (0)	63,1	(60,1-66,1)
Aarhus Universitetshospital	270 / 479	0 (0)	56,4	(51,8-60,9)
Hospitalsenhed Midt	160 / 214	0 (0)	74,8	(68,4-80,4)
Regionshospitalet Gødstrup	233 / 357	0 (0)	65,3	(60,1-70,2)
Nordjylland	496 / 592	0 (0)	83,8	(80,6-86,7)
Aalborg Universitetshospital	494 / 589	0 (0)	83,9	(80,6-86,8)
Regionshospitalet Nordjylland	2 / 3	0 (0)	66,7	(9,4-99,2)

6.3 Indikator 3

Herunder ses en opgørelse af patienter med mindst én screening af kognitiv funktion indenfor 24 måneder blandt patienter med prævalent Parkinson der ikke har haft demens, og som har haft minimum ét fysisk fremmøde i perioden.

	Udviklingsmål opnået	Tæller/nævner	Uoplyst	Aktuelle år	
			antal (%)	01.11.2024 - 31.10.2025	95% CI
Danmark		165 / 4.821	0 (0)	3,4	(2,9-4,0)
Hovedstaden		55 / 1.602	0 (0)	3,4	(2,6-4,4)
Sjælland		52 / 516	0 (0)	10,1	(7,6-13,0)
Syddanmark		14 / 1.261	0 (0)	1,1	(0,6-1,9)
Midtjylland		17 / 886	0 (0)	1,9	(1,1-3,1)
Nordjylland		27 / 556	0 (0)	4,9	(3,2-7,0)
Hovedstaden		55 / 1.602	0 (0)	3,4	(2,6-4,4)
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		51 / 1.205	0 (0)	4,2	(3,2-5,5)
Herlev og Gentofte Hospital		0 / 58	0 (0)	0,0	(0,0-6,2)
Hospitalet i Nordsjælland		1 / 11	0 (0)	9,1	(0,2-41,3)
Rigshospitalet		3 / 328	0 (0)	0,9	(0,2-2,6)
Sjælland		52 / 516	0 (0)	10,1	(7,6-13,0)
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		6 / 81	0 (0)	7,4	(2,8-15,4)
Sjællands Universitetshospital		46 / 435	0 (0)	10,6	(7,8-13,9)
Syddanmark		14 / 1.261	0 (0)	1,1	(0,6-1,9)
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus		1 / 218	0 (0)	0,5	(0,0-2,5)
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted)		0 / 96	0 (0)	0,0	(0,0-3,8)
Odense Universitetshospital - Svendborg		5 / 402	0 (0)	1,2	(0,4-2,9)
Sygehus Lillebælt		7 / 204	0 (0)	3,4	(1,4-6,9)
Sygehus Sønderjylland		1 / 341	0 (0)	0,3	(0,0-1,6)
Midtjylland		17 / 886	0 (0)	1,9	(1,1-3,1)
Aarhus Universitetshospital		14 / 462	0 (0)	3,0	(1,7-5,0)
Hospitalsenhed Midt		1 / 157	0 (0)	0,6	(0,0-3,5)
Regionshospitalet Gødstrup		2 / 267	0 (0)	0,7	(0,1-2,7)
Nordjylland		27 / 556	0 (0)	4,9	(3,2-7,0)
Aalborg Universitetshospital		27 / 556	0 (0)	4,9	(3,2-7,0)

7. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Parkinsons sygdom er en kompleks neurodegenerativ lidelse, der påvirker både motoriske og ikke-motoriske funktioner hos patienterne. I løbet af de sidste 10 år er der blevet observeret en stigning i incidensen af Parkinsons sygdom både globalt og i mange vestlige lande herunder Danmark (1). Parkinsons sygdom er den mest hastigt voksende neurologiske sygdom på verdensplan, og det forventes en fordobling i diagnosticerede personer i 2040 (2). Dette kan delvis skyldes den demografiske udvikling med ændring i befolkningens aldersstruktur, da incidensen vokser med stigende alder. Der ses en debutalder mellem 55-65 år (1). Desuden kan ændringer i miljømæssige faktorer, øget forventet levetid, og genetiske prædispositioner spille en rolle i stigningen af sygdommens incidens (2). På nuværende tidspunkt skønnes det, at 12.000 mennesker lever med Parkinsons sygdom i Danmark med en let overrepræsentation af mænd (ca. 60%) (3)

