



Udredning af ADHD hos voksne i speciallægepraksis

Version 1.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

28. januar 2025 (DMPG ADHD)

Administrativ godkendelse

07. februar 2025 (Retningslinjesekretariatet)

REVISION

Planlagt: 1. marts 2027

INDEKSERING

DMPG. ADHD, Udredning

Indholdsfortegnelse

Om denne kliniske retningslinje	2
1. Anbefalinger (Quick guide)	3
2. Introduktion.....	5
3. Grundlag.....	6
4. Referencer.....	20
5. Metode	21
6. Monitorering.....	24
7. Bilag	25

Om denne kliniske retningslinje

Regionernes sundhedsdirektører og psykiatridirektører har besluttet, at der skal arbejdes systematisk med at udvikle kvaliteten på psykiatriområdet, og at arbejdet med fordel kan organiseres og gennemføres med inspiration fra kræftområdet (Danske Multidisciplinære Cancer Grupper - DMCG'erne). I forlængelse heraf har direktørkredsen besluttet, at der skal udvikles nye evidensbaserede retningslinjer inden for psykiatriområdet med bistand fra Retningslinjesekretariatet i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut og med anvendelse af den model, der anvendes der. Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG) og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK).

Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMPG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet.

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på psykiatriområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, ud over de centrale anbefalinger (kapitel 1 – quick guide), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3), referencer (kapitel 4) og anvendte metoder (kapitel 5).

Anbefalinger mærket A baserer sig på stærkeste evidens (typisk systematiske reviews og randomiserede studier) og anbefalinger mærket D baserer sig på svageste evidens (ekspertkonsensus). Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "[Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations](#)".

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvielse til de ønskede kapitler.

Retningslinjeskabelonen er udarbejdet på baggrund af internationale kvalitetskrav til udvikling af kliniske retningslinjer som beskrevet af både [AGREE II](#), [GRADE](#) og [RIGHT](#).

1. Anbefalinger (Quick guide)

Generelt

1. Indtil ICD-11 indføres i Danmark bør de diagnostiske kriterier som anført i Diagnostic and Statistical Manual, 5. udgave (DSM-5) anvendes til diagnostik af voksne, men diagnose efterfølgende kodes i henhold til ICD-10 (D)

Screening og henvisning i almen praksis

2. Ved klinisk mistanke anbefales det at spørge ind til betydende funktionsnedsættelse og/eller konsekvenser af de beskrevne ADHD-relaterede symptomer, såvel aktuelt som tidligere, i flere situationer; f.eks. arbejde/uddannelse, familie/parforhold, fritid/hobby, sociale kontakter, selvværd/selvtillid (D)
3. Ved klinisk mistanke om ADHD anbefales det at spørge ind til om symptomer har været vedvarende til stede fra før 12-års alderen (D)
4. Ved mistanke om ADHD anbefales det at anvende specifikke symptomspørgeskemaer til ADHD hos unge og voksne, som f.eks. ADHD-RS eller ASRS v1.1. Symptomspørgeskemaer er dog ikke i sig selv diagnostiske (D)
5. Det anbefales at foretage en vurdering af tilstedeværelse af anden psykisk lidelse, herunder især angstlidelser, affektive lidelser og misbrug (D)
6. Det anbefales at vurdere tilstedeværelse af somatisk lidelse og mangeltilstande, der kan give kognitive vanskeligheder eller træthed, herunder søvnforstyrrelser (D)
7. For at sikre bedst mulig visitation anbefales en vurdering af sværhedsgrad af ADHD-symptomer samt grad af funktionspåvirkning og en vurdering af samlet sværhedsgrad herunder af eventuel komorbiditet (D)

Udredning af ADHD hos voksne i speciallægepraksis

8. Udredningen af ADHD hos voksne bør ikke foretages isoleret, men kun ved samtidig vurdering af øvrig psykopatologi, somatik, udviklingsanamnese og psykosociale belastninger (D)
9. Der bør optages en bred udviklingsanamnese. Pårørende, eller andre der kan give relevante oplysninger om patientens livsforløb (f.eks. skole/uddannelsessteder), bør inddrages i det omfang det er muligt og acceptabelt (D)
10. Der bør foretages en systematisk psykopatologisk vurdering dækkende diagnosekapitlerne F0-F9 i ICD-10 ved erfaren og kvalificeret læge eller psykolog (D)

11. Der bør optages en somatisk anamnese, herunder især med fokus på tilstande, der kan give kognitive vanskeligheder eller medføre risiko ved eventuel behandling (D)
12. På konkret mistanke om komorbid somatisk lidelse bør der foretages en somatisk og/eller neurologisk undersøgelse (D)
13. Det er god praksis at vurdere patientens generelle begavelsesniveau (D).
14. Udredningen af ADHD-symptomer bør foretages ved semistruktureret diagnostisk interview rettet specifikt mod ADHD-symptomatologi, f.eks. ved anvendelse af DIVA-5 eller tilsvarende. Pårørende, der har kendt patienten siden barndommen, bør hvis muligt inddrages i udredningen. Det samme gælder personer, der kan give supplerende oplysninger om patientens aktuelle symptomer (D)
15. Neuropsykologisk undersøgelse, herunder computeriserede kognitive opmærksomhedstests, kan i nogle tilfælde have en værdi som supplerende undersøgelser, men er ikke i sig selv diagnostiske (D)
16. Patientens funktionsniveau bør dokumenteres på centrale områder, f.eks. familie/relationer, arbejde/uddannelse, færdigheder, selvforståelse, socialt og risikoadfærd (D)
17. Speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller speciallæge i psykiatri skal afgøre hvorvidt der er indikation for farmakologisk behandling (D)
18. Der bør i journalen foretages en fyldestgørende beskrivelse af undersøgelsen og den diagnostiske proces, herunder overvejelser omkring funktionsniveau og hvorfor eventuelle komorbide lidelser ikke bedre kan forklare symptomerne (D)
19. Betydelige afvigelser fra den diagnostiske proces, de diagnostiske kriterier eller generelle anbefalinger bør dokumenteres i journalen (D)

2. Introduktion

Formål

Det overordnede formål med denne kliniske retningslinje er at sikre en høj faglig og ensartet kvalitet i udredningen af ADHD hos voksne i psykiatrisk speciallægepraksis med henblik på at optimere den diagnostiske sikkerhed. Desuden ønskes at sikre kvalitet i screening og henvisning til udredning, da dette understøtter relevant viderehenvisning samt faciliterer hensigtsmæssig visitation til enten primær- eller sekundærsektor. Retningslinjen er tilstræbt at ligne retningslinjen for udredning i sekundærsektoren, med enkelte ændringer der afspejler forholdene i den patientpopulation der udredes i speciallægepraksis.

