Almen praksis' rolle i udredning af ADHD

En analyse af henvisninger af voksne patienter til udredning for ADHD i primærsektoren i en almen praksis i Randers-klyngen.

Billedet er AI-genereret

Forfattere: Sarah Elizabeth Holm Plews, Md. & Louise Bech Steinmüller, Md.
Vejleder: Annemette Bondo Lind, Ass. Professor, PhD Health Science and Psychology
Holdnummer: FT66

Indholdsfortegnelse

..... 2

Baggrund 3

Udredningen 4

Behandling og opfølgning 5

Formål 7

Metode 8

Dataindsamling 8

Inklusion 8

Eksklusion 8

Audit 8

Databehandling 10

Resultat 11

Henviste patienter 11

Udredte patienter 12

Funktionsniveau: 12

Diskussion 13

Antal henvisninger 13

Indhold af henvisninger 14

Konsekvenserne af henvisningerne 15

Perspektivering 17

Samfundsøkonomiske og individuelle konsekvenser 17

Fremtidens sundhedssystem 17

Konklusion 19

Litteraturliste 20

Baggrund

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) er en neuroudviklingsforstyrrelse, karakteriseret ved vedvarende og gennemgribende vanskeligheder i reguleringen af opmærksomhed, impulsivitet og aktivitet. ADHD inddeles i tre undertyper baseret på hvilket kernesymptom, der er mest fremtrædende - overvejende hyperaktivitet, overvejende opmærksomhedsforstyrrelse (kaldet ADD) eller en blandingstype (1). Forstyrrelser i opmærksomhed kan præsentere sig som udfordringer med at fastholde fokus på arbejdsopgaver i jobsituationer såvel som privat. Forstyrrelser i impulsivitet kan ses ved udfordringer med at vente på tur og udsætte behov. Udfordringer i regulering af aktivitet kan opleves som motorisk uro. I opgaven bruges fremadrettet kun den samlede betegnelse ADHD.

I de seneste 10 år, er der sket en markant stigning i diagnosticering af ADHD - Ifølge et cohortestudie fra 2025 er prævalensen af ADHD steget fra 0,10% i 2000 til 3,03% i 2022 (2). Stigningen har været særligt markant hos kvinder (3). Årsagerne til den totale stigning i antal diagnoser er ikke fuldt belyst, men der er flere mulige forklaringer. For det første anskues ADHD-diagnosen i dag mere nuanceret end tidligere; der er større opmærksomhed på at voksne mennesker kan have en ikke-diagnosticeret ADHD. For det andet er der kommet en betydeligt større bevidsthed i befolkningen om hvordan ADHD kan komme til udtryk, dette skyldes blandt andet en øget mediebevågenhed (4). For det tredje kan forklaringen findes i den måde vores samfund i dag er organiseret på. Sammenlignet med tidligere, stilles der i dag større krav til fleksibel opmærksomhed og evnen til at bevare overblikket, hvilket i højere grad har tydeliggjort de udfordringer, der er forbundet med ADHD (5,6).

I 2022 var der 75.250 voksne i medicinsk behandling for ADHD ifølge med.stat.dk. Den estimerede prævalens af ADHD er anslået til at være 3-5% for voksne på verdensplan (7), hvilket svarer til 230.000 voksne med ADHD i Danmark. Med udgangspunkt i prævalensen for ADHD på verdensplan er der i Danmark således et estimeret mørketal på over 150.000 voksne, der går rundt med diagnosen ADHD (8). Dette tyder på at man tidligere har underdiagnosticeret ADHD hos voksne.

Udredningen

ADHD er i dag den hyppigst forekommende diagnose ved privatpraktiserende psykiatere og langt de fleste patienter med ADHD udredes i primærsektoren (1). Udredningen for ADHD er kompleks og omfangsrig og kræver stort kendskab til psykiatriske lidelser, både fordi størstedelen af patienterne har psykisk komorbiditet og fordi der generelt er overlap mellem symptomer på ADHD og symptomer på andre psykiatriske lidelser, som fx personlighedsforstyrrelse (9). De hyppigste psykiatriske komorbiditeter hos patienter med ADHD er affektive lidelser, angst, personlighedsforstyrrelse og stofmisbrug (1,10).

Især patienter med stofmisbrug kan være en vanskelig gruppe at diagnosticere, grundet overlap af symptomerne. Patienter med stofmisbrug kan desuden have en mistro til fagpersoner, hvorfor der kræves en større indsats for at etablere en god relation og den diagnostiske proces bliver som følge heraf mere langtrukken (11). Der har tidligere været tilbageholdhed ift. at begynde udredning af patienter med pågående misbrug. I dag er der konsensus om at man kan udrede patienter, som ikke aktuelt er intoksikeret eller har abstinenser. Nu skal man se misbruget som en integreret del af patientens vanskeligheder (11).

ICD-11

1) obligat tilstedeværelse af symptomer fra før 12 årsalderen, 2) Vedvarende ADHD-symptomer i over 6 måneder, som afviger fra hvad man må forvente for den givne alder og udviklingsniveau og 3) symptomer skal være af en sådan sværhedsgrad, at det påvirker funktionsniveauet i uddannelses-, arbejds- eller sociale sammenhænge (12).

Kriterierne for ADHD-diagnosen opdateres med det kommende ICD-11, som forventes introduceret i 2026 (1,12). ICD-11 indeholder, som det kendes fra ICD10, et krav om at symptomerne på ADHD har været til stede fra barndommen (før 12-års alderen). Den stigende tendens til diagnosticering af ADHD i voksenalderen medfører således visse vanskeligheder, idet der er fundet markante tegn på recall-bias hos patienter såvel som pårørende, både i form af underrapportering og overrapportering af symptomer fra barndommen (13).

Tab af funktionsniveau er et andet centralt element i diagnosticeringen af ADHD - uden et betydeligt funktionstab kan diagnosen ikke stilles. Funktionstab kan relatere sig til både privatliv, arbejdsliv og generel trivsel (12,14). Der ligger en udfordring i at vurdere hvorvidt en patient har et betydeligt funktionstab. Graden af funktionstab er individuelt og betinget af hvorvidt og hvordan den voksne med ADHD forstår at mestre sine symptomer. Nogle formår at opretholde et "normalt" liv, hvor andre er hårdere ramt både symptom- og funktionsmæssigt. Her spiller faktorer som personlighed og livsomstændigheder, som et støttende netværk, formentlig ind.