Parkinsons sygdom er præget af stor variation i symptombilledet. Ud over de motoriske symptomer med tremor, rigiditet, bradykinesi og balanceproblemer, vil Parkinson-patienter opleve en række ikke-motoriske symptomer. Det drejer sig om autonome dysfunktion, søvnforstyrrelser, kognitiv dysfunktion, depression og angst (4,5). Disse symptomer kan have betydelige konsekvenser for patientens livskvalitet, sygdomsbyrde og daglige funktion og kræver en behandlingstilgang, hvor hele patientens forløb vurderes på tværs af sektorer.

Den behandling patienterne får, kræver forholdsvis tæt og ensartet opfølgning på tværs af regioner, da der er betydelig risiko for bivirkninger. Det gælder blandt andet hallucinationer, impuls kontrol forstyrrelser, overbevægelser og ortostatisme. Uopdagede og dermed ubehandlede bivirkninger kan have svære økonomiske og sociale konsekvenser for patienten og dennes familie. De motoriske bivirkninger kan føre til fald og brud, som kræver indlæggelser eventuelt med operation, længerevarende genoptræningsforløb og ikke sjældent behov for at flytte på plejehjem. Dette betoner vigtigheden af, at patienterne ambulantly bliver fulgt tæt og med kvalitet, så denne unødige ekstrabyrde forebygges.

Kvalitets- og patientsikkerhedsproblemer inden for Parkinson-området omfatter forsinket diagnose, fejl diagnose, variation i behandlingspraksis og i henvisningskriterier til avanceret behandling samt ulige adgang til avanceret behandling (6). Træning har stor betydning for patienternes sygdomsbyrde og udvikling. Henvisning til træningstilbud og "indløsning" af disse henvisninger på tværs af regioner, er derfor også en vigtig indikator for kvalitetsfremmende monitorering løbende (7).

Regelmæssig screening for begyndende kognitive vanskeligheder er af stor betydning, så medicinsk, ikke-medicinsk behandling og social indsats kan blive iværksat. Geografisk variation i behandlingstilbud kan påvirke patienternes muligheder for at opnå den samme kvalitet i deres behandlingsforløb, hvilket understreger behovet for ensartet pleje, behandling og rehabilitering på tværs af landet. Herudover ses der ligeledes geografisk ulighed i dækningen af både offentlige og privatpraktiserende neurologer (8,9).

DaPaK opstarter med 4 indikatorer, som fremgår af denne rapport. Indikatorerne er valgt, så de bedst muligt afspejler kvaliteten på udvalgte kerneområder i parkinsonbehandling, pleje og rehabilitering i Danmark (ensartet hyppighed af løbende konsultationer hos neurolog/parkinson-sygeplejerske, screening af kognitive udfordringer og henvisningsprocedurer til rehabiliteringsindsatser), og evidensen bag hver indikator og udviklingsmål er systematiseret gennemgået.

Databasen omfatter registrering af det sygdomsstadie patienterne er i. Formålet er at øge kvaliteten i indsamlede data. Datafangst sker automatisk, så det i realiteten kun bliver registrering af patientens sygdomsstadie der kræves af behandleren.

Samlet set understreger sygdommens kompleksitet og det forventede stigende antal patienter behovet for systematisk monitorering af kvaliteten i udredning, behandling og rehabilitering af personer med Parkinsons sygdom. DaPaK har til formål at understøtte dette ved en mere ensartet og evidensbaseret indsats på tværs af sektorer og geografi ved løbende at identificere variationer og forbedringspotentialer i patientforløbene. De udvalgte indikatorer udgør et første skridt mod at skabe et datadrevet grundlag for kvalitetsudvikling, som kan bidrage til tidligere opsporing af komplikationer, bedre behandlingsoptimering og mere rettidig rehabilitering. På sigt forventes databasen dermed at kunne understøtte forbedringer i patientsikkerhed, funktionsevne, sygdomsbyrde og livskvalitet for personer med Parkinsons sygdom i Danmark.

8. Datagrundlag

Databasen er den 23-04-2024 godkendt som landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase (j.nr. 23/07885).