Patientgruppe

Patienter ≥ 18 år, der henvender sig til deres praktiserende læge med symptomer eller problematikker, der giver mistanke om ADHD.

Patienter ≥ 18 år, der er henvist til udredning hvor speciallægen efter indledende vurdering mistænker ADHD.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen.

Speciallæger i almen medicin samt uddannelseslæger i almen medicin.

Speciallæger i psykiatri samt uddannelseslæger i psykiatrien.

Specialpsykologer i psykiatri, specialister i klinisk neuropsykologi, andre psykologspecialistretninger samt psykologer i specialpsykologuddannelser i psykiatrien. Autoriserede psykologer i psykiatrien.

Specialsygeplejersker i psykiatri, sygeplejersker i psykiatrien.

3. Grundlag

Generelt

- 1. Indtil ICD-11 indføres i Danmark bør de diagnostiske kriterier som anført i Diagnostic and Statistical Manual, 5. udgave (DSM-5) anvendes til diagnostik af voksne, men diagnose efterfølgende kodes i henhold til ICD-10 (D)**

Litteratur og evidensgennemgang

Indførelsen af ICD-11, der er planlagt officielt indført i Danmark i 2027, medfører flere væsentlige ændringer i den diagnostiske praksis for ADHD i forhold til ICD-10 (1-3) [5]. Der er faglig konsensus om, at ICD-10 kriterierne for "hyperkinetisk forstyrrelse" ikke er fagligt tidssvarende, mens DSM-5 (4) [5] ligger tæt på ICD-11.

Der er i dag en betydelig national uensartethed i diagnosticeringspraksis blandt andet på grund af brugen af forskellige diagnosesystemer (ICD-10, DSM-IV, DSM-5). Anbefalingen udtrykker således et ønske om at sikre en ensartet og tidssvarende diagnosepraksis.

I den norske "ADHD: Nasjonal faglig retningslinje" fra 2022 anbefales diagnosticering i henhold til DSM-5 og efterfølgende diagnosekodning efter ICD-10 (5) [5], mens den tyske "Leitlinie "Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter" (2017) anfører såvel ICD-10 som DSM-5 kan anvendes til at stille diagnosen ADHD, men at der skal kodes i henhold til ICD-10 (6) [5]. I "NICE Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management" (2018) anbefales brug af enten DSM-5 eller ICD-11 kriterier til diagnosticeringen (7) [5]. World Federation of ADHD forholder sig i deres guide alene til DSM-5 i forbindelse med anbefalinger til den diagnostiske proces (8) [5]. I "National Klinisk Retningslinje: Udredning og behandling af ADHD hos voksne" (2017) (9) [5] anbefales DIVA 2.0 som semistruktureret diagnostisk interview, men anføres samtidigt at det er "udviklet på basis af DSM-klassifikationen og er således ikke nødvendigvis dækkende for kriterierne i ICD-10".

Det i Danmark anvendte semistrukturerede diagnostiske DIVA-5 interview er tilpasset DSM-5 kriterierne for ADHD hos voksne.

Patientværdier og – præferencer

Ensartet anvendelse af et tidssvarende diagnosesystem er i patienternes interesse, idet den diagnostiske heterogenitet reduceres, og diagnosticeringen i højere grad afspejler aktuelle best practice.

Rationale for anbefalingen

Beskrevet under litteratur- og evidensgennemgang. Anbefalingens ordlyd understreger, at der er tale om en ekspertvurdering baseret på nationale og internationale retningslinjer.

Selv om der er tale om evidensniveau D for anbefalingen er den formuleret med et 'bør', da det vurderes, at præcis diagnosticering og ensartet praksis på tværs af landet er essentielt til gavn for patienterne og sundhedsvæsenet.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Screening og henvisning i almen praksis

2. Ved klinisk mistanke anbefales det at spørge ind til betydende funktionsnedsættelse og/eller konsekvenser af de beskrevne ADHD-relaterede symptomer, såvel aktuelt som tidligere, i flere situationer; f.eks. arbejde/uddannelse, familie/parforhold, fritid/hobby, sociale kontakter, selvværd/selvtillid (D)
3. Ved klinisk mistanke om ADHD anbefales det at spørge ind til om symptomer har været vedvarende til stede fra før 12-års alderen (D)
4. Ved mistanke om ADHD anbefales det at anvende specifikke symptomspørgeskemaer til ADHD hos unge og voksne, som f.eks. ADHD-RS eller ASRS v1.1. Symptomspørgeskemaer er dog ikke i sig selv diagnostiske (D)
5. Det anbefales at foretage en vurdering af tilstedeværelse af anden psykisk lidelse, herunder især angstlidelser, affektive lidelser og misbrug (D)
6. Det anbefales at vurdere tilstedeværelse af somatisk lidelse og mangeltilstande, der kan give kognitive vanskeligheder eller træthed, herunder søvnforstyrrelser (D)
7. For at sikre bedst mulig visitation anbefales en vurdering af sværhedsgrad af ADHD-symptomer samt grad af funktionspåvirkning og en vurdering af samlet sværhedsgrad herunder af eventuel komorbiditet (D)

Ad anbefaling 2

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på konsensus i henhold til de diagnostiske kriterier for ADHD i DSM-5, hvor symptomerne skal være ledsaget af funktionsnedsættelse.

