

Dansk Parkinson Kvalitetsdatabase (DaPaK)

Evidensrapport

Grundlag for databasens population, indikatorer og udviklingsmål

Publikationsårstal: 2024



rkkip

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Dansk Parkinson Kvalitetsdatabase (DaPaK)
© RKKP 2024

Kvalitetskonsulent for DaPaK:
Julie Andersen
E-mail: juland@rkkp.dk
Telefonnummer: +45 2478 7018

Udgiver:
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.rkkp.dk

Version 1.0
Versionsdato: 21.10.2024

Forord

Denne evidensrapport beskriver evidensgrundlag og rationale for valg af kvalitetsindikatorer og udviklingsmål i Dansk Parkinson Kvalitetsdatabase (DaPaK).

Idriftsættelse af DaPaK per 01.11.2024 er afgørende for at forbedre arbejdet med at øge kvaliteten af udredning, behandling, pleje og rehabilitering af patienter med Parkinsons sygdom på tværs af sektorer herunder hospitalsklinikker, praktiserende neurologer, praktiserende fysioterapeuter og rehabiliteringsenheder.

Valget af indikatorerne er truffet af styregruppen for DaPaK, der er en tværfaglig og tværsektoriel gruppe af sundhedsprofessionelle fra hele landet samt Parkinsonforeningen, som repræsentant for patientperspektivet.

Styregruppe vil løbende revurdere de udvalgte kvalitetsindikatorer samt vurdere og evaluere nye, relevante indikatorer som mål for kvaliteten i behandlingen. Parkinsons sygdom kræver en koordineret og specialiseret tilgang til behandling, som strækker sig over flere sektorer. Derfor er det essentielt, at den kliniske kvalitetsdatabase kan måle og evaluere behandlingskvaliteten på tværs af forskellige behandlingssteder og sektorer.

Indikatorerne er baseret på en mapping af Parkinson-patientens forløb mellem sektorer og kontakt med tværfagligt sundhedspersonale. Det er ønsket at opstarte databasen med enkle kvalitetsindikatorer (4 i alt), som kan høstes direkte fra eksisterende databaser (Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret) og ved at monitorere disse, vurdere behandlingskvaliteten og identificere områder til forbedring på tværs af sektorer. Det er ligeledes ønsket at kunne sammenligne data på tværs af sektorer, for at fremme ensartede standarder og bedste praksis for behandlingen af mennesker med Parkinsons sygdom på tværs af landet.

Nuværende og fremtidige kliniske kvalitetsindikatorer i databasen, skal måle behandlingskvaliteten i forløb på hospitalsklinikker, praktiserende neurologer, praktiserende fysioterapeuter og rehabiliteringsenheder. Dette vil sikre en monitorering af hele forløbet og potentielt ligeledes styrke samarbejdet mellem sektorer. Alle indikatorer vil blive vurderet og evalueret ud fra samme systematik og metode, som beskrevet i denne evidensrapport.

De enkelte indikatorer er først og fremmest valgt under hensyntagen til evidensgrundlaget. For de indikatorer, hvor det ikke har været muligt at finde videnskabelig evidens, er indikatorer og udviklingsmål fastsat ud fra den interne evidens (klinisk ekspertise) og konsensus i styregruppen.

På styregruppens vegne

Trine Hørmann Thomsen
Sygeplejerske

Tove Henriksen
Overlæge

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Indholdsfortegnelse	4
Formål med evidensrapporter	5
Styregruppen for Dansk Parkinson Kvalitetsdatabase (DaPaK)	6
Indikatoroversigt	8
Baggrund	9
Population	11
Metode	12
Litteratursøgning	12
Evidensgraduering	13
Evidensgrundlag for indikatorerne	14
Søgeresultat	14
Indikator 1: Primær strukturel skanning	14
Indikator 2: Klinisk Kontrol	15
Indikator 3: Kognitiv Screening	16
Indikator 4: Rehabilitering	17
Referencer	18
Baggrund	18
Evidensgrundlag for indikatorerne	19
Bilagsoversigt	21

Formål med evidensrapporter

Formålet med evidensrapporter er at beskrive evidensgrundlaget for databasens indikatorer og udviklingsmål. Rapporten synliggør således den viden og de overvejelser, der ligger til grund for fastsættelse af indikatorer, udviklingsmål og analysemetoder.

En indikator er en målbar variabel, der i de kliniske kvalitetsdatabaser anvendes til at monitorere og vurdere kvaliteten i sundhedsvæsenet. Monitoreringen understøtter den løbende udvikling af kvaliteten i patientforløbet i en kontinuerlig stræben efter høj og ensartet kvalitet båret af de kliniske miljøer på området. Den kliniske kvalitetsdatabases indikatorer bør derfor belyse relevante kliniske retningslinjer inden for databasens område, der indeholder faglige anbefalinger bygget på national konsensus om 'god kvalitet' ¹.

Indikatorer kan typeinddeles i 3 kategorier:

Struktur-indikatorer (de tilgængelige ressourcer, f.eks. antal speciallæger på en afdeling).

Proces-indikatorer (aktiviteter, som udføres i forbindelse med det kliniske og organisatoriske arbejde i relation til patientforløbet, f.eks. andel af behandlinger, som udføres i henhold til kliniske retningslinjer).

Resultat-indikatorer (effekten, som opnås i patientens sundhedstilstand, som tilskrives indsatsen, f.eks. overlevelse).

Indikatorsættet vil ofte være balanceret på de forskellige indikatortyper, med hovedvægt på proces- og resultatindikatorer, og tilstræbe et antal indikatorer, der er i overensstemmelse med et realistisk omfang af tilhørende klinisk kvalitetsudviklingsaktivitet. Databasestyregruppen kan vælge at supplere indikatorsættet med forklarende eller prognostiske variable, der f.eks. anvendes til stratificering eller justering for forskelle i patientsammensætningen.

Fastsættelse af målet for kvalitetsudviklingen – udviklingsmålet – sker sjældent udelukkende på baggrund af evidens, men vil ofte afspejle ekspertkonsensus, værdier eller politiske målsætninger. Udviklingsmålet vil typisk afspejle et ambitiøst udviklingsmål: det niveau for indikatorværdien man stræber efter at opnå. Angivelse af et eksakt niveau undlades til tider, men den ønskede forbedringsretning bør altid fremgå.

Evidensrapporten opdateres som minimum hvert tredje år som led i databasens godkendelsesperiode ². Dette sikrer, at indikatorsættet afspejler den nyeste viden på området og at områder, hvor kvaliteten har ligget stabilt højt i en længere periode, ikke længere monitoreres, og indikatoren afvikles/erstattes.

RKKP afholder databasens udgifter i forbindelse med vedligehold, revision og udvikling af indikatorsættet. Uddybende information om indikatorbaseret kvalitetsudvikling, indikatorer og udviklingsmål kan findes på RKKP's hjemmeside: www.rkkp.dk

¹ Jf. Bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser, kap. 2, §5, stk.10.

² Jf. Sundhedsdatastyrelsens vejledning vedr. kliniske kvalitetsdatabaser (2018), kap. 2, afsnit 2.23.

