



Klinisk retningslinje

# Non-farmakologisk behandling til ADHD hos børn og unge

DMPG ADHD

**Version 1.0**

**Fagligt godkendt**

[dd.mm.åååå] (DMPG ADHD)

**Administrativt godkendt**

[dd.mm.åååå] (SundK Retningslinjefunktionen)

**Planlagt opdatering**

01.06.2029

**Indeksering**

DMPG, ADHD, børn og unge, Non-farmakologisk

---

# Indhold

1. Nyt siden sidst (ændringslog).....	4
2. Anbefalinger (centrale budskaber) .....	5
Forældretræning .....	5
Kognitiv adfærdsterapi .....	5
Kognitiv træning .....	5
Neurofeedback.....	5
ADHD-coaching .....	5
Peer support .....	5
3. Introduktion .....	6
Formål .....	7
Patientgruppe.....	7
Målgruppe for brug af retningslinjen .....	8
4. Evidensgrundlag .....	9
Forældretræning .....	9
Kognitiv adfærdsterapi .....	11
Kognitiv træning .....	14
Neurofeedback.....	15
ADHD-coaching .....	16
Peer support .....	16
Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger og implementeringsovervejelser	17
Særlige fokusområder: .....	17
5. Referencer .....	23
6. Metode .....	25
Litteratursøgning .....	25
Litteraturgennemgang.....	25
Systematisk guidelineanalyse (kortlægnings- og ekstraktionsproces) .....	26
Vægtning af evidensgrundlaget og valg af primær kilde .....	26
Formulering af anbefalinger .....	26
Høring .....	27
Forfattere og habilitet .....	27
Plan for opdatering.....	28
Version af retningslinjeskabelon .....	28
7. Monitorering .....	29
8. Bilag .....	30
9. Om denne kliniske retningslinje.....	39

# 1. Nyt siden sidst (ændringslog)

Dette er første version af retningslinjen. Publiceret i 2026.

## 2. Anbefalinger (centrale budskaber)

Anbefalingernes styrke er graderet efter Oxford Levels of Evidence. En A-anbefaling bygger på evidens af høj kvalitet og udtrykker høj sikkerhed i anbefalingen. En D-anbefaling bygger på evidens af lav kvalitet og udtrykker lav sikkerhed i anbefalingen. Ordlyden i anbefalingen afspejler evidensens kvalitet og graden af tillid til den samlede vurdering: "kan" anvendes ved lavere tillid til evidensen, "bør" ved større tillid og "skal" ved høj tillid til evidensen og anbefalingens konsekvenser.

### Forældretræning

1. Børn under 6 år: Forældretræning skal tilbydes forældre og omsorgspersoner til børn under 6 år med ADHD (A)
2. Børn 6-17 år: Forældretræning skal tilbydes forældre og omsorgspersoner til børn og unge med ADHD (A)

### Kognitiv adfærdsterapi

3. Kognitiv adfærdsterapi kan tilbydes til børn i alderen 5–12 år med ADHD (C)
4. Kognitiv adfærdsterapi bør tilbydes til unge i alderen 13–17 år med ADHD (C)

### Kognitiv træning

5. Der foreligger ikke tilstrækkelig evidens til at anbefale kognitiv træning til børn og unge med ADHD (D)

### Neurofeedback

6. Der foreligger ikke tilstrækkelig evidens til at anbefale neurofeedback til børn og unge med ADHD (D)

### ADHD-coaching

7. Der foreligger ikke tilstrækkelig evidens til at anbefale ADHD coaching til børn og unge med ADHD (D)

### Peer support

8. Der foreligger ikke tilstrækkelig evidens til at anbefale peer support workers til børn og unge med ADHD (D)

### 3. Introduktion

ADHD forekommer hos anslået 5–8 procent af børn og unge (1) og udgør den mest udbredte udviklingsforstyrrelse samt den hyppigste årsag til henvisning i børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark (2). ADHD har typisk debut allerede i småbarnsalderen og får gradvist større betydning i takt med stigende krav til læring og social deltagelse (3).

Denne retningslinje omfatter børn og unge med ADHD og spænder over hele barne- og ungdomsperioden, hvor krav til udvikling, læring og social deltagelse ændrer sig markant. Kernesymptomerne ved ADHD knytter sig til opmærksomhed, impulsivitet og regulering af aktivitet, og disse viser sig forskelligt afhængigt af barnets alder og de sammenhænge, barnet indgår i - i hjemmet, i dagtilbud, i skolen og blandt jævnaldrende (3). ADHD er ofte ledsaget af samtidige psykiske – udviklings- og indlæringsrelaterede vanskeligheder, hvilket kan øge belastningen i familien og behovet for tværfaglig indsats (3).

Den høje forekomst af ADHD betyder, at tilstanden mødes hyppigt i sundhedsvæsenet, og at et stort antal børn, unge og familier har behov for behandlingsindsatser med fokus på hverdagsfunktion og udviklingsmuligheder. Udfordringerne i populationen er ikke alene knyttet til symptomer, men i høj grad til funktionspåvirkning i hverdagen. Hos mange børn og unge ses betydelig risiko for vedvarende funktionsnedsættelse, når barnet og den unge ikke mødes med en virksom og helhedsorienteret indsats. ADHD kan få indgribende betydning for barnets skolegang, sociale relationer og familiens trivsel og udgør samtidig en væsentlig samfundsøkonomisk byrde (4, 5).

ADHD er en heterogen udviklingsforstyrrelse, hvor biologiske, psykologiske og miljømæssige faktorer i samspil bidrager til symptomer, funktion og forløb. Denne kompleksitet danner grundlag for, at både nationale og internationale retningslinjer (6) samt ekspertkonsensus (3, 7) konsistent anbefaler en multimodal og individuelt tilpasset indsats til børn og unge med ADHD, hvor farmakologiske og non-farmakologiske indsatser kombineres og tilpasses barnets eller den unges funktionsniveau samt de miljøer, barnet indgår i (7). Farmakologiske og non-farmakologiske indsatser retter sig mod forskellige, men indbyrdes forbundne aspekter af ADHD og har komplementære og gensidigt understøttende effekter, der samlet bidrager til reduktion af symptomer, forbedret funktion og øget trivsel i hverdagen. Samtidig viser forskning, at nogle børn, unge og familier har forbehold over for farmakologisk behandling (8), og at ikke alle opnår tilstrækkelig effekt eller kan tåle bivirkninger (9). Derudover har medicinsk behandling ikke dokumenteret effekt på de psykologiske og adfærdsmæssige aspekter af ADHD (10), som ofte udgør en væsentlig del af den samlede funktionspåvirkning ved ADHD, herunder vanskeligheder med eksekutive funktioner og adfærdregulering. Indsatser, der adresserer de psykologiske og sociale aspekter af ADHD, udgør derfor en central del af den samlede behandlingsindsats.

Den store og heterogene gruppe af børn og unge med ADHD stiller betydelige krav til kvaliteten, differentieringen og tilgængeligheden af non-farmakologiske behandlingsindsatser i Danmark. Denne DMPG-retningslinje omhandler specifikt non-farmakologisk behandling og har til formål at understøtte, at disse indsatser organiseres og anvendes som en central del af patientforløbet for børn og unge i alderen 0–18 år med ADHD samt deres forældre. Da non-farmakologiske behandlingsindsatser varierer betydeligt på tværs af Danmark i forhold til metodevalg, udbud og intensitet, er der behov for en samlet national ramme, der kan guide den fortsatte udvikling af den kliniske kvalitet.

I disse retningslinjer anvendes betegnelsen non-farmakologisk behandling. Begrebet anvendes som samlebetegnelse for indsatser, der i forskningslitteraturen og i kliniske retningslinjer også kan omtales som psykosociale indsatser, psykologiske terapier eller adfærdsmæssige interventioner. Valget af betegnelsen non-farmakologisk behandling er truffet for at sikre terminologisk overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens dokument vedrørende indsatser for ADHD og autisme, hvilket forventes udgivet i sommeren 2026 (11). Dette bidrager til sammenhæng i sprogbrug på tværs af retningslinjer og myndighedsdokumenter.

Non-farmakologisk behandling skal ikke forstås som en afgrænset modsætning til farmakologisk behandling, men afspejler en biopsykosocial forståelse af ADHD, hvor biologiske, psykologiske og sociale faktorer spiller sammen. Non-farmakologisk behandling retter sig mod både individuelle forudsætninger — herunder kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige færdigheder — og de sociale og miljømæssige betingelser, som barnet eller den unge indgår i. Indsatserne kan tilbydes selvstændigt eller i kombination med farmakologisk behandling som del af en samlet behandlingsplan.

Denne retningslinje er primært udformet til klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle, der leverer non-farmakologiske behandlingsindsatser til børn og unge med ADHD i det danske sundhedsvæsen. I sekundærsektoren retter retningslinjen sig særligt mod fagprofessionelle i børne- og ungdomspsykiatrien. I primærsektoren er den primære målgruppe praktiserende speciallæger i psykiatri samt praktiserende psykologer under sygesikringen.

Non-farmakologiske indsatser tilbydes i Danmark på tværs af sektorer og organisatoriske rammer. I kommunalt regi - herunder via kommunalt udbudte private aktører - indgår psykosociale indsatser som en del af den rehabiliterende indsats. Selvom den primære målgruppe er sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet, kan retningslinjen tillige tjene som inspiration for udvikling og kvalificering af kommunale tilbud

## Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret indsats med non-farmakologisk behandling af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark. Retningslinjen skal styrke den kliniske kvalitet ved at samle og formidle den bedst tilgængelige viden om non-farmakologisk behandling af børn og unge 0–18 år med ADHD og bidrage til mere sammenhængende og evidensbaserede patientforløb, der er relevante og meningsfulde for barnet og forældre. Retningslinjen skal desuden understøtte implementering af den multimodale og non-farmakologiske tilgang i dansk regional praksis og bidrage til at udvikle fælles fagligt grundlag og tværfagligt samarbejde omkring barnets og den unges hverdagsfunktion, trivsel og udviklingsbehov (12).

## Patientgruppe

Retningslinjen gælder for:

- børn under 6 år <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Retningslinjens aldersafgrænsning er tilpasset danske forhold. De australske retningslinjer opererer med kategorierne "børn under 5 år" og "børn og unge i alderen 5–17 år". I nærværende retningslinje er dette justeret til "børn under 6 år" i overensstemmelse med Medicinrådets aldersopdeling samt til "6–18 år" i tråd med den danske børne- og ungdomspsykiatriske organisering, hvor BUP omfatter børn og unge op til 18 år (13).