De senere år er det kommet større fokus på kvinder med ADHD og bl.a. i et systematisk review fra 2025 beskrives det, at den kvindelige hormoncyklus kan have stor indflydelse på ADHD-symptomer (15).

Alle henvisninger til udredning for ADHD går som udgangspunkt via egen læge. Inden henvisning til privat praktiserende psykiater er det vigtigt at almen praksis afklarer eventuelt underliggende somatiske lidelse samt indhenter relevante anamnestiske oplysninger angående bl.a. funktionsniveau og misbrug (9). I forbindelse med henvisning anbefales brugen af Adult Self Report Scale version 1.1 (ASRS-skema, se Bilag 1) som screeningsværktøj i almen praksis (16). Skemaet er et selvrapporteret screeningsskema udviklet af World Health Organization (WHO). Skemaet indeholder spørgsmål, som er beregnet til at understøtte samtalen mellem læge og patient. Spørgsmålene er identificeret som de mest prædikative symptomer i relation til ADHD med udgangspunkt i kriterierne for ADHD (DSM-IV-TR-kriterierne) (1). ASRS-skemaet indeholder ikke en direkte vurdering af funktionsniveau og har en ringe positiv prædiktiv værdi og må derfor ikke benyttes som diagnostisk redskab (1). Psykiatere og nogle psykologer bruger det semistrukturerede diagnostiske værktøjet DIVA-5 i deres udredning (1,17).

Behandling og opfølgning

Medicinsk behandling af ADHD består af enten centralstimulerende eller ikke-censtralstimulerende lægemidler (18). Methylphenidat, dexamfetamin og lisdexamfetamin er centralstimulerende stoffer, som øger mængden af dopamin og noradrenalin uden for neuronet. Effekten af disse præparater er hurtigt indsættende. Atomoxetin er et ikke-centralstimulerende stof og øger mængden af noradrenalin – og til dels dopamin – i den præfrontale cortex. Effekten er markant langsommere

indsættende og maksimal effekt kan først forventes efter måneders behandling (18). Indikation for medicinsk behandling forudsætter, at sværhedsgraden af ADHD-symptomerne resulterer i betydeligt nedsat funktionsniveau hos patienterne og behandlingen bør ikke stå alene (18).

Medicinsk behandling af ADHD, uanset præparatvalg, bør kombineres med psykoterapi, undervisning i energiforvaltning, en sund livsstil samt behandling af evt. søvnforstyrrelse (19). Desuden skal der, når aktuelt, tages hånd om patientens misbrug med eventuelt samarbejde med misbrugscentre. Aktuelt er nye retningslinjer fra sundhedsstyrelsen om ADHD i høring. De indeholder en svag anbefaling om brugen af non-farmakologisk behandling af ADHD som tillæg til medicinsk behandling. I de tilfælde hvor bivirkninger, komorbiditet eller patient-præferencer fører til fravalg af medicinsk behandling kan non-farmakologisk behandling stå alene. Der er tale om en svag anbefaling fordi den er baseret på klinisk erfaring (20). Dette skal sammenholdes med at evidensgraden for medicinsk behandling af voksne i den aktuelle kliniske retningslinje fra 2017 også er lav (7).

Den medicinske behandling kan kun opstartes ved en psykiater, men opfølgning kan håndteres i almen praksis, når patienten er udredt og velbehandlet. Eventuelle dosisjusteringer kan foretages i almen praksis, hvis planen er lagt ifm. afslutning fra psykiater. For patienter i stabil behandling anbefales klinisk kontrol hos egen læge hver sjette måned til kontrol af vægt, blodtryk, puls og EKG, samt drøftelse af medicin effekt, bivirkninger, funktionsniveau/trivsel samt eventuelt misbrug (7). Observations-studier har vist at ADHD er associeret med en øget risiko for hjerte-kar-sygdomme (21). Dette tilskrives en øget forekomst af velkendte selvstændige risikofaktorer for hjerte-kar-sygdomme: overvægt, rygning, misbrug og psykiatrisk komorbiditet (21). Det er således vigtigt at forholde sig til kardiovaskulære risikofaktorer i forbindelse med årskontroller hos patienter med ADHD.

Formål

Med denne forskningstræningsopgave ønsker vi at undersøge kvaliteten af de henvisninger til udredning for ADHD som udgår fra almen praksis. Derfor lyder vores forskningsspørgsmål som følgende:

- Hvor mange henvisninger OBS ADHD fra den praktiserende læge bekræftes af speciallæge i psykiatri?

- I hvor høj grad beskrives funktionsniveau i henvisning fra almen praksis og/eller epikrise fra psykiater?
    a. Fremgår det tydeligt om der er tale om et betydeligt funktionstab?

- Hvor mange diagnosticerede patienter opstartes i medicinsk behandling?

Metode

Dataindsamling

Data er indhentet fra en kompagniskabspraksis, som i perioden 2019-2023 bestod af 3 kapaciteter med omkring 4600 patienter. Fra marts 2023 består praksis nu af 2 kapaciteter og omkring 3000 patienter. Praksis tilhører Randers-klyngen og er repræsentativ for sin klynge ift. sammensætningen af patientgrupper.

Inklusion

Alle henvisninger sendt til privatpraktiserende psykiater i perioden 01/01 2019 – 12/05 2025 blev fremsøgt via XMO. Sendte henvisninger fra før 2019 var ikke tilgængelige. Alle patienter henvist med obs diagnosen ADHD eller ADD, eller hvor ADHD/ADD blev nævnt i henvisningen som mulig differentialdiagnose, blev inkluderet. Vi har ikke differentieret imellem, hvorvidt mistanke om diagnosen er opstået hos patienten, egen læge eller en psykolog.

Eksklusion

- Patienter under 18 år på henvisningstidspunktet blev ekskluderet.
- Hvis diagnosemistanken var stillet af en anden psykiater, fx fordi patienten havde været til en vurdering ved psykiater i anden sammenhæng enten i primær eller sekundær-sektoren, udgik patienten af vores undersøgelse.
- Hvis der ikke forelå resultat af en udredning i journalen – enten med en epikrise eller med ordineret behandling mod ADHD, udgik patienten fra en del af de videre analyser.