I henvisningsøjemed er funktionspåvirkning relevant med henblik på at sikre relevant visitation til enten praktiserende speciallæge i psykiatri eller til den regionale psykiatri. Samme anbefaling ses i flere guidelines (5, 7, 10, 11) [5].

Patientværdier og -præferencer

En systematisk og standardiseret vurdering af ADHD-symptomer og associeret funktionspåvirkning vurderes at være i patientens interesse, da det giver en mere kvalificeret henvisning og bedre mulighed for optimal

visitation.

Rationale for anbefalingen

Belysning af funktionsniveau er centralt mhp. at kvalificere henvisningen jvf. de diagnostiske kriterier for ADHD. Anbefalingens ordlyd understreger, at der er tale om en ekspertvurdering baseret på nationale og internationale retningslinjer.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Ad anbefaling 3

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på konsensus baseret på de diagnostiske kriterier for ADHD i DSM-5, hvor symptomerne og deres funktionspåvirkning skal have været til stede fra før 12-års alderen. Dette er centralt, da screeningen med f.eks. ASRS kun beskriver aktuelle symptombilleder.

Der foreligger bl.a. data fra DSM-5 field trials, der viser at inddragelse af symptomer fra før 12-årsalderen i den diagnostiske proces har stor betydning for at undgå falsk positive udredninger (12) [5]. Dog skal man være opmærksom på at forskellige forhold, såsom kompensatorisk adfærd eller støtte kan have reduceret funktionspåvirkningen (13) [5] og manglende genkendelse af symptomer fra barndommen (10) [5].

Patientværdier og – præferencer

En systematisk og standardiseret vurdering af ADHD-symptomer og associeret funktionspåvirkning vurderes at være i patientens interesse, da det giver en mere kvalificeret henvisning og bedre mulighed for optimal visitation.

Rationale

Det er centralt, at de uspecifikke ADHD-symptomer har været vedvarende til stede siden barndommen jvf. de diagnostiske kriterier, hvorfor en belysning heraf tidligt i forløbet vil kvalificere henvisningen. Anbefalingens ordlyd understreger, at der er tale om en ekspertvurdering baseret på nationale og internationale retningslinjer.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Ad anbefaling 4

Litteratur og evidensgennemgang

Ved mistanke om ADHD anbefales anvendelsen af ADHD-specifikke symptomspørgeskemaer i en række retningslinjer. I den Nationale Kliniske Retningslinje (NKR) anbefales ASRS 1.1 som visitationsredskab, idet det

er en struktureret måde at indsamle selvrapporterede data på (9) [5]. Der findes flere versioner af ASRS, herunder ASRS 1.1, der indeholder i alt 18 items dækkende hhv. symptomer på uopmærksomhed og impulsivitet/hyperaktivitet. En kortere version (del A) indeholdende 6 items er fundet egnet til screening, men der er også udviklet en screener med 5 items baseret på DSM-5 (ASRS-5), der er undersøgt i en dansk population. ASRS er ligeledes anbefalet i DPS' retningslinje(13) [5]. I flere internationale retningslinjer anerkender brugen af symptomspecifikke spørgeskemaer i henvisnings-, udrednings- eller monitoreringsøjemed, men ingen af de gennemgående retningslinjer anbefaler generel screening for ADHD-symptomer (5-7, 9-11, 13) [5].

Patientværdier og – præferencer

En systematisk og standardiseret vurdering af ADHD-symptomer vurderes at være i patientens interesse og det beskedne tidsforbrug forbundet med selvudfyldelse af spørgeskemaer vurderes ikke at være til gene for patienten.

Rationale

En systematisk afdækning af ADHD-symptomer er nødvendige for at sikre en faglig systematisk symptombeskrivelse. Udfyldelse kan desuden tjene som et udgangspunkt for den efterfølgende afdækning af funktionsniveau, og hvorvidt symptomerne har været vedvarende siden barndommen. Anbefalingens ordlyd understreger, at der er tale om en ekspertvurdering baseret på nationale og internationale retningslinjer.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Ad anbefaling 5

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på konsensus. Komorbiditet med psykiske lidelser er mere reglen end undtagelsen hos voksne med ADHD (5, 10, 13)[5].

Patientværdier og – præferencer

En vurdering af tilstedeværelsen af komorbiditet vurderes at være i patientens interesse, da det giver en mere kvalificeret henvisning og bedre mulighed for optimal visitation.

Rationale

Formålet med anbefalingen er todelt. For det første for at sikre at patienten ikke lider af en anden behandlingskrævende psykisk lidelse, der må forventes behandlet før evt. henvisning til udredning af ADHD (f.eks. depression) samt at sikre relevant visitation til enten praktiserende speciallæge i psykiatri eller til den regionale psykiatri. Anbefalingens ordlyd understreger, at der er tale om en ekspertvurdering baseret på nationale og internationale retningslinjer.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Ad anbefaling 6

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på ekspertvurdering og argumentationen/evidensen er den samme som for anbefaling 5 ovenfor [5].

Patientværdier og – præferencer

En vurdering af tilstedeværelsen af komorbiditet vurderes at være i patientens interesse, da det giver en mere kvalificeret henvisning og bedre mulighed for optimal visitation.

Rationale

For det første for umiddelbart at udelukke oplagte årsager til patientens symptomer, f.eks. jernmangelanæmi, vitaminmangeltilstande, stofskiftelidelser, søvnforstyrrelser inkl. søvnapnø. For det andet for at beskrive eventuelt komorbide somatiske lidelser som f.eks. hjertesygdom, epilepsi, så der kan sikres en relevant visitation til enten praktiserende speciallæge i psykiatri eller til den regionale psykiatri. Anbefalingens ordlyd understreger, at der er tale om en ekspertvurdering.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Ad anbefaling 7

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på ekspertvurdering [5].

Patientværdier og – præferencer

En vurdering af symptomsværhedsgrad vurderes at være i patientens interesse, da det giver en mere kvalificeret henvisning og bedre mulighed for optimal visitation. Et redskab som Clinical Global Impression kan eventuelt anvendes her.