Databasen baseres på data fra hhv. Landspatientregisteret (LPR), Sygesikringsregisteret, CPR-registeret samt data fra privatpraktiserende speciallæger i neurologi. Data fra de forskellige datakilder kobles i en automatiseret og standardiseret proces, og data gøres tilgængeligt i ledelsesinformationssystemerne (LIS-systemer) i de enkelte regioner.

Datasættet i denne rapport er udtrukket fra databasen d. 8. december 2025.

Data fra de specialpraktiserende speciallæger i neurologi er ikke medtaget i denne rapport, da disse ikke var til rådighed ved udtræksdato.

Kvaliteten af de inkluderede data i databasen, vurderes af høj kvalitet, da disse stammer fra nationale registre med god datakvalitet.

9. Dækningsgrad, datakomplethed og eksklusion

9.1 Dækningsgrad

Dækningsgraden er et udtryk for hvor stor en andel af målpopulationen, som databasen dækker. Dækningsgraden skal være min. 90% iflg. BEK nr. 881 af 26/06/2018. Målpopulationen for Dansk Parkinson Kvalitetsdatabase (DaPaK) er alle voksne med Parkinsons sygdom. Populationen er defineret som alle med en registrering af en Parkinson diagnose (DG20*) i enten LPR eller hos praktiserende speciallæger i neurologi. Der findes pt. ikke verificerede tal på antallet af personer, der lever med en Parkinson diagnose i Danmark, hvorfor den eksakte dækningsgrad ikke kan opgøres. Det skønnes i estimerede opgørelser, at mellem 10.000 og 12.000 mennesker lever med Parkinsons sygdom i Danmark (3, 10). På denne baggrund estimeres dækningsgraden at være mellem 80% og 100%. Men denne forventes øget når data fra privat praktiserende neurologer indføres i databasen.

9.2 Datakomplethed

Der er ikke observeret mange missing values for nogle variabler, hvorimod der er talrige missing values for andre variabler – specielt variabler angående screening for kognitiv funktion i indikator 3. Dette skyldes hovedsageligt at indberettende afdelinger har indberettet udført test med en anden kode. Dette forventes korrigeret i fremtidige opgørelser.

9.3 Eksklusionstabeller

Indikator 1: Andel patienter der får foretaget strukturel CT- eller MR-skanning 24 mdr. før til senest 6 mdr. efter diagnosedato.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	6.506	Patientens kontakt er ikke den initiale kontakt.
	4	Patienten har Atypisk Parkinson

Indikator 2: Andel patienter med minimum to kontakter, heraf mindst én med fysisk fremmøde, indenfor 12 mdr.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	1.624	Patientens kontakt er ligger mere end 10 år fra den initiale kontakt.
	67	Patienten har Atypisk Parkinson

Indikator 2 (s1): Andel patienter med minimum en kontakt med fysisk fremmøde, indenfor 12 mdr.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	1.624	Patientens kontakt er ligget mere end 10 år fra den initiale kontakt.
		67 Patienten har Atypisk Parkinson

Indikator 2 (s2): Andel patienter med minimum en kontakt indenfor 12 mdr.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	1.624	Patientens kontakt er ligget mere end 10 år fra den initiale kontakt.
		67 Patienten har Atypisk Parkinson

Indikator 3: Andel ikke demente patienter med minimum én screening af kognitiv funktion indenfor de sidste 24 mdr.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	2.098	Patienten har ikke været i databasen i mindst 24 måneder endnu.
		498 Patienten har fået en demens-diagnose.

Indikator 3 (s): Andel ikke demente patienter med minimum én screening af kognitiv funktion indenfor de sidste 24 mdr. med mindst én kontakt med fysisk fremmøde

	Antal	Årsag
Eksklusion:	2.098	Patienten har ikke været i databasen i mindst 24 måneder endnu.
		498 Patienten har fået en demens-diagnose.
		659 Patienten har ikke en fysisk kontakt inden for de sidste 24 mdr.