Audit

Vores audit er bygget op om tre svarmuligheder; ja/nej/ikke oplyst – 'X' betyder ja, '%' betyder nej, og et blankt felt indikerer at oplysninger ikke forefindes. Derudover er der oplyst køn, alder ved henvisning og årstal for henvisning for alle fremsøgte patienter.

Oplysninger om medicin blev indhentet via medicinmodulet i XMO og omfattede både nuværende og tidligere ordinationer. Præparater, med følgende indholdsstoffer indgik: Methylphenidat (ATC N06BA04), Atomoxetin (ATC N06BA09), Dexamfetamin (ATC N06BA02) og Lisdexamfetamin

(ATC N06BA12). Nogle patienter blev udredt via deres sundhedsforsikring, som ikke dækker medicinopstart og -opfølgning. Hvis den udredende privat praktiserende psykiater anbefalede opstart af medicin, kategoriseredes disse som ”opstartet medicinsk behandling” i audit. Opstart af medicinsk behandling er en markør for sværhedsgraden af ADHD.

Oplysninger om relevant komorbiditet blev indhentet via henvisning, i stamafsnittet i XMO og i epikrise fra psykiater. Komorbiditeter i form af autisme, angst, affektive lidelser, personlighedsforstyrrelse og stress er udvalgt, idet der er et overlap i symptomer mellem disse lidelser og ADHD.

Vurdering af misbrug af stoffer eller medicin, alkohol og rygning skete på baggrund af oplysninger i henvisning, epikrise, journalmateriale og diagnoseliste.

Metabolisk syndrom defineres som insulinresistens, forhøjet kolesterol, forhøjet blodtryk og overvægt. Vi definerede at blot én af førnævnte risikofaktorer var nok til at der i audit blev markeret ”ja” ved ”tegn på metabolisk syndrom”. Oplysningerne er fundet i enten medicinmodulet, hvor præparater mod forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, wegowy/mounjaro eller behandling mod type 2 diabetes fremgår, alternativt i diagnoselisten i stamkortet eller laboratoriekortet med information om BMI. BMI over 30 har vi defineret som overvægt. Metabolisk syndrom bruges i denne sammenhæng som en markør for patientens egenomsorg, livsstil og generelle helbred.

Funktionsniveauet er vurderet på baggrund af oplysninger i henvisning og epikrise. Har der ikke været sufficiente oplysninger til at vurdere funktionsniveauet, er det kategoriseret som ”ikke oplyst”. Vi har udelukkende forholdt os til ”betydeligt funktionstab”, da det indgår både i diagnosticering af ADHD, men også i vurderingen af, hvorvidt patienten skal tilbydes medicinsk behandling. Vi har defineret et betydeligt funktionstab, hvis blot en af følgende faktorer har været til stede: Gentagne sygemeldinger, kommunal involvering (mestringsvejleder, flexjob, arbejdsprøvning med mere), opretholdelse af arbejdsfunktioner med udtalt udmattelse i fritid til følge, udfordringer med fastholdelse til uddannelse eller arbejde, eller udtalt symptombyrde som påvirker patientens relationer i betydelig grad (f.eks. udfordringer med vrede eller kriminalitet). Således har vi inkluderet alle med funktionstab i arbejdskontekst/uddannelseskontekst såvel som funktionstab/emotionelle vanskeligheder knyttet til kollegiale eller private relationer.

Oplysninger om relevante diagnostiske eller screeningsredskaber (DIVA-5, ASRS1.1) i henvisningen fremgår også i audit. Vi differentierer ikke mellem, hvorvidt det er egen læge eller en psykolog der har udført testen, så længe resultatet er medsendt i henvisningen eller er noteret i journalnotater som tidsmæssigt og forløbsmæssigt er koblet sammen med henvisningen.

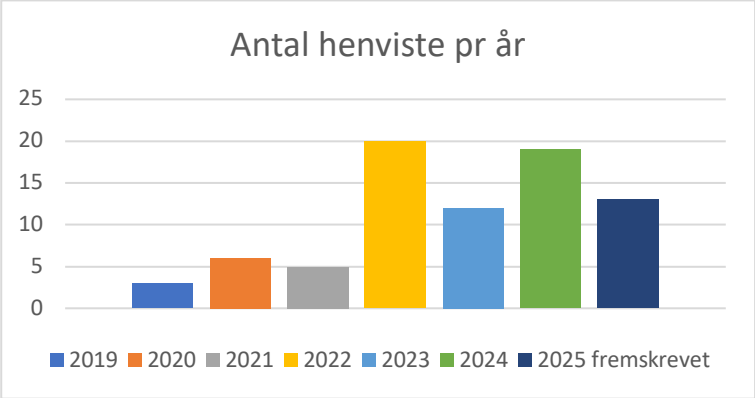
Databehandling

Vi har brugt Excel til databehandling og til at generere relevante figurer og grafer. Vi har valgt at fremskrive antal henvisninger for 2025 på baggrund af det antal henvisninger der er sendt i de første 4,5 måned af året.

Resultat

Henviste patienter

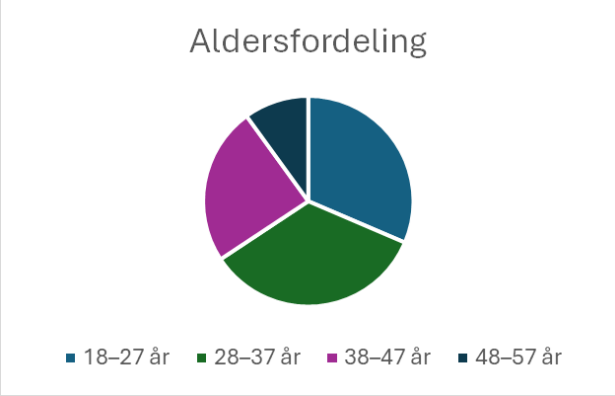
I alt indgik 70 patienter, som var henvist til udredning for ADHD hos privatpraktiserende psykiater i perioden 01/01 2019 til 12/05 2025 (Se Bilag 2). Fra 2019 frem til 2021 var der et stabilt antal henvisninger på henholdsvis 3,6 og 5 (Figur 1). I 2022 fandt vi en firedobling i antal henvisninger og herefter et fald til 12 henvisninger i 2023. Antal henvisninger i 2024 var på niveau med 2022. I 2025 har vi indsamlet data fra årets første 4,5 mdr. svarende til 5 henviste patienter. Ved fremskrivning af antallet af henviste patienter i 2025 på baggrund af antal henviste pr dato, ses et mindre fald med et estimeret antal på 13 henvisninger i 2025 (Figur 1).



