



Non-farmakologisk behandling af ADHD hos voksne

Version 1.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

marts måned 2026 (DMPG ADHD)

Administrativ godkendelse

dd. måned 20XX (Retningslinjefunktionen)

OPDATERING

Planlagt: 01-06-2029

INDEKSERING

ADHD, Psykosocial behandling, Non-farmakologisk, Voksen psykiatri

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide)	2
2. Introduktion.....	3
3. Grundlag.....	5
4. Psykosociale indsatser der er utilstrækkeligt belyst.....	12
5. Referencer.....	15
6. Metode	20
7. Monitorering.....	24
8. Implementering.....	25
8. Bilag	27
9. Om denne kliniske retningslinje	62

1. Anbefalinger (Quick guide)

1. Voksne patienter med ADHD skal tilbydes psykoterapi udviklet og manualiseret specifikt til ADHD med fokus på kompenserende færdigheder samt indsatser baseret på kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi eller mindfulness-baseret kognitiv terapi (A)

Overvej sammen med patienten, hvornår i det multimodale behandlingsforløb ovennævnte psykoterapi vil være mest hjælpsom (C)

2. Det er god klinisk praksis, at psykoedukation indgår tidligt og integreret i udrednings- og/eller behandlingsforløbet for ADHD (D)
3. Det er god klinisk praksis at inkludere Sundhedsstyrelsens anbefalinger mht. livsstilsindsatser i psykoedukation til voksne patienter med ADHD samt indgår som fokusområde i behandlingsforløbet (D)
4. Det er god klinisk praksis, at voksne patienter med ADHD tilbydes pårørendeinddragelse i behandlingsforløbet (D)

2. Introduktion

ADHD hos voksne er en udbredt psykiatrisk tilstand, som har været til stede siden barndommen, men ikke nødvendigvis er blevet opdaget eller har medført funktionsnedsættelse før voksenalderen. Globalt anslås prævalensen af ADHD blandt voksne til 2,6% (Song et al., 2021), mens danske opgørelser over andelen af voksne i medicinsk behandling for ADHD på lignende vis anslår, at ca. 2,1% af danskere over 18 år modtog medicin for ADHD i 2024 (medstat.dk). Særligt blandt de 25-44-årige vidner opgørelserne om en markant stigning i antallet af danske voksne i ADHD-behandling, idet 3,6% af denne aldersgruppe var i medicinsk behandling for ADHD i 2024, hvilket er næsten en tredobling siden 2019, hvor andelen lå på 1,3% (medstat.dk). Diagnosen er forbundet med betydelige personlige og samfundsmæssige konsekvenser, herunder øget risiko for sameksisterende psykiske lidelser, misbrug, arbejdsløshed og sociale vanskeligheder. ADHD hos voksne udgør derfor en væsentlig opgave i både sundhedsvæsenets primær- og sekundærsektor samt i den kommunale indsats for støtte, beskæftigelse og rehabilitering.

Når en patient er diagnosticeret med ADHD, skal der tages stilling til indikation for både farmakologisk behandling og non-farmakologiske, dvs. psykosociale, behandlingsindsatser. Psykosociale behandlingsindsatser er den terminologi, der benyttes fremover i denne retningslinje, som samlebetegnelse for det der med en utilsigtet værdiladning beskrives som non-farmakologisk behandling.

Behandlingen af ADHD hos voksne bør have en multimodal tilgang

Alle retningslinjer medtaget i kortlægningsanalysen (der ligger til grund for den aktuelle retningslinje) understreger, at behandling af voksne med ADHD bør have en multimodal tilgang, og at patienten optimalt også bør have mulighed for til- og fravalg af behandling på baggrund af præference og det aktuelle behov. Psykosociale behandlingsindsatser indgår altså i et samlet multimodalt behandlingsforløb, og det er vigtigt at sikre en sammenhængende indsats fra udredningen og igennem behandlingen, endda om muligt allerede inden udredningen, samt en relevant opfølgingsfrekvens. I behandlingstilrettelæggelsen skal der også tages hensyn til den individuelle patients kapacitet, motivation og funktionsniveau, hvilket bør afspejles i sprogbrug og tilgang til patienten samt, hvilke behandlingstilbud, der anbefales af behandleren. Det er desuden vigtigt, at pårørende til patienter med ADHD kan finde pålidelig information om ADHD og støttemuligheder.