- børn og unge og unge i alderen 6-18 år <sup>2</sup>
- med diagnosticeret ADHD
- både ambulante og, hvor relevant, indlagte patienter
- indsatser i hele patientforløbet fra tidlig udvikling til overgang mod voksenområdet.

## Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet. Den primære målgruppe er derfor klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle samt ledere og beslutningstagere i det danske sundhedsvæsen, herunder især:

- læger, psykologer, sygeplejersker og øvrige klinisk arbejdende faggrupper i børne- og ungdomspsykiatrien
- praktiserende psykologer under sygesikringen
- afdelingsledelser og kliniske ledere
- ledere med ansvar for planlægning, organisering og implementering af behandlingstilbud

Retningslinjen kan tjene som inspiration for udvikling af kommunale tilbud.

---

<sup>2</sup> Retningslinjens aldersafgrænsning er tilpasset danske forhold. De australske retningslinjer opererer med kategorierne "børn under 5 år" og "børn og unge i alderen 5–17 år". I nærværende retningslinje er dette justeret til "børn under 6 år" i overensstemmelse med Medicinrådets aldersopdeling samt til "6–18 år" i tråd med den danske børne- og ungdomspsykiatriske organisering, hvor BUP omfatter børn og unge op til 18 år.

## 4. Evidensgrundlag

### Forældretræning

1. Børn under 6 år: Forældretræning skal tilbydes forældre og omsorgspersoner til børn under 6 år med ADHD (A)

*Farmakologisk behandling anvendes ikke til børn under 4 år med ADHD og anvendes kun undtagelsesvist til børn i alderen 4-5 år efter nøje overvejelse på afdeling med godkendt specialefunktion, og kun såfremt relevante pædagogiske indsatser og forældretræning ikke har den ønskede effekt (13). Forældretræning udgør derfor en primær non-farmakologisk behandlingsindsats for børn med ADHD i denne aldersgruppe.*

2. Børn 6-17 år: Forældretræning skal tilbydes forældre og omsorgspersoner til børn og unge med ADHD (A)

### Ad anbefaling 1 og 2

#### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne 1-2 er baseret på baggrund af konsensus i de australske retningslinjer (6) og (14) samt understøttet af anbefalinger i de øvrige inkluderede nationale og internationale retningslinjer (15-18). Anbefaling 1, der primært er baseret på den australske retningslinje, anvender 6 RCT-studier som evidensgrundlag (6) [1b]. Anbefaling 2, der primært er baseret på den australske retningslinje, anvender 7 RCT-studier som evidensgrundlag (6) [1b].

#### Rationale

Børn og unge med ADHD udgør en heterogen gruppe med betydelige variationer i funktionsniveau, styrker, udfordringer og støttebehov. ADHD forstås som en neuroudviklingsbetinget variation i opmærksomhed, aktivitetsniveau og selvregulering, og vanskelighederne forstås i samspillet mellem barn og omgivelser frem for som et individuelt problem hos barnet alene. Omgivelsernes tilgang — herunder måden rammer, kommunikation og støtte tilrettelægges på — er derfor afgørende for, hvordan ADHD kommer til udtryk i barnets eller den unges dagligdag. Forældrenes rolle er central i denne sammenhæng, idet deres måde at tilrettelægge rammer, kommunikation og hverdagsstrategier på har direkte betydning for barnets eller den unges trivsel og funktion.

Forældretræning er en veldokumenteret indsats, der styrker forældrenes kompetencer i denne rolle og har til formål at understøtte en positiv udvikling hos barnet eller den unge. Det er væsentligt at understrege, at forældretræning ikke indebærer en antagelse om utilstrækkelige forældreevner, men har fokus på udvikling af relevante kompetencer til støtte af børn og unge med ADHD. Forældre er centrale samarbejdspartnere i indsatsen, mens det faglige ansvar for koordinering og behandling forbliver forankret hos relevante professionelle.

#### Præcisering

Forældretræning forstås som evidensbaserede, strukturerede og manualbaserede indsatser med adfærdsterapeutisk fundament, der støtter forældre i at udvikle og anvende konkrete strategier tilpasset barnets eller den unges særlige behov relateret til ADHD. Det er denne type programmer, der danner grundlag for den eksisterende forskning og for anbefalingerne om forældretræning ved ADHD.

Forældretræning tilrettelægges med mulighed for individuel tilpasning til barnets eller den unges alder, udviklingsniveau, behov og familiens samlede situation (Australian ADHD Guideline Development Group, 2022) (6) og består af to distinkte, men gensidigt afhængige komponenter: 1) psykoedukation, der fremmer forældrenes forståelse af, hvordan ADHD konkret kommer til udtryk hos deres barn, og 2) træning i og gradvis generalisering af konkrete forældrestrategier til familiens dagligdag, herunder strukturerede hjemmeopgaver mellem sessionerne. Psykoedukation udgør således en nødvendig, men ikke tilstrækkelig, del af forældretræning.

Programmerne indeholder ofte tillige elementer rettet mod hyppigt forekommende tillægsproblematikker, herunder søvnvanskeligheder, udadreagerende adfærd, sprogforstyrrelser, ængstelighed og forskelle i sansebearbejdning.

For unge i alderen 12–17 år tilpasses indhold og form til aldersgruppen. Mange unge med ADHD har fortsat behov for forældre støtte i relation til struktur, regulering og planlægning i hverdagen, og indsatsen har derfor fokus på at støtte forældre i at tilrettelægge rammer og støtte, der matcher den unges udviklingsbehov og funktionsprofil.

Forældretræningsprogrammer leveres til forældrene individuelt eller i gruppe. I nogle programmer indgår børn og unge i dele af forløbet.

## Patientværdier og –præferencer

Planlægning og tilrettelæggelse af forældretræning tager udgangspunkt i forældres og familiers værdier, præferencer og livssituation. Indsatsen individualiseres og tilpasses det enkelte barns og den enkelte families behov, ressourcer og udfordringer.

Forældretræning tilbydes i manualbaserede programmer i forskellige formater, herunder individuelt og i gruppe. Valg af leveringsform træffes i dialog med familien inden for de faglige rammer for indsatsen. Inden for den manualbaserede ramme tilpasses tempo, fokus og sessionernes omfang familiens behov og barnets eller den unges situation.

Indsatsen er specifikt målrettet familier med børn med ADHD og gennemføres med opmærksomhed på den stigmatisering og de misforståelser, som forældre kan have oplevet i mødet med professionelle. Forløbene balancerer fokus på udfordringer med anerkendelse af barnets og familiens styrker, værdier og interesser.

Indholdet omfatter psykoedukation om ADHD og dets betydning for funktion i hverdagen samt konkrete strategier, herunder miljømæssige tilpasninger, struktur og forudsigelighed, adfærdsbaserede metoder og positive forældrestrategier. Der tages samtidig højde for forældres egne forudsætninger og eventuelle barrierer for deltagelse, herunder familiære belastninger, tilpasning til barnets diagnose og samtidige vanskeligheder. Der er desuden opmærksomhed på forældres egne kognitive og organisatoriske forudsætninger, herunder eventuelle opmærksomheds- eller reguleringsvanskeligheder, og indsatsen tilrettelægges med relevant struktur, støtte og stilladsering, så deltagelse og udbytte bliver muligt for den enkelte familie.

Rammerne omkring barnet eller den unge har stor betydning for trivsel og funktion. I dagtilbud, skole og uddannelse møder børn og unge med ADHD ofte krav til opmærksomhed, selvregulering og organisering, som ikke altid matcher deres forudsætninger. Forældre spiller en central rolle som støtte og samarbejdspartnere omkring barnet, og forældretræning omfatter derfor også støtte til forældres forståelse af barnets behov og til dialog og samarbejde med dagtilbud, skole eller uddannelsessted. Ved behov kan fagpersoner bidrage med formidling af viden og anbefalinger til disse sammenhænge. Ansvar for planlægning og gennemførelse af eventuelle tilpasninger ligger hos de relevante aktører.

For familier, hvor forældrene ikke er samboende, tilrettelægges indsatsen, så begge forældre kan deltage, når det er i barnets interesse og forældrene ønsker det, med respekt for at forældre kan have forskellige perspektiver og behov.

Indsatsen planlægges og gennemføres i løbende dialog med familien med henblik på, at forløbet opleves som meningsfuldt, relevant og anvendeligt i familiens hverdag.

## Praktiske og økonomiske overvejelser

Implementering af anbefalingen forudsætter tydelig organisatorisk og ledelsesmæssig opbakning og prioritering, herunder klare arbejdsgange, ansvarsfordeling samt afsættelse af tid og ressourcer. Herudover kræves systematisk efteruddannelse og kompetenceudvikling af relevante fagpersoner samt adgang til faglig sparring og supervision, så indsatsen kan anvendes ensartet og med høj kvalitet i praksis.

## Kognitiv adfærdsterapi

3. Kognitiv adfærdsterapi kan tilbydes til børn i alderen 5–12 år med ADHD (C)
4. Kognitiv adfærdsterapi bør tilbydes til unge i alderen 13–17 år med ADHD (C)

## Ad anbefaling 3 og 4

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på baggrund af konsensus i de australske retningslinjer (6) og (14), samt understøttet af anbefalinger i de øvrige inkluderede nationale og internationale retningslinjer (15-18). Ad anbefaling 3 og 4, er evidensgrundlaget præsenteret i NICE-rapporten og gengivet i de australske retningslinjer bestående af 1 RCT-studie (15-18). Anbefalingen om kognitiv adfærdsterapi (til børn og unge med ADHD) bygger på et begrænset evidensgrundlag, som samlet set peger på, at kognitiv adfærdsterapi kan bidrage til forbedret funktion, håndtering af symptomer og reduktion af relaterede vanskeligheder, særligt hos unge. Evidensen indikerer generelt større effekt hos unge end hos yngre børn, hvilket afspejles i en stærkere anbefaling for unge.

Der foreligger relativt få studier af direkte leverede kognitive og/eller adfærdsmæssige interventioner til børn og unge med ADHD, og evidenskvaliteten er generelt lav med moderat til høj risiko for bias.