Figur 1

Aldersfordelingen af de henviste patienter, viser en lige andel af 18-27-årige og 28-37-årige. Der er lidt færre patienter i aldersgrupperne 38-47årige og >47år (figur 2). Gennemsnitsalderen for de henviste patienter er 34 år.

Kønsfordelingen blandt de henviste patienter (n=70) er 60% kvinder og 40% mænd. Af alle 70 henviste patienter er det pr 12/05 2025 kun halvdelen (50%) af de henviste patienter, som er blevet udredt. Af alle henviste patienter (n=70) har en tredjedel (34,3%) fået diagnosen ADHD.



Figur 2

Af alle henviste patienter (n=70) var der i godt halvdelen af tilfældene (58,5%) brugt et diagnostisk værktøj eller screeningsværktøj i forbindelse med henvisningen (Bilag 2).

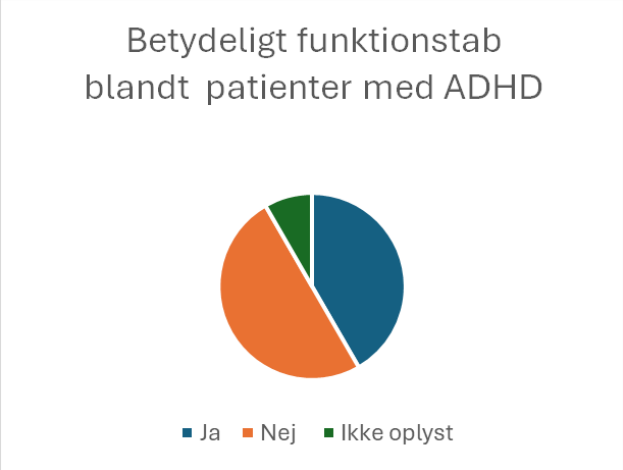
Udredte patienter

Ud af de 70 henviste patienter har 35 patienter gennemgået et fuldt udredningsforløb fra 01/01 2019 indtil 12/05 2025. Karakteristika for disse 35 patienter ses i Bilag 3. Af de udredte patienter (n=35) har over halvdelen (68,6%) fået stillet diagnosen ADHD. Kønsfordelingen blandt de udredte patienter (n=35) er 54% kvinder og 46% mænd.
Alle patienter som fik stillet diagnosen ADHD (100%) er blevet opstartet i eller tilbudt opstart af medicinsk behandling.

Funktionsniveau:

Af de patienter som blev henvist (n=70) fandt vi i gennemgang af journalmateriale, at der i henvisning (eller epikrise) var beskrevet betydeligt funktionstab i ca. 34% af de henviste (Figur 3). I alt var funktionsniveauet beskrevet i 3 ud af 4 tilfælde.

Figur 3



Figur 4

Blandt de patienter som blev diagnosticeret med ADHD (n=24) var der beskrevet et betydeligt funktionstab i ca. 42% af tilfældene. Andelen af patienter hvor funktionsniveau ikke var beskrevet var ca. 8% (Figur 4).

Diskussion

Antal henvisninger

Vores data viser en markant stigning af antallet af henvisninger fra 2022 og frem. Det relativt lave antal henvisninger i 2020 og 2021 kan muligvis tilskrives COVID-19-pandemien, som netop da var på sit højeste (22). Under COVID-19, blev patienter i længere perioder opfordret til at undgå lægekontakt, medmindre der var tale om akutte tilstande. Imidlertid ses også i 2019 et markant lavere antal henvisninger sammenlignet med årene efter pandemien, hvilket indikerer, at COVID-19 næppe er den eneste årsag til det lave antal henvisninger i 2020 og 2021.

Tendensen med stigende henvisninger til udredning for ADHD, observeret i vores praksis fra 2022, afspejler en bredere samfundstendens (1). Årsagerne er formentligt mange. Vi ved at der de seneste år, er kommet større fokus på voksenudredning for ADHD. Hvor man tidligere antog at man voksede fra sin ADHD-diagnose/ betragtede ADHD som en børnelidelse, ved man nu, at diagnosen også kan stilles senere i livet, hvor symptomerne præsenterer sig anderledes end i barndommen (7). I vores praksis er gennemsnitsalderen 34 år, for de patienter >18 år som er blevet henvist til ADHD udredning. Fordelingen i de forskellige aldersgrupper stemmer overens med landsgennemsnittet, hvor størstedelen af henviste er blandt de 20- og 30-årige.

Vores data viser en klar tendens med stigende antal henvisninger frem mod 2023, hvor antallet falder markant. Dette skyldes formentlig ikke et faldende ønske fra patienterne om udredning, men nærmere nogle strukturelle ændringer i den undersøgte praksis i 2023. I årene frem til 2023 var det en kompagni-praksis med tre ejere. Fra marts 2024 blev praksis omstruktureret til at være et kompagniskab bestående af to kapaciteter. Herved faldt det samlede antal patienter og henvisningerne for ADHD faldt derved forventeligt også.

Mange patienter fra 2024 og 2025 er ikke blevet udredt endnu. Dette kan skyldes faktorer hos både patient og læge. Der er aktuelt meget lange ventetider på udredning ved privat praktiserende psykiater og mange har fået tid til udredning flere år ud i fremtiden. Når patienterne er henvist, skal de selv kontakte en psykiater for at få en tid. Netop dette kan være særligt vanskeligt for personer med ADHD, og der kan således opstå en forsinkelse fra patientens side. Nogle patienter kan være i en igangværende udredning og dermed fortsat fremgå i gruppen af ikke-udredte.

Indhold af henvisninger

Da et betydeligt funktionstab, jævnfør ICD-11, er obligat for diagnosen ADHD, er det tankevækkende, at der blandt halvdelen af de patienter som har fået diagnosen, ikke er beskrevet et betydeligt funktionstab i forbindelse med henvisning (figur 3). Årsagen hertil kan være flere. Én mulig årsag kan være, at vores afgrænsning af 'betydeligt funktionstab' har været for snæver og vi dermed har underestimeret antal patienter med et funktionstab. En anden mulig årsag kan være, at lægen (praktiserende læge eller psykiater) ikke har dokumenteret omfanget af patientens funktionstab sufficient i journalen selv om dette er identificeret under udredningsprocessen. Vores resultater viser, at i 22% af tilfældene er funktionsniveauet ikke sufficient beskrevet, hverken i henvisning eller i efterfølgende epikrise. Det er tankevækkende at et så centralt element i diagnosticeringen af ADHD ikke fremgår tydeligt af patientens journal.