ADHD - samsygelighed og kompleksitet

Voksne med ADHD kan være belastede af forskellige udfordringer såsom afhængighedstilstande, kriminalitet eller svær psykiatrisk komorbiditet i form af personlighedsforstyrrelse, autisme spektrum forstyrrelse, spiseforstyrrelser, bipolar lidelse eller psykose. Ved samtidigt misbrug eller anden psykiatrisk lidelse er det vigtigt at overveje rækkefølgen af behandling og hvornår, der skal sættes ind med ADHD rettede psykosociale behandlingsindsatser. Ved samtidig somatisk lidelse kan det være relevant, efter indhentet tilladelse fra patienten, at orientere sundhedsprofessionelle i somatikken om ADHD-vanskeligheder, der kan foranledige udeblivelser og besvær med gennemførelse af somatisk behandling. Ved komplekse behov og involvering af flere sektorer eller behandlingssteder, er det ofte nødvendigt med struktureret samarbejde, udnævnelse af en integrerende kontaktperson og evt. brug af koordinationsplaner.

Voksne med ADHD kan have særlige udfordringer ved overgange

Symptomprofil, komorbiditet og sværhedsgraden af ADHD giver anledning til meget forskellige patientprofiler og

behandlingsbehov og det er væsentligt at være opmærksom på, at patienternes eksekutive vanskeligheder kan forringe deres egne muligheder for at sikre kontinuitet i behandlingsforløb. Der bør derfor være særlig opmærksomhed på overgangen fra behandling i børne-unge regi til voksen regi, gerne med struktureret transitionsstøtte, da der i overgangen ikke er indbygget automatisk opfølgning via behandlingsstedet. Det samme gælder ved afslutning af et behandlingsforløb i psykiatrien og ved overgangen til opfølgning ved egen læge.

Behandlingssteder

Psykosociale behandlingsindsatser til voksne med ADHD tilbydes både i sundhedsvæsenet primær- og sekundærsektor, herunder private udbydere af sundhedsydelser samt i det forebyggende- og opfølgende arbejde i kommunerne. Rammen for og omfanget af behandlingstilbuddene kan variere alt efter hvilken målgruppe, behandlingsstedet varetager. Fx er det naturligt, at valg af individuel- eller gruppeterapi dels kan afhænge af behandlingsstedets muligheder, tilbud og rammer, dels af patientpræferencer eller behandlerens anbefalinger ift. den enkelte patients symptomprofil. Der udbydes aktuelt mange forskellige indsatser af aktører med meget forskelligartede uddannelses- og erfaringsmæssige baggrunde. Med denne retningslinje er det håbet, at der bliver en større ensartethed og kvalitet i sundhedsvæsenets psykosociale behandlingsindsatser til voksne patienter med ADHD.

Formål

Det overordnede formål med denne kliniske retningslinje er at sikre en høj faglig og ensartet kvalitet i de psykosociale behandlingsindsatser målrettet ADHD hos voksne i både primær- og sekundærsektoren, mhp. at patienterne opnår symptomreduktion samt forbedret funktionsniveau og livskvalitet.

Patientgruppe

Retningslinjen omfatter voksne personer (18 år og derover), som er diagnosticeret med eller under udredning for ADHD. I henhold til ICD-10 omfatter dette diagnoserne 'Hyperkinetiske forstyrrelser' (F90.x), 'Opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet' (F98.8C) og 'Adfærdsmæssig eller emotionel forstyrrelse i barndom eller adolescens – uspecificeret' (F98.9). Overgangen til ICD-11 indebærer ændringer i klassifikationen, idet ADHD nu samles under betegnelsen 'Attention Deficit Hyperactivity Disorder', og kriterierne er revideret mhp. bedre at afspejle den kliniske præsentation hos både børn og voksne. ICD-11 lægger større vægt på funktionsnedsættelse på tværs af livsområder, vedvarende symptomer siden barndommen og differentieringen af ADHD-typer, uden nødvendigvis at adskille "uden hyperaktivitet" som en særskilt kategori.