Indikator 4: Andel patienter der 12 mdr. efter nydiagnosticeret Parkinson sygdom har modtaget vederlagsfri fysioterapi.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	6.506	Patientens kontakt er ikke den initiale kontakt.
		4 Patienten har Atypisk Parkinson

10. Styregruppens medlemmer

Formandskab

Overlæge *Tove Henriksen*, Dansk Selskab for Bevægelseforstyrrelser, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, Region Hovedstaden

Sygeplejerske, cand.scient.san., ph.d. *Trine Hørmann Thomsen*, Fagligt Selskab for Neurosygeplejersker, Glostrup Hospital, Region Hovedstaden

Patientrepræsentant

Direktør *Karina Madsen*, Parkinsonforeningen

Ledelsesrepræsentant

Lægefaglig direktør *Michael Dall*, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark

Styregruppemedlemmer

Forstander *Lone Svendsen*, Aalborg Kommune

Afdelingslæge ph.d. *Bo Mohr Morberg*, Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland

Overlæge *Matthias Bode*, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark

Afdelingslæge *Louise Nørreslet Gimsing*, Sjællands Universitetshospital, Roskilde, Region Sjælland

Praktiserende speciallæge i neurologi *Lis Gitte Knudsen Johannsen*, Forening af praktiserende speciallæger

Praktiserende speciallæge i neurologi *Einar Bech*, Forening af praktiserende speciallæger

Overlæge *Anne-Mette Hejl*, Dansk Neurologisk Selskab, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, Region Hovedstaden

Ass. professor, overlæge, ph.d. *Erik Hvid Danielsen*, Dansk Selskab for Bevægelseforstyrrelser, Aarhus Universitetshospital, Region Midtjylland

Overlæge *Nuria Gonzalez Bofil*, Dansk Selskab for Geriatri, Aarhus Universitetshospital, Region Midtjylland

Praktiserende speciallæge i neurologi *Stephen Wörlich Pedersen*, Danske Nerve lægers Organisation

Ergoterapeut *Lene Møller*, Ergoterapeutforeningen, Holstebro Kommune

Praktiserende fysioterapeut *Jakob Frederiksen*, Dansk Selskab for Neurologisk Fysioterapi, Allerød Fysioterapeuterne

Regional praksiskonsulent og praktiserende fysioterapeut *Bo Albertsen*, Dansk Selskab for Fysioterapi, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland

Sundhedsfaglig chef *Brian Clausen*, Sanocenter Privathospital

Datamanager og biostatistiker *Henrik Nielsen*, SundK - Enhed for Data

Epidemiolog *Henry Jensen*, SundK- Kvalitetsenhed C

Evidensspecialist

Reservelæge, ph.d., *Kristian Stær*, Aarhus Universitetshospital, Region Midtjylland

Repræsentant for den dataansvarlige myndighed

Kvalitetskonsulent *Anne Fredsted*, SundK - Kvalitetsenhed C

11. Appendiks

11.1 Populationstabeller

Patientkarakteristika i DAPAK for to seneste perioder, landsplan

Danmark		Periode	
		01.11.2023 - 31.10.2024	01.11.2024 - 31.10.2025
<i>I alt i databasen</i>	<i>Antal</i>	7.559	8.076
<i>Incident</i>	<i>Antal</i>	1.053	1.078
	<i>%</i>	13,93	13,35
<i>Tid side diagnose</i>	<i>Q1</i>	715,00	709,00
	<i>Median</i>	1.755,00	1.736,00
	<i>Q3</i>	3.163,00	3.154,00
<i>Køn</i>			
<i>Mand</i>	<i>Antal</i>	4.611	4.889
	<i>%</i>	61,00	60,54
<i>Kvinde</i>	<i>Antal</i>	2.948	3.187
	<i>%</i>	39,00	39,46
<i>Alder</i>			
<i><= 59</i>	<i>Antal</i>	618	660
	<i>%</i>	8,18	8,17
<i>60-69</i>	<i>Antal</i>	1.459	1.569
	<i>%</i>	19,30	19,43
<i>70-79</i>	<i>Antal</i>	3.152	3.173
	<i>%</i>	41,70	39,29
<i>80+</i>	<i>Antal</i>	2.329	2.672
	<i>%</i>	30,81	33,09
<i>Missing</i>	<i>Antal</i>	1	2
	<i>%</i>	0,01	0,02
<i>Atypisk Parkinson</i>	<i>Antal</i>	51	73
	<i>%</i>	0,67	0,90
<i>Demens</i>	<i>Antal</i>	607	646
	<i>%</i>	8,03	8,00
<i>Død</i>	<i>Antal</i>	1.454	792
	<i>%</i>	19,24	9,81