Styregruppen for Dansk Parkinson Kvalitetsdatabase (DaPaK)

Navn, titel, ansættelse:	Rolle i styregruppen / repræsentant for:
Styregruppens formandskab	
Tove Henriksen Overlæge Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Dansk Selskab for Bevægeforstyrrelser (Danmodis) Region H
Trine Hørmann Thomsen Sygeplejerske, can.scient.san., phd. Glostrup Hospital	Dansk Sygepleje Selskab, Faglig Sammenslutning for Neurosygeplejersker Region H
Styregruppens øvrige medlemmer	
Anne-Mette Hejl Overlæge Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Dansk Neurologisk Selskab Region H
Louise Nørreslet Gimsing Afdelingslæge Sjællands Universitetshospital	Region Sjælland
Matthias Bode Overlæge Odense Universitetshospital	Region Syd
Erik Hvid Danielsen Overlæge Aarhus Universitetshospital	Region Midt
Bo Mohr Morberg Afdelingslæge Aalborg Universitetshospital	Region Nord
Stephen Wörlich Pedersen Praktiserende speciallæge i neurologi Praksis i København	Forening Af Praktiserende Speciallæger (FAPS)
Einar Bach Praktiserende speciallæge i neurologi Praksis i Aarhus	Forening Af Praktiserende Speciallæger (FAPS)
Lis Johannsen Praktiserende speciallæge i neurologi Praksis i Odense	Forening Af Praktiserende Speciallæger (FAPS)
Bo Albertsen Praktiserende fysioterapeut og praksis konsulent Praksis i Aulum og Koncern Kvalitet, Region Midt	Danske Selskab for Fysioterapi
Jakob Frederiksen Praktiserende fysioterapeut Allerød Fysioterapeuter	Dansk Selskab for Neurologisk Fysioterapi

Lene Møller Ergoterapeut Holstebro Kommune	Ergoterapeutforeningen
Brian Clausen Sundhedsfaglig chef Sanocenter	Privat aktør
Astrid Blom Direktør Parkinsonforeningen	Patientrepræsentant, organisatorisk niveau
Lone Svendsen Forstander Forebyggelses- og rehabiliteringscenter Aalborg Kommune	Kommune
Anders Møller Schlüsen Epidemiolog RKKPs videnscenter	RKKP team
Henrik Nielsen Seniordatamanager RKKPs videnscenter	RKKP team
Julie Andersen Kontaktperson, repræsentant for dataansv. myndighed RKKPs videnscenter	RKKP team
Databasens evidensgruppe	
Kristian Stær Læge Aarhus Universitetshospital	Evidensspecialist
Jakob Frederiksen Praktiserende fysioterapeut Allerød Fysioterapeuter	Evidensspecialist

Databasens styregruppe skal bl.a. sikre den løbende udvikling af databasen, så indikatorerne er i overensstemmelse med nyeste viden og evidens på området – og er praktisk anvendelige til klinisk kvalitetsudvikling, herunder at indikatorerne afspejler eventuelle gældende kliniske retningslinjer og patientperspektivet.

Databaseteamet i RKKP skal som en del af styregruppen rådgive og understøtte klinikerne via løbende dialog om valg af indikatorer med afsæt i evidens samt ekspertviden om data, kvalitetsudvikling og epidemiologisk ekspertise.

Spørgsmål vedr. databasens indikatorsæt kan rettes til styregruppen via databasens kontaktperson. Kontaktoplysninger findes under den enkelte database: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/>.

Indikatoroversigt

Nr.	Indikatornavn	Udviklingsmål	Type
1	Udelukkelse af anden patologi som årsag til parkinson symptomer Andel patienter der får foretaget strukturel CT eller MR skanning 24 mdr. før til senest 6 mdr. efter diagnosedato.	Mindst 95%	Proces
2	Regelmæssig vurdering af sygdommens udvikling og behov for behandling Andel patienter med minimum to kontakter, heraf mindst én med fysisk fremmøde, indenfor 12 mdr.	intet	Proces
3	Regelmæssig vurdering af kognitiv funktion for tidlig opstart af relevante tiltag Andel ikke demente patienter med minimum én screening af kognitiv funktion indenfor de sidste 24 mdr.	Mindst 75%	Proces
4	Opstart af vederlagsfri fysioterapi for vedligeholdelse af funktionsniveau Andel patienter der 12 mdr. efter nydiagnosticeret Parkinson sygdom har modtaget vederlagsfri fysioterapi.	Mindst 90%	Proces

Baggrund

Kvalitetsmonitorering inden for Parkinsons sygdom fokuserer på kendte kvalitets- og patientsikkerhedsproblemer samt på at forstå geografisk variation i behandlingspraksis og patientperspektiver. Identifikationen af disse problemer er afgørende for at målrette indsatsen mod at forbedre behandlingskvaliteten og sikre ensartet og evidensbaseret behandling på tværs af landet, hvilket DaPaK søger at gøre understøttet af denne evidensrapport.

Parkinsons sygdom er en kompleks neurodegenerativ lidelse, der påvirker både motoriske og ikke-motoriske funktioner hos patienter. 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 præ-dispositioner spille en rolle i stigningen af sygdommens incidens (2). På nuværende tidspunkt skønnes det, at 12.000 mennesker lever med Parkinsons sygdom i Danmark (1, 3) med en let overrepræsentation af mænd (ca. 60%) og kvinder (ca. 40%) (1).

Parkinsons sygdom er forbundet med stor varians i symptomprofil. Ud over motoriske symptomer som tremor, rigiditet, og bradykinesi, kan Parkinson-patienter opleve en række ikke-motoriske symptomer herunder autonome dysfunktioner, søvnforstyrrelser, kognitiv dysfunktion, depression og angst (4, 5). Disse symptomer kan have betydelige konsekvenser for patientens livskvalitet og daglige funktion og kræver en behandlingstilgang, hvor man ser på hele patientens forløb på tværs af sektorer.

De seneste årtier har givet betydelige fremskridt inden for forståelsen af Parkinsons sygdom herunder patofysiologi og progression af sygdommen. Forskningen har identificeret komplekse molekulære og cellulære mekanismer, der er involveret i sygdommens udvikling. Dog eksisterer der ikke nogen kurativ eller sygdomsmodulerende behandling endnu. Der har været fokus på at udvikle mere effektive, symptommodificerende behandlinger, der kan lindre de forskelligartede symptomer. Dette omfatter udviklingen af nye lægemidler, behandlingsmæssige terapiformer, monitorering af symptomprogression og den medicinske behandling. Patienter som behandles hurtigere og med mindre sygdomsbyrde ved diagnostetidspunktet, kan potentielt forblive på arbejdsmarkedet, være mere uafhængige og mindre plejekrævende i længere tid (6).

Kvalitets- og patientsikkerhedsproblemer inden for Parkinson-området omfatter forsinket diagnose, fejldiagnose, variation i behandlingspraksis og i henvisningskriterier til avanceret behandling samt ulige adgang til avanceret behandling (7, 8). Der vurderes at være behov for en mere omfattende tilgang til behandlingen af bl.a. non-motoriske symptomer som bl.a. kognitiv udredning. Generelt er der ikke sufficient fokus på bivirkninger til medicinen f.eks. impuls kontrolforstyrrelser og non-motoriske symptomer, hvilket har stor indvirkning på patienternes livskvalitet og nære relationer (5).

