



# Udredning af ADHD hos børn og unge i hospitalsregi og speciallægepraksis

Version 1.0

**GODKENDT**

**Faglig godkendelse**

dd. måned 20XX (DMPG ADHD)

**Administrativ godkendelse**

dd. måned 20XX (Retningslinjesekretariatet)

**REVISION**

Planlagt: 1. oktober 2027

**INDEKSERING**

DMPG, ADHD, udredning

# Indholdsfortegnelse

Om denne kliniske retningslinje .....	2
1. Anbefalinger (Quick guide) .....	3
2. Introduktion.....	5
3. Grundlag.....	7
4. Referencer.....	16
5. Metode .....	17
6. Monitorering.....	20
7. Bilag .....	21

OFFENTLIG HØRING

## 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 RKKP og med anvendelse af den model, der anvendes der. Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP).

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", findes [her](#).

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvisning 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. De diagnostiske kriterier i ICD-10, F90.0-F90.9 anvendes til diagnostik af børn og unge. Det anbefales at man ved tvivl om diagnosekriterierne er opfyldt hos en given patient, gennemgår symptomerne ud fra ICD-11 kriterierne, og vurderer om patienten opfylder disse. Hvis dette er tilfældet, kan diagnosen stilles efter ICD-11 kriterier, men kodes i henhold til ICD-10 (se bilag 2 med ICD-11 kriterier for ADHD) (D)

## Udredning af børn og unge i hospitalsregi og speciallægepraksis

2. Udredningen af ADHD hos børn og unge skal ikke foretages isoleret, men kun ved samtidig vurdering af mentale- og biologiske udviklingsniveau, øvrig psykopatologi, somatiske forhold samt familiære og psykosociale forhold (D)
3. Ved udredning for ADHD skal der altid foretages en anamneseoptagelse (D)
4. Der bør foretages et systematisk bredt psykopatologisk screeningsinterview, der afdækker både ADHD kernesymptomer og eventuel psykiatrisk komorbiditet. Dette kan evt. inkluderes som en del af en systematisk anamneseoptagelse. Ved mindre børn interviewes forældre/omsorgsperson. Ved større børn og unge inddrages disse i interviewet (D)
5. Der bør laves en somatisk anamnese og undersøgelse. Lægen skal på baggrund af dette vurdere om der er indikation for supplerende undersøgelser. Hvis der foreligger resultatet af en somatisk undersøgelse foretaget for nylig, og denne vurderes at være tilstrækkelig, kan somatisk undersøgelse undlades i udredningen (D)
6. Der bør foretages professionel observation i daginstitution ved førskolebørn. I komplekse udredninger af yngre skolebørn kan der foretages professionel observation i skolen (D)
7. Der bør indhentes oplysninger om barnets/den unges dagligdag i institution/skole (D)
8. Der kan i udredningen benyttes rating med spørgeskema af sværhedsgraden af ADHD-symptomer, ved forælder- og pædagog eller lærer. For unge > 16 år kan der også benyttes en egen-rating (D)
9. Ved mistanke om at patientens vanskeligheder delvist kan skyldes kognitive forhold, anbefales kognitiv udredning af intellektuelle evner (D)
10. Som en del af udredningen skal der foretages vurdering af funktionsniveau (D)
11. Der kan foretages supplerende undersøgelser og observationer i udredningen af ADHD med henblik på at sikre at der er tilstrækkeligt grundlag til at kunne diagnosticere (D).

12. Herunder kan en computerbaseret opmærksomhedstest benyttes som supplerende undersøgelse men denne er ikke i sig selv diagnostisk (B)

OFFENTLIG HØRING

## 2. Introduktion

ADHD er en af de hyppigste børne- og ungdomspsykiatriske lidelser i Danmark. Et dansk registerstudie fra 2020 viser at 6 % af alle drenge, og 3 % af alle piger diagnosticeres med ADHD inden de fylder 18 år (1). ADHD hos børn og unge er således en væsentlig opgave i sundhedsvæsenet, både i primær- og sekundærsektoren, samt i det forebyggende- og opfølgende arbejde i kommunerne.

Denne retningslinje omfatter udredning af ADHD hos børn og unge i hospitalsregi og i speciallægepraksis. I modsætning til DMPG-retningslinjen for udredning af voksne med ADHD i hospitalsregi, omfatter den ikke anbefalinger vedr. screening og henvisning i almen praksis. Dette skyldes at henvisningsvejen for børn og unge med ADHD håndteres efter mange forskellige lokale aftaler fra region til region. Et af problemerne i den forbindelse er den manglende kommunikationsvej mellem almen praksis og kommunen. Det kan f.eks. være hensigtsmæssigt, at der foreligger en kognitiv vurdering eller test forud for henvisning til udredning for ADHD. Sådan en test foretages af den kommunale pædagogiske- psykologiske rådgivning (PPR), men hvis den alment praktiserende læge får mistanke om ADHD hos et barn eller ung, er der ikke en naturlig kommunikationsvej til PPR hvor patienten og behovet for udredning og kognitiv testning kan drøftes forud for henvisningen.

En yderligere problematik er, at visse børn/unge med ADHD primært udviser symptomer i hjemmet, idet de i nogen grad er i stand til at kompensere for deres vanskeligheder i skolen. I disse tilfælde kan det være vanskeligt at få barnet vurderet ved PPR, da skolen ikke kan genkende, at barnet har vanskeligheder.

### Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at sikre en høj faglig og ensartet kvalitet i udredningen af ADHD hos børn og unge i hospitalsregi og i speciallægepraksis på tværs af Danmark, og hermed optimere diagnostik, og efterfølgende beslutninger vedr. behandling og støtte til denne store patientgruppe.

### Patientgruppe

Børn og unge under 18 år.

Symptomer på ADHD kan vise sig allerede indenfor de første leveår, men er vanskelige at diagnosticere før 4-5-årsalderen, hvor den diagnostiske stabilitet fortsat vil være lavere end i skolealderen (2).

Det er karakteristisk at drenge ofte diagnosticeres i tidlig skolealder, hvorimod piger ofte diagnosticeres i teenageårene (1). Nok fordi pigernes symptomer kan være mindre tydelige og overses. Et nyt dansk studie af forbruget af ADHD-medicin i Danmark, har dog vist en relativ større øgning i forbruget af ADHD-medicin blandt 12-24-årige unge kvinder, sammenlignet med unge mænd i samme aldersklasse, hvilket formentligt er udtryk for en stigende erkendelse af- og diagnostik af ADHD hos unge kvinder (3).

Komorbiditet er hyppig og ses hos over halvdelen af børn- og unge med ADHD (4), hvorfor det er vigtigt at undersøge for dette som en del af udredningen.

### 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.

Hvis relevant, indsæt evt. yderligere præcisering af målgruppen for netop denne retningslinje (f.eks. psykiater, udvalgte specialer, psykologer, sygeplejersker, terapeuter).

OFFENTLIG HØRING

## 3. Grundlag

### Generelt

- 1. De diagnostiske kriterier i ICD-10, F90.0-F90.9 anvendes til diagnostik af børn og unge. Det anbefales at man ved tvivl om diagnosekriterierne er opfyldt hos en given patient, gennemgår symptomerne ud fra ICD-11 kriterierne, og vurderer om patienten opfylder disse. Hvis dette er tilfældet, kan diagnosen stilles efter ICD-11 kriterier, men kodes i henhold til ICD-10 (se bilag 2 med ICD-11 kriterier for ADHD) (D)**

### Litteratur og evidensgennemgang

I Danmark benyttes fortsat ICD-10 (5) til diagnosticering af psykiske lidelser og udviklingsforstyrrelser hos børn og unge. Her findes diagnoserne hyperkinetisk forstyrrelse (F90.0), hyperkinetisk adfærdsforstyrrelse (F90.1), anden hyperkinetisk forstyrrelse (F90.8) og hyperkinetisk forstyrrelse uspecificeret (F90.9). Desuden findes der i ICD-10 i en separat kategori til diagnosen opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet (F98.8C).