Der foreligger ingen entydig definition af, hvad der udgør et 'betydeligt funktionstab', hvilket udgør en væsentlig fejlkilde i vores resultater. Det er muligt, at relevant information fremgår implicit i henvisningen og dermed er åbenlys for den henvisende læge, men vanskelig at identificere og tolke for en ekstern læser. Vi kan dog konkludere, at der i henvisningerne er stor spredning på, hvad henvisende læge har vurderet som værende et essentielt indhold. Det har i mange tilfælde ikke været en grundig beskrivelse af funktionsniveauet. Flere faktorer spiller sandsynligvis ind på dette: at det er relativt tidskrævende at indhente en fyldestgørende anamnese og at screeningsværktøjerne (der bruges i almen praksis) ikke indeholder en vurdering af funktionsniveauet, hvorfor dette i en travl hverdag kan være noget der bliver overset/underprioriteret.

Det er uvist, i hvilket omfang de manglende vurderinger af funktionsniveau skyldes, at kriterierne for 'betydeligt funktionstab' ikke er klart defineret og dermed vanskeligt for den enkelte praksislæge at benytte til en objektiv vurdering. Den betydelige variation i henvisningernes indhold peger imidlertid på at der er et behov for en øget standardisering med bl.a fokus på funktionsniveauet, som bør indgå som en fast og integreret del af den indledende udredning (12).

En standardisering vil højne kvaliteten af henvisningerne, men også potentielt afhjælpe unødige henvisninger. Det er oplagt, at almen praksis spiller en væsentlig rolle i at beskrive patientens funktionsniveau da almen praksis har et dybdegående kendskab til patientens historik – familieliv, sygemeldinger, stress, tidligere depressioner mm. Almen praksis har en afgørende filterfunktion i

det danske sundhedsvæsen (23). Det er vigtigt at almen praksis, i en tid med ventelister og ventetider, forvalter denne ”filter-rolle”. Der ligger for eksempel en opgave i at informere patienter om, at de skemaer, som findes online (fx ASRS-1.1) har en lav positiv prædiktiv værdi og derfor ikke er gode til at finde patienter med ADHD, og at en del af de symptomer som patienten fremviser kan være varianter af normalitet (1).

Konsekvenserne af henvisningerne

Af de patienter, som blev henvist fra vores praksis OG udredt i perioden 01/01 2019 – 12/05 2025 blev hver tredje diagnosticeret med ADHD og samtlige patienter endte med en psykiatrisk diagnose. Disse tal dækker formentlig over flere faktorer. Dels bekræfter det, det store overlap, der er mellem ADHD og andre psykiatriske lidelser (1) og det kan ses som et tegn på, at de praktiserende læger henviser relevante patienter. Samtidig kan disse tal også give anledning til en del undren – vi ved at ”normalitet” er en vigtig differentialdiagnose til ADHD (1) og det er derfor påfaldende at mistanke om psykiatrisk lidelse ikke blev afvist hos en eneste patient. Hvad årsagerne er, kan være flere ting. Måske henviser vi for få patienter med ADHD-symptomer fra almen praksis eller måske er der udfordringer i udredningsprocessen som gør at der bliver stillet for mange ADHD-diagnoser. Et nyligt debatindlæg i ugeskriftet for læger nævner samme bekymring om end der her beskrives at 100% af henviste patienter får stillet diagnosen ADHD. Dette er et noget højere estimat end det vi ser i vores data (24).

Vi har analyseret data for henholdsvis patienter som er henvist og patienter som er udredt. Dette skyldes at en stor del af de henviste patienter ikke har modtaget udredning selv efter et par år. Dette afspejler blandt andet den landsdækkende udfordring i årelange ventetider til udredning for ADHD ved privatpraktiserende psykiater (25). Den lange forsinkelse på udredning kan også skyldes faktorer hos patienten selv – at patienten ikke har fået taget kontakt til en psykiater og fået en tid, enten fordi patientens behov eller livsomstændigheder har ændret sig eller fordi patienten, grundet sin ADHD ikke har fået det gjort.

I vores data fandt vi at 100% af de patienter som fik diagnosen ADHD blev tilbudt opstart af medicinsk behandling. Dette er et tankevækkende fund. Evidensgraden bag medicinsk behandling af ADHD hos voksne er lav og det er understreget i de kliniske retningslinjer at medicin skal opstartes ved patienter med et betydeligt funktionstab (7). Som vi tidligere diskuterer her i opgaven,

er der ikke en klar konsensus omkring definitionen af et betydeligt funktionstab. Vi kan derfor ikke endegyldigt udtale os om, hvor skillelinjen er for terapi/støtteforanstaltninger alene eller samtidig opstart af medicinsk behandling, da denne beslutning ligger hos psykiateren. Da det ikke fremgår af epikriserne hvilke overvejelser der er gjort, har vi derfor ikke et godt bud på årsagen til, hvorfor medicin altid tilbydes. Dette kan være en udfordring i almen praksis, idet det er almen praksis som står med den efterfølgende kontrol af de medicinsk behandlede patienter.

Perspektivering

Samfundsøkonomiske og individuelle konsekvenser

Fra både et samfundsøkonomisk og et menneskeligt perspektiv er de nuværende ventetider på udredning hos privatpraktiserende psykiatere uhensigtsmæssige. En rettidig diagnosticering kan være afgørende for at iværksætte relevant medicinsk behandling og kommunale støtteforanstaltninger, som muliggør, at patienten f.eks. kan gennemføre en uddannelse eller fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet. Personer med symptomer på ADHD kan desuden opleve betydelige vanskeligheder med affektregulering, hvilket kan forværre relationelle udfordringer i ventetiden. Der er således meget på spil for det enkelte menneske, og lange udredningstider kan have alvorlige konsekvenser. Fra et samfundsøkonomisk perspektiv er det naturligvis hensigtsmæssigt, at så mange som muligt trives og er i stand til at deltage aktivt i samfundslivet gennem arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet. Investering i tidlig udredning og behandling må således betragtes som en samfundsøkonomisk gevinst.