For unge vurderes evidensgrundlaget dog som tilstrækkeligt til at anbefale, at kognitiv adfærdsterapi bør tilbydes. Vurderingen bygger både på en voksende evidens for effekt af kognitiv adfærdsterapi hos voksne med ADHD og på, at unge udviklingsmæssigt har øgede kognitive og metakognitive forudsætninger for at anvende kognitive og adfærdsmæssige strategier i hverdagen.

For børn med ADHD er den yderligere effekt af kognitiv adfærdsterapi som selvstændig indsats for barnet ud over miljømæssige tilpasninger og forældre-/familietræning mindre klar. For børn med ADHD findes der meget få studier, hvor i) kognitiv adfærdsterapi gives udelukkende til barnet, og ii) effekten vurderes uafhængigt af forældreindsatser og miljøtilpasninger. På den baggrund anbefales det, at kognitiv adfærdsterapi kan tilbydes til børn med ADHD, men med lavere anbefalingsstyrke end for unge.

Effekten af kognitiv adfærdsterapi hænger tæt sammen med barnets eller den unges udviklingsniveau. Indsatsen tilpasses derfor alder og udvikling og gennemføres i sammenhæng med forældreindsatser, så strategier og tilpasninger kan anvendes i hverdagen.

kognitiv adfærdsterapi spiller endvidere en væsentlig rolle i behandling af hyppigt forekommende sameksisterende tilstande hos børn og unge med ADHD, herunder angst og depressive lidelser.

### Præcisering af kognitiv adfærdsterapi ved ADHD

Når kognitiv adfærdsterapi anvendes i behandling af børn og unge med ADHD, forstås indsatsen som strukturerede kognitive og adfærdsmæssige interventioner med henblik på at reducere de daglige konsekvenser af ADHD-relaterede vanskeligheder og understøtte funktion og trivsel i hverdagen. Det er denne type strukturerede og funktionsrettede tilgange, der ligger til grund for de evidensbaserede anbefalinger om kognitiv adfærdsterapi ved ADHD.

Kognitiv adfærdsterapi ved ADHD adskiller sig fra klassisk kognitiv adfærdsterapi ved primært at være færdigheds-, struktur- og strategiorienteret frem for udelukkende at have fokus på symptom- eller tankeændring (19).

I behandlingen indgår psykoedukation om ADHD og dets betydning for opmærksomhed, eksekutive funktioner og motivation samt arbejde med organisering, planlægning og reduktion af distraktioner i hverdagen. Der indgår kognitive teknikker til at bearbejde negative tankemønstre opstået på baggrund af gentagne nederlagsoplevelser knyttet til ADHD samt problemløsningsfærdigheder.

Indsatsen tilpasses barnets eller den unges udviklingsniveau og kognitive forudsætninger og understøttes af ændringer i omgivelserne. Inddragelse af forældre og øvrige nøglepersoner indgår som en integreret del af behandlingen, når det er relevant og muligt, så strategier og støtte forankres i hverdagen som et fælles ansvar mellem barnet eller den unge, familien og fagpersoner.

Kognitiv adfærdsterapi ved ADHD retter sig både mod individuelle strategier og mod tilpasning af omgivelserne og har primært fokus på funktion, trivsel, udvikling og håndtering af belastning. Indsatsen tilrettelægges med opmærksomhed på stigma samt sociale og kulturelle forhold og med en balanceret inddragelse af den enkeltes styrker, værdier og interesser.

Eksempler på centrale komponenter i kognitiv adfærdsterapi med børn og unge er angivet i faktaboks 1:

## **Faktaboks 1: Centrale elementer i kognitiv adfærdsterapi til børn og unge med ADHD**

### **Individuel tilpasning**

Kognitiv adfærdsterapi ved ADHD tager højde for variationer i opmærksomhedsfunktioner og individuelle forudsætninger og tilrettelægges i et tempo og en struktur, der løbende afstemmes med barnets eller den unges aktuelle funktionsevne.

### **Psykoedukation og viden om ADHD**

Viden om, hvordan ADHD påvirker opmærksomhed, regulering, adfærd og funktion i hverdagen – både udfordringer og styrker. Indsatsen omfatter forståelse af, at symptomer og funktionsniveau varierer over tid og påvirkes af faktorer som stress, søvn, trivsel og kontekst. Psykoedukation er en integreret del af kognitiv adfærdsterapi for ADHD, men er ikke en selvstændig indsats.

### **Miljømæssige tilpasninger**

Tilpasning af omgivelser i hjem, skole og fritid med henblik på at understøtte trivsel og funktion. Dette omfatter justering af krav, struktur og rutiner, det fysiske og sanselige miljø samt måder, hvorpå voksne og omgivelser kommunikerer og stiller forventninger.

### **Strategier og støtte i hverdagen**

Støtte til udvikling og anvendelse af konkrete redskaber og strukturer, der reducerer belastning og hjælper barnet eller den unge med at få hverdagen til at fungere, herunder organisering, planlægning, følelsesregulering, problemløsning og socialt samspil.

### **Trivsel, selvforståelse og håndtering af belastning**

Støtte til håndtering af følelsesmæssige reaktioner, belastning og stress samt til udvikling af en selvforståelse, der ikke er præget af skyld eller oplevelse af at være forkert. Indsatsen kan også omfatte støtte ved angst, nedstemthed og relationelle vanskeligheder samt ved andre samtidige psykiske eller udviklingsrelaterede vanskeligheder.

### **Inddragelse af barnet eller den unge**

Barnet eller den unge inddrages i dialog om mål, fokus og indhold for indsatsen i det omfang, det er udviklingsmæssigt relevant og meningsfuldt. Inddragelsen tager udgangspunkt i barnets eller den unges egne oplevelser af hverdagen og sker på en måde, der understøtter oplevelse af mening og medindflydelse, uden at placere ansvar for vanskeligheder eller forandringer hos barnet eller den unge.

**Inddragelse af forældre og nøglepersoner** Forældre og/eller andre nøglepersoner inddrages aktivt i indsatsen. En grundlæggende forståelse af ADHD og dets betydning for barnets eller den unges hverdagsfunktion, adfærd og følelsesliv er afgørende for, at forældre kan støtte barnet eller den unge hensigtsmæssigt og justere krav, forventninger og samspil. Inddragelsen omfatter psykoedukation, vejledning i understøttende strategier samt samarbejde om mål og tilpasninger i hjem, skole og fritid. Inddragelsen tilpasses den unges udviklingstrin og planlægges og afvejes i dialog med den unge.

**Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og koordinering** Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med barnets eller den unges nære omgivelser, herunder dagtilbud, skole, uddannelsessted og relevante fagpersoner, med henblik på at sikre sammenhængende indsatser, fælles forståelse, realistiske forventninger og hensigtsmæssige rammer i barnets eller den unges hverdag.

Adapteret og tilpasset fra de australske kliniske retningslinjer for ADHD (6, 14)

## Patientværdier og –præferencer

Indsatsen bygger på en forståelse af ADHD som en variation i hjernens udvikling og funktion frem for som et udtryk for manglende vilje eller utilstrækkelighed. Barnet eller den unge mødes med respekt for egne erfaringer, styrker og måder at fungere på, og behandlingen tilrettelægges med fokus på anerkendelse, trivsel og oplevelsen af at blive mødt med forståelse.

Kognitiv adfærdsterapi ved ADHD har primært fokus på funktion, trivsel og håndtering af psykologisk belastning frem for direkte reduktion af kernesymptomer. Udfordringer i hverdagen forstås og formidles i lyset af, hvordan ADHD påvirker hjernens funktion, regulering og adfærd i samspil med omgivelsernes krav og forventninger.

Barnet eller den unge inddrages i samtaler om mål og fokus for indsatsen på en måde, der er tilpasset alder og udviklingsniveau, og med udgangspunkt i, hvad barnet eller den unge selv oplever som vigtigt eller vanskeligt i hverdagen. Målsætning og indhold fastlægges i samarbejde mellem barnet eller den unge, forældre og fagpersoner.

Indsatsen retter sig både mod barnet eller den unge og mod omgivelserne og tilpasses individuelt i forhold til udviklingsniveau, kognitive forudsætninger og livssituation.

Forældre og øvrige omsorgspersoner inddrages som aktive samarbejdspartnere og støttes i at anvende strategier og tilpasninger i hverdagen. Kognitiv adfærdsterapi tilrettelægges som udgangspunkt i sammenhæng med forældreindsatser.

Børn og unge med ADHD oplever ofte betydelige udfordringer i skole og uddannelse, hvor rammer og krav ikke altid matcher deres forudsætninger. Dette kan påvirke både trivsel, eksekutive funktioner, selvopfattelse og vurdering af egne evner. For at understøtte funktion og udbytte af kognitiv adfærdsterapi indgår derfor faglig formidling af viden om ADHD og barnets eller den unges behov til skole eller uddannelsessted, når det er relevant. Ansvar for planlægning og gennemførelse af eventuelle ændringer i uddannelsesmiljøet ligger hos de relevante aktører.

En balanceret tilgang, hvor fokus på udfordringer kombineres med anerkendelse af styrker, værdier og interesser, er central for engagement og udbytte. Der tages desuden højde for stigma samt sociale og kulturelle forhold, så indsatsen opleves som relevant og acceptabel for forskellige familier.

## Praktiske og økonomiske overvejelser

Implementering af anbefalingen forudsætter tydelig organisatorisk og ledelsesmæssig opbakning og prioritering, herunder klare arbejdsgange, ansvarsfordeling samt afsættelse af tid og ressourcer. Herudover kræves systematisk efteruddannelse og kompetenceudvikling af relevante fagpersoner samt adgang til faglig sparring og supervision, så indsatsen kan anvendes ensartet og med høj kvalitet i praksis. Kognitiv adfærdsterapi til unge med ADHD bør varetages af fagpersoner med ADHD-specifik viden og kompetencer. Behandlingen adskiller sig fra traditionel kognitiv adfærdsterapi ved i højere grad at være struktur-, miljø- og færdighedsorienteret og forudsætter forståelse for, hvordan ADHD påvirker den enkelte i hverdagen, med fokus på funktion, mestring og, når det er relevant, inddragelse af forældre og øvrige netværk.

## Kognitiv træning

5. Der foreligger ikke tilstrækkelig evidens til at anbefale kognitiv træning til børn og unge med ADHD (D)

## Ad anbefaling 5

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på baggrund af konsensus i de australske retningslinjer (6) og (14), samt understøttet af anbefalinger i de øvrige inkluderede nationale og internationale retningslinjer (15-18). Ad. anbefaling 5 er evidensgrundlaget præsenteret i NICE-rapporten og gengivet i de australske retningslinjer bestående af 1 RCT-studie (15-18).