Patientkarakteristika i DAPAK for to seneste perioder, Region Nordjylland

Region Nordjylland		Periode	
		01.11.2023 - 31.10.2024	01.11.2024 - 31.10.2025
<i>I alt i databasen</i>	<i>Antal</i>	785	786
<i>Incident</i>	<i>Antal</i>	60	56
	<i>%</i>	7,64	7,12
<i>Tid side diagnose</i>	<i>Q1</i>	1.136,00	1.233,00
	<i>Median</i>	1.934,00	2.175,50
	<i>Q3</i>	3.365,00	3.566,00
<i>Køn</i>			
<i>Mand</i>	<i>Antal</i>	484	484
	<i>%</i>	61,66	61,58
<i>Kvinde</i>	<i>Antal</i>	301	302
	<i>%</i>	38,34	38,42
<i>Alder</i>			
<i><= 59</i>	<i>Antal</i>	61	66
	<i>%</i>	7,77	8,40
<i>60-69</i>	<i>Antal</i>	129	123
	<i>%</i>	16,43	15,65
<i>70-79</i>	<i>Antal</i>	331	301
	<i>%</i>	42,17	38,30
<i>80+</i>	<i>Antal</i>	264	296
	<i>%</i>	33,63	37,66
<i>Atypisk Parkinson</i>	<i>Antal</i>	9	9
	<i>%</i>	1,15	1,15
<i>Demens</i>	<i>Antal</i>	83	84
	<i>%</i>	10,57	10,69
<i>Død</i>	<i>Antal</i>	174	100
	<i>%</i>	22,17	12,72

Patientkarakteristika i DPAK for to seneste perioder, Region Midtjylland

Region Midtjylland		Periode	
		01.11.2023 - 31.10.2024	01.11.2024 - 31.10.2025
<i>I alt i databasen</i>	<i>Antal</i>	1.401	1.457
<i>Incident</i>	<i>Antal</i>	155	144
	<i>%</i>	11,06	9,88
<i>Tid side diagnose</i>	<i>Q1</i>	759,00	911,00
	<i>Median</i>	1.975,00	2.065,00
	<i>Q3</i>	3.908,00	3.950,00
<i>Køn</i>			
<i>Mand</i>	<i>Antal</i>	869	907
	<i>%</i>	62,03	62,25
<i>Kvinde</i>	<i>Antal</i>	532	550
	<i>%</i>	37,97	37,75
<i>Alder</i>			
<i><= 59</i>	<i>Antal</i>	125	122
	<i>%</i>	8,92	8,37
<i>60-69</i>	<i>Antal</i>	296	305
	<i>%</i>	21,13	20,93
<i>70-79</i>	<i>Antal</i>	591	601
	<i>%</i>	42,18	41,25
<i>80+</i>	<i>Antal</i>	389	429
	<i>%</i>	27,77	29,44
<i>Atypisk Parkinson</i>	<i>Antal</i>	9	13
	<i>%</i>	0,64	0,89
<i>Demens</i>	<i>Antal</i>	80	81
	<i>%</i>	5,71	5,56
<i>Død</i>	<i>Antal</i>	263	143
	<i>%</i>	18,77	9,81

Patientkarakteristika i DAPAK for to seneste perioder, Region Syddanmark

Region Syddanmark		Periode	
		01.11.2023 - 31.10.2024	01.11.2024 - 31.10.2025
<i>I alt i databasen</i>	<i>Antal</i>	2.048	2.248
<i>Incident</i>	<i>Antal</i>	365	368
	<i>%</i>	17,82	16,37
<i>Tid side diagnose</i>	<i>Q1</i>	544,00	563,00
	<i>Median</i>	1.442,00	1.399,50
	<i>Q3</i>	2.792,00	2.738,00
<i>Køn</i>			
<i>Mand</i>	<i>Antal</i>	1.248	1.363
	<i>%</i>	60,94	60,63
<i>Kvinde</i>	<i>Antal</i>	800	885
	<i>%</i>	39,06	39,37
<i>Alder</i>			
<i><= 59</i>	<i>Antal</i>	111	127
	<i>%</i>	5,42	5,65
<i>60-69</i>	<i>Antal</i>	346	389
	<i>%</i>	16,89	17,30
<i>70-79</i>	<i>Antal</i>	859	873
	<i>%</i>	41,94	38,83
<i>80+</i>	<i>Antal</i>	732	857
	<i>%</i>	35,74	38,12
<i>Missing</i>	<i>Antal</i>	0	2
	<i>%</i>	0	0,09
<i>Atypisk Parkinson</i>	<i>Antal</i>	7	12
	<i>%</i>	0,34	0,53
<i>Demens</i>	<i>Antal</i>	139	150
	<i>%</i>	6,79	6,67
<i>Død</i>	<i>Antal</i>	406	221
	<i>%</i>	19,82	9,83