Indførelsen af ICD-11 i Danmark er sat på pause af Sundhedsdatastyrelsen på ubestemt tid, og der foreligger endnu ikke en publiceret dansk oversættelse af ICD-11. Sundhedsdatastyrelsen skriver på deres hjemmeside at "Målet er, at Danmark får implementeret en international, standardiseret, tidssvarende og digital diagnoseklassifikation, der bedst muligt understøtter den kliniske dokumentation af diagnoser." (6). Der foreligger aktuelt (2024) ingen plan for hvornår ICD-11 indføres i Danmark.

NICE guideline 2019, UK (7) [5] anbefaler, at enten DSM-5 eller ICD-11 benyttes til diagnosticering af ADHD.

### Patientværdier og – præferencer

Baseret på klinisk erfaring vil de fleste patienter og deres pårørende synes, at det er vigtigt, at diagnosen er stillet efter det gældende diagnoseklassifikationssystem, så der ikke opstår tvivl om diagnosens gyldighed.

Mange patienter og deres pårørende vil dog også foretrække en tidssvarende klassifikation. For eksempel kan det være en ulempe for større børn/unge patienter at aldersgrænsen for symptom debut er 7 år i ICD-10, hvorimod den er ændret til før 12-årsalderen i ICD-11. Ligeledes er kravet i ICD-10, om at symptomer skal ses BÅDE i skole, hjem og ved den kliniske undersøgelse, i ICD-11 ændret til at symptomerne skal ses på tværs af adskillige domæner, men at symptomernes udtryk kan variere som følge af forskel i struktur og krav i de forskellige kontekster.

Ligeledes vil mange patienter foretrække den mindre stigmatiserende betegnelse "neurodevelopmental disorder" (ICD-11) frem for "Disruptive Behaviour Disorder" (ICD-10).

### Bemærkninger og overvejelser

Aktuelt er indførelsen af ICD-11 sat på pause af Sundhedsdatastyrelsen på ubestemt tid, og ICD-10 systemet er det officielt benyttede diagnoseklassifikationssystem i Danmark. ICD-10 vurderes dog ikke tidssvarende i forhold til ICD-11.



## Udredning af børn og unge i hospitalsregi og speciallægepraksis

- 2. Udredningen af ADHD hos børn og unge skal ikke foretages isoleret, men kun ved samtidig vurdering af mentale- og biologiske udviklingsniveau, øvrig psykopatologi, somatiske forhold samt familiære og psykosociale forhold (D)**

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på baggrund af konsensus i nationale og internationale retningslinjer (7-10) [5].

### Patientværdier og – præferencer

Baseret på klinisk erfaring vil patienter og deres familie finde det vigtigt at barnet/den unges samlede situation vurderes. Det er vigtigt, at der undersøges for eventuel anden samtidig psykiatrisk eller somatisk sygdom, og at det vurderes om der kan være andre forhold end klinisk ADHD der medfører, eller forværrer de symptomer der har ført til henvisningen. Ligeledes er det vigtigt i forhold til planlægning af behandlingen, der ofte vil indebære både medikamentel behandling og psykosociale støtte- og behandlingstiltag. Dette kan f.eks. være forældrevejledning og særlige pædagogiske tiltag i børnehave eller skole.

### Rationale for anbefalingen

Her anvendes ordet "skal" i anbefalingen. Dette er på baggrund af international konsensus og erfaring blandt klinikere og patient/pårørende grupper vedr. ADHD.

Ved udredning af ADHD er det vigtigt at vurdere symptomerne i forhold til barnets/ den unges mentale alder, eventuelle aktuelle psykosociale belastninger eller anden psykisk- eller somatisk lidelse der kan medføre ADHD lignende symptomer.

Et barn eller ung med mental alder under biologiske alder kan fremtræde psykomotorisk urolig og uopmærksom. Belastninger i familien eller det daglige miljø kan påvirke barnet/den unge, og medføre urolig adfærd og vanskeligheder med koncentration og opmærksomhed, ligesom andre psykiatriske lidelser som f.eks. depression og angst kan medføre disse symptomer.

I forhold til behandling af ADHD er det vigtigt at kende barnets/den unges samlede situation. U hensigtsmæssige belastninger i det daglige miljø kan, hvis disse ikke adresseres, have en vedligeholdende eller forværrende effekt på symptomer og dårlig trivsel, trods ellers relevante behandlingstiltag. Ligeledes er det vigtigt at eventuel anden samtidig psykiatrisk eller somatisk lidelse medtages i planlægningen af behandlingen.

- 3. Ved udredning for ADHD skal der altid foretages en anamneseoptagelse (D)**

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på baggrund af konsensus i nationale og internationale retningslinjer (7-11) [5].

### Patientværdier og – præferencer

For patienter og deres pårørende vurderes det på baggrund af klinisk erfaring, at være vigtigt at barnets/ den unges samlede udviklings- og helbreds historie gennemgås, ligesom det vurderes at være vigtigt at udviklingen

af symptomer nøje beskrives, så der skabes bedst mulige sikkerhed for korrekt diagnostik og behandling af de symptomer der har ført til henvisningen. Herunder er det vigtigt grundigt at få beskrevet symptomer på komorbiditet eller medfødte vanskeligheder.

### Rationale for anbefalingen

Her anvendes ordet "skal" i anbefalingen. Dette er på baggrund af international konsensus viden og erfaring blandt klinikere.

ADHD er en neuroudviklingsforstyrrelse, karakteriseret ved en høj grad af komorbiditet og arvelighed. Ofte ses tidlige vanskeligheder med regulation af adfærd, følelser, søvn/vågen tilstand, og vanskeligheder med indlæring.

For at kunne diagnosticere korrekt er det essentielt at få kortlagt barnets eller den unges psykologiske, biologiske og adfærdsmæssige udvikling, samt at afdække mulige risikofaktorer og belastninger, og at vurdere de kliniske symptomer i relation til ovenstående.

Anamnesen foretages som noget af det første i en udredning og danner basis for planlægningen af den øvrige udredning.

Den bør bl.a. indeholde oplysninger om graviditeten, fødslen, somatisk sygdom, familiære dispositioner, motorisk og sproglig udvikling samt præmorbid psykisk udvikling og trivsel.

Der spørges bredt ind til de symptomer der har ført til henvisningen samt symptomer på andre psykiske vanskeligheder.

Desuden bør der indhentes oplysninger om søvn, kost, kammerater og fritidsinteresser, institutioner, skolegang, samt familiære- og sociale forhold, herunder eventuelle psykiske lidelser hos forældre og søskende. Ved unge spørges tillige om kæresteforhold og seksualitet, tobak-, alkohol- og stofforbrug, samt eventuel involvering i lovovertrædelser.

- 4. Der bør foretages et systematisk bredt psykopatologisk screeningsinterview, der afdækker både ADHD kernesymptomer og eventuel psykiatrisk komorbiditet. Dette kan evt. inkluderes som en del af en systematisk anamneseoptagelse. Ved mindre børn interviewes forældre/omsorgsperson. Ved større børn og unge inddrages disse i interviewet (D)**

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på konsensus i nationale og internationale retningslinjer (8-11) [5]. Da der er tale om børn og unge er det nødvendigt at inddrage forældre eller andre pårørende, der har et indgående kendskab til barnet/den unge.

### Patientværdier og – præferencer

Det er arbejdsgruppens vurdering, at de fleste patienter og pårørende vil være interesseret i at medvirke til et grundigt screeningsinterview. Anbefalingen styrker diagnosticeringsprocessen og øger den diagnostiske sikkerhed, og beslutningsgrundlaget for behandlingstiltag, hvilket er i patientens interesse. I nogle tilfælde vil unge patienter være afvisende overfor inddragelse af forældre, men erfaringsmæssigt vil kun ganske få

fastholde dette hvis rationale for inddragelsen er gennemgået med den unge patient.