Fremtidens sundhedssystem

Regeringen er kommet med et udspil om landsdækkende udredningscentre for ADHD og autisme, som et led i at styrke psykiatrien i Danmark (26). Dette vil sandsynligvis betyde, at flere patienter får hjælp til deres udfordringer tidligere i livet. Hvorvidt dette tiltag er tilstrækkeligt til, at ventelisterne bliver bragt ned på de optimale 1-2 måneder, står stadig hen i det uvisse. Det vil formentlig kræve et stigende antal speciallæger i psykiatri at løfte opgaven.

Almen praksis står i disse år over for markante forandringer, ikke mindst som følge af regeringens aktuelle udspil om almen praksis (27). Det gør det vanskeligt at forudsige, hvilken rolle almen praksis konkret kommer til at spille i udredning af forskellige sygdomme og tilstande. Det står dog klart, at den praktiserende læge fremover vil få tildelt flere opgaver, hvilket afspejler en længerevarende tendens til opgaveglidning fra sekundær- til primærsektoren.
Trods den aktuelle mangel på psykiatere er det ikke umiddelbart realistisk, at almen praksis selv skal stå for den fulde udredning af ADHD. Som beskrevet i denne opgave, kræver udredning af ADHD et omfattende og specialiseret kendskab til psykiatriske diagnoser – en viden, som den praktiserende læge som udgangspunkt ikke besidder, da det ikke er en del af

speciallægeuddannelsen. I den almenmedicinske speciallægeuddannelses nuværende form indgår der som regel mindre end seks måneders ansættelse på en psykiatrisk afdeling, hvor en stor del af tiden bruges på vagtarbejde med fokus på akutte psykiatriske problemstillinger og hvor diagnostisk udredning fylder relativt lidt.

Den mest hensigtsmæssige rolle for almen praksis i forhold til ADHD-udredning er derfor fortsat at fungere som et filter for henvisninger. Det indebærer, at praktiserende læger skal være skarpe på at identificere hvilke patienter der skal henvises, og hvilke der med fordel kan afvente eller tilbydes anden støtte. På den måde undgås unødig belastning af psykiatrien. Almen praksis kan desuden bidrage med relevante og detaljerede oplysninger om patientens tilstand, hvilket understøtter en kvalificeret visitationsproces.

For at almen praksis skal kunne løfte denne opgave på en effektiv og kvalitetsmæssig forsvarlig måde, er det afgørende med adgang til målrettede og velfungerende efteruddannelsestilbud. Dette vil sikre, at de praktiserende læger både har de nødvendige kompetencer og motivation til at påtage sig det øgede ansvar.

Konklusion

På baggrund af data fra en enkelt kompagniskabspraksis kan det konkluderes, at én tredjedel af de henviste patienter til privatpraktiserende psykiatere fik stillet diagnosen ADHD. Alle henviste patienter modtog en psykiatrisk diagnose, og samtlige patienter diagnosticeret med ADHD blev tilbudt medicinsk behandling. Det blev desuden observeret, at beskrivelsen af patienternes funktionsniveau ofte var utilstrækkelig. Disse fund indikerer et muligt forbedringspotentiale i henvisnings- og/eller udredningsprocessen for ADHD. Der er behov for yderligere og mere dybdegående undersøgelser for at belyse og kvalificere disse forhold nærmere. Efterspørgslen på udredning for ADHD er fortsat stigende og almen praksis spiller nu og formentlig i stigende grad en fremtidig rolle i at sikre, at de rigtige patienter henvises og at henvisninger er af en optimal kvalitet, så der sikres kortest mulige ventetider.

Litteraturliste

1) Hjerrild S, Holm R, Puggaard S, Straszek V. Udredning for ADHD hos voksne. Ugeskr Læger 2025;187:V12240886. doi: 10.61409/V12240886

2) Grøntved S, Hald K, Mohr-Jensen C, Johnsen SP, Mainz J, Valentin JB. Prevalence and Incidence of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Denmark. A National Register-Based Open Cohort Study. Acta Psychiatr Scand. 2025 Jul;152(1):27-38. doi: 10.1111/acps.13804. Epub 2025 Mar 27. PMID: 40147479; PMCID: PMC12127063

3) Tal fra Danmarks statistik. Tilgængelig fra: Flere yngre kvinder får ADHD-medicin - Danmarks Statistik

4) Hjerrild S. Stigning I ADHD-diagnoser kalder på faglig refleksion. Ugeskr Læger 2025;187:V04250335. doi: 10.61409/V04250335

5) Nielsen M, Berger MP. ADHD-diagnosens forklaringskraft og relevans i et livsforløbsperspektiv. Ugeskr Læger 2024;216:4-13.

6) Knudsen TM. Hvorfor får flere ADHD-diagnoser? Her er tre mulige forklaringer. Videnskab.dk 13.10.2024.

7) Udredning og behandling af ADHD hos Voksne. National klinisk retningslinje. Sunhedsstyrrelsen, 2017. tilgængelig fra www.sst.dk

8) https://www.statistikbanken.dk/FOLK1AM. Udregning er baseret på 4.731.538 voksen, hvor der er benyttet en ADHD prævalens for voksne på 4%

9) Retningslinje for udredning af ADHD hos voksne i speciallæge praksis. DMPG, 2025. Tilgængelig fra: https://www.dmpg.dk/dmpgerne/dmpg-adhd/udredning-for-adhd-af-voksne-i-speciallagepraksis/

10) Simonsen E, Vilmar JW, Kongerslev M. ADHD og personlighedsforstyrrelser. Status artikel. Ugeskr Læger 2025;187:V02250082. doi: 10.61409/V02250082
11) Hjerrild S, Wissing S, Holm T. ADHD og problematisk rusmiddelmisbrug. Statusartikel. Ugeskr Læger 2025;187:V01250005. doi: 10.61409/V01250005

12) ICD-11. Tilgængelig fra: 9789240077263-eng.pdf

13) Hoff A, Speyer H. Køn og alders betydning for symptomer og epidemiologi ved ADHD. Statusartikel. Ugeskr Læger 2025;187:V11240761. doi 10.61409/V1124076

14) Kosheleff AR, Mason O, Jain R, Koch J, Rubin J. Functional Impairments Associated With ADHD in Adulthood and the Impact of Pharmacological Treatment. J Atten Disord. 2023 May;27(7):669-697. doi: 10.1177/10870547231158572. Epub 2023 Mar 6. PMID: 36876491; PMCID: PMC10173356.