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. Udover det interregionale ses der ligeledes geografisk ulighed i dækningen af både offentlige og privatpraktiserende neurologer (10). Som følge heraf ses en stor variation i hyppighed af løbende konsultationer/kontroller. Dette skaber ulighed i ventetiden i forbindelse med udredning og diagnosticering og i

kvaliteten af behandlingen og sygdomshåndteringen (9). Der er på nuværende tidspunkt ikke fælles standarder, som kan monitorere kvaliteten af behandlingsindsatser.

En rapport fra REHPA baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt 7.000 Parkinson-patienter viser, at der er store udækkede behov hos patienter i deres oplevelse af kvalitet i forløbet, og at der er geografiske forskelle i de rehabiliterende tilbud herunder målrettet og specifik fysioterapeutisk og ergoterapeutisk træning fokuseret på de heterogene behov og udfordringer/symptomer (10).

I DaPaK vil der blive fokuseret på udredning og diagnostik, en ensartet hyppighed af løbende konsultationer hos neurolog/parkinson-sygeplejerske samt screening af kognitive udfordringer for hele parkinson-populationen og henvisningsprocedurer til rehabiliteringsindsatser. Derfor er der valgt 4 indikatorer til opstart af DaPaK. Disse er udspecificeret i det følgende. Indikatorerne er valgt, så de bedst muligt afspejler kvaliteten på udvalgte kerneområder i parkinson-behandling, pleje og rehabilitering i Danmark. Denne rapport er en systematiseret gennemgang af evidensen bag de udvalgte indikatorer og udviklingsmål i DaPaK.

Databasen indleder med kliniske data fra alle hospitalsklinikker i Danmark, som varetager forløb for parkinson-patienter (13 i alt). Herefter følger en gradvis skalering til praktiserende neurologer (39 i alt), praktiserende fysioterapeuter og rehabiliteringsenheder.

Population

DaPaK populationen identificeres via Landspatientregisteret (LPR), Lægemiddelstatistikregisteret (LSR) og fra praktiserende speciallæger i neurologi.

Fra LPR inkluderes patienter med:

- Parkinson (a eller b) diagnose (DG20*) registreret på planlagt kontakt, uagtet kontaktttype, på afdeling med hovedspeciale: "Neurologi" i Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR).

Fra LSR inkluderes patienter med:

- Minimum to indløsninger af recepter på et lægemiddel med en af følgende ATC-koder:
 - N04BA - l-dopa og decarboxylasehæmmer
 - N04BA - Kombination l-dopa, decarboxylasehæmmer og COMT hæmmer
 - N04BB – Amantadin
 - N04BC - Dopaminagonister
 - N04BD - MAO-B hæmmer

Fra praktiserende speciallæger i neurologi inkluderes patienter med:

- Parkinson diagnose (DG20*)

Eksklusionskriterier

- Patienter der på ethvert tidspunkt får (a eller b) diagnose for Atypisk Parkinson (DG231, DG232, DG233, DG238, DG318E) registreret på planlagt kontakt, uagtet kontaktttype, på afdeling med hovedspeciale: "Neurologi" i Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR).
- Patienter der alene har indløst recepter for et eller flere præparater med dosis:
 - Carbidopa $\leq$ 25/100 mg døgndosis
 - Levodopa benzerazid $\leq$ 25/100 mg døgndosis
 - Pramipexol $\leq$ 0.18 døgndosis
 - Ropinirol $\leq$ 2 mg døgndosis

Patienterne inkluderes med en indeksdato som er lig med startdatoen for den adgangsgivende kontakt i LPR eller hos den praktiserende neurolog. Inkluderes patienten på baggrund af to indløsninger af et relevant lægemiddel, uden kontakt i LPR eller ved praktiserende neurolog, er indeksdatoen lig med første indløsningsdato.

Patienter der har eller får Atypisk Parkinson diagnose kan ikke inkluderes herefter, selvom patienten måtte optræde senere med a-diagnose for Parkinson (DG20*).

Metode

Litteratursøgning

Søgestrategien tog udgangspunkt i en '3-trinssøgestrategi', som indledningsvist søgte efter relevante kliniske retningslinjer. Der blev søgt i retningslinjedatabaser (G-I-N, NICE, TRIP, ECRI, CfKR), samt direkte på nationale hjemmesider (SST, SBU, Helsebiblioteket). Der blev anvendt følgende søgetermer i databaserne: "Parkinson's Disease", "Parkinson Disease", "Parkinson", "PD". På de nationale hjemmesider blev søgt på "Parkinson" mhp. at undgå utilsigtede eksklusioner på baggrund af stavemåder. Relevante kliniske retningslinjer blev ligeledes forsøgt identificeret via PubMed, hvor der blev søgt med følgende søgestreng: "("practice guideline"[Publication Type]) AND "Parkinson disease"" og "("clinical guideline"[Publication Type]) AND "Parkinson disease"".

Søgningen blev udført i januar/februar 2024 af evidensspecialist, Kristian Stær.

Derefter blev søgningen udvidet med 2. trin af søgestrategien, søgning efter systematiske reviews og metaanalyser, hvor databaserne TRIP og PubMed blev anvendt.

Der blev anvendt følgende søgetermer ved søgning i TRIP databasen: "Practice Guideline Parkinson" filtreret til hhv. "key primary research" og "systematic reviews".

PubMed søgestreng fremgår af bilag 2.

Der er initielt søgt mere overordnet med kombination af "Parkinson*" og søgetermer specifikke for de individuelle indikatorer. Herefter er søgestrengene blevet præciserede med enten tillæg af yderligere relevante søgetermer, eller ved eksklusion af irrelevante søgetermer, hvorved de endelige søgestreng angivet ovenfor er fremkommet.

Endeligt er der supplerende foretaget opslag på UpToDate, en evidensbaseret klinisk vejledningshjemmeside med generelle vejledninger for håndtering af sygdomme ift. diagnosticering og behandling, samt på ParkinsonNet, en hollandsk baseret, internationalt anerkendt hjemmeside med retningslinjer angående terapeutisk håndtering af patienter med Parkinsons sygdom.

På UpToDate er søgt på følgende: "Parkinson" og "Parkinson cognition".

Antal potentielt relevante hits: 2 (UpToDate), 4 (ParkinsonNet)

Der er blandt søgeresultaterne kun udvalgt materiale på engelsk eller dansk samt materiale med tilgængelig direkte oversættelse til engelsk, når ikke ovenstående sprog var tilgængelige.

Materiale er primært ekskluderet fra søgeresultaterne ud fra titler eller abstracts, når det ud fra disse åbenlyst kunne vurderes, at materialet ikke var relevant for de heri angivne indikatorer. Dertil er materiale udgivet før år 2000 ekskluderet ved den primære søgning i lyset af udvikling af forskning siden da.

Ved efterfølgende gennemgang af fundet materiale er yderligere ekskluderet retningslinjer og artikler, som ved gennemlæsning er vurderet uden relevans for aktuelle indikatorer. Dertil er ekskluderet materiale, som ikke har kunnet direkte oversættes til engelsk, dubletter samt materiale med nyere og opdaterede udgivelser tilgængeligt.

Søgeprotokollen kan ses i bilag 1. Flowchart kan ses i bilag 7.

Evidensgraduering

Den samlede evidens for indikatorerne er vurderet efter Oxford Center for Evidence Based Medicine Levels of Recommendation and Grades (Oxford Level of Evidence).

Kliniske retningslinjer er vurderet med AGREE II (domæne 3: rigour of development).

Systematisk reviews er vurderet med AMSTAR.