Rationale

Rationalet for anbefalingen er, at den sikrer bedre mulighed for relevant visitation til enten praktiserende speciallæge i psykiatri eller til den regionale psykiatri.

Anbefalingens ordlyd understreger, at der er tale om en ekspertvurdering.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Udredning af ADHD hos voksne i speciallægepraksis

8. Udredningen af ADHD hos voksne bør ikke foretages isoleret, men kun ved samtidig vurdering af øvrig psykopatologi, somatik, udviklingsanamnese og psykosociale belastninger (D)
9. Der bør optages en bred udviklingsanamnese. Pårørende, eller andre der kan give relevante oplysninger om patientens livsforløb (f.eks. skole/uddannelsessteder), bør inddrages i det omfang det er muligt og acceptabelt (D)
10. Der bør foretages en systematisk psykopatologisk vurdering dækkende diagnosekapitlerne F0-F9 i ICD-10 ved erfaren og kvalificeret læge eller psykolog (D)
11. Der bør optages en somatisk anamnese, herunder især med fokus på tilstande, der kan give kognitive vanskeligheder eller medføre risiko ved eventuel behandling (D)
12. På konkret mistanke om komorbid somatisk lidelse bør der foretages en somatisk og/eller neurologisk undersøgelse (D)
13. Det er god praksis at vurdere patientens generelle begavelsesniveau (D).
14. Udredningen af ADHD-symptomer bør foretages ved semistruktureret diagnostisk interview rettet specifikt mod ADHD-symptomatologi, f.eks. ved anvendelse af DIVA-5 eller tilsvarende. Pårørende, der har kendt patienten siden barndommen, bør hvis muligt inddrages i udredningen. Det samme gælder personer, der kan give supplerende oplysninger om patientens aktuelle symptomer (D)
15. Neuropsykologisk undersøgelse, herunder computeriserede kognitive opmærksomhedstests, kan i nogle tilfælde have en værdi som supplerende undersøgelser, men er ikke i sig selv diagnostiske (D)
16. Patientens funktionsniveau bør dokumenteres på centrale områder, f.eks. familie/relationer, arbejde/uddannelse, færdigheder, selvforståelse, socialt og risikoadfærd (D)
17. Speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller speciallæge i psykiatri skal afgøre hvorvidt der er indikation for farmakologisk behandling (D)
18. Der bør i journalen foretages en fyldestgørende beskrivelse af undersøgelsen og den diagnostiske proces, herunder overvejelser omkring funktionsniveau og hvorfor

eventuelle komorbide lidelser ikke bedre kan forklare symptomerne (D)**19. Betydelige afvigelser fra den diagnostiske proces, de diagnostiske kriterier eller generelle anbefalinger bør dokumenteres i journalen (D)****Ad anbefaling 8****Litteratur og evidensgennemgang**

Anbefalingen er baseret på konsensus. ADHD-symptomer er relativt uspecifikke og kan også ses ved en række såvel psykiatriske som somatiske tilstande. I DSM-5 anføres, at symptomerne ikke bedre må kunne forklares af andre psykiatriske eller somatiske tilstande (4) [5]. Dette kræver, at man i udredningen har vurderet og på indikation undersøgt patienten for disse. I den norske retningslinje anbefales, at "Pasienter som blir utredet for ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse bør få en vurdering af differensialdiagnoser og eventuelle samtidige tilstander" (5)[5]. Denne anbefaling støttes implicit af flere nationale og internationale retningslinjer (7, 9-11, 13) [5]. Der henvises til anbefaling 10–14 nedenfor.

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingen forventes at styrke diagnosticeringsprocessen og øge den diagnostiske sikkerhed, hvilket er i patienternes interesse.

Rationale

At stille diagnosen ADHD hos voksne er vanskelig grundet de ofte uspecifikke symptomer ved ADHD og den høje forekomst af komorbiditet samt vanskeligheder med at genkalde valide barndomsoplysninger. I de diagnostiske kriterier for ADHD fremgår, at tilstanden ikke bedre må kun forklares af anden psykisk eller somatisk tilstand, hvorfor det er af central betydning, at disse afdækkes inden selve udredningen for ADHD. Selvom der er tale om evidensstyrke D for anbefalingen, er den formuleret med et 'bør', da det vurderes, at præcis diagnosticering og ensartet praksis på tværs af landet er essentielt til gavn for patienterne og sundhedsvæsenet.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Ad anbefaling 9**Litteratur og evidensgennemgang**

En udviklingsanamnese indeholder oplysninger indhentet af forældre/relevante pårørende og/eller andre instanser (skole, journal m.v.) om dispositioner, ekspositioner, graviditet og fødsel, milepæle ift. motorik, sprog og reguleringsfunktioner ift. leg, følelser, funktion i familie, børnehave/skole, fritidsaktiviteter, socialt, indlæringsvanskeligheder, m.v.

Dette anbefales i flere nationale og internationale retningslinjer (5, 7, 9-11, 13) [5].

I WFADHD anføres at "...extensive knowledge on normal human development is crucial for diagnosing ADHD. For example, lack of knowledge on the acceptable levels (i.e. normal range) of hyperactivity and impulsivity of a preschooler might bias the assessment towards a false positive diagnosis."(s.44) (8) [5].

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingen forventes at styrke diagnosticeringsprocessen og øge den diagnostiske sikkerhed, hvilket er i patienternes interesse.