### Rationale

Kognitiv træning ved ADHD omfatter primært computerbaserede træningsprogrammer, der har til formål at forbedre kognitive funktioner såsom opmærksomhed og hukommelse med henblik på at reducere ADHD-relaterede vanskeligheder og forbedre funktion i hverdagen.

For børn og unge med ADHD foreligger der ikke evidens for, at kognitiv træning medfører forbedringer i overordnede ADHD-relaterede vanskeligheder vurderet af forældre. Enkelte studier har vist mindre forbedringer i forældrerapporteret opmærksomhed og aktivitetsniveau, men evidensen er af lav eller meget lav kvalitet. Der er desuden ikke påvist robust evidens for forbedringer i barnets generelle funktion i hverdagen eller i lærerbedømte ADHD-relaterede vanskeligheder.

På baggrund af det samlede, aktuelle evidensgrundlag vurderes der ikke at være tilstrækkelig dokumentation til at anbefale kognitiv træning som behandling til børn og unge med ADHD. Samtidig foreligger der ikke et tilstrækkeligt evidensgrundlag til entydigt at afvise effekt (6, 14). Det aktuelle evidensgrundlag giver ikke tilstrækkeligt grundlag for at formulere klare anbefalinger på området.

### Praktiske og økonomiske overvejelser

Ikke relevant.

## Neurofeedback

6. Der foreligger ikke tilstrækkelig evidens til at anbefale neurofeedback til børn og unge med ADHD (D)

## Ad anbefaling 6

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på baggrund af konsensus i de australske retningslinjer (6) og (14), samt understøttet af anbefalinger i de øvrige inkluderede nationale og internationale retningslinjer (15-18). Ad. anbefaling 7, er evidensgrundlaget præsenteret i NICE-rapporten og gengivet i de australske retningslinjer bestående af 2 RCT-studier (15-18).

### Rationale

Neurofeedback ved ADHD omfatter primært EEG-baserede interventioner, hvor barnet eller den unge via feedback trænes i at påvirke bestemte mønstre i hjerneaktiviteten. Metoden bygger på principper om operant betingning og har til formål at reducere ADHD-relaterede vanskeligheder gennem selvregulering af neural aktivitet. Der findes flere forskellige former for neurofeedback og behandlingsregimer.

Evidensgrundlaget for neurofeedback hos børn og unge med ADHD er begrænset og inkonsistent. Studierne er generelt kendetegnet ved lav eller meget lav evidenskvalitet, små stikprøver og metodiske begrænsninger, herunder risiko for bias. Nyere og mere metodisk stringente studier har ikke kunnet påvise en specifik effekt af neurofeedback ud over uspecifikke eller placebo-relaterede effekter. Sammenligninger med kontrolbetingelser og andre ikke-farmakologiske indsatser viser overordnet ingen klar eller klinisk relevant fordel af neurofeedback.

På den baggrund foreligger der således ikke grundlag for at anbefale neurofeedback i klinisk praksis på nuværende tidspunkt (6).

## ADHD-coaching

7. Der foreligger ikke tilstrækkelig evidens til at anbefale ADHD coaching som selvstændig indsats til børn og unge med ADHD (D)

### Ad anbefaling 7

#### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på baggrund af konsensus i de australske retningslinjer (6) og (14), samt understøttet af anbefalinger i de øvrige inkluderede nationale og internationale retningslinjer (15-18). Ad anbefaling 7, er evidensgrundlaget et narrativt review præsenteret i de australske retningslinjer (6).

#### Rationale

Evidensgrundlaget for ADHD-coaching er begrænset, ikke aldersspecifikt og præget af stor metodisk variation. De få studier, der omfatter børn og unge, er små og af lav kvalitet. Indholdet i ADHD-coaching overlapper i betydeligt omfang med elementer, der allerede indgår i anbefalede indsatser såsom kognitiv adfærdsterapi, forældreindsatser og miljøtilpasninger. På den baggrund foreligger der ikke grundlag for at anbefale ADHD coaching som selvstændig indsats i klinisk praksis.

## Peer support

8. Der foreligger ikke tilstrækkelig evidens til at anbefale peer-støtte som indsats til børn og unge med ADHD (D)

### Ad anbefaling 8

#### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen er baseret på baggrund af konsensus i de australske retningslinjer (6) og (14), samt understøttet af anbefalinger i de øvrige inkluderede nationale og internationale retningslinjer (15-18). Ad anbefaling 8 beskriver den australske retningslinje, at evidensgrundlaget er for heterogent og begrænset til at kunne foretage en anbefaling af området (6).

#### Rationale

Peer-støtte er en anerkendt støttefunktion i mentale sundhedstilbud generelt, men der foreligger begrænset viden om effekten for personer med ADHD og ingen evidens målrettet børn og unge. På

den baggrund kan der ikke gives en anbefaling om peer støtte som indsats for børn og unge med ADHD.

## Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger og implementeringsovervejelser

Med afsæt i pakkeforløb for ADHD hos børn og unge (20, 21), forventes implementeringen af anbefalingerne om forældretræning og kognitiv adfærdsterapi at medføre ændringer i ressourceforbrug og driftsbudget i børne- og ungepsykiatrien. Konkret vurderes det, at anbefalingerne vil medføre behov for:

**Opkvalificering af personale**, idet systematisk forældretræning og kognitiv adfærdsterapi målrettet ADHD forudsætter specifik uddannelse og supervision i evidensbaserede, manualbaserede programmer. Dette kan indebære kompetenceudvikling af eksisterende personale

**Udvidelse af behandlingskapacitet**, idet anbefalingerne forudsætter et struktureret forløb over flere sessioner med både forældre og barn eller ung. Dette vil potentielt medføre øget personaletid og behov for tilpasning af eksisterende arbejds gange.

Det vurderes, at de nævnte tiltag vil kræve en initial investering i kompetenceudvikling og tilrettelæggelse af nye arbejds gange, men at dette på sigt vil bidrage til mere strukturerede og effektive behandlingsforløb for målgruppen. Anbefalingerne er endvidere i overensstemmelse med intentionerne i 10-årsplanen for psykiatri og den politiske psykiatraftale om at styrke og udbrede evidensbaserede, non-farmakologiske behandlingstilbud til børn og unge med psykiske lidelser (11, 20).

## Særlige fokusområder:

### Sameksisterende tilstande

ADHD er en heterogen udviklingsforstyrrelse, og sameksisterende tilstande forekommer hyppigt hos børn og unge med ADHD. Op mod 80 procent anslås at have en eller flere sameksisterende tilstande, som kan påvirke den daglige funktion i hjemmet, socialt og i uddannelse. Disse kan blandt andet omfatte sprogforstyrrelser, angst, tics, autismespektrumforstyrrelser, søvnforstyrrelser, adfærdforstyrrelser, depression og ordblindhed (22).

Betegnelsen sameksisterende tilstande følger en international bevægelse væk fra begrebet komorbiditet, som kan give indtryk af, at én tilstand er primær og andre sekundære. Tilstande som angst, depression, autisme eller søvnvanskeligheder eksisterer ofte side om side med ADHD, påvirker hinanden og skal tænkes ind samlet i den kliniske vurdering og indsats.

Der lægges derfor vægt på, at indsatserne individualiseres og tilpasses den samlede problematik, og at barnet eller den unge, forældre og netværk støttes i at forstå, hvordan ADHD og sameksisterende tilstande påvirker funktion i hverdagen. Relevante nationale retningslinjer for andre tilstande inddrages ved behov, men indsatserne tilpasses samtidig ADHD, variationer i opmærksomhedsfunktioner, individuelle forudsætninger samt behov for struktur, tempo og løbende afstemning til aktuel funktionsevne.

## Særligt fokusområde for børn og unge med ADHD: Skærmbrug

Skærmbrug er inddraget som et særskilt fokusområde, da det fylder betydeligt i mange børns, unges og familiers hverdag, og der i klinisk praksis ses en stigende efterspørgsel fra forældre på støtte til håndtering af skærmvaner.

### Litteratur og evidensgennemgang

Forskning peger på sammenhænge mellem højt skærmforbrug og forværring af opmærksomhed, impulsivitet, søvn og daglig funktion. En systematisk gennemgang af 28 longitudinelle studier konkluderer, at størstedelen af studierne finder en signifikant prospektiv sammenhæng mellem digital mediebrug og stigende ADHD-symptomer (23).

Et stort longitudinelt studie med over 8.000 børn fandt, at høj brug af sociale medier var forbundet med efterfølgende reduktion i vedvarende opmærksomhed – også når der blev kontrolleret for andre risikofaktorer (24).

### Rationale og præcisering

Børn og unge med ADHD udgør en særlig risikogruppe, idet ændringer i hjernens belønningssystem er forbundet med en øget præference for umiddelbare og hyppige belønninger (25). Digitale medier er ofte designet omkring sådanne belønningsstrukturer, hvilket kan bidrage til øget tiltrækning og fastholdelse af opmærksomhed. Dette kan gøre skærmbrug vanskeligt at regulere og bidrager til, at børn og unge med ADHD gennemgående har højere skærmtid end jævnaldrende (26).

På den baggrund vurderes det relevant, at skærmvaner indgår som en integreret del af den samlede forståelse af barnets eller den unges funktion og hverdag.

### Patientværdier og præferencer

Inddragelse af skærmbrug tager udgangspunkt i barnets, den unges og familiens perspektiver og hverdag. Forældre efterspørger ofte støtte til at etablere rammer og håndtere konflikter relateret til skærmbrug.

Anbefalinger og information tilrettelægges med respekt for familiens værdier, ressourcer og behov og med fokus på at skabe realistiske og meningsfulde ændringer i hverdagen.

### Bemærkninger og overvejelser

I arbejdsgruppen er der konsensus om, at skærmvaner bør indgå systematisk i non-farmakologisk udredning og behandling på linje med søvn, struktur og hverdagsrutiner.

Klinisk anbefales kortlægning af omfang, indhold og tidsmønstre samt støtte til tydelige rammer og alderssvarende grænser.

Som minimum kan Sundhedsstyrelsens anbefaling om 1–2 timers fritidsskærmbrug anvendes som praktisk pejlemærke (27).

## Best practice

Best practice ved non-farmakologisk behandling af børn og unge med ADHD indebærer, at indsatser planlægges som en multimodal og sammenhængende indsats, hvor flere typer tiltag kombineres – inkl. farmakologisk behandling, når relevant og anbefalet (13) (se retningslinjer for medicinsk behandling (28)).