Alle vejledninger og anbefalinger på UpToDate er vurderet med GRADE. Der henvises i øvrigt til hjemmesidens egen beskrivelse af deres vurderingsproces:

<https://www.wolterskluwer-com.ez-rmu.statsbiblioteket.dk/en/solutions/uptodate/policies-legal/grading-guide>

Vurderingsskemaer for hver indikator kan ses i bilag 3-6.

Evidensgrundlag for indikatorerne

Søgeresultat

Der henvises til bilag 1 og 2 for de anvendte søgestrengene.

Indikator 1: Udelukkelse af anden patologi som årsag til Parkinson symptomer

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

Type: Procesindikator

Baggrund for indikator:

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, inden videre udredning eller behandling påbegyndes.

Grundlag for indikator: Klinisk retningslinje fra NICE af høj metodisk kvalitet (AGREE II: 42/49).

Resumé af evidensgrundlag:

Der findes ingen gældende kliniske retningslinjer omhandlende strukturelle scanninger af patienter med Parkinsons sygdom, eller som er mistænkt herfor, i Danmark, Norge eller Sverige. Blandt de øvrige lande vi typisk sammenligner os med, nævner kun retningslinjen NG71 (2017)¹ fra *National Institutes of Care and Excellence* (NICE) i Storbritannien brug af strukturelle scanninger ifm. udredningen af patienter mistænkt for Parkinsons sygdom, og her kun ift. udelukkelse af anden patologi.

Ligeledes er der heller ikke nyere studier, der undersøger brugen af strukturelle scanninger i primær-udredningen af Parkinsons sygdom, men flere studier undersøger brugen af MRC til differentiering mellem Parkinsons sygdom og atypisk parkinsonisme²⁻⁶. Der er ikke fundet systematiske reviews på området.

Konklusion: Evidensniveauet baserer sig på én klinisk retningslinje af høj kvalitet fra Storbritannien. Oxford Level of Evidence: A (ud fra den videnskabelig litteratur som danner baggrunden for den omhandlende kliniske retningslinje).

Anbefaling: Det anbefales, at alle patienter, der udredes for Parkinsons sygdom, får foretaget en strukturel scanning (CT eller MR) som led i den primære udredning.

Udviklingsmål: 95%

Styregruppens beslutning: Der er faglig konsensus i styregruppen om, at patienter med Parkinson sygdom skal have en strukturel scanning. Scanningen er væsentlig for korrekt diagnostik og heraf følgende korrekt behandling, idet der er velkendte differentialdiagnoser til Parkinsons sygdom, som vil blive overset og ikke adækvat behandlet, hvis det diagnostiske forløb ikke indeholder strukturel scanning. Styregruppen er enige om, at en strukturel scanning inden for tidsvinduet 24 måneder før diagnosetidspunkt til 6 måneder efter diagnosetidspunkt er acceptabelt.

Indikator 2: Regelmæssig vurdering af sygdommens udvikling og behov for behandling

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

Type: Procesindikator

Baggrund for indikator:

Parkinsons sygdom er en klinisk diagnose, som beror på en række kliniske symptomer, som også kan forekomme ved andre tilstande og på baggrund af anden patologi. Dertil deler sygdommen flere symptomer med de atypiske parkinsonismer, som på flere punkter skal håndteres anderledes end almindelig Parkinsons sygdom, og som responderer anderledes på den medicinske behandling. Der er desuden en relativ stor variation i den individuelle patients respons på den medicinske behandling, og det kan være nødvendigt med relativt hyppige medicinjusteringer tidligt i patientens behandlingsforløb.

Det er derfor 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.

Grundlag for indikator: Konsensus fra DaPaKs styregruppe.

Resumé af evidensgrundlag:

Der findes ingen gældende kliniske retningslinjer omhandlende konsultationshyppighed for patienter med Parkinsons sygdom i Danmark, Norge eller Sverige. I den britiske NICE retningslinje NG71 (2017)¹ anbefales regelmæssig kontrol af patienterne mhp. reevaluering af diagnosen. Der anbefales intet specifikt interval mellem disse regelmæssige reevalueringer, men i begrundelsesteksten nævnes mulige intervaller fra hver 2.-3. måned op til hver 6.-12. måned beskrevet som hhv. hyppigt og ikke hyppigt.

Der er ikke fundet yderligere retningslinjer eller systematiske reviews på området.

Dansk Neurologisk Selskabs (DNS) nationale behandlingsvejlednings side omkring opfølgning af patienter med Parkinsons sygdom⁷ refererer til en artikel fra American Academy of Neurology (AAN)⁸, hvori der defineres kvalitetsmål for kontrol af patienter med Parkinsons sygdom. Heri angives et af kvalitetsmålene som "reevaluering af diagnosen mindst én gang årligt".

Konklusion: Der findes ingen direkte evidens for antallet af årlige konsultationer, om end regelmæssig kontrol og reevaluering er anbefalet.

Anbefaling: Det anbefales, at patienter diagnosticeret med Parkinsons sygdom har op til flere kontroller pr. år

Udviklingsmål: intet

Styregruppens beslutning: Der er faglig konsensus i styregruppen om, at patienter med Parkinson sygdom bør have to årlige konsultationer for at sikre sufficient behandling herunder reevaluering af diagnose og vurdering af den medicinske behandling. Det er drøftet, hvorvidt det skal være med fysisk fremmøde. Der er faglig konsensus i styregruppen om, at én af konsultationerne bør være med fysisk fremmøde, således at det er muligt at foretage en neurologiske gennemgang af patienten, og at klinikerne kan danne sig et helhedsindtryk af patienten.

Indikator 3: Regelmæssig vurdering af kognitiv funktion for tidlig opstart af relevante tiltag

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

Type: Procesindikator

Baggrund for indikator:

Parkinsons sygdom er en progressiv neurodegenerativ sygdom primært kendetegnet ved de motoriske symptomer, som patienterne oplever. Sygdommen er dog også præget af flere non-motoriske symptomer herunder kognitive vanskeligheder, som på sigt udvikler sig til demens ved Parkinsons sygdom (PDD). Typisk optræder hukommelsesmæssige problemer senere i sygdommens forløb, men nogle kognitive symptomer, særligt eksekutive og visuospatiale vanskeligheder, kan forekomme tidligere i forløbet. Dertil forekommer kognitive symptomer ved flere af de atypiske parkinsonismer, hvor de typisk er til stede tidligt i sygdomsforløbet, og ofte er en del af de diagnostiske kriterier for den pågældende sygdom. Det er derfor afgørende at få vurderet patientens kognitive funktion tidligt i forløbet, og særligt hvis der anamnestisk er kognitive eller psykiske vanskeligheder.

Grundlag for indikator: Konsensus og simple review-artikler.

Resumé af evidensgrundlag:

Der er ikke fundet nogen gældende kliniske retningslinjer eller systematiske reviews på området i gennemsøgte databaser eller på relevante nationale styrelses hjemmesider.

Der er fundet to task force studier fra *International Movement Disorder Society* omhandlende diagnostiske kriterier for hhv. mild cognitive impairment (MCI)(2012)⁹ og demens (PDD)(2007)¹⁰ ved Parkinsons sygdom, som understreger de kognitive udfordringer samt identifikationen af disse ved patienter med Parkinsons sygdom - en pointe der støttes yderligere af et review fra 2020¹¹.