Da sameksisterende angst og depression er hyppige blandt denne patientgruppe – har arbejdsgruppen valgt også at inkludere en evidensgennemgang for behandlingen af ADHD hos voksne med samtidige symptomer på disse tilstande. Som nævnt ovenfor kan voksne med ADHD også være belastede af anden samsygelighed eller kompleksitet. Der gives ikke anbefalinger for disse målgrupper, men indsatser, der kan være hensigtsmæssige ved særlige former for sameksisterende lidelser eller social kompleksitet beskrives kort i kapitel 4, side 12: 'Psykosociale indsatser der er utilstrækkeligt belyst'.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen (herunder både primær- og sekundærsektoren). Her, som senere, forstås sundhedsvæsenets primærsektor at omfatte almen praktiserende læge, praktiserende speciallæger i psykiatri, samt praktiserende psykologer, der opererer under sygesikringen. I den rehabiliterende indsats, der foregår i kommunalt regi eller via kommunalt udbudte private aktører, indgår også psykosociale indsatser. Retningslinjen kan tjene som inspiration for udvikling af kommunale tilbud.

3. Grundlag

Anbefalinger

- 1. Voksne patienter med ADHD skal tilbydes psykoterapi udviklet og manualiseret specifikt til ADHD med fokus på kompenserende færdigheder samt indsatser baseret på kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi eller mindfulness-baseret kognitiv terapi (A)**

Overvej sammen med patienten, hvornår i det multimodale behandlingsforløb ovennævnte psykoterapi vil være mest hjælpsom (C)

Litteratur og evidensgennemgang

Se bilag 3 for uddybet evidensgrundlag for anbefaling 1.

Der er bred enighed på tværs af de internationale og nationale retningslinjer om, at kognitive adfærdsterapeutiske indsatser er relevante i behandlingen af ADHD blandt voksne.

Forskellene ligger primært i, hvordan anbefalingerne er formuleret og i graden af dokumenteret evidens. I formuleringerne ligger forskellene generelt i, hvorvidt kognitiv adfærdsterapi "bør" eller "kan" anbefales til voksne med ADHD, samtidig med at der skelnes mellem, hvorvidt det skal være et supplement til medicinsk behandling for ADHD, eller om det kun skal tilbydes ved fravær af medicinsk behandling.

De nyeste retningslinjer (1-3) anbefaler med varierende styrke, og baseret på evidens opgjort i metaanalyser på forskellige tidspunkter og med varierende fokus, at voksne patienter med ADHD bør tilbydes ADHD-specifik, manualiseret psykoterapi, baseret på kognitiv adfærdsterapi. I det følgende bruges akronymet MAN (MANualiseret ADHD-specifik psykoterapi) som samlebetegnelse for de afprøvede kognitiv-adfærdsterapeutisk-baserede, ADHD-specifikke, manualiserede psykoterapier (kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi og mindfulness-baseret kognitiv terapi). Disse er beskrevet grundigere nedenfor. MAN skal anbefalingerne spænder fra stærke anbefalinger (4), til svage anbefaling (4). Der er også forskelle mht., hvorvidt MAN "bør" eller "kan" anbefales til voksne med ADHD samtidig med medicin, og der skelnes imellem, hvorvidt det skal være et supplement til medicinsk behandling, eller om det kun skal tilbydes ved fravær af medicinsk behandling. Dog giver den nyeste danske retningslinje en svag anbefaling af kombinationsbehandling (MAN + medicin) (3).