Indsatserne individualiseres og tilrettelægges i tæt samarbejde med barnet eller den unge og forældrene med udgangspunkt i fælles beslutningstagning. Barnets eller den unges og familiens

perspektiver, værdier, mål og præferencer inddrages, og der sikres gennemsigthed, informeret samtykke og mulighed for valg inden for de faglige rammer

Psykoedukation indgår som en fast integreret del af alle relevante forløb for børn og unge med ADHD. Den bidrager til forståelse af ADHD og dets betydning for funktion og trivsel hos både barnet eller den unge og forældrene. Psykoedukation er ikke en selvstændig behandlingsindsats, men indgår som en naturlig del af samlede behandlingsforløb på linje med praksis ved andre somatiske, psykiske og neuroudviklingsmæssige tilstande.

Indsatser tilrettelægges med udgangspunkt i barnets eller den unges og familiens samlede situation med fokus på funktion i hverdagen og på samspillet mellem barnets eller den unges forudsætninger og omgivelsernes krav. For børn og unge med ADHD har støtte, struktur og forståelse fra nære omgivelser stor betydning, og inddragelse af forældre og pårørende er derfor afgørende for implementering, kontinuitet og forankring af indsatser i dagligdagen.

Sameksisterende tilstande forekommer hyppigt og kan gensidigt påvirke hinanden. Best practice indebærer, at der løbende vurderes, om tilstande ud over ADHD har betydning for barnets eller den unges funktionsniveau og trivsel - og at denne viden aktivt inddrages, når indsatser tilrettelægges og individualiseres.

Indsatser til børn og unge med ADHD koordineres på tværs af relevante sektorer og aktører som led i en samlet, multimodal indsats, der understøtter sammenhæng og kontinuitet i barnets eller den unges forløb.

I planlægningen af indsatser tages udgangspunkt i gældende nationale anbefalinger, herunder Sundhedsstyrelsens generelle retningslinjer om fx skærmbrug, fysisk aktivitet, søvn og sund levevis. Disse anbefalinger udgør vigtige rammer for sundhedsfremme og trivsel, men erstatter ikke målrettede behandlingsindsatser ved ADHD.

Best practice forudsætter en respektfuld og ikke-stigmatiserende tilgang, hvor barnet eller den unge og familien mødes som aktive samarbejdspartnere. Indsatserne understøtter håb, deltagelse og handlemuligheder og gennemføres i et samarbejde præget af tillid, partnerskab og gensidig respekt mellem familien og sundhedsvæsenet. Principper for best practice er opsummeret i faktaboks 2:

### **Faktaboks 2 - Best practice kendetegnes ved:**

- En multimodal og sammenhængende indsats, hvor flere typer tiltag kombineres, herunder non-farmakologiske behandlingsindsatser (fx forældretræning og kognitiv adfærdsterapi) og, når relevant, farmakologisk behandling
- Indsatser, der individualiseres og tilpasses barnets eller den unges udviklingsniveau, forudsætninger, styrker, mål og familiens samlede situation
- Psykoedukation som en fast integreret del af alle relevante forløb, men ikke som selvstændig indsats.
- Systematisk vurdering og inddragelse af sameksisterende tilstande, da disse hyppigt forekommer, gensidigt kan påvirke hinanden og har betydning for, hvordan indsatser tilrettelægges og individualiseres.
- Inddrag systematisk barnets skærmbrug- og vaner i udredning og behandling, og brug Sundhedsstyrelsens anbefalinger (maks. 1–2 timers fritidsskærm) som pejlemærke.
- Fælles beslutningstagning, hvor barnets eller den unges og familiens præferencer og værdier inddrages, og hvor der skabes gennemsigtighed om muligheder, forventet effekt og forløb
- Fokus på funktion i hverdagen og på samspillet mellem barnets eller den unges forudsætninger og omgivelsernes krav
- Systematisk forældreinddragelse som centrale samarbejdspartnere i planlægning og gennemførelse af indsatser

## Overgang til voksenlivet og voksentilbud

Dette afsnit beskriver principper for koordinering og tværsektorielt samarbejde ved overgange, da en helhedsorienteret indsats for unge med ADHD forudsætter samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet og de aktører, der omgiver den unge i hverdagen - herunder kommunale tilbud, uddannelsesinstitutioner og beskæftigelsesaktører. Formålet med afsnittet er at sætte fokus på sårbare overgange i den unges forløb og give inspiration til principper for bedre koordinering og tværsektorielt samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet og de aktører, der omgiver den unge i hverdagen - herunder kommunale tilbud, uddannelsesinstitutioner og beskæftigelsesaktører.

ADHD er for mange en vedvarende tilstand ind i ungdoms- og voksenlivet, og behovet for behandling og støtte ændrer sig over tid. Sammenhæng og kontinuitet i indsatsen på tværs af livsfaser er derfor central. Overgange mellem tilbud - særligt fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenområdet - samt skift i uddannelses- og hverdagskontekster udgør sårbare perioder med øget risiko for afbrudte forløb, tab af støtte og forværring af funktion og (29).

### Overgang fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri

For unge i aktive forløb i børne- og ungdomspsykiatrien indgår overgange som en planlagt og integreret del af behandlingsforløbet og forberedes i god tid. Planlægningen omfatter tidlig identifikation af kommende overgangspunkter, fælles drøftelse med den unge og familien samt tydelig aftale om ansvar, kontaktveje og videre opfølgning. Relevant information om funktionsniveau, støttebehov, tidligere indsatser og virksomme strategier overleveres systematisk mellem afgivende og modtagende tilbud for at sikre kontinuitet (6).

Overgangen til voksenområdet tilrettelægges i samarbejde mellem den unge, familien, afgivende og modtagende behandlere samt relevante aktører i primærsektoren. Individuelt tilpassede overgangsplaner tydeliggør mål, støttebehov og konkrete aftaler. Udpegning af en gennemgående kontaktperson eller overgangsansvarlig understøtter koordinering og skaber tryghed i forløbet.

Unge tilbydes forberedelse og støtte til gradvist øget selvstændighed, herunder viden om egne behov, rettigheder og muligheder for hjælp. Forældre og pårørende inddrages fortsat som samarbejdspartnere efter den unges ønsker og behov.

### Koordinering og tværsektorielt samarbejde ved overgang for unge uden aktivt behandlingsforløb i børne- og ungdomspsykiatrien

Mange unge med ADHD er ikke i et aktivt forløb i børne- og ungdomspsykiatrien ved overgangen til voksenlivet. For denne gruppe er tværsektorielt samarbejde særligt centralt for at forebygge yderligere tab af støtte og kontinuitet.

Skift i dagtilbud, skole, ungdomsuddannelse eller arbejde udgør væsentlige overgangspunkter. I disse situationer indgår dialog med relevante uddannelses- eller beskæftigelsesaktører med henblik på at formidle viden om ADHD og den unges behov samt understøtte tilpasning af rammer og støtte. Ansvar for planlægning og gennemførelse af tilpasninger forankres hos de relevante aktører.

En systematisk og koordineret tilgang til overgangene bidrager til at forebygge brud i behandling og støtte og understøtter fortsat funktion, deltagelse og trivsel.

Centrale principper for overgangen fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri i et tværsektorielt perspektiv er samlet i faktaboks 3.

### Faktaboks 3 – Principper for god overgang ved ADHD

- Overgange identificeres tidligt og planlægges som en integreret del af det samlede behandlingsforløb.
- Den unge og familien inddrages aktivt i planlægning af mål, behov og ønsker for det videre forløb.
- Relevante oplysninger om funktionsniveau, støttebehov og virksomme indsatser overleveres systematisk mellem afgivende og modtagende tilbud.
- Ansvar, kontaktveje og opfølgning tydeliggøres, og der kan udpeges en gennemgående kontaktperson for at sikre koordinering og kontinuitet.
- Overgange mellem både sundhedstilbud og hverdagsarenaer (dagtilbud, skole, uddannelse, arbejde) håndteres planlagt gennem dialog med relevante aktører med henblik på at formidle behov og understøtte passende rammer og støtte.
- Den unge forberedes til gradvist øget selvstændighed, og forældre/pårørende inddrages fortsat som samarbejdspartnere efter behov.

## 5. Referencer

1. Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, Tsegay L, Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of affective disorders*. 2023;339:860-6.
2. Hansen AS, Christoffersen CH, Telléus GK, Lauritsen MB. Referral patterns to outpatient child and adolescent mental health services and factors associated with referrals being rejected. A cross-sectional observational study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1063.
3. Coghill D, Banaschewski T, Cortese S, Asherson P, Brandeis D, Buitelaar J, et al. The management of ADHD in children and adolescents: bringing evidence to the clinic: perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG). *Eur Child Adolesc Psy*. 2023;32(8):1337-61.
4. French B, Nalbant G, Wright H, Sayal K, Daley D, Groom MJ, et al. The impacts associated with having ADHD: an umbrella review. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15.
5. Daley D, Jacobsen RH, Lange A-M, Sørensen A, Walldorf J. The economic burden of adult attention deficit hyperactivity disorder: A sibling comparison cost analysis. *European Psychiatry*. 2019;61:41-8.
6. Australian ADHD Guideline Development Group. Australian Evidence-Based Clinical Guideline For Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Melbourne: Australasian ADHD Professionals Association; 2022.
7. Sibley MH, Bruton AM, Zhao X, Johnstone JM, Mitchell J, Hatsu I, et al. Non-pharmacological interventions for attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2023;7(6):415-28.
8. Brinkman WB, Simon JO, Epstein JN. Reasons Why Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Stop and Restart Taking Medicine. *Acad Pediatr*. 2018;18(3):273-80.
9. Cortese S. Evidence-based prescribing of medications for ADHD: where are we in 2023? *Expert Opin Pharmacother*. 2023;24(4):425-34.
10. Hai T, Duffy HA, Lemay JA, Lemay JF. Impact of stimulant medication on behaviour and executive functions in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *World Journal of Clinical Pediatrics*. 2022;11(1):48.
11. Indenrigs og sundhedsministeriet. Aftale om en samlet 10-årsplan for Psykiatrien 2020-2030. 2025 9. maj.
12. Monitoreringsgruppen.
13. Medicinrådet. Medicinrådets behandlingsvejledning: Opsummering af Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende lægemidler ADHD. 2025 17. december 2025.
14. May T, Birch E, Chaves K, Cranswick N, Culnane E, Delaney J, et al. The Australian evidence-based clinical practice guideline for attention deficit hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2023;57(8):1101-16.
15. Wolraich ML, Hagan JF, Jr., Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2019;144(4).
16. NICE. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management | Guidance. National Institute for Health and Care Excellence; 2019 2018/03/14/. Report No.: NG87.
17. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge. 2021.
18. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten: Socialstyrelsen; 2024.
19. Sprich S, Safren SA. *Overcoming ADHD in Adolescence: A Cognitive Behavioral Approach, Therapist Guide*. 1 ed. New York: Oxford University Press, Incorporated; 2020.
20. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for børn og unge med ADHD. København S, Danmark; 2017 15. december.
21. Danske Regioner. Pakkeforløb for ADHD: Børn og unge. 2017.
22. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(2):175-86.