### Rationale for anbefalingen

Udredning af ADHD er kompleks grundet den høje forekomst af komorbiditet, ligesom andre psykiatriske lidelser eller udviklingsforstyrrelser kan have symptomer der også ses ved ADHD. Dette er baggrunden for at anbefalingens ordlyd er "bør" på trods af anbefalingens styrke.

For at sikre det bedst mulige grundlag for at vurdere om symptomkriterierne i barndommen er opfyldte, er det centralt at inddrage forældre/omsorgspersoner ved udredning af unge.

### Bemærkninger og overvejelser

Det brede psykopatologiske screeningsinterview kan inkluderes som en del af en systematisk anamneseoptagelse.

Hvis det vurderes at det brede psykopatologiske screeningsinterview ikke er suffcient, kan det suppleres med et manualiseret semistruktureret diagnostisk interview som K-SADS.

Til 15-17-årige kan DIVA -2 eller DIVA- 5 eventuelt anvendes til at afdække ADHD symptomerne, med inddragelse af forældre/omsorgsperson der har kendt den unge siden barndommen. DIVA-interviewene har den styrke i forhold til de unge patienter, at de har en række spørgsmål som vedrører subtile/alderssvarende symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet, og spørger ind til internaliserende symptomer, som ofte kan være mere aktuelle hos de unge (og hos piger). Det bemærkes, at DIVA-interview er et kliniker-administreret semistruktureret interview, hvorfor delvis selvudfyldelse af patient eller pårørende ikke kan anses som valid anvendelse af instrument.

- 5. Der bør laves en somatisk anamnese og undersøgelse. Lægen skal på baggrund af dette vurdere om der er indikation for supplerende undersøgelser. Hvis der foreligger resultatet af en somatisk undersøgelse foretaget for nylig, og denne vurderes at være tilstrækkelig, kan somatisk undersøgelse undlades i udredningen (D)**

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på baggrund af konsensus i nationale og internationale retningslinjer (7-11) [5].

### Patientværdier og – præferencer

Det er i patienters interesse at få afdækket somatiske lidelser der kan give symptomer der minder om ADHD eller kan forværre ADHD symptomer. Ligeledes at sikre at der ikke er somatiske kontraindikationer for medikamentel behandling.

### Rationale for anbefalingen

På baggrund af klinisk erfaring og viden om somatiske lidelser der kan give ADHD lignende symptomer, samt

komorbiditet til ADHD benyttes ordlyden ”bør”. Det er vigtigt at afdække mulige somatiske differentialdiagnoser (som fx nedsat hørelse, epilepsi og stofskiftesygdomme), samt eventuelle andre samtidige somatiske tilstande. Ligeledes skal kardiovaskulær status være afklaret før der ordineres medicin, der kan give kardiovaskulære bivirkninger. Ved somatisk anamnese udspørges om allergier, symptomer fra de forskellige organsystemer, herunder kardiovaskulære symptomer, kroniske sygdomme, hovedtraumer, søvn, medicin og evt. misbrug, samt konstaterede alvorlige kardiovaskulære lidelser hos patientens nære slægtninge.

### Bemærkninger og overvejelser

En somatisk undersøgelse foretaget forud for henvisningen, f.eks. ved egen læge, kan være sufficient hvis den afdækker ovenstående og er lavet for nyligt.

## **6. Der bør foretages professionel observation i daginstitution ved førskolebørn. I komplekse udredninger af yngre skolebørn kan der foretages professionel observation i skolen (D)**

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på baggrund af konsensus i følgende retningslinjer: Helsedirektoratet 2022, Norge (9) [5] og NKR 2021 Danmark (10) [5].

### Patientværdier og – præferencer

Baseret på klinisk erfaring og anerkendt viden øger en observation af barnet i naturligt miljø den diagnostiske sikkerhed, hvilket er vigtigt for familie og barn. Desuden kan en grundig beskrivelse af barnet på tværs af kontekster øge kvalificeringen af hvad der er behov for af behandlingstiltag efter endt diagnostik.

### Rationale for anbefalingen

Jo yngre barnet er, des sværere er diagnostikken. Opmærksomhedsvanskeligheder, impulsivitet, højt aktivitetsniveau samt adfærdssymptomer er vanligt i denne aldersgruppe og kan således være en del af en normal udvikling. Endvidere kan ADHD symptomer hos især de mindste børn, være svære at skelne fra andre vanskeligheder (alderssvarende variation, psykosociale belastninger, tilknytningsforstyrrelse, adfærdsforstyrrelser, autismespektrumforstyrrelse mm).

I udredninger der er komplekse, f.eks. ved flere differentialdiagnoser, tunge sociale forhold, uenighed om symptomerne imellem skole og hjem, eller ved vanskeligheder med at få tilstrækkelige aktuelle beskrivelser fra hjem og skole, anbefales også observation i skolen af yngre skolebørn.

En observation i vanligt miljø er således et væsentligt bidrag til at sikre diagnostisk sikkerhed både ifht ADHD og evt komorbiditet. Observationen kan øge kvalificeringen af hvad der er behov for af behandlingstiltag efter endt diagnostik. Dette er årsagen til at ordlyden ”bør” benyttes i anbefalingen på trods af anbefalingens styrke.

## **7. Der bør indhentes oplysninger om barnets/den unges dagligdag i institution/skole (D)**

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på baggrund af konsensus i nationale og internationale retningslinjer (7-11) [5].

### Patientværdier og – præferencer

Baseret på solid klinisk erfaring er det vigtigt for patienter og familie, at barnet/den unges funktionsniveau, vanskeligheder og symptomer beskrives på tværs af kontekster således, at der sikres bedst mulig forståelse af barnet. Dette medvirker til bedst mulig sikkerhed i diagnostik både ift. ADHD men også komorbiditet.

Desuden kan en grundig beskrivelse af barnet på tværs af kontekster øge kvalificeringen af hvad der er behov for af behandlingstiltag efter endt diagnostik.

### Rationale for anbefalingen

Da ADHD- symptomer kan svinge på tværs af kontekster og dagsform, samt kan have anden genese end ADHD, er det væsentligt at få barnet/den unge beskrevet på så bredt et grundlag som muligt.

Visse forældre kan pga. egne vanskeligheder, belastning, eller blandede og komplekse vanskeligheder hos barnet, have svært ved at beskrive deres barn.

Det er derfor væsentligt, at der udover beskrivelser fra hjem samt informationer fra kliniske undersøgelser, fås oplysninger fra institution/skole. En beskrivelse af barnets funktion i /institution/skole bør indeholde oplysninger om faglig funktion, fremmøde, social funktion ifht både jævnaldrende og lærere, ADHD symptomer, humør, adfærd, samt evt iværksatte støtteforanstaltninger. Dette er årsagen til at ordlyden "bør" benyttes i anbefalingen på trods af styrken.

### Bemærkninger og overvejelser

Oplysningerne kan indhentes via institutions- eller skoleobservation, pædagog/lærerinterview eller skoleudtalelse, alt afhængig af barnets alder og skoletilbud, samt sagens samlede kompleksitet.

Visse børn/unge med ADHD viser primært ADHD symptomer i hjemmet, idet de er i stand til at kompensere for deres vanskeligheder i skolen eller ved den børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelse.

- 8. Der kan i udredningen benyttes rating med spørgeskema af sværhedsgraden af ADHD-symptomer, ved forælder- og pædagog eller lærer. For unge > 16 år kan der også benyttes en egen-rating (D)**

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på baggrund af konsensus i nationale og internationale retningslinjer (9-11) [5].

### Patientværdier og – præferencer

Spørgeskemaer er en enkel og hurtig måde for forældre og lærere/pædagoger at vurdere sværhedsgraden af barnets/den unges ADHD-symptomer. Forældre vil gerne derefter uddybe informationer fra deres besvarelse af spørgeskemaerne i et grundigere interview.

### Rationale for anbefalingen

ADHD kan ikke diagnosticeres udelukkende på basis af information fra spørgeskemaer eller en enkelt observation. Men det kan være et værdifuldt supplement til udredningen at indhente oplysninger til vurdering af den samlede sværhedsgrad af ADHD-symptomerne, og sværhedsgraden af hhv. opmærksomhedsvanskelighederne og vanskelighederne med hyperaktivitet/impulsivitet.