Evidensgrundlaget for MAN uden samtidig medicinsk behandling står svagt (3). Subgruppeanalyser giver dog ikke grundlag for at forvente forskellige effekt (3, s. 14-17). Langt overvejende er evidensen baseret på kognitiv adfærdsterapi og dialektisk adfærdsterapi, dels sammenlignet med TAU/venteliste, dels med struktureret støtte. I NICE's evidensgennemgang fremhæves, at sidstnævnte ofte også omfattede elementer af kognitiv terapi (5, s. 121). Selvom NICE's sundhedsøkonomiske beregninger ikke indikerer en fordel ved kombinationsbehandling, skyldes dette formentlig, at relevant udbytte ikke blev monitoreret (5, s. 125, 6, s. 111). Den australske retningslinje har den stærkeste anbefaling af kombinationsbehandling, men skriver også, at MAN kan undlades, hvis der er tilstrækkelig symptomreduktion ved medicinsk behandling. Ligeledes bemærkes det, at svære ADHD-symptomer kan gøre det relevant at indlede behandlingen med medicin (4). Evidensgrundlaget spænder fra GRADE-baserede vurderinger med moderat til meget lav tiltro til evidensen, til ekspert- eller faglig konsensus blandt retningslinjernes arbejdsgrupper. Der er i alle retningslinjerne undersøgt effekt af flere forskellige manualer (1-4, 7), og i nogle retningslinjer er evidensen undersøgt samlet for endnu flere behandlinger, herunder (3, s. 14-17) også supplerende kognitiv træning/psykosociale støtte og træning af arbejdshukommelse, som i aktuelle retningslinje behandles separat. Disse sidstnævnte indsatser indgår dog kun i meget begrænset omfang i metaanalyserne, der understøtter den svage anbefaling i (Sundhedsstyrelsen, 2025, s. 14-17). Med to stærke og nylige internationale retningslinjer, der ender i stærk anbefaling af MAN, har arbejdsgruppen valgt også at formulere en stærk anbefaling.

Patientværdier og – præferencer

Mange voksne patienter med ADHD må forventes at ønske MAN enten uden eller i kombination med farmakologisk behandling (3, s. 10). Det kan være forskelligt hvornår i livet, der er mest gavn af MAN, og der kan være brug for gentagne behandlingsindsatser. Typen af foretrukken MAN kan dog variere blandt patienterne, idet nogle måske allerede har afprøvet en eller flere forskellige terapiformer (3, s. 22).

Rationale for anbefalingen

Anbefalingen bygger på fem nationale og internationale retningslinjer (1-4, 7), som alle fremhæver en tilgang baseret på kognitiv adfærdsterapi som relevant ift. behandling af voksne med ADHD.

Det væsentlige ved anbefalingen er således dels at påpege, at patienterne har udbytte af et psykoterapeutisk tilbud, og dels at præcisere, at evidensen bygger på specifikke manualer, som man derfor under udvikling og indføring af behandlingstilbuddet bør lægge sig op ad.

Der er i retningslinjerne uenighed om, hvorvidt MAN kun skal tilbydes til patienter, der ikke er i medicinsk behandling, eller som komplementær til medicinsk behandling for ADHD (1-3). I overensstemmelse med de nyeste retningslinjer anbefaler en enig arbejdsgruppe, at MAN både bør tilbydes alene og i kombination med medicinsk behandling. Den gavnlige effekt af MAN formodes at opveje det ekstra tidsforbrug, som patienten skal anvende på psykoterapi.

Bemærkninger og overvejelser

MAN er aktuelt ikke et udbredt behandlingstilbud til voksne med ADHD. Dette ses også ved, at der aktuelt ikke findes en dansk psykoterapi manual til ADHD hos voksne, og derfor heller ikke findes en afprøvet dansk manual, hvor effekten er dokumenteret. Der er således brug for at udvikle en dansk manual, der ligger tæt op ad de internationalt afprøvede manualer, se kort gennemgang nedenfor. Der er ligeledes brug for uddannelse af psykoterapeuter, samt brug for at der afsættes væsentlig flere personaleressourcer til ADHD-behandling, hvis man skal efterleve anbefalingen. Fuld efterlevelse af anbefalingerne kan derfor ikke forventes før om nogle år, og vil også påkræve flere økonomiske ressourcer til sundhedsvæsnet. Se yderligere i kapitel 8 'Implementering' side 26.