23. Thorell LB, Burén J, Ström Wiman J, Sandberg D, Nutley SB. Longitudinal associations between digital media use and ADHD symptoms in children and adolescents: a systematic literature review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(8):2503-26.
24. Nivins S, Sauce B, Liebherr M, Judd N, Klingberg T. Long-term impact of digital media on brain development in children. *Sci Rep*. 2024;14(1):13030.
25. Furukawa E, Alsop B, Alves H, Vorderstrasse V, Carrasco KD, Chuang CC, et al. Disrupted waiting behavior in ADHD: exploring the impact of reward availability and predictive cues. *Child Neuropsychol*. 2023;29(1):76-95.
26. Masi L, Abadie P, Herba C, Emond M, Gingras MP, Amor LB. Video Games in ADHD and Non-ADHD Children: Modalities of Use and Association With ADHD Symptoms. *Front Pediatr*. 2021;9:632272.
27. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om skærmbrug. 2023. p. 12.
28. Medicinrådet. Ny behandlingsvejledning skal vejlede i brugen af medicin mod ADHD 2025 [Available from: <https://medicinraadet.dk/nyheder/2025/ny-behandlingsvejledning-skal-vejlede-i-brugen-af-medicin-mod-adhd>].
29. Appleton R, Elahi F, Tuomainen H, Canaway A, Singh SP. "I'm just a long history of people rejecting referrals" experiences of young people who fell through the gap between child and adult mental health services. *Eur Child Adolesc Psy*. 2021;30(3):401-13.
30. NICE. Transcutaneous electrical stimulation of the trigeminal nerve for ADHD: Interventional procedures guidance 2023 [Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/htg653>].
31. (CEBM) CfE-BM. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (March 2009) [Available from: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>].
32. CADDRA - Canadian ADHD Resource Alliance. Canadian ADHD Practice Guidelines. 4.1 Edition. Toronto ON; 2020. Report No.: 978-0-9738168-7-7.
33. Helsedirektoratet. ADHD - Nasjonal faglig retningslinje 2022 [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>].

## 6. Metode

Obs begrebsafklaring reference til tidligere. Sebastian –

### Litteratursøgning

Evidensgrundlaget for nærværende kliniske retningslinje baserer sig på en adaptation af nationale og internationale evidensbaserede retningslinjer. Den systematiske litteratursøgning blev gennemført i perioden 3. januar til 10. januar 2025. Forfattergruppen identificerede indledningsvist relevante nationale og internationale retningslinjer for non-farmakologisk behandling af ADHD hos børn og unge via ekspertgruppens kendskab til feltet samt ad hoc-søgninger. Søgningen omfattede engelsk- og skandinavisksprogede retningslinjer, og den indledende identificering resulterede i 14 retningslinjer vurderet som potentielt relevante for det kliniske område.

Derudover blev der gennemført en systematisk litteratursøgning i retningslinjefunktionen med henblik på at identificere yderligere relevante retningslinjer, der adresserer følgende spørgsmål: *Hvilke nationale og internationale kliniske retningslinjer beskriver non-farmakologiske behandlingsinterventioner for børn og unge med ADHD?*

Den systematiske søgning efter eksisterende kliniske retningslinjer blev foretaget i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), National Institute for Health and Care Excellence (NICE, UK), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), The Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA), American Psychiatric Association (APA), The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP), Australian ADHD Professionals Association (AADPA), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Kunnskapssenteret (Norge), Sundhedsstyrelsen samt PubMed.

Retningslinjer publiceret i perioden fra 2015 til 10. januar 2025 blev inkluderet, forudsat at de opfyldte følgende inklusionskriterier: 1) nationale kliniske retningslinjer eller forløbsprogrammer, 2) internationale kliniske retningslinjer, 3) publiceret på dansk, engelsk eller et nordisk sprog, 4) omhandlede børn og unge med ADHD i alderen 0–18 år og 5) udgivet indenfor de seneste 10 år i perioden 2015–2025.

Den fulde søgeprotokol og oversigt over identificerede retningslinjer kan ses i bilag 1.

### Litteraturgennemgang

Kvalitetsvurderingen af de identificerede retningslinjer blev foretaget af Retningslinjefunktionen i SundK i henhold til AGREE II domæne 3 (Rigour of development). AGREE II er et internationalt anerkendt redskab til systematisk vurdering af kliniske retningslinjers metodiske kvalitet, transparens og anvendelighed i praksis. Resultaterne af kvalitetsvurderingen er rapporteret i Bilag 2.

Retningslinjer med en AGREE-vurdering på 70% i Domæne 3 (Rigour of development) eller derover blev vurderet som metodisk robuste og inkluderet i det videre arbejde. De inkluderede retningslinjer omfattede bl.a. danske (17), svenske (30) og britiske (NICE) (30) retningslinjer samt amerikanske (15) og australske kliniske retningslinjer (6, 14).

## Systematisk guidelineanalyse (kortlægnings- og ekstraktionsproces)

Til den systematiske analyse af de inkluderede retningslinjer blev der udviklet et standardiseret, Excel-baseret vurderings- og ekstraktionsskema med faste analysekategorier. Skemaet var deduktivt opbygget med afsæt i PICO-modellen og tilpasset guidelineanalyse. Analysekategoriene omfattede bl.a.:

- interventionstype og mål (non-farmakologiske indsatser)
- evidensstyrke og anbefalingstype (styrke/formulering)
- målgruppe og kontekst (alder, setting)
- relevante outcomes (fx funktion, trivsel og deltagelse)
- leveringsform, varighed og involverede fagpersoner
- inddragelse af barn/ung, familie og skole
- relation til medicinsk behandling (fx som supplement/alternativ)
- implementeringshensyn, organisatoriske rammer samt patient-/familiepræferencer

Hver retningslinje blev vurderet uafhængigt af to ratere fra arbejdsgruppen. Efter den indledende vurdering blev der gennemført et afsluttende kvalitetstjek af én rater med henblik på at sikre konsistens, entydighed og korrekt anvendelse af vurderingsprincipper på tværs af retningslinjer. Eventuelle uoverensstemmelser blev drøftet mellem ratere og afklaret gennem konsensus, herunder ved plenudrøftelser i arbejdsgruppen ved behov.

## Vægtning af evidensgrundlaget og valg af primær kilde

Sekretariatet i SUND-K anbefalede arbejdsgruppen at udvælge én retningslinje som hovedkilde og adaptere dennes anbefalinger. Sekretariatets anbefaling blev fulgt. På baggrund af en samlet faglig vurdering opnåede arbejdsgruppen konsensus om primært at basere anbefalingerne på de australske kliniske retningslinjer for ADHD udarbejdet af Australian ADHD Professionals Association (AADPA), idet disse er blandt de nyeste på området (opdateret i 2022) og bygger på en systematisk og transparent evidensgennemgang med tydelig sammenhæng mellem evidensniveau, anbefalingsstyrke og kliniske anbefalinger. De australske retningslinjer er endvidere udarbejdet med inddragelse af et bredt tværfagligt ekspertpanel samt personer med egen erfaring med ADHD og deres pårørende, hvilket understøtter deres kliniske relevans og brugerorientering.

Anbefalingerne i nærværende DMPG-retningslinje er baseret på en adaption af de australske anbefalinger (6) og er tilpasset danske organisatoriske forhold og aldersmæssige rammer. Hvor det er relevant, er anbefalingerne suppleret med kliniske overvejelser fra arbejdsgruppen samt uddybende oplysninger fra øvrige identificerede retningslinjer.

## Formulering af anbefalinger

På baggrund af guidelineanalysen og de udfyldte ekstraktionstabeller udarbejdede arbejdsgruppen anbefalingerne gennem fælles dokumentredigering, løbende online drøftelser og mindst ét fysisk møde. Udkast til anbefalinger blev iterativt revideret med fokus på faglig præcision, gennemskuelig kobling til evidensgrundlaget, klinisk anvendelighed og relevans i en dansk kontekst.

Anbefalingerne i denne retningslinje er angivet med evidensgrundlag A, B, C eller D i overensstemmelse Oxford levels of evidence, der er vedtaget for DMPG, baseret på Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2009) (31).

Klassificeringen af evidensgrundlaget er foretaget i henhold til denne metode, og den endelige klassifikation er udført af DMPG-sekretariatet med henblik på at sikre ensartethed i anvendelsen på tværs af anbefalinger. Evidensklassifikationen baseres på de primærstudier, anbefalingen bygger på. Såfremt anbefalingen primært bygger på en eksisterende retningslinje, henviser evidensklassifikationen således til det evidensgrundlag, som den refererede retningslinje anvender. Såfremt Oxford-klassifikationen blev anvendt i den refererede retningslinje, blev de beskrevne klassifikationer gengivet. Såfremt den refererede retningslinje ikke havde beskrevet evidensklassifikation, gennemgik SundK sekretariatet evidensen og klassificerede det selv jf. metoden beskrevet i Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2009) (31).

Ved formuleringen af anbefalingerne blev anbefalingsstyrke og evidensniveau omsat til sproglig styrke i teksten. Som udgangspunkt gælder, at: Stærkere evidens og/eller konsistente anbefalinger på tværs af metodisk robuste retningslinjer understøtter mere handlingsanvisende formuleringer. Svagere evidens, større usikkerhed eller variation i retningslinjerne understøtter mere afvejende formuleringer. Ved behov inddrages hensyn til implementérbarhed, patient-/familiepræferencer og kontekstuelle forhold i den samlede anbefalingstekst.

### **Brugerinvolvering**

Børn og unge med ADHD samt deres forældre/pårørende har ikke været direkte involveret som deltagere i arbejdsgruppen eller som medforfattere i udviklingen af denne retningslinje.