Dertil er fundet et studie (2019)¹², hvor der sammenlignes kognitive screeningstests på patienter med Parkinsons sygdom og samtidig MCI eller PDD. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) udviste her den største sensitivitet og specificitet for PD-MCI og PDD.

Ligeledes anbefaler UpToDate¹³ screening med MoCA, når der mistænkes kognitive vanskeligheder hos patienter med Parkinsons sygdom, da denne test er bedre til at fange visuospatiale og eksekutive deficits.

Endelig beskriver artiklen med kvalitetsmål fra AAN⁸, som DNS refererer til ift. opfølgning af patienter med Parkinsons sygdom, et målepunkt for "vurdering af kognitiv svækkelse eller dysfunktion mindst én gang årligt".

Konklusion: Evidensniveauet på området er lavt og baseres primært på konsensus- og simple review-artikler.

Anbefaling: Det anbefales, at patienter under udredning for Parkinsons sygdom screenes for kognitiv svækkelse som led i den primære udredning samt ved senere mistanke om kognitive symptomer.

Udviklingsmål: > 75 %

Styregruppens beslutning: Der er faglig konsensus i styregruppen om, at patienternes kognitive funktion løbende skal vurderes, således de kan få adækvat behandling. På den baggrund vurderer styregruppen, at det er god kliniske praksis med kognitiv vurdering hvert andet år for at følge kognitiv progression af sygdommen og rettidig iværksætte relevant behandling. Styregruppen anbefaler vurdering ved brug af MoCA, men accepterer også vurdering ved Mini Mental State Examination (MMSE) eller ved en neuropsykologisk undersøgelse. Alle tre test vil identificere kognitiv funktionsnedsættelse. Patienter med demens behøver ikke fortsat testes af menneskelige, etiske hensyn.

Indikator 4: Opstart af vederlagsfri fysioterapi for vedligeholdelse af funktionsniveau

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

Type: Procesindikator

Baggrund for indikator:

De motoriske symptomer ved Parkinsons sygdom er ansvarlige for en stor del af den tiltagende funktionsnedsættelse, som patienter med sygdommen oplever. Der ses påvirkning af både bevægefunktion samt synke- og talefunktion. Det har vist sig, at fysisk aktivitet, særligt specialiseret træning, er effektive tilgange til vedligeholdelse af bevægelighed og funktion.

Man har på denne baggrund lavet særlige træningsprogrammer og øvelser fokuseret til patienter med Parkinsons sygdom både indenfor fysio- og ergoterapi samt logopædisk træning.

Det er derfor afgørende, at patienter med Parkinsons sygdom bliver henvist til relevant terapeutisk træning eller undervisning, så deres funktion kan vedligeholdes bedst muligt.

Grundlag for indikator: Kliniske retningslinjer fra Europa og USA af moderat til høj metodisk kvalitet (AGREE II: 26-42/49).

Resumé af evidensgrundlag:

Der findes én national klinisk retningslinje fra Danmark (2018)¹⁴ af lav-moderat kvalitet, som anbefaler fysisk træning, gerne individualiseret og superviseret. På det norske helsebiblioteket.no samt på hollandske ParkinsonNet findes én klinisk retningslinje fra *Royal Dutch Society for Physical Therapy* (2014)¹⁵ af høj kvalitet, som er eksternt vurderet af de fysioterapeutiske forbund i flere europæiske lande og bl.a. gældende fysioterapeutiske retningslinje i Danmark. Her gives stærk anbefaling for konventionel fysioterapi overvejende fokuseret på bevægelighed, styrke og ganghastighed, varierende grader af anbefaling for andre former for fysioterapeutisk træning samt andre fokusområder. På ParkinsonNet findes desuden retningslinjer for ergoterapeutisk (2008)¹⁶ og logopædisk (2008)¹⁷ håndtering af Parkinsons sygdom, hvor anbefalingerne fokuseres på individualiseret træning ud fra patienternes primære vanskeligheder.

Ydermere findes den tidligere nævnte NG71 retningslinje (2017)¹ fra NICE, som anbefaler, at man overvejer henvisning til fysioterapeut, samt ergoterapeut og logopæd med erfaring indenfor Parkinsons sygdom mhp. sygdomsspecifik terapi, særligt når der forekommer funktionsnedsættelse indenfor de enkelte domæner. Endelig findes én amerikansk klinisk retningslinje (2022)¹⁸ af høj kvalitet, som har stærk anbefaling for blandt andet konditionstræning, styrketræning, balancetræning samt gangtræning.

Konklusion: Evidensniveauet baserer sig på flere kliniske retningslinjer af høj kvalitet fra både Europa og USA.

Anbefaling: Det anbefales, at alle patienter, der udredes for Parkinsons sygdom, skal have vurderet deres behov for rehabilitering og henvises til relevant(e) terapeut(er) afhængigt af påvirkede funktioner.

Udviklingsmål: > 90%

Styregruppens beslutning: Der er faglig konsensus i styregruppen om, at træning udgør en stor del af behandling til patienter med Parkinson sygdom. Træning er med til at vedligeholde funktionsniveau og forsinke funktionsnedsættelse. I første omgang defineres en indikator der måler andelen af nydiagnosticerede der har modtaget vederlagsfri fysioterapi indenfor et år. Ved at definere en tidsgrænse på igangsættelse af træning indenfor et år, balanceres hensynet til hurtig igangsættelse og patientens mulighed for at acceptere og finde fodfæste med en alvorlig diagnose.

Styregruppen anerkender, at rehabilitering rummer meget andet end fysioterapi, og vil løbende inkludere rehabiliteringselementer, når det bliver muligt at trække relevante data fra nationale, regionale og særligt kommunale registre, hvor en stor andel af indsatsen finder sted.

Referencer

Baggrund

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.sifolkesundhed.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. Timpka J, Dahlström Ö, Nilsson MH, Iwarsson S, Odin P. Time to workforce exit after a Parkinson's disease diagnosis. *NPJ Parkinsons Dis*. 2023 May 8;9(1):72. doi: 10.1038/s41531-023-00513-0. PMID: 37156779; PMCID: PMC10167319.
7. Decide (2019) Fakta om parkinsonbehandling. <http://decide.nu/wp-content/uploads/faktaom-parkinsonbehandling.pdf>
8. Henriksen T, Dalhoff KP, Hansen HE, Brenneche AW, Lønberg US, Danielsen EH. Access and use of device aided treatment for Parkinson's 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. 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