Rationale

ADHD er en neuroudviklingsforstyrrelse, hvorfor det er af diagnostisk betydning at afdække udviklingsmæssige vilkår, tilstedeværelse af andre vanskeligheder, der kan være associeret med ADHD (indlæringsvanskeligheder, dysleksi m.v.). Disse forhold, der ofte har betydning i den diagnostiske proces, afdækkes ikke i de tilgængelige semistrukturerede diagnostiske interviews, der ofte vil være mere fokuserede på tilstedeværelsen af konkrete symptomer, end på udviklingsmæssige vilkår. anbefalingens ordlyd understreger, at der er tale om en ekspertvurdering baseret på nationale og internationale retningslinjer. Selv om der er tale om evidensniveau D for anbefalingen er den formuleret med et 'bør', da det vurderes, at præcis diagnosticering og ensartet praksis på tværs af landet er essentielt til gavn for patienterne og sundhedsvæsenet.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Ad anbefaling 10

Litteratur og evidensgennemgang

Vurdering af psykiatrisk komorbiditet anbefales af flere nationale og internationale retningslinjer (5-7, 9, 11, 13, 14)[5].

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingen forventes at styrke diagnosticeringsprocessen og øge den diagnostiske sikkerhed, hvilket er i patienternes interesse.

Rationale

Da de diagnostiske kriterier for ADHD tilsiger, at tilstanden ikke bedre må kunne forklares af anden psykisk lidelse, er det nødvendigt, at disse afdækkes sufficent og systematisk, inden man påbegynder den specifikke ADHD-udredning. En grundig udredning for anden psykisk komorbiditet er også vigtig i forhold til efterfølgende planlægning af behandlingen, f.eks. om ADHD eller komorbiditeten skal behandles først, eller om der kan være kontraindikationer mod anvendelse af medicinsk ADHD-behandling. anbefalingens ordlyd understreger, at der er tale om en ekspertvurdering baseret på nationale og internationale retningslinjer. Selv om der er tale om evidensniveau D for anbefalingen er den formuleret med et 'bør', da det vurderes, at præcis diagnosticering og ensartet praksis på tværs af landet er essentielt til gavn for patienterne og sundhedsvæsenet.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Ad anbefaling 11

Litteratur og evidensgennemgang

Vurdering af somatisk komorbiditet anbefales i en række nationale og internationale retningslinjer (5, 9-11, 13) [5].

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingen forventes at styrke diagnosticeringsprocessen og øge den diagnostiske sikkerhed, hvilket er i patienternes interesse.

Rationale

Der findes en række somatiske lidelser, der kan give ophav til samme symptomer som ved ADHD. Dette gælder f.eks. epilepsi, multipel sklerose og andre autoimmune lidelser, anæmi, stofskifteforstyrrelser, diabetes mellitus, menopause, hjertesvigt, sequelae efter stroke m.v. Kognitive vanskeligheder kan også skyldes en række farmaka, bl.a. benzodiazepiner, morfika, sederende antipsykotika, antiepileptika m.v.

Man må forvente, at henvisende læge har lavet en overordnet vurdering af tilstedeværelsen af somatisk sygdom, men det påhviler udreder særskilt at tage stilling hertil, inden ADHD-diagnosen stilles.

Et andet aspekt er, at psykofarmakologisk behandling kan medføre risiko for somatiske lidelser, hvorfor der altid skal spørges ind til bl.a. kardiovaskulær anamnese og forekomst af pludselig hjertedød i familien.

Anbefalingens ordlyd understreger, at der er tale om en ekspertvurdering baseret på nationale og internationale retningslinjer. Selv om der er tale om evidensniveau D for anbefalingen er den formuleret med et 'bør', da det vurderes, at præcis diagnosticering og ensartet praksis på tværs af landet er essentielt til gavn for patienterne og sundhedsvæsenet.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Ad anbefaling 12

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på konsensus og knytter sig til anbefaling om optagelse af somatisk anamnese. Flere nationale og internationale retningslinjer anbefaler somatisk undersøgelse (5, 7, 9, 10, 13) [5].

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingen forventes at styrke diagnosticeringsprocessen og øge den diagnostiske sikkerhed, hvilket er i patienternes interesse.

Rationale

Hvis der opstår mistanke om, at patienten lider af anden somatisk lidelse, bør der foretages en relevant undersøgelse heraf i henhold til gældende faglig standard. Hvordan denne udredning skal organiseres, er en individuel vurdering og kan aftales mellem speciallægen og andre relevante samarbejdspartnere (egen læge, somatisk hospitalsregi). Det kan være nødvendigt at afbryde eller pausere ADHD-udredningen, indtil patienten er tilstrækkeligt udredt somatisk, idet de diagnostiske kriterier for ADHD tilsiger, at tilstanden ikke bedre må kunne forklares af en somatisk lidelse.

Derudover kan visse somatiske tilstande udgøre et risikoelement i forbindelse med farmakologisk ADHD-behandling.

Som en del af den somatiske vurdering bør man forholde sig til hvilke parakliniske undersøgelser der eventuelt er indiceret.

Anbefalingens ordlyd understreger, at der er tale om en ekspertvurdering baseret på nationale og internationale retningslinjer. Selv om der er tale om evidensniveau D for anbefalingen er den formuleret med et 'bør', da det vurderes, at præcis diagnosticering og ensartet praksis på tværs af landet er essentielt til gavn for patienterne og sundhedsvæsenet.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Ad anbefaling 13

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på konsensus, og det beskrives i den australske retningslinje, at ADHD-symptomer skal vurderes i lyset af patientens generelle udviklingsniveau (11) [5].

I DPS' retningslinje anføres "Hvor der er tvivl om tilstedeværelse af normal intelligens [...] bør der være lav tærskel for at udføre neuropsykologisk testning (KB)." (13) [5] og i den norske retningslinje "Gennemfør som hovedregel evnetest.." og "Begrunn i journal dersom evnetest ikke tas", da både høj og lav intelligens kan kamufflere eller efterligne ADHD-symptomer (5) [5].

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingen forventes at styrke diagnosticeringsprocessen og øge den diagnostiske sikkerhed, hvilket er i patienternes interesse.