Patient- og familieperspektiver er inddraget indirekte gennem de inkluderede retningslinjers beskrivelser af værdier, præferencer og implementeringshensyn (herunder særligt AADPA-retningslinjen) samt gennem repræsentation fra ADHD-foreningen og gennem arbejdsgruppens kliniske erfaringer med målgruppe.

## **Høring**

Udkast til retningslinjen er sendt i intern høring ved DMPG ADHD med henblik på ekstern faglig kvalitetssikring og praksisnær feedback. Høringsparter omfattede relevante kliniske og organisatoriske interessenter.

De modtagne kommentarer blev gennemgået systematisk af arbejdsgruppen, og der blev taget stilling til hvert enkelt input. Kommentarer, der gav anledning til ændringer, blev indarbejdet i retningslinjen, og øvrige kommentarer blev besvaret med faglig begrundelse.

## **Godkendelse**

### **Faglig godkendelse**

Dato for faglig godkendelse udfyldes efter intern høring.

### **Administrativ godkendelse**

Dato for administrativ godkendelse udfyldes af Retningslinjefunktionen.

## **Forfattere og habilitet**

- Anne-Mette Lange, seniorforsker, klinisk psykolog, specialist i klinisk børn og unge, forskningsafsnittet, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital -Skejby

- Rikke Kirstine Kristensen, sygeplejerske og cand.scient.san.publ., DASYS, Region Syddanmark
- Aida Bikic, klinisk psykolog, ph.d., lektor, BUP Region Syddanmark og Klinisk Institut, Syddansk Universitet
- Trish Nymark, Forperson for ADHD-foreningen
- Kara Stentebjerg Hansen, yngre læge BU, FYP, Region Hovedstaden
- Christina Mohr Jensen, cand.psych. Ph.d., lektor i klinisk psykologi; Aalborg Universitets Hospital, Region Nordjylland; Aalborg Universitet

Forfatterne af retningslinjen har oplyst eventuelle interessekonflikter til retningslinjefunktionen i SundK. Forfatterne er vurderet habile til at deltage i udarbejdelsen af retningslinjen.

## Plan for opdatering

Det planlægges, at retningslinjen skal opdateres hver 3. år. Næste gang i juni 2029. DMPG for ADHD har ansvaret for at etablere en arbejdsgruppe og igangsætte arbejdet med opdateringen. Det faglige område overvåges løbende af forfattergruppen gennem deltagelse i konferencer, klinisk-samt forskningsarbejde inden for genstandsfeltet. Såfremt, der opstår ny væsentlig evidens eller ændringer i klinisk praksis, der tilsiger revision af retningslinjen, vil dette foranledige en ekstraordinær opdatering.

## Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 1.0 af SundK retningslinjeskabelonen.

## 7. Monitorering

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

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

Anbefaling 1 og 2 monitoreres i ADHD databasen (henholdsvis indikator 9 og 8). Arbejdsgruppen foreslår, at anbefaling 3 og 4 i fremtiden indgår som indikator for behandlingskvalitet.

## 8. Bilag

### Bilag 1. Søgeprotokol inkl. dokumentation af søgningen i form af søgehistorik fra alle databaser.

Søgestrategi: Non-farmakologisk behandling af ADHD hos børn og unge

<b>Titel (på retningslinje)</b>	Non-farmakologisk behandling af ADHD hos børn og unge
<b>DMPG</b>	ADHD
<b>Kontakt med metodespecialist</b>	Kamilla Horn Diedrichsen (KHD)
<b>Senest udfyldt</b>	28/05/2025

<b>Baggrund</b>	<p>Non-farmakologisk behandling af ADHD hos børn og unge</p> <p>Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) er en af de hyppigste neuroudviklingsforstyrrelser i barndommen med en prævalens omkring 5 %. ADHD er ofte en livslang tilstand, som er forbundet med betydelig risiko for fremtidige vanskeligheder, herunder skolefrafald, stofmisbrug, risikoadfærd og psykisk mistrivsel. Medikamentel behandling – især med centralstimulerende midler – udgør i dag førstevalg i mange kliniske sammenhænge.</p> <p>Kliniske anbefalinger gentager, at medicin ikke kan stå alene, og der er der stigende behov for og efterspørgsel efter ikke-medicinske behandlingsmuligheder, både som supplement og alternativ, særligt for børn og unge med nedsat effekt, bivirkninger, komorbiditet, associeret funktionsnedsættelse eller præference mod medicin. Non-farmakologiske tilgange dækker bl.a. forældretræning, psykoedukation, skolebaserede indsatser, kognitiv adfærdsterapi, søvninterventioner og diætbaserede tiltag.</p> <p>Den foreliggende evidens er dog spredt, varierer i kvalitet og dækker et bredt spektrum af interventionstyper og udfald. Samtidig er adgangen til evidensbaseret non-farmakologisk behandling af ADHD både begrænset og ulige. Med udarbejdelsen af denne DMPG ønsker vi at skabe et transparent og evidensbaseret overblik over de non-farmakologiske behandlingsmuligheder, som kan indgå i tværfaglige og multimodale forløb for børn og unge med ADHD.</p> <p>Retningslinjen skal understøtte bedre klinisk beslutningstagning, sikre ensartet kvalitet i tilbud på tværs af sektorer og skabe overblik over virksomme interventioner i den danske kontekst.</p>
<b>Søgespørgsmål</b>	Hvilke nationale og internationale kliniske retningslinjer beskriver non-farmakologiske behandlingsinterventioner for børn og unge med ADHD?
<b>Inklusions- og eksklusionskriterier</b>	Publikationsdato (periode): 2015 – 2025

<p>Sprog: Dansk, Svensk, Norsk, Engelsk</p> <p>Målgruppe: Børn og unge med ADHD i alderen 0-18 år</p> <p>Publikationstype(-r): Guidelines (offentlige og ekspert)</p>
---

Emneord	Populationen	Population specificeret	Intervention
Engelsk	Children Adolescents Young people	ADHD "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"	Non-pharmacological intervention Non-pharmacological therapy Psychosocial intervention

### Søgning efter guidelines

Databaser (Guidelines)	Dato for søgning	Ansvarlig for søgningen	Resultater
G-I-N International <a href="http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library">http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library</a>	28/05/25	KHD	2
NICE (UK) <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=apg,cs,sg,sg,mpg,ph,sg,sc">https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=apg,cs,sg,sg,mpg,ph,sg,sc</a>	28/05/25	KHD	1
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) <a href="http://www.sign.ac.uk/our-guidelines.html">http://www.sign.ac.uk/our-guidelines.html</a>	28/05/25	KHD	0
The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)	28/05/25	KHD	0
Australasian ADHD professionals association (aadpa)	28/05/25	KHD	1
Sundhedsstyrelsen	28/05/25	KHD	1
CADDRA	28/05/25	KHD	1
European ADHD Guidelines Group (EAGG)	28/05/25	KHD	1
American Academy of Pediatrics AAP (US)	28/05/25	KHD	2
Helsedirektoratet (Norge) <a href="https://helsedirektoratet.no/retningslinjer">https://helsedirektoratet.no/retningslinjer</a>	28/05/25	KHD	1
CDC (USA)	07/01/25	KHD	1

<a href="https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html">https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html</a>			
Socialstyrelsen (Sverige)	18/05/25	KHD	1
Ad hoc	Januar – maj 2025	Forfatter-gruppen	14
Pubmed	28/05/25	KHD	8
<p>PubMed søgestreng:  ("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[All Fields] OR ("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR ("attention"[All Fields] AND "deficit"[All Fields] AND "disorder"[All Fields] AND "hyperactivity"[All Fields])) OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[All Fields] OR "adhd"[All Fields])) AND ("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "child s"[All Fields] OR "children s"[All Fields] OR "childrens"[All Fields] OR "childs"[All Fields] OR ("adolescences"[All Fields] OR "adolescence"[All Fields] OR "adolescent"[MeSH Terms] OR "adolescent"[All Fields] OR "adolescence"[All Fields] OR "adolescents"[All Fields] OR "adolescent s"[All Fields] OR "Young people"[All Fields] OR ("people s"[All Fields] OR "peopled"[All Fields] OR "peopling"[All Fields] OR "persons"[MeSH Terms] OR "persons"[All Fields] OR "people"[All Fields] OR "peoples"[All Fields])) AND ("guideline"[Publication Type] OR "guidelines as topic"[MeSH Terms] OR "guidelines"[All Fields] OR ("recommend"[All Fields] OR "recommendable"[All Fields] OR "recommendation"[All Fields] OR "recommendation s"[All Fields] OR "recommendations"[All Fields] OR "recommended"[All Fields] OR "recommending"[All Fields] OR "recommends"[All Fields]) OR ("therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields] OR "treatments"[All Fields] OR "therapy"[MeSH Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields] OR "treatment s"[All Fields]) OR "Non-pharmacological"[All Fields] OR ("intervention s"[All Fields] OR "interventions"[All Fields] OR "interventive"[All Fields] OR "methods"[MeSH Terms] OR "methods"[All Fields] OR "intervention"[All Fields] OR "interventional"[All Fields]) OR ("manage"[All Fields] OR "managed"[All Fields] OR "management s"[All Fields] OR "managements"[All Fields] OR "manager"[All Fields] OR "manager s"[All Fields] OR "managers"[All Fields] OR "manages"[All Fields] OR "managing"[All Fields] OR "managment"[All Fields] OR "organization and administration"[MeSH Terms] OR ("organization"[All Fields] AND "administration"[All Fields]) OR "organization and administration"[All Fields] OR "management"[All Fields] OR "disease management"[MeSH Terms] OR ("disease"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "disease management"[All Fields])) AND ((y_10[Filter]) AND (guideline[Filter]) AND (danish[Filter] OR english[Filter] OR norwegian[Filter] OR swedish[Filter]) AND (allchild[Filter]))</p>			
30 publikationer identificeret, hvoraf 11 er dubletter.			
I alt 19 internationale og nationale retningslinjer identificeret			

### Titel og abstract screening:

12 ekskluderes grundet:

- Andre sprog end dansk, svensk, norsk eller engelsk
- Nyere opdatering identificeret
- Forkert population
- Lav AGREE II score (foretaget af andre aktører)
- Ikke en klinisk retningslinje

**Fuldtekst screening:**

7 inkluderes til fuldtekst screening og AGREE II domæne 3 vurdering.