Evidensgrundlag for indikatorerne

1. NICE. Parkinson's disease in adults: diagnosis and management. Published 2017. Updated March 2022. Accessed January 29, 2024.
2. Mahlkecht P, Hotter A, Hussl A, Esterhammer R, Schocke M, Seppi K. Significance of MRI in diagnosis and differential diagnosis of Parkinson's disease. *Neurodegener Dis*. 2010;7(5):300-318.
3. Mahlkecht P, Schocke M, Seppi K. [Differential diagnosis of parkinsonian syndromes using MRI]. *Nervenarzt*. 2010;81(10):1168-1179.
4. Meijer FJA, Goraj B, Bloem BR, Esselink RAJ. Clinical Application of Brain MRI in the Diagnostic Work-up of Parkinsonism. *J Parkinsons Dis*. 2017;7(2):211-217.
5. Seppi K. MRI for the differential diagnosis of neurodegenerative parkinsonism in clinical practice. *Parkinsonism Relat Disord*. 2007;13 Suppl 3:S400-405.
6. Stoessl AJ, Lehericy S, Strafella AP. Imaging insights into basal ganglia function, Parkinson's disease, and dystonia. *Lancet*. 2014;384(9942):532-544.
7. Havsager A, Johnsen EJ. Opfølgning af parkinsonpatienten. DNS. <https://nnbv.dk/opfolgning-af-parkinsonpatienten/>. Updated November 2 2020. Accessed February 1, 2024.
8. Cheng EM, Tonn S, Swain-Eng R, et al. Quality improvement in neurology: AAN Parkinson disease quality measures: report of the Quality Measurement and Reporting Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2010;75(22):2021-2027.
9. Litvan I, Goldman JG, Troster AI, et al. Diagnostic criteria for mild cognitive impairment in Parkinson's disease: Movement Disorder Society Task Force guidelines. *Mov Disord*. 2012;27(3):349-356.
10. Emre M, Aarsland D, Brown R, et al. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2007;22(12):1689-1707; quiz 1837.
11. Fang C, Lv L, Mao S, Dong H, Liu B. Cognition Deficits in Parkinson's Disease: Mechanisms and Treatment. *Parkinsons Dis*. 2020;2020:2076942.
12. Kim HM, Nator C, Zabetian CP, et al. Prediction of cognitive progression in Parkinson's disease using three cognitive screening measures. *Clin Park Relat Disord*. 2019;1:91-97.
13. Rodnitzky RL. Cognitive impairment and dementia in Parkinson disease. <https://www.uptodate.com/contents/cognitive-impairment-and-dementia-in-parkinson-disease>. Updated November 2 2022. Accessed February 1, 2024.
14. Sundhedsstyrelsen. Fysisk træning som behandling – 31 lidelser og risikotilstande. In: sst.dk: Sundhedsstyrelsen; 2018: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Fysisk-traening-som-behandling.ashx>.
15. Keus S, Munneke M, Graziano M, et al. European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease. In: 1 ed. parkinsonnet.nl: KNGF/ParkinsonNet; 2014:

https://www.parkinsonnet.nl/app/uploads/sites/3/2019/11/eu_guideline_parkinson_guideline_for_pt_s1.pdf. Accessed February 2 2024.

16. Sturkenboom I, Thijssen M, Elsacker JG, et al. Guidelines for Occupational Therapy in Parkinson's Disease Rehabilitation. In: parkinsonnet.nl: NPF/ParkinsonNet; 2011:
https://www.parkinsonnet.nl/app/uploads/sites/3/2019/11/ot_guidelines_final-npf_3_.pdf.
Accessed February 2 2024.
17. Kalf H, Swart B, Bonnier-Baars M, et al. Guidelines for Speech-Language Therapy in Parkinson's Disease. In: parkinsonnet.nl: NPF/ParkinsonNet; 2011:
https://www.parkinsonnet.nl/app/uploads/sites/3/2019/11/dutch_slp_guidelines-final.pdf.
Accessed February 2 2024.
18. Osborne JA, Botkin R, Colon-Semenza C, et al. Physical Therapist Management of Parkinson Disease: A Clinical Practice Guideline From the American Physical Therapy Association. *Phys Ther.* 2022;102(4).

Bilagsoversigt

Bilag 1: Søgeprotokol

Bilag 2: PubMed Søgestreng

Bilag 3: Vurdering Indikator 1

Bilag 4: Vurdering Indikator 2

Bilag 5: Vurdering Indikator 3

Bilag 6: Vurdering Indikator 4

Bilag 7: Flowchart

SØGEPROTOKOL

Nedenstående søgeprotokol er udarbejdet i forbindelse med afdækningen af evidensgrundlaget i etableringen/justeringen af indikatorsættet for Dansk Parkinson Kvalitetsdatabase.

Datering: 29.01.24

Fagkonsulent: Kristian Stær

Medlemmer i nedsat arbejdsgruppe: Jakob Frederiksen

Litteraturprioritering: Denne søgestrategi tager udgangspunkt i kliniske retningslinjer og søger således efter nationale kliniske retningslinjer med relevans for diagnostik og håndtering af Parkinsons Sygdom.

Supplerende søges i systematiske reviews.

Database/hjemmeside	Dato for søgningen	Emne(ord)/keywords	Søgestreng	Antal hits (relevante)
G-I-N	29.01.24	Parkinson's Disease (Parkinson Disease, Parkinson, PD)	Germany, Netherlands, UK	6 (2)
NICE	29.01.24	Parkinson's Disease		66 (2)
PubMed	29.01.24	("practice guideline"[Publication Type]) AND "Parkinson disease"		24 (0)
PubMed	29.01.24	("clinical guideline"[Publication Type]) AND "Parkinson disease"		0
SST	31.01.24	Parkinson (PD, PS - intet yderligere)		14 (2)
CfKR	29.01.24	Parkinson		0
TRIP	31.01.24	Practice Guideline Parkinson	Guidelines	465 (5)
SBU	29.01.24	Parkinson		7 (0)
Helsebiblioteket (NO)	31.01.24	Parkinson		29 (1)
ECRI	31.01.24	Parkinson		8 (1)
TRIP	31.01.24	Practice Guideline Parkinson	Key primary research	7 (1)
TRIP	31.01.24	Practice Guideline Parkinson	Systematic Reviews	110 (7)
PubMed	31.01.24	("Parkinson*" structural scan) AND (systematic review[Publication Type] OR review[Publication Type])		99 (3)
Pubmed	31.01.24	("Parkinson*" [title] AND (MRI [title] OR CT [title])) AND (systematic review[Publication Type] OR review[Publication Type]) NOT PET		62 (4)
PubMed	01.02.24	("Parkinson*" [title] AND control [title]) AND (systematic review[Publication Type] OR review[Publication Type])		173 (0)



PubMed	01.02.24	("Parkinson*" [title] AND reevaluation [title]) AND (systematic review [Publication Type] OR review [Publication Type])	4 (0)
PubMed	01.02.24	("Parkinson*" [title] AND monitoring [title]) AND (systematic review [Publication Type] OR review [Publication Type])	28 (0)
PubMed	01.02.24	("Parkinson*" [title] AND cognition [title]) AND (systematic review [Publication Type] OR review [Publication Type])	57 (6)
PubMed	01.02.24	("Parkinson*" [title] AND cognition [title] AND assessment [title]) AND (systematic review [Publication Type] OR review [Publication Type]) NOT PET NOT imaging	0
PubMed	01.02.24	("Parkinson*" [title] AND cognitive [title] AND assessment [title]) AND (systematic review [Publication Type] OR review [Publication Type]) NOT PET NOT imaging	5 (0)
PubMed	01.02.24	("Parkinson*" [title] AND physiotherapy [title]) AND (systematic review [Publication Type] OR review [Publication Type])	18 (8)

Ud over søgningen i overstående databaser, søges der ligeledes i nedenstående grå litteratur:

Grå litteratur	Dato for søgningen	Emne(ord)/keywords	Antal hits

Kriterier for udvælgelse af referencer:

Kliniske retningslinjer, der relaterer sig til primær diagnostik og opfølgning af patienter med Parkinson Sygdom, herunder testning af kognitive funktioner, samt fysioterapeutisk håndtering.