### Bemærkninger og overvejelser

Hvis der indhentes både forælder- og lærer/pædagog-ratings af symptomernes sværhedsgrad bidrager disse ratings også i vurderingen af det diagnostiske krav om at barnet/den unge har symptomer i flere forskellige situationer. Der kan også indgå egen-rating fra unge, der selvstændigt kan gennemføre en vurdering af sine egne ADHD-symptomer.

Symptom-ratings fra udredningen kan også fungere som baseline målinger før start af behandling for ADHD og ved at gentage ratings kan disse indgå i vurderingen af effekten af behandlingen.

Der bør anvendes validerede spørgeskemaer og der bør foreligge danske alders- og kønsstandardiserede norm-data på både forælder- og lærer/pædagog ratings. Herhjemme anvendes ofte spørgeskemaet ADHD-RS, som på dansk findes i to udgaver til vurdering af symptomernes sværhedsgrad blandt hhv. førskolebørn og skolebørn og unge, og som er køns- og alders-stratificeret med danske normer (12, 13). Til unges vurdering af sine egne symptomer anvendes ofte ASRS.

## 9. Ved mistanke om at patientens vanskeligheder delvist kan skyldes kognitive forhold, anbefales kognitiv udredning af intellektuelle evner (D)

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på baggrund af konsensus i følgende retningslinjer: Socialstyrelsen Kundskabsunderlag 2022, Sverige (8) [5], DGKJP, DGPPN & DGSPJ 2018, Tyskland (11) [5]. Den Norske retningslinje (9) [5] anbefaler at man som hovedregel udfører kognitiv testning.

### Patientværdier og – præferencer

Det er i patienternes interesse at afklare om nogle af deres vanskeligheder kan skyldes indlæringsvanskeligheder - eller kan skyldes kedsomhed, fordi de understimuleres intellektuelt.

### Rationale for anbefalingen

Indlæringsvanskeligheder og generelt nedsat begavelse kan give symptomer der ligner ADHD, og derfor kan en kognitiv testning være med til at sikre korrekt visitation og diagnosticering, og danne grundlag for støtte og behandlingstiltag i skolen.

Patienter med høj begavelse kan udvise symptomer på ADHD fordi de ikke stimuleres tilstrækkeligt i undervisningen.

ADHD kan hindre patienter i at indlære optimalt, trods generel evne til dette.

### Bemærkninger og overvejelser

Den strukturerede test-situation kan bidrage med nyttig ekstra information, idet ADHD-symptomer under testningen kan bidrage til at stille diagnosen (men der bør dog være en opmærksomhed på, at ADHD-symptomer ikke nødvendigvis optræder).

Ved henvisning fra PPR er det hensigtsmæssigt at det kognitive niveau er vurderet.

## 10. Som en del af udredningen skal der foretages vurdering af funktionsniveau (D)

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på baggrund af konsensus i nationale og internationale retningslinje (7-10) [5].

### Patientværdier og – præferencer

For patienter og deres pårørende vurderes det at være vigtigt at barnets/ den unges daglige funktionsniveau undersøges, så der sikres bedst mulig forståelse af barnet/den unge, samt skabes bedst mulige sikkerhed for korrekt diagnostik, støtte og behandling.

### Rationale for anbefalingen

ADHD er en neuroudviklingsforstyrrelse, som påvirker barnets funktion i forskellige kontekster, blandt andet i skolen, hjemmet og ved fritidsaktiviteter. Kortlægning af barnets funktionsniveau er en del af grundlaget for korrekt diagnosticering og øger kvalificeringen af hvad der er behov for af støtte og behandlingstiltag efter endt diagnostik. Dette er årsagen til at ordlyden "skal" benyttes i anbefalingen på trods af styrken D.

En beskrivelse af barnets funktion bør indeholde oplysninger om faglig funktion i institution/skole, social funktion i hjemmet, ved fritidsaktiviteter og sammen med jævnaldrende.

### Bemærkninger og overvejelser

Til rating af funktionsniveau kan der fx anvendes skalaerne C-GAS, GAPD eller GAF, som med fordel kan suppleres med en beskrivelse af barnets/den unges funktion.

## 11. Der kan foretages supplerende undersøgelser og observationer i udredningen af ADHD med henblik på at sikre at der er tilstrækkeligt grundlag til at kunne diagnosticere (D).

## 12. Herunder kan en computerbaseret opmærksomhedstest benyttes som supplerende undersøgelse men denne er ikke i sig selv diagnostisk (B)

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på baggrund af konsensus i nationale og internationale retningslinjer (7-10) [5].

Vedr. computerbaseret opmærksomhedstest:

Fleere internationale retningslinjer (8, 9, 14) [5] angiver, at computerbaserede opmærksomhedstests som fx

TOVA, Qb-Test og CPT har begrænset diagnostisk værdi, idet resultatet af disse tests ikke er tilstrækkeligt præcist, men at de i nogle tilfælde kan bidrage til en helhedsvurdering. Herudover beskrives den strukturerede test-situation at kunne bidrage med nyttig ekstra information, idet ADHD-symptomer under testningen kan bidrage til at stille diagnosen, men der bør dog være en opmærksomhed på, at ADHD-symptomer ikke nødvendigvis optræder (9, 11) [5]. Ved litteratursøgning efter systematiske reviews samt metaanalyser publiceret senere end ovenstående retningslinjer bekræftes ovenstående, herunder at Qb-Tests (15) [2a] og CPT-3 (16) [2a] ikke er tilstrækkeligt præcise til at kunne bruges diagnostisk som eneste redskab.

### Patientværdier og – præferencer

Det er vigtigt for patienter og deres forældre at der foreligger tilstrækkelige oplysninger og observationer der kan danne grundlag for diagnostik. Anbefalingen forventes at bidrage til en mere sikker og ensartet diagnosticeringsproces, hvilket i høj grad er i patienternes interesse.

### Rationale for anbefalingen

Klinikeren skal sikre sig at der er tilstrækkeligt grundlag til at kunne diagnosticere. Med henblik på dette kan udredningen suppleres med aktiviteter hvor symptomer vil kunne observeres eller barnets/den unges synspunkt inddrages. Dette kan være ved samtale, leg, observation i naturligt miljø, eller ved computerbaserede opmærksomhedstests. Vedr. sidstnævnte kan den strukturerede test-situation bidrage med ekstra information, idet ADHD-symptomer under testningen kan bidrage til at stille diagnosen, men der bør dog være en opmærksomhed på, at ADHD-symptomer ikke nødvendigvis optræder.

### Bemærkninger og overvejelser

Se ovenfor.



## 4. Referencer

1. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, et al. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(2):155-64.
2. ZERO TO THREE. DC: 0-5: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Washington DC; 2021.
3. Kildegaard H, Wesselhoeft R, Lund LC, Bliddal M. Post-pandemic trends in psychotropic medication use in Danish children, adolescents, and young adults. *Acta Psychiatr Scand*. 2024;150(3):174-7.
4. Reale L, Bartoli B, Cartabia M, Zanetti M, Costantino MA, Canevini MP, et al. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(12):1443-57.
5. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992.
6. Sundhedsdatastyrelsen. Om ICD-11 2024 [updated 06.06.2023]. Available from: [https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/icd\\_11/om\\_icd11](https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/icd_11/om_icd11).
7. National Institute for Health and Care Excellence. NICE guideline: Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. 2018 14 March 2018.
8. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism. 2022.
9. HelseDirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje: ADHD. 2016 29.02.2016.
10. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge. 2021.
11. Banaschewski T, Hohmann S, Millenet S. Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugendund Erwachsenenalter“. 2018.
12. Poulsen LJ, S. Lykke Dalsgaard, S., Bilenberg N. Dansk standardisering af attention deficit/hyperactivity disorder-ratingskalaen. *Ugeskr Laeger*. 2009(171/18).
13. Alexandre JL, Lange AM, Bilenberg N, Gorrissen AM, Sobyte N, Lambek R. The ADHD rating scale-IV preschool version: Factor structure, reliability, validity, and standardisation in a Danish community sample. *Res Dev Disabil*. 2018;78:125-35.
14. National Institute for Health and Care Excellence. QbTest for the assessment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). 2023.
15. Bellato A, Hall CL, Groom MJ, Simonoff E, Thapar A, Hollis C, Cortese S. Practitioner Review: Clinical utility of the QbTest for the assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder - a systematic review and meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2024;65(6):845-61.
16. Callan PD, Swanberg S, Weber SK, Eidnes K, Pope TM, Shepler D. Diagnostic Utility of Conners Continuous Performance Test-3 for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *J Atten Disord*. 2024;28(6):992-1007.