Rationale

Voksne med IQ<85 kan have vanskeligt ved at honorere almene kognitive krav med risiko for at udvikle uspecifikke belastningssymptomer, der på overfladen kan ligne ADHD, men skal tilskrives til det generelle

kognitive udviklingsniveau. Samtidigt er det muligt at have såvel lav begavelse og ADHD, hvilket bør indgå i klinikerens overvejelser. Ved mistanke om egentlig mental retardering (dvs IQ < 70) kan patienten henvises til en tværfaglig vurdering i sekundærsektoren, der typisk vil omfatte neuropsykologisk testning og klinisk psykiatrisk vurdering. For bedst muligt at kunne attribuere symptomer ved udredningen, er det vigtigt, at udreder vurderer, om patienten kunne have et reduceret begavnelsesniveau, idet dette har betydning for såvel diagnostik, valg af interventioner/behandling og prognosen heraf. Anbefalingens ordlyd understreger, at der er tale om en ekspertvurdering baseret på nationale og internationale retningslinjer.

Bemærkninger og overvejelser

I psykiatrisk speciallægepraksis er der sædvanligvis ikke mulighed for at gennemføre neuropsykologisk undersøgelse, hvorfor man ved mistanke om lav IQ bør kunne henvise patienten til en sådan undersøgelse som et led i den samlede udredning. Organisation af dette vil variere afhængigt af regionale forskelle.

Ad anbefaling 14

Litteratur og evidensgennemgang

Anvendelsen af et specifikt semistruktureret diagnostisk interview rettet mod ADHD-symptomatologi anbefales i flere nationale og internationale retningslinjer (5, 9, 10, 13) [5].

Flere nationale og internationale retningslinjer anbefaler inddragelse af pårørende i udredning for at sikre valide informationer (5, 9-11, 13) [5]. Dette gælder såvel i selve det semistrukturerede diagnostiske interview rettet mod ADHD, men også i optagelsen af udviklingsanamnesen og beskrivelsen af funktionsniveau. Oplysninger fra andre kilder, som f.eks. uddannelsessteder eller arbejdsplads, kan eventuelt også inddrages, jf. anbefaling 9.

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingen forventes at styrke diagnosticeringsprocessen og øge den diagnostiske sikkerhed, hvilket er i patienternes interesse. I nogle tilfælde vil patienten være afvisende overfor at inddrage pårørende, men erfaringsmæssigt vil kun ganske få fastholde dette, såfremt rationale for inddragelsen af pårørende er gennemgået med patienten.

Rationale

I Danmark er det primært DIVA-2 eller DIVA-5, der anvendes. De er oversat til dansk, men ikke valideret i en dansk population. Det forventes, at udreder er bekendt med den korrekte anvendelse af de diagnostiske interview. Det bemærkes, at f.eks. DIVA-5 er et kliniker-administreret semistruktureret diagnostisk interview, hvorfor delvis selvudfyldelse af patient eller pårørende ikke kan anses som en valid anvendelse af instrumentet.

For at sikre det bedst mulige grundlag for at vurdere om symptomkriterierne i barndommen er opfyldte, er det vigtigt at inddrage andre informationskilder.

Selvom der er tale om evidensstyrke D for anbefalingen, er den formuleret med et 'bør', da det vurderes, at præcis diagnosticering og ensartet praksis på tværs af landet er essentielt til gavn for patienterne og sundhedsvæsenet.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Ad anbefaling 15

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på konsensus. Flere nationale og internationale retningslinjer anfører, at kognitive undersøgelser, herunder computeriserede kognitive tests (som f.eks. TOVA, QbTest eller CPT), har begrænset diagnostisk værdi (5, 9-11, 13) [5], men kan i særlige begrundede tilfælde finde anvendelse differentialdiagnostisk, f.eks. som led i anbefalingen om vurdering af begavelsesniveau.

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingen forventes at styrke diagnosticeringsprocessen og øge den diagnostiske sikkerhed, hvilket er i patienternes interesse.

Rationale

ADHD kan ikke diagnosticeres ved kognitive undersøgelser eller tests, men de kan have differentialdiagnostisk betydning, f.eks. gennem vurdering af begavelse eller beskrivelse af en kognitiv profil, der efterfølgende kan anvendes i planlægningen af behandlingen.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Ad anbefaling 16

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på konsensus. Vurderingen af funktionsniveau ligger implicit i diagnosticeringen, men nationale og internationale retningslinjer anbefaler systematisk kortlægning af patientens funktionsniveau (5-11, 13, 14) [5].

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingen forventes at styrke diagnosticeringsprocessen og øge den diagnostiske sikkerhed, hvilket er i patienternes interesse.

Rationale

En omfattende beskrivelse af patientens funktionsniveau har grundlæggende betydning jf. de diagnostiske kriterier for ADHD. I tillæg vil det ofte være relevant at inddrage funktionsniveau i vurderingen af sværhedsgraden af ADHD, herunder om der foreligger behandlingsindikation.

En uddybende beskrivelse af funktionsniveau er af betydning ved f.eks. udfærdigelse af lægeattester eller erklæringer.

Selv om der er tale om evidensstyrke D for anbefalingen er den formuleret med et 'bør', da det vurderes, at præcis diagnosticering og ensartet praksis på tværs af landet er essentielt til gavn for patienterne og sundhedsvæsenet.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Ad anbefaling 17

Litteratur og evidensgennemgang

Dette er baseret på konsensus [5]. I Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af afhængighedsskabende medicin er anført; "Indledning af behandling med disse lægemidler er en specialistopgave. I udgangspunktet varetages behandling for hyperkinetisk forstyrrelse af speciallæger i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri [...]. Fortsat behandling kan, efter en konkret vurdering, varetages i andet regi, for eksempel hos pædiater eller praktiserende læge." [5].

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingen vurderes at sikre kvalificeret vurdering af behandlingsbehov samt opstart af farmakologisk behandling, hvilket er til patientens fordel.

Rationale

Anbefalingen skyldes formelle krav i forbindelse med den farmakologiske behandling af ADHD. Anbefalingens ordlyd understreger, at der er tale om en ekspertvurdering. Selv om der er tale om evidensniveau D for anbefalingen er den formuleret med et 'bør', da det vurderes, at præcis diagnosticering og ensartet praksis på tværs af landet er essentielt til gavn for patienterne og sundhedsvæsenet

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Ad anbefaling 18

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på konsensus. Det er vigtigt, at der i journalen gives en klar og omfattende beskrivelse af udredningen, således at der ikke er tvivl om hvilken udredning, der er udført og omfanget af den [5].