- Heraf ekskludere 2 grundet score <70 %

<b>5 inkluderede retningslinjer:</b>
The Australian evidence-based clinical practice guideline for attention deficit hyperactivity disorder 2022 (6)
Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management NICE guideline 2018 (updated 2019) (16)
Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten (18)
<u>Guideline National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge 2021 (17)</u>
Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents (15)

<b>2 ekskluderede retningslinjer:</b>
Canadian ADHD Practice Guidelines 4.1 (2020), CADDRA (32)
ADHD Nasjonal faglig retningslinje (2022), Helsedirektoratet (33)



## Bilag 2. AGREE-vurderinger

Internationale Guidelines ADHD (voksne)	The Australian evidence-based clinical practice guideline for attention deficit hyperactivity disorder 2022	Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management NICE guideline 2018 (updated 2019)	Nationella riktlinjer: Adhd och autism Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten 2024	Guideline National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge. 2021
<p>AGREE score [1-7, 7-56] (1 = ingen kriterier opfyldt. 7 = alle kriterier opfyldt)</p>				
Systematisk søgestrategi	7	7	7	7
Udvælgelseskriterier	7	7	6	7
Litteratur- og evidensvurdering	6	2 Mangler graderinger	4 Mangler graderinger	7
Formulering af anbefalinger	7	7	7	5 Mangler beskrivelse af konsensus/hvordan
Sundhedsfordele, risici og bivirkninger	6	7	5	7
Rationale mellem evidens og anbefalinger	7	7	5 Få referencer efter anbefalinger	7
Interessentinvolvering	6	7	6	5 De skriver helt kort om det, kunne udbygges markant
Revision	7	6 Mangler dato	3	5 De skriver vurderes hver 3. år, ingen proces for opdatering og overskredet
Samlet score (min. 7, max. 56) [%] Over 70% = høj kvalitet	53 [93,8%]	50 [89%]	43 [73%]	50 [89%]

Internationale Guidelines ADHD (voksne)	Transcutaneous electrical stimulation of the trigeminal nerve for ADHD Interventional procedures guidance 2023	Attention-deficit/hyperactivity disorder in pregnancy and the postpartum period 2024	Helseidrektorate. ADHD Nasjonal faglig retningslinje 2022	Canadian ADHD Practice Guidelines 4.1 2020
<b>AGREE score</b> [1-7, 7-56] <i>(1 = ingen kriterier opfyldt. 7 = alle kriterier opfyldt)</i>				
<b>Systematisk søgestrategi</b>	7	-	3 Baserer sig bl.a. på NICE guideline. Der er kun links til guidelines, som retningslinjen baserer sig på.	3 Kan ikke finde søgestrategi på andet end kap 6. Nævner ikke søgetermer mv.
<b>Udvælgelseskriterier</b>	7	-	2	3 Mangler in og eksklusionskriterier, hvilke studier har de søgt på
<b>Litteratur- og evidensvurdering</b>	6	-	2 Mangler gradering	2 Nævner ikke at de har kritisk vurderet studier. Ingen gradering af anbefalinger.
<b>Formulering af anbefalinger</b>	1	-	4	3 Nævnt delphimetode i tidligere versioner, ekspertkonsensus. Mangler meget beskrivelse.
<b>Sundhedsfordele, risici og bivirkninger</b>	5	-	6	6
<b>Rationale mellem evidens og anbefalinger</b>	6	-	6	5
<b>Interessentinvolvering</b>	3 Ikke muligt at have et patientperspektiv med	-	6	4 Ingen Peer review eller høring beskrevet. Mangler patient involvering eller er mange interessenter inddraget.
<b>Revision</b>	1	-	1	1
<b>Samlet score</b> (min. 7, max. 56) [%] Over 70% = høj kvalitet	36 [58,3%]		30 [54 %]	27 [41,7%]

## Hvordan scores der

AGREE II Domæne 3: Metodestringens	Kriterier	AGREE score	Noter
<b>Systematisk søgestrategi</b>	Der er anvendt systematiske metoder til at søge efter evidens: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Navngivne elektroniske databaser eller evidenskilder, hvor søgningen blev udført (fx MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL)</li> <li>• Der er angivet hvilke tidsperioder der er søgt (fx 1. januar 2004 til 31. marts 2008)</li> <li>• Der er angivet hvilke søgetermer der er anvendt (fx tekstord, indeksord, underoverskrifter)</li> <li>• Der er angivet en udførlig søgestrategi (fx placeret i et bilag)</li> </ul>		
<b>Udvælgelseskriterier</b>	Kriterierne for udvælgelse af evidens er klart beskrevet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Målgruppe (patienter, offentligheden osv.)</li> <li>• Karakteristika</li> <li>• Studiedesign</li> <li>• Sammenligninger (hvis relevant)</li> <li>• Resultater</li> <li>• Sprog (hvis relevant)</li> <li>• Kontekst (hvis relevant)</li> </ul>		
<b>Litteratur- og evidensvurdering</b>	Styrker og begrænsninger af det samlede evidensgrundlag er klart beskrevet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke studiedesign(s) er inkluderet i evidensgrundlaget?</li> <li>• Er der metodiske begrænsninger (udvælgelse, blindning, randomisering, analytiske metoder)</li> <li>• Er valg af primære og sekundære resultater relevante/passende? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er resultaterne på tværs af studier konsistente?</li> <li>• Peger resultaterne på tværs af studierne i samme retning?</li> </ul> </li> <li>• Er der balance mellem fordele og ulemper?</li> <li>• Er det relevant i klinisk praksis?</li> </ul>		
<b>Formulering af anbefalinger</b>	De metoder som er anvendt til formulering af anbefalingerne er klart beskrevet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Processen for udvikling af anbefalinger (fx trin i den modificerede Delphi-metode og overvejede afstemningsprocedurer)</li> <li>• Resultater af processen for udvikling af anbefalinger (fx i hvilken grad konsensus blev opnået ved brug af modificeret Delphi-metode, resultatet af afstemning)</li> <li>• Hvordan påvirkede processen anbefalingerne (fx hvordan resultaterne fra Delphi-metoden påvirkede den endelige anbefaling, overensstemmelse mellem anbefalingerne og den endelige afstemning)</li> </ul>		
<b>Sundheds fordele, risici og bivirkninger</b>	The health benefits, side effect, and risks have been considered in formulating the recommendations and the supporting evidence: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supporting data and report of benefits</li> <li>• Supporting data and report of harms/side effects/risks</li> <li>• Reporting of the balance/trade-off between benefits and harms/side effects/risks</li> <li>• Recommendations reflect considerations of both benefits and harms/side effects/risks</li> </ul>		
<b>Rationale mellem evidens og anbefalinger</b>	Der er en eksplicit forbindelse mellem anbefalingerne og den bagvedliggende evidens. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan har forfattergruppen koblet og anvendt evidensen til at formulere anbefalingerne</li> <li>• Der er sammenhæng mellem den enkelte anbefaling og den bagvedliggende evidens</li> <li>• Der er sammenhæng mellem anbefalingerne og sammenfatningen af evidensen og/eller evidensstabeller i retningslinjens resultatatsnit</li> </ul>		
<b>Interessentinvolvering</b>	Retningslinjen er gennemgået eksternt af eksperter før offentliggørelse:		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formål og hensigt med den eksterne gennemgang er beskrevet (f.eks. at forbedre kvaliteten, indsamle feedback på udkast til anbefalinger, vurdere anvendelighed og gennemførlighed, formidle evidens)</li> <li>• Hvilke metoder er anvendt til at gennemføre den eksterne høring (f.eks. vurderingsskala, åbne spørgsmål)</li> <li>• Beskrivelse af eksterne høringsparter (f.eks. antal, type af anmeldere)</li> <li>• Resultater/information indsamlet fra den eksterne høring (f.eks. sammenfatning af nøglefund)</li> <li>• Hvordan den indsamlede information blev anvendt til at understøtte udviklingen af retningslinjen og/eller formulering af anbefalingerne. (f.eks. forfattergruppen tog resultaterne fra gennemgangen i betragtning, da de formulerede de endelige anbefalinger.)</li> </ul>		
<b>Revisionsdato</b>	<p>Der er angivet en procedure for opdatering af retningslinjen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En erklæring om, at retningslinjen vil blive opdateret</li> <li>• Et specifikt tidsinterval eller specifikke kriterier, der guider beslutningen om, hvornår en opdatering vil finde sted</li> <li>• Metodologien for opdateringsproceduren er beskrevet</li> </ul>		
<b>Samlet score</b>			

## 9. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet med afsæt i aftale om, at Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut skal understøtte udarbejdelsen af landsdækkende kliniske retningslinjer i en række faglige miljøer, som en del af en styrket indsats for kliniske retningslinjer i Danmark. Formålet med indsatsen er at sikre en evidensbaseret tilgang til behandling på tværs af sundhedsvæsenet, for derigennem at understøtte at patienter og borgere modtager behandling af høj og ensartet kvalitet. Retningslinjen er udformet af og til sundhedsprofessionelle miljøer og godkendt af relevante faglige selskaber. Den administrative godkendelse er foretaget af Retningslinjefunktionen under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Retningslinjen er tiltænkt klinisk arbejdsende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter i konkrete kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer fungerer som faglig rådgivning, og er ikke i sig selv juridisk bindende. I den konkrete situation er det sundhedspersonalets faglige skøn, der afgør den bedste tilgang for den enkelte patient. Selv ved nøje overholdelse af anbefalingerne kan et succesfuldt behandlingsresultat ikke garanteres. I nogle tilfælde kan det være hensigtsmæssigt at vælge en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke, hvis den vurderes at passe bedre til patientens individuelle behov. Selvom de kliniske retningslinjer ikke er juridisk bindende, anvendes de f.eks. ved tilsyn samt klage- og erstatningssager til vurdering af 'omhu og samvittighedsfuldhed'. Det er derfor hensigtsmæssigt at dokumentere evt. afvigelser fra retningslinjeanbefalingerne i patientjournalen samt relevant begrundelse for behandlingsvalg jf. reglerne om journalføring. Læseren bør også være opmærksom på lovgivning, bekendtgørelser, myndighedsvejledninger o.l. på området, da de ikke altid indgår i retningslinjerne.

Retningslinjeskabelonen er udviklet i overensstemmelse med internationale kvalitetsstandarder som fastlagt af AGREE II, GRADE og RIGHT.

Denne retningslinje er udarbejdet med støtte fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, der finansieres af Danske Regioner.