## 5. Metode

### Litteratursøgning

Litteratursøgningen til denne kliniske retningslinje er foretaget i perioden 24. januar 2024 - 5. marts 2024. Der er foretaget to systematiske litteratursøgninger: 1) En søgning efter kliniske retningslinjer fra 2018 til 24. januar 2024 og 2) En søgning efter sekundærlitteratur (systematiske reviews og metaanalyser) om opmærksomhedstests fra 2014 til 5. marts 2024, da dette emne ikke blev belyst tilstrækkeligt i de fremsøgte retningslinjer. Søgestrategier fremgår af bilag 1. Søgeprotokollerne er tilgængelige ved kontakt til Retningslinjese sekretariatet på [rkkp.retningslinjese sekretariatet@rm.dk](mailto:rkkp.retningslinjese sekretariatet@rm.dk).

Søgningen efter sekundær litteratur resulterede i et samlet antal hits på 38, heraf 7 dubletter. Hver artikel blev vurderet i forhold til in- og eksklusionskriterier af to personer fra arbejdsgruppen, og ved uenighed blev artiklen vurderet af en tredje. Kun to systematiske reviews kunne inkluderes, se prisma-diagram i bilag 3.

### Litteraturgennemgang

Litteraturen er gennemgået af arbejdsgruppen. De to systematiske reviews er kvalitetsvurderet ved hjælp fra retningslinjese sekretariatet ved hjælp af AMSTAR 2 tjeklisten, og de blev begge vurderet til moderat kvalitet ifølge AMSTAR 2-kriterierne. Evidensniveau og styrke af de to systematiske reviews blev efterfølgende vurderet til hhv. 2a og B for begge, dog med høj risiko for bias for det ene review (16) [2a]. Begge reviews inkluderer studier, som opfylder vores inklusionskriterier, men også studier, som falder uden for vores emne, fx studier af voksne, hvorfor arbejdsgruppen både har vurderet de pågældende reviews samlede konklusioner, men også metaanalyser vedr. børn og unge.

I det systematiske review vedr. Qb-Tests (15) [2a] indgår seks studier med i alt 1071 børn og unge, samt et studie med både unge og voksne, i alt 142 personer. I tilgængelige data fra studierne opgives sensitivitet og specificitet for Qb-Tests til at være hhv. 0,62 og 0,68 for førskolebørn og børn og hhv. 0,67 og 0,70 for unge og voksne. Samlet konkluder Bellato et al, at Qb-Tests ikke er tilstrækkelig præcise som det eneste redskab til screening eller diagnosticering, men kan bidrage til udredningen og afkorte udredningstiden.

I det systematiske review vedr. CPT-3 (16) [2a] indgår fem studier med børn og unge, men kun ét studie undersøgte, hvorvidt CPT-3 kan differentiere mellem ADHD og ikke-ADHD. Samlet vurderer Callan et al, at CPT-3 som eneste diagnostiske værktøj er en svag prædikator for ADHD.

### Formulering af anbefalinger

Forfattergruppen har mødtes jævnligt, fysisk og online, hvor evidensen og udkast til anbefalinger er blevet drøftet. Anbefalingerne er formuleret i fællesskab af forfattergruppen og diskuteret på DMPG-ADHD møde i efteråret 2024, hvor der blev opnået endelig enighed om anbefalingerne.

Anbefalingerne er formuleret ud fra styrken af den tilgrundliggende evidens, samt national og international konsensus baseret på solide kliniske erfaringer. På baggrund af dette er anbefalingerne opjusteret, og der er benyttet formuleringer som "bør" og "skal" på trods af evidens niveau D. iht. Oxford-kriterierne. Baggrunden for dette er beskrevet under rationale for anbefalingerne

## Interessentinvolvering

ADHD foreningen har været repræsenteret i udarbejdelsen af denne retningslinje, ved formand Trish Nymark.

## Høring

Den kliniske retningslinje var i offentlig høring i efteråret 2024. For høringsbrev og oversigt over høringspartnere kontakt da venligst Retningslinjesekretariatet på [rkkp.retningslinjesekretariatet@rm.dk](mailto:rkkp.retningslinjesekretariatet@rm.dk). Efter endt høring gennemgik forfattergruppen alle høringssvar, justerede retningslinjen hvor det blev vurderet relevant og sendte til endelig organisatorisk godkendelse i Lægedirektør Forum.

## Godkendelse

### Faglig godkendelse:

DMPG'en godkender det faglige indhold i retningslinjen og beslutter processen i den eksterne høring. Lægedirektør Forum godkender herefter retningslinjen, 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 er fagligt godkendt den **x. november 2024**.

### Administrativ godkendelse:

**udfyldes af sekretariatet inden godkendelse.**

## Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Anbefalingerne udløser ikke betydelig merudgift.

## Forfattere og habilitet

- Tine Houmann, Børne- og ungdomspsykiatri, Overlæge, Region Hovedstaden Psykiatri
- Shelagh Powel, Børne og ungdomspsykiatri, Overlæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Aarhus Universitetshospital
- Erica Ydedahl-Jensen, Børne- og ungdomspsykiatri, Afdelingslæge, Region Hovedstadens Psykiatri
- Faizeh Fomashi, Børne- og ungdomspsykiatri, Specialpsykolog, Region Sjælland
- Søren Dalsgaard, Børne- og ungdomspsykiatri, professor, overlæge, ph.d., Region Hovedstaden Psykiatri (ingen interessekonflikter)
- Trish Nymark, Patientforeningsrepræsentant, ADHD-foreningen
- Vibeke Høg Bille, praktiserende Børne- og Ungdomspsykiater med ydernummer, Region Hovedstaden.

Samlet vurdering af habilitet for forfattergruppen: Ingen interessekonflikter

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

#### Plan for opdatering

Revision af retningslinjen er planlagt til den 1. oktober 2027.

#### Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 1.0 af skabelonen.

OFFENTLIG HØRING

## 6. Monitorering

Udvikling af kvaliteten på dette område understøttes af viden fra ADHD-databasen i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), 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.

Anbefalingerne 4. (systematisk bredt psykopatologisk screeningsinterview), 5. (somatisk anamnese og undersøgelse) og 6. (professionel observation i daginstitution af førskolebørn og af yngre skolebørn i komplekse udredninger) monitoreres i ADHD databasen.

OFFENTLIG HØRING

## 7. Bilag

### Bilag 1 – Søgestrategi

#### Guidelinesøgning

Den systematiske søgning efter kliniske retningslinjer/guidelines blev foretaget i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), American Psychiatric Association (APA), The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP), Dansk Psykiatrisk Selskab, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Sundhedsstyrelsen, ADHD Institute, AWMF-online, CDC (USA), APSARD (USA), NIH (USA), AHRQ (USA), AMC joola (Canada), Canadian Task Force on Preventive Health Care samt databaserne Pubmed og PsycInfo.

#### Systematiske reviews og meta-analyser søgningen

Den systematiske søgning efter systematiske reviews og meta-analyser om mikrodosering blev foretaget i følgende databaser: PubMed, Embase, Cinahl, PsycInfo og Cochrane.