15) Osianlis E, Thomas EHX, Jenkins LM, Gurvich C. ADHD and Sex Hormones in Females: A Systematic Review. J Atten Disord. 2025 Jul;29(9):706-723. doi: 10.1177/10870547251332319. Epub 2025 Apr 18. PMID: 40251875; PMCID: PMC12145478.

16) Lægehåndbogen.dk. Hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD - Lægehåndbogen på sundhed.dk

17) DSM-5-TR. Tilgængelig fra: APA - DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

18) Thomsen PH, Houmann T, Ishøy PL. Medikamentel behandling af ADHD hos børn og voksne. Statusartikel. Ugeskr Læger 2025;187:V10240755. doi 10.61409/V10240755

19) Bilenberg N, Bikic A, Lange AM. Nonfarmakologisk behandling af ADHD. Statusartikel. Ugeskr Læger 2025;187:V11240798. doi: 10.61409/V11240798

20) ”National klinisk anbefaling for nonfarmakologisk behandling af voksne med ADHD”, i høring, tilgængelig fra sst.dk/da/hoeringer.

21) Li L, Chang Z, Sun J, Garcia-Argibay M, Du Rietz E, Dobrosavljevic M, Brikell I, Jernberg T, Solmi M, Cortese S, Larsson H. Attention-deficit/hyperactivity disorder as a risk factor for cardiovascular diseases: a nationwide population-based cohort study. World Psychiatry. 2022 Oct;21(3):452-459. doi: 10.1002/wps.21020. PMID: 36073682; PMCID: PMC9453905

22) Tidslinje over COVID19-forløbet. Tilgængelig fra: https://www.ssi.dk/-/media/arkiv/subsites/covid19/presse/tidslinje-over-covid-19/covid-19-tidslinje-lang-for-2020-2022-version-2---december-2022.pdf

23) Danske regioner om almen praksis rolle i fremtiden: regioner.dk/sundhed/praksissektoren/almen-praksis

24) Lyngholm B. ADHD fra et almenmedicinsk perspektiv. Debatindlæg. Ugeskr Læger 07 juli 2025.

25) Analyse af ventetider fra SST. Tilgængelig fra: Analyse-af-ventetider-til-praktiserende-psykiatere-og-boerne--og-ungdomspsykiatere.ashx

26) Danielsen L. Her er regeringens nye tiårsplan for psykiatrien. Altinget, 08 april 2025.

27) Lovpakke er en bombe under PLO og de praktiserende læger: »Det er en gradvis aflivning af branchen«. Ugeskr Læger. 3. jul. 2025

BILAG 1

Symptom Checkliste for voksen ADHD

Patientens Navn		**Dato:**					
Vær venlig at besvare nedenstående spørgsmål. For hvert spørgsmål sæt kryds i det felt der passer bedst til din situation de sidste 6 måneder. Aflever det udfyldte skema til din læge/behandler i forbindelse med dagens konsultation.			Aldrig	Sjældent	Nogen gange	Ofte	Meget ofte
1. Hvor ofte har du problemer med at få gjort en opgave helt færdig- når først den mere interessante del af arbejdet er overstået?							
2. Hvor ofte har du problemer med at få ting ordnet når du har en opgave der kræver planlægning?							
3. Hvor ofte har du problemer med at huske aftaler eller andre ting, du *burde* huske?							
4. Hvor ofte undgår eller udsætter du opgaver der kræver megen omtanke?							
5. Hvor ofte sidder du uroligt med arme eller ben, når du skal sidde stille i længere tid?							
6. Hvor ofte føler du dig overdreven aktiv og drevet til at gøre ting- som var du drevet af en motor?							
							Afsnit A
7. Hvor ofte laver du sjuskefejl når du skal gennemføre en kedelig eller vanskelig opgave?							
8. Hvor ofte har du svært ved at bevare opmærksomheden når du har kedeligt eller ensformigt arbejde, der skal gøres?							
9. Hvor ofte har du problemer med at koncentrere dig om hvad folk siger til dig-selv når de taler direkte til dig?							
10. Hvor ofte bliver ting væk for dig hjemme eller på arbejde?							
11. Hvor ofte distraheres du af aktiviteter eller støj omkring dig?							
12. Hvor ofte forlader du møder eller andre situationer, hvor du forventes at blive siddende?							
13. Hvor ofte sker det, at du føler dig rastløs eller har svært ved at sidde stille?							
14. Hvor ofte har du svært ved at koble fra og slappe af når du har tid til dig selv?							
15. Hvor ofte har du fornemmelsen af at du taler for meget?							
16. Når du taler med andre: hvor ofte kommer du til at afslutte deres sætninger før de selv gør det?							
17. Hvor ofte har du svært ved at vente på, at det bliver din tur - når dette er påkrævet?							
18. Hvor ofte afbryder du andre, når de er optaget af andre ting?							
							Afsnit B