Endelige PubMed Søgestreng

På **PubMed** blev anvendt følgende søgestreng, opdelt efter indikator:

Indikator 1:

("Parkinson*" structural scan) AND (systematic review[Publication Type] OR review[Publication Type])
("Parkinson*" [title] AND (MRI[title] OR CT[title])) AND (systematic review[Publication Type] OR
review[Publication Type]) NOT PET

Antal potentielt relevante hits: 7

Indikator 2:

("Parkinson*" [title] AND control[title]) AND (systematic review[Publication Type] OR review[Publication Type])
("Parkinson*" [title] AND reevaluation[title]) AND (systematic review[Publication Type] OR review[Publication
Type])
("Parkinson*" [title] AND monitoring[title]) AND (systematic review[Publication Type] OR review[Publication
Type])

Antal potentielt relevante hits: 0

Indikator 3:

("Parkinson*" [title] AND cognition[title]) AND (systematic review[Publication Type] OR review[Publication
Type])
("Parkinson*" [title] AND cognition[title] AND assessment[title]) AND (systematic review[Publication Type] OR
review[Publication Type]) NOT PET NOT imaging
("Parkinson*" [title] AND cognitive[title] AND assessment[title]) AND (systematic review[Publication Type] OR
review[Publication Type]) NOT PET NOT imaging

Antal potentielt relevante hits: 6

Indikator 4:

("Parkinson*" [title] AND physiotherapy[title]) AND (systematic review[Publication Type] OR
review[Publication Type])

Antal potentielt relevante hits: 8

Nedenstående oversigt er udarbejdet i forbindelse med afdækningen af evidensgrundlaget for kliniske kvalitetsudviklingsprogram i Dansk Parkinson Kvalitetsdatabase (DaPaK).

Datering: 19.02.2024

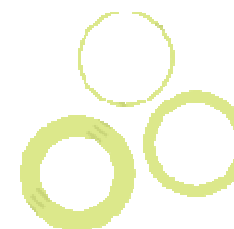
Fagkonsulent: Kristian Stær

Medlemmer i nedsat arbejdsgruppe: Jakob Frederiksen

Indikatorområde: Indikator 1: Primær Strukturel Scanning

Reference (år)	Studiedesign	Vurderingsværktøj	Population	Intervention	Kontrol	Effektmål	Konklusion	Kommentarer
<i>NICE guideline NG71 Parkinson's disease in adults: diagnosis and management (2017)</i>	<i>Klinisk retningslinje</i>	<i>AGREE II</i>	<i>Alle patienter henvist til udredning for Parkinson Sygdom i UK</i>	<i>MR-scanning af cerebrum</i>			<i>Strukturel (MR) scanning anbefales ikke til bekræftelse af diagnosen, men kan bruges differential-diagnostisk ift. sekundær eller atypisk parkinsonisme</i>	<i>42/49 Baseret langt overvejende på A (1a-b) litteratur. Enkelte områder i retningslinjen med brug af B (2a-c) litteratur.</i>

Afslutningsvis gradueres det overordnede evidensniveau jf. Oxford Level of Evidence (1A-5) for hver indikator(s område).





Kritisk vurdering af evidens

Nedenstående oversigt er udarbejdet i forbindelse med afdækningen af evidensgrundlaget for retningslinjer, konsultationer og kliniske kvalitetsudviklingsprogrammer for Dansk Parkinson Kvalitetsdatabase (DaPaK).

Datering: 19.02.2024

Fagkonsulent: Kristian Stær

Medlemmer i nedsat arbejdsgruppe: Jakob Frederiksen

Indikatorområde: Indikator 2: Klinisk Kontrol

Reference (år)	Studiedesign	Vurderingsværktøj	Population	Intervention	Kontrol	Effekt mål	Konklusion	Kommentarer
<i>NICE guideline NG71 Parkinson's disease in adults: diagnosis and management (2017)</i>	<i>Klinisk retningslinje</i>	<i>AGREE II</i>	<i>Alle patienter henvist til udredning for Parkinson Sygdom i UK</i>	<i>Hyppighed af konsultationer med fremmøde.</i>			<i>Der anbefales ikke et bestemt interval mellem konsultationer. Hyppigheden bør baseres på klinisk prioritet. Der nævnes intervaller fra hver 2.-3. måned til hver 6.-12. måned afhængigt af behandlings-respons og komplikationer.</i>	<i>42/49 Baseret langt overvejende på A (1a-b) litteratur. Enkelte områder i retningslinjen med brug af B (2a-c) litteratur. Ingen litteratur på denne indikators område.</i>
<i>AAN Quality improvement in neurology: AAN Parkinson disease quality measures</i>	<i>Kvalitetsmål</i>						<i>Anbefaler minimum én årlig konsultation mhp. reevaluering af diagnose, samt kontrol af andre mulige komplikationer.</i>	<i>Baseret på opslag i nationale guidelines og søgning efter guidelines i databaser. Dansk Neurologisk Selskabs behandlings- vejledning refererer til denne artikel som grundlag for opfølgning af patienter med Parkinson Sygdom.</i>

Afslutningsvis gradueres det overordnede evidensniveau jf. Oxford Level of Evidence (1A-5) for hver indikator(s) område).



Kritisk vurdering af evidens

Nedenstående oversigt er udarbejdet i forbindelse med afdækningen af evidensgrundlaget for retningslinjer, kliniske kvalitetsudviklingsprogrammer, patienternes kliniske kvalitetsudviklingsprogram og for Dansk Parkinson Kvalitetsdatabase (DaPaK).

Datering: 19.02.2024

Fagkonsulent: Kristian Stær

Medlemmer i nedsat arbejdsgruppe: Jakob Frederiksen

Indikatorområde: Indikator 3: Kognitiv Screening

Reference (år)	Studiedesign	Vurderingsværktøj	Population	Intervention	Kontrol	Effektmål	Konklusion	Kommentarer
F.eks. Artz et al. (2015) Systematisk review = vurdering ud fra AMSTAR II eller ROBIS	Kliniske retningslinje -->	AGREE II	F.eks. TKA patienter, 1-3 mdr. efter OP	F.eks. Almindelig behandling + tillæg	F.eks. Almindelig behandling	F.eks. Smerter Inflammationsniveau Tilfredshed	F.eks. Ingen effekt af undersøgte behandlings- tillæg	F.eks. AMSTAR II-vurdering: moderat kvalitet. Ikke kritiske fejl, men manglende præregistrering, søgestreng ukendt
	Systematisk review -->	AMSTAR II / ROBIS						
	RCT -->	RoB2						
	Kohorte studie eller non-randomized study -->	Newcastle-Ottawa Tool / ROBINS-I						

Afslutningsvis gradueres det overordnede evidensniveau jf. Oxford Level of Evidence (1A-5) for hver indikator(s) område).



Kritisk vurdering af evidens

Nedenstående oversigt er udarbejdet i forbindelse med afdækningen af evidensgrundlaget for retningslinjer, justering og udviklingsprogram for Dansk Parkinson Kvalitetsdatabase (DaPaK).