#### PubMed (antal hits=10)

((“ADHD”[Title/Abstract] OR “Attention Deficit Disorder with Hyperactivity”[Title/Abstract] OR “Hyperkinetic disorder”[Title/Abstract] OR “ADD”[Title/Abstract]) AND (“CCPT”[Title/Abstract] OR “CPT-3”[Title/Abstract] OR “QbTest”[Title/Abstract] OR “TOVA”[Title/Abstract] OR “TEACH”[Title/Abstract])) AND ((meta-analysis[Filter] OR systematicreview[Filter]) AND (21ochra[Filter] OR 21ochran[Filter] OR german[Filter] OR 21ochrane21[Filter] OR 21ochran[Filter]))

#### Embase (antal hits=13)

(adhd:ab,ti OR 'attention deficit disorder with hyperactivity':ab,ti OR 'hyperkinetic disorder':ab,ti OR add:ab,ti) AND ('computerized continuous performance test':ab,ti OR ccpt:ab,ti OR 'cpt 3':ab,ti OR qbtest:ab,ti OR tova:ab,ti OR teach:ab,ti) AND ([21ochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim) AND [2014-2024]/py

#### Cinahl (antal hits=6)

AB ( ADHD OR “Attention Deficit Disorder with Hyperactivity” OR “Hyperkinetic disorder” OR ADD ) AND AB ( “Computerized continuous performance test” OR CCPT OR CPT-3 OR QbTest OR TOVA OR TEACH )

Limiters – Publication Date: 20140101-20241231; Publication Type: Meta Analysis, Systematic Review; Language: Danish, English, German, Norwegian, Swedish

#### PsycInfo (antal hits=6)

AB ( ADHD OR “Attention Deficit Disorder with Hyperactivity” OR “Hyperkinetic disorder” OR ADD ) AND AB ( “Computerized continuous performance test” OR CCPT OR CPT-3 OR QbTest OR TOVA OR TEACH ) AND TI ( “systematic review” or “meta analysis” )

Limiters – Publication Date: 20140101-20241231; Language: Danish, English, German, Norwegian, Swedish

**Cochrane (antal hits=3)**

ADHD OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "Hyperkinetic disorder" OR ADD in Title Abstract Keyword AND "Computerized continuous performance test" OR CCPT OR CPT-3 OR QbTest OR TOVA OR TEACH in Title Abstract Keyword – with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews (Word variations have been searched)

OFFENTLIG HØRING

## Bilag 2 – ICD-11 kriterierne for ADHD

### 6A05 Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD))

#### Væsentlige (nødvendige) karakteristika:

- Et vedvarende mønster (dvs i mindst 6 måneder) af uopmærksomhedssymptomer og/eller en kombination af hyperaktivitets- og impulsivitetssymptomer, der er udenfor den forventede variation for alder og kognitivt udviklingsniveau. Symptomerne varierer med kronologisk alder og tilstandens sværhedsgrad.

#### Uopmærksomhed

- Uopmærksomhedssymptomer, der er vedvarende og tilstrækkeligt svære til, at de har en direkte negativ indvirkning på uddannelse, beskæftigelse eller socialt funktionsniveau. Symptomerne er typisk fra følgende grupperinger:
- Vanskeligheder med at fastholde opmærksomheden ved opgaver, der ikke har et højt niveau af stimuli eller belønning, eller som kræver vedvarende mental præstation; mangelfuld opmærksomhed på detaljer; laver skødesløse fejl i opgaver i børnehave/skole/uddannelse eller på arbejde; færdiggør ikke opgaver.
- Distraheres let af udefrakommende stimuli eller af tanker, der ikke er relateret til den igangværende aktivitet; synes ofte ikke at høre efter, når der tales direkte til vedkommende; synes ofte at dagdrømme eller at have tankerne andetsteds.
- Mister ting; er glemsom i dagligdagsaktiviteter; husker ikke at færdiggøre dagligdagens opgaver eller aktiviteter; problemer med at planlægge, håndtere og organisere skolearbejde, opgaver og andre aktiviteter.

Note: Uopmærksomhed ses måske ikke tydeligt, når personen er optaget af aktiviteter, der er intenst stimulerende og hyppigt belønnende.

#### Hyperaktivitet-impulsivitet

Hyperaktivitets- og impulsivitetssymptomer, der er vedvarende og tilstrækkeligt svære til, at de har en direkte negativ indvirkning på uddannelse, beskæftigelse eller socialt funktionsniveau. Symptomerne er typisk mest udtalte i strukturerede situationer, der kræver selvkontrol af adfærd.

Symptomerne er typisk fra følgende grupperinger:

- Udtalt motorisk aktivitet; forlader sin plads i situationer, hvor det forventes, at man sidder stille; løber ofte rundt; har svært ved at sidde stille uden at pille ved noget (yngre børn); følelse af fysisk rastløshed, en følelse af ubehag ved at være eller sidde stille (unge og voksne).
- Svært ved at indgå i aktiviteter på en stille måde; taler for meget.
- Buser ud med svar i skolen, impulsive kommentarer på arbejdet; har vanskeligt ved at vente på tur i samtaler, spil eller andre aktiviteter; afbryder eller trænger sig på i andres samtaler, spil eller lege.
- Tendens til at handle på pludselige stimuli uden overvejelse eller omtanke for risici eller konsekvenser (fx handlinger med risiko for fysisk skade; impulsive beslutninger; skødesløs kørsel).
- Der skal være betydelige uopmærksomhedssymptomer og/eller hyperaktivitets- og impulsivitetssymptomer før 12-årsalderen, selv om nogle først kommer til klinisk vurdering af udfordringerne senere i ungdommen eller voksenlivet, når de ydre krav overstiger personens kapacitet til at kompensere.



- Uopmærksomhed og/eller hyperaktivitet-impulsivitet skal være til stede på tværs af flere sammenhænge (fx hjemme, skole, arbejde, med venner eller familie), men symptomerne vil sandsynligvis variere afhængig af rammer og krav.
- Symptomerne er ikke bedre forklaret ved anden psykisk lidelse (fx "Angst eller Frygtrelaterede tilstande" eller "Neurokognitiv Lidelse såsom Delir").
- Symptomerne skyldes ikke påvirkning af stoffer (fx kokain) eller medicin (fx bronkodilatorer, substitutionsbehandling ved stofskiftesygdom) på centralnervesystemet, inklusive abstinenssymptomer, og er ikke forårsaget af Sygdomme i Nervesystemet.

#### Specifikationer til beskrivelse af fremtrædende kliniske karakteristika:

De aktuelle kliniske karakteristika bør beskrives ved at anvende en af følgende specificationsmuligheder, der bidrager til at angive den primære grund til den aktuelle henvisning eller indsats. Fremtrædende symptomer henviser til tilstedeværelsen af adskillige symptomer på enten uopmærksomhed eller hyperaktivitet/impulsivitet med få eller ingen symptomer på den anden type.

6A05.0 "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)", symptombillede overvejende med uopmærksomhed"

- Alle diagnostiske kriterier for "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" er opfyldt, og der er overvejende symptomer på uopmærksomhed.

6A05.1 "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)", symptombillede overvejende med hyperaktivitet-impulsivitet

- Alle diagnostiske kriterier for "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" er opfyldte, og der er overvejende symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet.

6A05.2 "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)", kombineret symptombillede

- Alle diagnostiske kriterier for "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" er opfyldte, og både symptomer på hyperaktivitet-impulsivitet og uopmærksomhed er klinisk betydningsfulde i symptombilledet, hvor ingen af de to er tydeligt dominerende.

6A05.Y "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)", andet specificeret symptombillede\*

6A05.Z "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)", uspecificeret symptombillede

#### Supplerende kliniske karakteristika

- "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" bliver oftest tydelig i tidlig barndom eller i mellemskoleårene. I mange tilfælde er symptomerne på hyperaktivitet tydeligst i førskolealderen og aftager med alderen, således at hyperaktiviteten ikke er fremtrædende i ungdomsårene eller i stedet beskrives som oplevelse af fysisk rastløshed. Opmærksomhedsproblemer kan almindeligvis først observeres senere i barndommen, særligt i skolen, og hos voksne i arbejdssammenhænge.