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingen forventes at styrke diagnosticeringsprocessen, øge den diagnostiske sikkerhed samt reducere nødvendigheden af eventuel genudredning. Det er i patientens interesse, at der ikke unødvendigt sættes spørgsmålstegn ved tidligere stillet ADHD-diagnose grundet sparsom dokumentation af processen.

Rationale

Udredningen af ADHD hos voksne er ressourcekrævende og genudredning grundet tidligere utilstrækkeligt udført og/eller dokumenteret udredning er særdeles omkostningstungt. For at sikre en tilstrækkelig tillid til den stillede diagnose, herunder i tilfælde af manglende respons på behandling, er det vigtigt, at der ikke sættes spørgsmålstegn ved udredningens validitet. Dette sikres ved omfattende og præcis dokumentation for den diagnostiske proces og efterlevelse af de gældende diagnostiske kriterier for såvel ADHD som eventuelt komorbiditet. Anbefalingens ordlyd understreger, at der er tale om en ekspertvurdering. Selv om der er tale om evidensniveau D for anbefalingen er den formuleret med et 'bør', da det vurderes, at præcis diagnosticering og ensartet praksis på tværs af landet er essentielt til gavn for patienterne og sundhedsvæsenet.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

Ad anbefaling 19

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på konsensus [5].

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingen forventes at styrke diagnosticeringsprocessen og øge den diagnostiske sikkerhed, hvilket er i patienternes interesse. Det er i patientens interesse, der ikke unødvendigt sættes spørgsmålstegn ved tidligere stillet ADHD-diagnose grundet sparsom dokumentation af processen.

Rationale

Anbefalingen knytter sig til tidligere anbefaling om fyldestgørende afrapportering samt til de generelle anbefalinger i denne retningslinje. Målet er, at det bliver gennemskueligt hvilken udredning, der har fundet sted, samt at eventuelle afvigelser (der kan være velbegrundede) beskrives klart i journalen. Anbefalingens ordlyd understreger, at der er tale om en ekspertvurdering baseret på nationale og internationale retningslinjer og understreger de i forvejen gældende krav i journalføringsbekendtgørelsen (BEK nr. 1225 af 8. juni 2021) om, at alle nødvendige oplysninger skal fremgå af journalen, herunder også fravigelser fra den diagnostiske proces.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen.

4. Referencer

1. World Health O. International Classification of Diseases (ICD). 2010.
2. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2019;18(1):3-19.
3. Stein DJ, Szatmari P, Gaebel W, Berk M, Vieta E, Maj M, et al. Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC Medicine*. 2020;18(1):21.
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR™. Fifth edition, text revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022. 1050 p.
5. Helsedirektoratet.no. ADHD. Helsedirektoratet. 2022.
6. Fachgesellschaften A. Langfassung der interdisziplinären evidenz-und konsensbasierten (S3) Leitlinie "Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend-und Erwachsenenalter (tech. rep. No. AWMFRegisternummer 028-045). 2017 2017.
7. NICE. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management | Guidance. 2018.
8. Rohde LA. The World Federation of ADHD. 2019.
9. Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje. Udredning og behandling af ADHD hos voksne. København; 2017 2017.
10. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource A. Canadian ADHD Practice Guidelines. Toronto; 2011 2011.
11. aadpa. 2022 2022. Available from: <https://adhdguideline.aadpa.com.au/>.
12. Matte B, Anselmi L, Salum GA, Kieling C, Gonçalves H, Menezes A, et al. ADHD in DSM-5: a field trial in a large, representative sample of 18- to 19-year-old adults. *Psychological Medicine*. 2015;45(2):361-73.
13. Dansk Psykiatrisk Selskab, Arngrim T, Brødsgaard M, Christiansen PB, Dalsgaard S, Geoffroy MB, et al. Retningslinjer for diagnostik og behandling af ADHD hos voksne. 2013.
14. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism - Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer. 2022.

5. Metode

Litteratursøgning

Denne kliniske retningslinje er baseret på nationale og internationale retningslinjer, men tilpasset danske forhold. Det er tilstræbt at retningslinjen er i tæt overensstemmelse med den kliniske retningslinje for 'Udredning for ADHD hos voksne i hospitalsregi', der udkom i 2023. Der foreligger bl.a. flere nationale retningslinjer, både Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinje "NKR: Udredning og behandling af ADHD hos voksne" (2015, men delvist opdateret i 2017), Dansk Psykiatrisk Selskabs "Retningslinjer for diagnostik og behandling af ADHD hos voksne" (2013) samt Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) " Behandlingsvejledning for medicinsk behandling af ADHD" (2016).

Den kliniske retningslinje er vidtgående baseret på, og enslydende med, 'Udredning for ADHD hos voksne i hospitalsregi'; der henvises til denne retningslinje med hensyn til beskrivelse af litteratursøgning, søgeprotokol mv, idet der ikke er foretaget en ny litteratursøgning til aktuelle retningslinje.

Litteraturgennemgang

Arbejdet er baseret på tilgængelige nationale og internationale retningslinjer, der fremgår af referencelisten.

Formulering af anbefalinger

Forfattergruppen afholdt videomøder, hvor der på grundlag af de tilgængelige retningslinjer, herunder især retningslinjen for Udredning af ADHD hos voksne i hospitalsregi, blev drøftet og formuleret anbefalinger til screening, henvisning og udredning af ADHD hos voksne.

Forfattergruppens udgangspunkt har været forfatternes kliniske erfaring, kendskab til de nationale og internationale retningslinjer samt baggrundsviden om evidens på området. Anbefalingerne er fagligt baserede på et ønske om øget kvalitet i udredningen, men med en forståelse af hvad der i den givne økonomiske og personalemæssige ramme er muligt i speciallægepraksis.