Datering: 19.02.2024

Fagkonsulent: Kristian Stær

Medlemmer i nedsat arbejdsgruppe: Jakob Frederiksen

Indikatorområde: Indikator 4: Rehabilitering

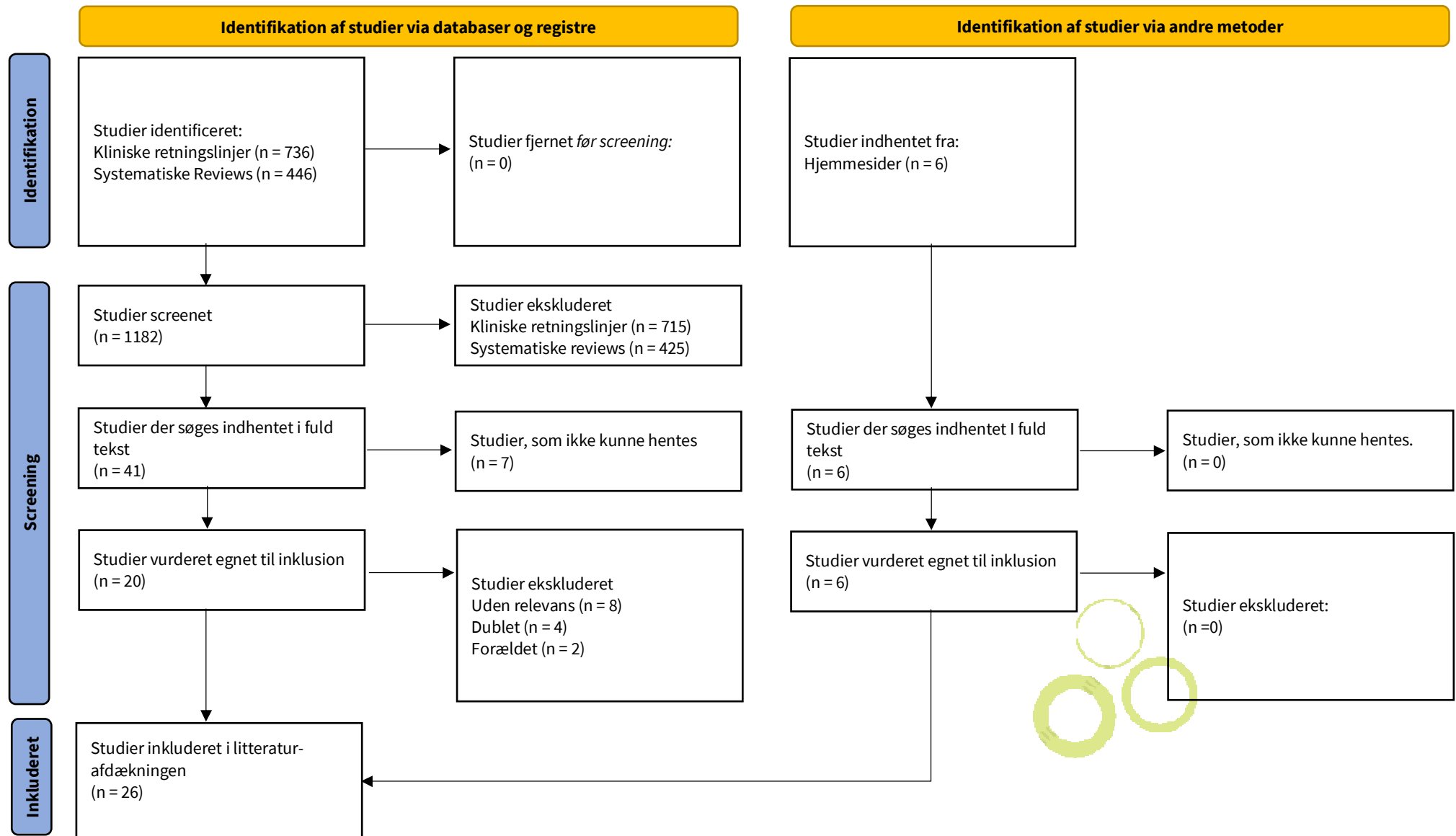
Reference (år)	Studiedesign	Vurderingsværktøj	Population	Intervention	Kontrol	Effektmål	Konklusion	Kommentarer
<u>NICE guideline NG71</u> <i>Parkinson's disease in adults: diagnosis and management (2017)</i>	National klinisk retningslinje	AGREE II	Alle patienter henvist til udredning for Parkinson Sygdom i UK	Henvisning til terapeut (fysioterapeut, ergoterapeut, logopæd)			Der anbefales , at man overvejer henvisning til relevant(e) terapeut(er). Så vidt muligt terapeuter med erfaring indenfor Parkinson Sygdom.	42/49 Baseret langt overvejende på A (1a-b) litteratur. Enkelte områder i retningslinjen med brug af B (2a-c) litteratur. (OXFORD)
<u>SST</u> <i>Fysisk træning som behandling</i>	National klinisk retningslinje	AGREE II	Patienter med Parkinson Sygdom	Fysioterapeutisk træning			Anbefaler styrke-, gang- og balancetræning.	26/49 Baseret på A (1a-b) litteratur. (OXFORD)
<u>ParkinsonNet</u> <i>European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease</i>	Klinisk retningslinje	AGREE II	Patienter med Parkinson Sygdom	Fysioterapeutisk træning (flere former)			Stærk anbefaling for konventionel fysioterapi overvejende fokuseret på bevægelighed, styrke og ganghastighed. Dertil varierende anbefaling for andre former for fysioterapi, samt andre fokusområder.	40/49 Baseret på A (1b) litteratur. (OXFORD)

<u>ParkinsonNet</u> Guidelines for Occupational Therapy in Parkinson's Disease Rehabilitation	Klinisk retningslinje	AGREE II	Patienter med Parkinson Sygdom	Ergoterapeutisk håndtering regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram				38/49 Baseret på B litteratur. (OXFORD)
<u>ParkinsonNet</u> Guidelines for Speech-Language Therapy in Parkinson's Disease	Klinisk retningslinje	AGREE II	Patienter med Parkinson Sygdom	Logopædisk håndtering				29/49 Baseret på B litteratur. (OXFORD)
<u>APTA guideline</u> Physical Therapist Management of Parkinson Disease: A Clinical Practice Guideline from the American Physical Therapy Association (2022)	Klinisk retningslinje	AGREE II	Patienter med Parkinson Sygdom	Fysioterapeutisk træning (flere former)			Der anbefales fysioterapeutisk træning af forskellig art, særligt med stærk anbefaling på konditionstræning, styrketræning, balancetræning, gangtræning, træning efter specifikke opgaver, ekstern cueing, fælleskabsorienteret holdtræning, og tværfagligt samarbejde.	40/49 Baseret på A (1b) litteratur. (OXFORD)
<u>NICE QS164</u> Parkinson's disease quality standard (2018)	Kvalitetsmål	Ikke relevant	Patienter med Parkinson Sygdom i UK	Andel henvist til fysioterapi, ergoterapi eller logopæd			Ingen anbefaling. Målepunkt mere eller mindre identisk med det ønskede målepunkt for denne database.	

Afslutningsvis gradueres det overordnede evidensniveau jf. Oxford Level of Evidence (1A-5) for hver indikator(s område).

FLOWCHART

Nedenstående flowchart er udarbejdet i arbejdet med afdækningen af evidensgrundlaget i etableringen af indikatorsættet for Dansk Parkinson Kvalitetsdatabase (DaPaK).



*Overvej om det er fordelagtigt at adskille antal studier identificeret fra hver database separat (frem for det samlede antal studier identificeret blandt alle databaserne/registre).