Patientkarakteristika i DAPAK for to seneste perioder, Region Hovedstaden

Region Hovedstaden		Periode	
		01.11.2023 - 31.10.2024	01.11.2024 - 31.10.2025
<i>I alt i databasen</i>	<i>Antal</i>	2.516	2.768
<i>Incident</i>	<i>Antal</i>	339	401
	<i>%</i>	13,47	14,49
<i>Tid side diagnose</i>	<i>Q1</i>	729,00	681,50
	<i>Median</i>	1.869,00	1.739,00
	<i>Q3</i>	3.274,00	3.236,00
<i>Køn</i>			
<i>Mand</i>	<i>Antal</i>	1.522	1.656
	<i>%</i>	60,49	59,83
<i>Kvinde</i>	<i>Antal</i>	994	1.112
	<i>%</i>	39,51	40,17
<i>Alder</i>			
<i><= 59</i>	<i>Antal</i>	260	286
	<i>%</i>	10,33	10,33
<i>60-69</i>	<i>Antal</i>	555	624
	<i>%</i>	22,06	22,54
<i>70-79</i>	<i>Antal</i>	1.008	1.057
	<i>%</i>	40,06	38,19
<i>80+</i>	<i>Antal</i>	692	801
	<i>%</i>	27,50	28,94
<i>Missing</i>	<i>Antal</i>	1	0
	<i>%</i>	0,04	0
<i>Atypisk Parkinson</i>	<i>Antal</i>	14	26
	<i>%</i>	0,56	0,94
<i>Demens</i>	<i>Antal</i>	284	311
	<i>%</i>	11,29	11,24
<i>Død</i>	<i>Antal</i>	447	245
	<i>%</i>	17,77	8,85

Patientkarakteristika i DPAK for to seneste perioder, Region Sjælland

Region Sjælland		Periode	
		01.11.2023 - 31.10.2024	01.11.2024 - 31.10.2025
<i>I alt i databasen</i>	<i>Antal</i>	809	817
<i>Incident</i>	<i>Antal</i>	134	109
	<i>%</i>	16,56	13,34
<i>Tid side diagnose</i>	<i>Q1</i>	630,00	647,00
	<i>Median</i>	1.541,00	1.543,00
	<i>Q3</i>	2.639,00	2.878,00
<i>Køn</i>			
<i>Mand</i>	<i>Antal</i>	488	479
	<i>%</i>	60,32	58,63
<i>Kvinde</i>	<i>Antal</i>	321	338
	<i>%</i>	39,68	41,37
<i>Alder</i>			
<i><= 59</i>	<i>Antal</i>	61	59
	<i>%</i>	7,54	7,22
<i>60-69</i>	<i>Antal</i>	133	128
	<i>%</i>	16,44	15,67
<i>70-79</i>	<i>Antal</i>	363	341
	<i>%</i>	44,87	41,74
<i>80+</i>	<i>Antal</i>	252	289
	<i>%</i>	31,15	35,37
<i>Atypisk Parkinson</i>	<i>Antal</i>	12	13
	<i>%</i>	1,48	1,59
<i>Demens</i>	<i>Antal</i>	21	20
	<i>%</i>	2,60	2,45
<i>Død</i>	<i>Antal</i>	164	83
	<i>%</i>	20,27	10,16

11.2 Hoehn & Yahr

Herunder findes en oversigt over indberetning af Hoehn & Yahr score for patienter med Parkinson på de neurologiske afdelinger. Koderne har først været tilgængelige fra april 2025 og data udtrykker derfor ikke den endelige fordeling af Hoehn & Yahr. Opgørelsen skal derfor ses som udtryk for om og i hvilket omfang der kommer data igennem til databasen.