- Fremtræden og sværhedsgrad af "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" varierer ofte i forhold til det omgivende miljøes former og krav. Som en del af den kliniske udredning bør symptomer og adfærd vurderes i flere typer miljøer.
- Beskrivelser fra lærere og forældre indhentes for at klarlægge diagnosen i forhold til børn og unge, så vidt det er muligt. Hos voksne kan beskrivelser fra nærtstående, familiemedlem eller kollega ofte bidrage med væsentlig supplerende information.
- Nogle personer med "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" henvender sig først for at få hjælp i voksenalderen. Ved diagnostisk afklaring af "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" hos voksne er en anamnese med symptomer på uopmærksomhed, hyperaktivitet eller impulsivitet før 12-årsalderen et væsentligt bidrag, som bedst indhentes via beskrivelser fra skole eller andre sagsakter, eller fra informanter, der har kendt personen i barneårene. Såfremt sådanne bidrag er fraværende, bør diagnosen "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" hos unge og voksne stilles med forsigtighed.
- En undergruppe af personer med "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" fremstår udelukkende med uopmærksomhedssymptomer. Der er ingen hyperaktivitet, og det kliniske billede er karakteriseret ved, at personen dagdrømmer, lader tankerne vandre og mangler fokus. Disse børn beskrives sommetider med et mønster begrænset til kun uopmærksomhedssymptomer eller et udtalt langsomt kognitivt tempo.
- Hos en undergruppe af personer med "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)", kombineret præsentation, er både alvorlig uopmærksomhed og hyperaktivitet-impulsivitet fremtrædende i de fleste situationer, personen indgår i, og symptomerne er også tydelige ved klinisk observation. Dette mønster omtales ofte som hyperkinetisk forstyrrelse og anses for at være en mere alvorlig variant af diagnosen.
- Symptomer på "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" vil ofte begrænse de uddannelsesmæssige præstationer betydeligt. Voksne med "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" vil ofte have vanskeligt ved at fastholde et krævende arbejde, og de er forholdsvis oftere ansat i stillinger under deres kompetenceniveau, være på deltid eller udenfor arbejdsmarkedet. "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" kan gennem hele livet udfordre og belaste de interpersonelle relationer, bla til familiemedlemmer, jævnaldrende og kærester. Personer med "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" har ofte større vanskeligheder med at regulere deres adfærd, når de indgår i grupper sammenlignet med i en-til-en sammenhænge.
- "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" forekommer ofte sammen med andre Neuroudviklingsforstyrrelser, herunder "Udviklingsforstyrrelser af tale og sprog", og "Primære tics eller Tics forstyrrelser", som er klassificeret i Chapter on Diseases of the Nervous System, men som også er repræsenteret i kapitlet Neuroudviklingsforstyrrelse. "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" er associeret med en øget risiko for "Obsessive-Compulsive Disorder" samt højere forekomst af "epilepsi". Der ses også ofte emotionel dysregulation, lav frustrationstærskel, diskret klodsethed og andre mindre ('milde) neurologiske afvigelser relateret til sensoriske og motoriske færdigheder trods fravær af påviselig organisk hjernelidelse.
- "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" er associeret med en øget risiko for fysiske helbredsproblemer herunder også ulykker.
- Såfremt symptomerne på hyperaktiv adfærd opstår akut i skolealder eller ungdomsårene, bør det overvejes, om symptomerne bedst forklares med afsæt i en anden psykisk lidelse eller af en medicinsk

tilstand. For eksempel kan pludselig opstående hyperaktivitet i ungdommen eller voksenalderen være tegn på begyndende "Primær Psykose" eller "Bipolar Lidelse".

- Selvom der ofte ses en familiær disposition til "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" pga. grundet høj heritabilitet, vil den primære præsentation af symptomer på "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" hos den enkelte person ofte ændre sig over tid og kan ikke forudsiges med afsæt i hvilke symptomer, der er mest udtalte hos andre medlemmer af familien.

#### Afgrænsning til normalitet (diagnosetærskel):

- Symptomer på uopmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet ses hos mange børn, unge og voksne, særligt i visse stadier af udviklingen (fx tidlig barndom). For at kunne stille diagnosen "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" kræves, at symptomerne er vedvarende over tid og tydeligt til stede i forskellige situationer, betydeligt afvigende i forhold til udviklingsniveau, og at de har en direkte negativ indflydelse på skolefaglig og social funktion samt erhvervsevne.

#### Karakteristiske forløb:

- Næsten halvdelen af alle børn med diagnosen "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" vil fortsat have symptomer i ungdomsårene. Faktorer, der indikerer vedvarende symptomer ind i ungdom og voksenalder omfatter: samtidigt forekommende Mentale, adfærdsmæssige og neuroudviklingsforstyrrelser, lavere intellektuelt funktionsniveau, dårligere social funktion og adfærdsproblemer.
- "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" symptomer vil ofte være stabile i ungdomsårene, hvor omtrent en tredjedel af personer diagnosticeret i barndommen fortsat vil opleve funktionsnedsættelse som voksne.
- Selvom symptomer på hyperaktivitet ofte bliver mindre tydelige i løbet af ungdomsårene og voksenalderen, kan nogle fortsat opleve problemer med uopmærksomhed, impulsivitet og rastløshed.

#### Udviklingsmæssige forhold:

- Nogle unge og voksne søger først hjælp i sundhedsvæsnet efter 12-årsalderen, når symptomerne bliver mere begrænsende i forhold til stigende sociale, emotionelle og uddannelsesmæssige krav eller pga. samtidigt forekommende eller udvikling af Mental, behavioural, or neurodevelopmental disorders, som resulterer i en forværring af symptomerne på "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)".

#### Kulturrelaterede karakteristika:

- På tværs af kulturer fordeler symptomerne på "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" sig konsistent i to separate dimensioner: uopmærksomhed og hyperaktivitet/impulsivitet. Kultur kan dog påvirke, hvor acceptable symptomerne opleves, eller hvordan omsorgspersoner reagerer på dem.
- Udredningen af hyperaktivitet bør tage højde for kulturelle normer for, hvilken adfærd der anses for at være passende i forhold til alder og køn. Fx anses hyperaktiv adfærd i nogle lande for at være tegn på styrke hos en dreng (fx 'være en frisk fyr med gang i'), mens samme adfærd hos en pige kan opfattes meget negativt.
- Symptomer på uopmærksomhed eller hyperaktivitet/impulsivitet kan være en reaktion på traumatiske hændelser og sorgreaktioner i barndommen, specielt i særligt sårbare eller udsatte grupper, også i

tidligere konfliktramte områder. I en sådan kontekst bør klinikerens overveje, om diagnosen "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" er berettiget.

#### Kønssforskelle og/eller kønsrelaterede karakteristika:

- "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" er mere almindelig blandt drenge/mænd.
- Særligt i de tidlige leveår har piger hyppigere alene symptomer på uopmærksomhed, mens drenge hyppigere også har symptomer på hyperaktivitet og impulsivitet.