Ordlyden i anbefalingerne er udførligt drøftet, herunder de såvel positive som negative konsekvenser anbefalinger kan have. Det har i processen været drøftet om retningslinjen skulle omfatte anbefalinger til udredning hos unge mellem 15-18 år, men det blev besluttet indtil videre at afstå fra dette, idet en DMPG-retningslinje for ADHD-udredning af patienter under 18 år i såvel speciallægepraksis som i hospitalsregi, forventes publiceret i foråret 2025.

Anbefalingerne og deres ordlyd er godkendt af forfattergruppen og derefter rundsendt til DMPG-ADHD-gruppen, hvor der var mulighed for at kommentere. Relevante kommentarer blev indarbejdet i retningslinjen, der blev endeligt præsenteret for DMPG-ADHD-gruppen på fysisk møde d. 6. november 2024 inden retningslinjen blev sendt i høring (se nedenfor).

Interessentinvolvering

Der har formelt set ikke været patienter eller pårørende involveret i udarbejdelsen af nærværende retningslinje. Retningslinjen har i høringsfasen været sendt til relevante patientforeninger.

Høring

Efter udarbejdelse har retningslinjen været rundsendt til intern høring i DMPG-ADHD-gruppen, hvor også medlemmer, som ikke har deltaget aktivt i aktuelle retningslinjearbejde har haft mulighed for at kommentere. Den interne høring i DMPG-ADHD-gruppen blev samlet ved fælles møde i gruppen, hvorefter retningslinjen blev sendt til ekstern høring blandt en række høringsparter.

De indkomne høringssvar er efterfølgende inddraget i den endelige udfærdigelse af retningslinjen, og det faglige indhold sendt til endelig faglig godkendelse i DMPG-ADHD-gruppen.

Godkendelse

Faglig godkendelse:

DMPG'en godkender det faglige i retningslinjen og beslutter processen i den eksterne høring.

Lægedirektør Forum godkender herefter retningslinjerne, for at vurdere implementeringsmuligheder - og udfordringer. Ikke som en kontrolmekanisme, men som en måde at sikre økonomisk og organisatorisk opbakning til retningslinjerne, og dermed understøtte succesfuld implementering i praksis. Retningslinjen blev fagligt godkendt d. 28-01-2025.

Administrativ godkendelse:

Retningslinjesekretariatet har administrativt godkendt denne retningslinje d. 7. februar 2025.

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Ingen af de anførte anbefalinger vurderes at udløse en betydelig merudgift. Anbefalingerne om blandt andet mere omfattende dokumentation for den diagnostiske proces forventes på sigt at være omkostningseffektiv, da det vil reducere behovet for genudredninger for at validere diagnosen.

Behov for yderligere forskning

Der er et voksende behov for yderligere forskning i ADHD hos voksne, da der mangler klar viden om en række centrale forhold. Dette skyldes, at der er tale om et relativt ungt område i voksenpsykiatrien.

Forfattere og habilitet

Efter anbefaling fra Retningslinjesekretariatet blev der nedsat en mindre forfattergruppe. Denne var tilstræbt at repræsentere de primære aktører på området (specialiseret offentlig psykiatri, praktiserende speciallæger i

psykiatri, privat praktiserende speciallæger i psykiatri, praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, samt læger under uddannelse indenfor specialet psykiatri). Det har været et centralt ønske, at forfattergruppen udgøres af klinikere.

Medlemmer af forfattergruppen:

- Anders Frøkjær Thomsen, PhD, praktiserende speciallæge i psykiatri, Middelfart (Formand for arbejdsgruppen)
- Andreas Hoff, PhD, praktiserende speciallæge i psykiatri, København.
- Andreas Glahn Wernlund, speciallæge i psykiatri, Aarhus
- Ali Haidar Hamoudi, Hoveduddannelseslæge, Psykiatrisk Center Ballerup / Region Hovedstadens Psykiatri
- Kirsten Møller Markvardsen, praktiserende speciallæge i Børne- og Ungdomspsykiatri, København
- Pelle Lau Ishøy, Overlæge, klinisk lektor, PhD, Region Hovedstaden
- Simon Hjerrild, Overlæge, klinisk lektor, PhD. Team for ADHD, Afdeling for psykoser, Aarhus Universitetshospital, Psykiatrien

Jf. Habilitetspolitikken henvises til deklARATION via Lægemiddelstyrelsens hjemmeside for detaljerede samarbejdsrelationer: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/sundhedspersoners-tilknytning-til-virksomheder/lister-over-tilknytning-til-virksomheder/apotekere,-laeger,-sygeplejersker-og-tandlaeger>

Samlet vurdering af habilitet for forfattergruppen: Ingen interessekonflikter.

Plan for opdatering

Retningslinjen bør opdateres ca. 2 år efter udgivelse, idet den søges bragt i bedst mulig overensstemmelse med andre vejledninger på området, herunder især DMPG's retningslinje for ADHD-udredning af patienter under 18 år, og retningslinje for udredning af ADHD hos voksne i hospitalsregi.

Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 1.0 af skabelonen.

6. Monitorering

Udvikling af kvaliteten på dette område understøttes af viden fra ADHD databasen i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, idet indikatorerne i databasen skal belyse relevante kliniske retningslinjer.

Den kliniske kvalitetsdatabases styregruppe har mandatet til at beslutte databasens indikatorsæt, herunder hvilke specifikke processer og resultater der monitoreres i databasen.

Kvalitetsindikatorer omhandlende udredning har været drøftet i forbindelse med den forestående udvidelse af ADHD-databasen til også at indeholde kvalitetsindikatorer på voksenområdet, men man fandt det ikke muligt at formulere indikatorer, der på relevant, operationaliserbar og datateknisk vis kunne indfange de centrale aspekter af kvaliteten i udredningen, hvorfor der i højere grad blev prioriteret at formulere indikatorer for behandling. Dette betyder ikke, at kvaliteten i udredningen er af mindre central betydning, men blot at det ikke var teknisk muligt at formulere en solid og anvendelig indikator.

7. Bilag

Denne retningslinje har ingen bilag.