Patientnummer	Køn	Alder	Årstal (henvisning)	Diagnose	Medicin	Manglende epikrise	Screeningsværktøj anvendt	Betydende funktionstab	Autisme	Angst	Depression	Personlighedsforstyrrelse	Stress	Stof- eller medicinmisbrug	Alkoholmisbrug	Rygning	Tegn på metabolisk syndrom
1	Mand	26	2019		%	X	X							X			
2	Mand	24	2019	%	%	X	X	X									%
3	Mand	24	2019	%			X					X		X	X		
4	Mand	35	2020			X	%									X	
5	Kvinde	44	2020			X	%							X			X
6	Mand	21	2020	X	X		X						X	%	%	X	X
7	Kvinde	46	2020	X	X		%	X			X				%	X	X
8	Kvinde	37	2020	X	X		%	X		X	X			X		X	%
9	Kvinde	19	2020			X	X	X			X				%	X	%
10	Mand	56	2021	%	%		%	X			X	X			X		%
11	Kvinde	26	2021	X	X		X	%			X				%	%	%
12	Mand	30	2021	%			%	%				X			%	%	%
13	Kvinde	29	2021	%			X	%				X		X	X		X
14	Kvinde	18	2021			X	X	%									%
15	Kvinde	35	2022	X	X		%	%		X							%
16	Kvinde	44	2022			X	%	%		X				%	%	%	X
17	Mand	20	2022	X	X	X	X	X						%	%	%	%
18	Kvinde	36	2022	X	X		X	X		X		X		X	%	X	X
19	Mand	41	2022	X	X			X		X					%	%	%
20	Mand	42	2022	X	X		X	%		X	X			%	%		%
21	kvinde	35	2022	X	X		X	X			X		X	%	%	%	X
22	Kvinde	33	2022	X	X		X	%		X	X		X		X		%
23	mand	19	2022	%			%	X	X				X		X	X	
24	mand	27	2022	X	X		X	X			X			X	%	X	%
25	kvinde	20	2022	%			X	X									%
26	Kvinde	54	2022	%			%				X			X			X
27	Kvinde	31	2022		%	X	%				X						
28	Kvinde	24	2022	X	X		%							%	%	%	%
29	Kvinde	43	2022			X	X				X		X		%	%	X
30	Mand	34	2022		%	X	X	X						%	%		
31	Kvinde	39	2022		%	X	X	%									
32	Kvinde	21	2022	%	%		X	%	X								%
33	kvinde	52	2022	X	X		X	X			X			%	%	X	%
34	Mand	37	2022	X	X		X	%							%	X	X
35	Mand	34	2023			X	X	%						%	%	%	%
36	Kvinde	35	2023		%	X	X	%						X	%	X	X
37	Kvinde	32	2023		%	X	X	X					X	%			X
38	Mand	24	2023		%	X	X	%						X	%	X	%
39	Kvinde	29	2023		%	X	X	X			X	X	X	%	%		%
40	Mand	31	2023	X	X		X	X		X	X			X		X	%
41	Kvinde	51	2023			X						X					X
42	kvinde	21	2023			X				X		X					
43	Mand	40	2023		%	X	%	%						X			
44	Kvinde	25	2023		%	X	%										
45	Kvinde	43	2023		%	X	%	X									
46	Kvinde	33	2023		%	X	%	%									
47	Kvinde	25	2024	%			%	%		X				%	%	%	X
48	Kvinde	46	2024		X	X	X	%						X	%	X	%
49	Mand	45	2024		%	X	X	%									X
50	Kvinde	41	2024	X	X	X	X	X			X		X	%	%	%	%
51	Kvinde	33	2024		%	X	X	%									
52	Kvinde	37	2024	X	X		X	%						%	%	%	%
53	Mand	48	2024			X				X	X						X
54	Mand	48	2024	X	X		X	%						%	X	%	%
55	Mand	31	2024	%			%	%		X				%	%	%	%
56	Mand	46	2024			X	X							X	X	X	%
57	Kvinde	34	2024			X	%	X		X				%			
58	Kvinde	38	2024			X	%	%				X		%	%	%	X
59	Kvinde	33	2024			X	%	X						%	X		X
60	Mand	19	2024			X	X	%						%	X	X	
61	Kvinde	33	2024	X	X		X	%		X			X	%	%	%	X
62	Mand	49	2024	X	X		X	%			X			%	%	X	X
63	Kvinde	18	2024		X	X	X	%									%
64	Kvinde	26	2024			X	%			X		X					
65	Mand	47	2024	X	X		X	%					X		%	%	%
66	Kvinde	27	2025			X	%								X		
67	Mand	19	2025			X	%	X									
68	Kvinde	36	2025			X	X	%		X			X				X
69	Kvinde	39	2025			X	%	X				X					%
70	Mand	46	2025			X	X	X			X				X		X

Patientnummer	Køn	Alder	Årstal (Henvisning)	Diagnose	Medicin	Screeningsværktøj anvendt	Betyndende funktionstab	Autisme	Angst	Depression	Personlighedsforstyrrelse	Stress	Stof- eller medicinmisbrug	Alkoholholmisbrug	Rygning	Tegn på metabolisk syndrom
1	Mand	24	2019	%		X	X									%
2	Mand	24	2019	%		X					X		X	X		
3	Mand	21	2020	X	X	X						X	%	%	X	X
4	Kvinde	46	2020	X	X	%	X			X				%	X	X
5	Kvinde	37	2020	X	X	%	X		X	X			X		X	%
6	Mand	56	2021	%	%	%	X			X	X			X		%
7	Kvinde	26	2021	X	X	X	%			X				%	%	%
8	Mand	30	2021	%		%	%				X			%	%	%
9	Kvinde	29	2021	%		X	%				X		X	X		X
10	Kvinde	35	2022	X	X	%	%		X							%
11	Mand	20	2022	X	X	X	X						%	%	%	%
12	Kvinde	36	2022	X	X	X	X		X		X		X	%	X	X
13	Mand	41	2022	X	X		X		X					%	%	%
14	Mand	42	2022	X	X	X	%		X	X			%	%		%
15	kvinde	35	2022	X	X	X	X			X		X	%	%	%	X
16	Kvinde	33	2022	X	X	X	%		X	X		X		X		%
17	mand	19	2022	%		%	X	X				X		X	X	
18	mand	27	2022	X	X	X	X			X			X	%	X	%
19	kvinde	20	2022	%		X	X									%
20	Kvinde	54	2022	%		%				X			X			X
21	Kvinde	24	2022	X	X	%							%	%	%	%
22	Kvinde	21	2022	%	%	X	%	X								%
23	kvinde	52	2022	X	X	X	X			X			%	%	X	%
24	Mand	37	2022	X	X	X	%							%	X	X
25	Mand	31	2023	X	X	X	X		X	X			X		X	%
26	Kvinde	25	2024	%		%	%		X				%	%	%	X
27	Kvinde	46	2024		X	X	%						X	%	X	%
28	Kvinde	41	2024	X	X	X	X			X		X	%	%	%	%
29	Kvinde	37	2024	X	X	X	%						%	%	%	%
30	Mand	48	2024	X	X	X	%						%	X	%	%
31	Mand	31	2024	%		%	%		X				%	%	%	%
32	Kvinde	33	2024	X	X	X	%		X			X	%	%	%	X
33	Mand	49	2024	X	X	X	%			X			%	%	X	X
34	Kvinde	18	2024		X	X	%									%
35	Mand	47	2024	X	X	X	%					X		%	%	%