#### Afgrænsning til andre tilstande og forstyrrelser (differentialdiagnostik):

- Afgrænsning til **Intellektuel udviklingsforstyrrelse**: "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" og "Intellektuel udviklingsforstyrrelse" er ofte samtidigt forekommende, og det kan være relevant at stille begge diagnoser. Symptomer på uopmærksomhed og hyperaktivitet (fx rastløshed) er imidlertid hyppigt forekommende hos børn uden "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)", som befinder sig i en uddannelsesmæssig sammenhæng, der ikke passer til deres intellektuelle evner. Diagnosen "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" hos personer med "Intellektuel udviklingsforstyrrelse" kræver, at symptomer på "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" er mere udtalte end svarende til den enkelte persons intellektuelle funktionsniveau.
- Afgrænsning til **Autismespektrumforstyrrelse**: **Specifikke opmærksomhedsvanskeligheder (fx at være overfokuseret eller let afledelig), impulsivitet og fysisk hyperaktivitet ses ofte hos personer med "Autismespektrumforstyrrelse"** og kan nogle gange dominere det kliniske billede. I modsætning til personer med "Autismespektrumforstyrrelse" har personer med "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" ikke vedvarende vanskeligheder med at initiere eller opretholde social kommunikation og gensidige sociale interaktioner, eller de vedvarende restriktive, repetitive og uflexible adfærdsmønstre, interesser eller aktiviteter, som er de definerende symptomer ved "Autismespektrumforstyrrelse". De to tilstande forekommer dog ofte samtidigt.
- Afgrænsning til **Udviklingsforstyrrelse af sprog**: **Personer med "Udviklingsforstyrrelse af indlæring" uden "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)"** kan udvise symptomer på uopmærksomhed og hyperaktivitet, når de bliver bedt om at fokusere på specifikke skolefaglige opgaver, som svarer til de områder, hvor de har vanskeligheder (dvs læsning, matematik eller skrivning). Hvis vanskelighederne med at opretholde opmærksomhed på skolefaglige opgaver eller med at tilpasse aktivitetsniveauet kun optræder som en reaktion på at skulle udføre netop disse opgaver, og begrænsningerne i tilegnelsen af skolefaglige færdigheder i området er tydelige, bør diagnosen "Udviklingsforstyrrelse af indlæring" gives og ikke "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)".
- Afgrænsning til **Udviklingsforstyrrelse af motorisk koordination**: "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" og "Udviklingsforstyrrelse af motorisk koordination" ses ofte samtidig, og begge diagnoser kan stilles, hvis det skønnes nødvendigt. Dog bør åbenlys klodsethed hos nogle personer med "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" (fx at støde ind i ting, vælte ting)

grundet letafledelighed og impulsivitet ikke diagnosticeres som "Udviklingsforstyrrelse af motorisk koordination".

- Afgrænsning til **Affektive lidelser og Angst eller Frygt-relaterede lidelser:** "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" kan ses samtidigt med "Affektive lidelser" og "Angst eller frygt-relaterede lidelser", men uopmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet kan også være træk ved disse tilstande hos personer, som ikke har "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)". Eksempelvis symptomer som rastløshed, vandre hvileløst rundt og svækket koncentrationsevne kan være tegn på en depressiv episode og skal ikke opfattes som en del af "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)"-diagnosen, medmindre disse har været til stede siden barndommen og persisterer, efter den depressive episode er klinget af. Uopmærksomhed, impulsivitet og hyperaktivitet er typiske tegn på Maniske og Hypomaniske episoder. På den anden side kan svingende humør og irritabilitet være ledsagende træk ved "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)". Debut i sen ungdom eller voksenalder, episodisk forløb og graden af løftet stemningsleje er karakteristika ved "Bipolar lidelse", som bidrager til at differentiere fra "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)". Finmotorisk uro, rastløshed og anspændthed ved "Angst eller Frygt-relaterede lidelser" kan ligne hyperaktivitet. Ydermere kan bekymringer eller reaktioner på angstprovokerende stimuli hos personer med "Angst eller frygt relaterede lidelser" ledsages af koncentrationsproblemer. For at stille diagnosen "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)", når der også optræder en "Affektive lidelse" eller en "Angst eller frygt-relateret lidelse", bør uopmærksomhed og/eller hyperaktivitet ikke udelukkende kunne tilskrives affektive episoder, angstfulde bekymringer eller optræde specifikt som respons på angstprovokerende situationer.
- Afgrænsning til **Lejlighedsvis eksplosiv forstyrrelse:** "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" og "Lejlighedsvis eksplosiv forstyrrelse" er begge kendetegnet ved impulsiv adfærd. Dog er "Lejlighedsvis eksplosiv forstyrrelse" specifikt kendetegnet ved intermitterende svære udbrud eller aggressioner snarere end den generelle impulsive adfærd, som ses ved "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)".
- Afgrænsning til **Oppositionel Adfærdsforstyrrelse: Personer med** "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" har ofte svært ved at følge instruktioner, overholde regler og komme overens med andre, men disse vanskeligheder skyldes primært symptomer på uopmærksomhed og/eller hyperaktivitet/impulsivitet (fx manglende evne til at følge lange og komplicerede instruktioner, svært ved at blive siddende eller blive ved en opgave). Imidlertid er manglende samarbejdsvilje ved "Oppositional Defiant Disorder" karakteriseret ved bevidst trodsighed og ulydighed, og ikke ved problemer med uopmærksomhed, kontrol af impulsiv adfærd eller hæmning af upassende adfærd. Dog forekommer de to tilstande ofte samtidig.
- Afgrænsning til **Adfærdsforstyrrelser: Hos unge og voksne med** "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" kan manifestationer af impulsiv adfærd (fx at tage andres ting, hensynsløs kørsel eller impulsiv beslutningstagning såsom at afslutte job eller forhold pludseligt) bringe personen i konflikt med andre mennesker eller med loven. I modsætning hertil vil personer med "Adfærdsforstyrrelser" ofte ikke have symptomer på uopmærksomhed og hyperaktivitet, men derimod have et gentagende og vedvarende adfærdsmønster, hvor andres basale rettigheder, væsentlige sociale

normer (passende for alderen), regler eller lovgivning bliver overtrådt. Dog forekommer de to tilstande ofte samtidig.

- Afgrænsning til **Personlighedsforstyrrelser: Personer med "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)"** har ofte problemer med psykosocial funktion og mellemmenneskelige forhold, herunder regulering af følelser og negative affekter. Hvis "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" persisterer ind i ungdom og voksenalder, kan det være vanskeligt at differentiere tilstanden fra en "Personlighedsforstyrrelse" med fremtrædende personlighedstræk af hæmningsløshed. Disse inkluderer uansvarlighed, impulsivitet, letafledelighed, hensynsløshed og negativ affekt, som henviser til en habituel tilbøjelighed til at opleve et bredt udsnit af ubehagelige følelser såsom angst, vrede, selvhad, irritabilitet og en øget opmærksomhed på negative stimuli. Formålet med at stille en yderligere Personlighedsforstyrrelsesdiagnose ved en allerede kendt "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" afhænger af den konkrete kliniske situation.
- Afgrænsning til **Lidelser som følge af stofmisbrug eller virkninger af visse ordinerede medikamina:** Misbrug af alkohol, nikotin, cannabis og stimulanser er almindeligt blandt personer med "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)", særligt unge og voksne. Imidlertid kan effekterne af disse stoffer ligne symptomerne på "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" hos personer uden denne diagnose. Symptomer på uopmærksomhed, hyperaktivitet eller impulsivitet kan også ses som effekter af visse ordinerede medikamina (fx antiepileptika såsom karbamazepin and valproat, antipsykotika fx risperidon og somatisk behandling med fx bronkodilatorer og substitutionsbehandling med thyroideahormoner). For at skelne mellem "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)" og Lidelser som følge af stofmisbrug eller virkninger af visse ordinerede medikamina bidrager rækkefølgen af debuttidspunkt og persisterende uopmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet i upåvirket tilstand eller ved ophør af brug af medicin til at differentiere. For at kunne skelne er det afgørende at gennemgå det aktuelle medicinforbrug og få informationer fra dem, som kendte personen, før vedkommende begyndte at tage stofferne eller de pågældende medikamina.
- Afgrænsning til **Opmærksomhedssymptomer grundet andre medicinske tilstande:** En række andre medicinske tilstande kan påvirke opmærksomhedsfunktionen (fx hypoglykæmi, hyperthyreose eller hypothyreose, forgiftninger, Sleep-Wake Disorders), hvilket kan resultere i midlertidige eller persisterende symptomer, som ligner eller interagerer med symptomerne ved "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)". I disse tilfælde forudsætter hensigtsmæssig praksis en vurdering af, hvorvidt symptomerne er sekundære til den medicinske tilstand, eller om de peger mere i retning af en komorbid "Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD)"-diagnose.

Bilag 3 – PRISMA diagram