Det ses i opgørelsen, at der flyder data igennem fra alle fem regioner, dog minimalt fra regionerne øst for Storebælt. Kolonnen "Hoen og Yahr scale?" er data indberettet på overkoden "ZZ5048" fremfor de respektive underkoder ".....8A-E".

	Hoehn og Yahr scale			Hoehn og Yahr scale		Hoehn og Yahr scale		Hoehn og Yahr scale		Hoehn og Yahr scale		Hoehn og Yahr scale		Ingen Hoehn og Yahr	
	<i>I alt</i>	1		2		3		4		5		?		Yahr	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<i>Danmark</i>	8.076	132	1,6	191	2,4	177	2,2	147	1,8	74	0,9	173	2,1	7.182	88,9
<i>Region Nordjylland</i>	786	82	10,4	113	14,4	108	13,7	78	9,9	55	7,0	44	5,6	306	38,9
<i>Region Midtjylland</i>	1.457	20	1,4	41	2,8	31	2,1	17	1,2	4	0,3	6	0,4	1.338	91,8
<i>Region Syddanmark</i>	2.248	30	1,3	36	1,6	38	1,7	52	2,3	15	0,7	118	5,2	1.959	87,1
<i>Region Hovedstaden</i>	2.768	0	0	1	0,0	0	0	0	0	0	0	3	0,1	2.764	99,9
<i>Region Sjælland</i>	817	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,2	815	99,8

11.3 Referencer

1. Joshi VL, Juel K, Thuesen J, Backmann T, Winge K, Tang LH, et al. Identifying the prevalence of Parkinson's disease in Denmark using healthcare registries and self-reported survey data. *Parkinsonism Relat Disord* [Internet]. 2024 Mar 1 [cited 2024 Feb 5];120:106011. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1353802024000233>
2. Dorsey ER, Sherer T, Okun MS, Bloem DR. The Emerging Evidence of the Parkinson Pandemic. *J Parkinsons Dis* [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 5];8(s1):S3–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30584159/>
3. Amalie H, Jensen R, Strøbaek L, Ryd JT, Eriksen L, White ED, et al. Parkinson Sygdomsbyrden i Danmark. Udarbejdet for Parkinsonforeningen, 2016. 2016 [cited 2024 Feb 5]; Available from: www.si-folkesundhed.dk
4. Fox SH, Katzenschlager R, Lim S, Barton B, M A De Bie R, Seppi, K, Coelho M, Sampaio C. (2018). International Parkinson and movement disorder society evidence-based medicine review: Update on treatments for the motor symptoms of Parkinson's disease. *Mov Dis* 33, 1248-1266
5. Uebelacker, L.A. A Survey of Parkinson's disease patients: most bothersome symptoms and coping preferences. *J. Parkinsons Dis.* 2014; 4(4):717-23.
6. Decide (2019) Fakta om parkinsonbehandling. <http://decide.nu/wp-content/uploads/faktaom-parkinsonbehandling.pdf>
7. Tina Backmann, Tina Broby Mikkelsen, Knud Juel, Kristian Winge, Jette Thuesen. Livet med Parkinson og behovet for rehabilitering – En undersøgelse af behov for fase-specifik rehabilitering ved Parkinsons sygdom i Danmark
8. Henriksen T, Dalhoff KP, Hansen HE, Brenneche AW, Lønberg US, Danielsen EH. Access and use of device aided treatment for Parkinsons disease in Denmark. *Mo. Disord. Clin. Pract.* 2020 Jul 2;7 (6): 656-663. doi: 10.1002/mdc3.12988. eCollection 2020 Aug
9. Hvidbog om parkinson, 2023. file:///C:/Users/TTHO0151/Downloads/230425_PAF_hvidbog_screen.pdf
10. Sundhedsdatastyrelsen. Sundhedsdatank.dk: Diagnoser fra privatpraktiserende speciallæger [Internet] 2026 [cited 2026 Feb 5]; Available from: <https://sundhedsdatabank.dk/behandling-og-pleje/speciallaege>