MAN skal være tilpasset personer med ADHD. Et fokus på individuelle styrker, udfordringer, værdier og interesser bør afbalanceres med et fokus på udfordringer relateret til ADHD. Selvom reduktion i sværhedsgraden af ADHD-symptomer er et vigtigt udbytte af MAN, ses væsentlige effekter imidlertid også i relation til individets overordnede funktionsniveau og trivsel.

For at sikre tilslutning til behandlingen bør klinikere drøfte centrale aspekter af MAN med patienten og/eller dennes pårørende. Det er vigtigt at fremhæve fordelene ved MAN, herunder muligheden for at udvikle livslange færdigheder til håndtering af ADHD-symptomer samt forbedring af funktionsniveauet (4).

På grund af de grundlæggende ADHD-symptomer kan fremmøde og gennemførelse være en udfordring i psykosociale behandlingsindsatser. Behandlingsadhærens (samt orientering om muligheder for økonomisk støtte) kræver derfor ekstra fokus i planlægningen af behandlingen sammen med patienten (4, s. 124). Trods dette vil nogle patienter måske fravælge indsatsen, fordi de ikke har ressourcerne til at fremmøde regelmæssigt (7, s. 57). I den seneste retningslinje fremgår det også, at terapiforløbets længde vil spille en stor rolle for patienternes muligheder for at deltage (3, s. 9).

De evidensbaserede psykoterapier er baseret på ADHD-specifik kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi eller mindfulness-baseret kognitiv terapi (4, s. 110) og de afprøvede manualer indeholder: Psykoedukation, strukturerende og miljø-modificerende rådgivning, adfærdstilpasninger mhp. at reducere konsekvenser af symptomer og vanskeligheder ved ADHD, psykologisk tilpasning samt kognitiv omstrukturering (4, s. 21). Desuden anbefales det at psykoterapien er ressource-fokuseret og fremmer håb og empowerment (4, s. 111). De forskellige terapi typer gennemgås kort her.

Kognitiv adfærdsterapi er en struktureret psykoterapi, der har fokus på at identificere og udfordre maladaptive tanke- og adfærdsmønstre. De specifikke komponenter i terapien varierer i nogen grad imellem de afprøvede behandlingsmanualer, men i behandlingen af ADHD indgår som regel både kompensatoriske strategier for ADHD-relaterede vanskeligheder (fx træning i tidshåndtering, planlægning, målprioritering, problemløsning eller koncentrationsøvelser), psykoedukation om ADHD samt mere generelle kognitive adfærdsterapeutiske metoder såsom kognitiv omstrukturering og afslapningsøvelser til fx at adressere vanskeligheder med søvn og følelsesregulering (herunder håndtering af prokrastinerings tendens, impulsivitet, vrede mv.) (3, s. 25).

Dialektisk adfærdsterapi er en tredjegenérations kognitiv adfærdsterapi, som har fokus på færdighedstræning i følelsesregulering, impulsivitet og uhensigtsmæssig adfærd samt arbejde med accept, selvværd og relationer. I tilpasningen til behandling af ADHD er gruppeforløbet afkortet, og kun i få studier indgår individuel terapi. Ligesom i kognitiv adfærdsterapi indgår også psykoedukation og vejledning i at strukturere og organisere

hverdagen mere hensigtsmæssigt.

Mindfulness har fokus på at træne patientens evne til at være i nuet og på at forholde sig åbent og accepterende frem for fx at bedømme tanker og følelser som negative eller positive. Mindfulness omfatter bl.a. meditationsøvelser, opmærksomhedstræning, vejtrækningsøvelser og kropsscanningsøvelser. Tilpasset til ADHD-behandling indeholder mindfulness-baseret kognitiv terapi også psykoedukation samt træning i strategier til at kompensere for ADHD-relaterede udfordringer.

Som det fremgår, indgår psykoedukation og vejledning i kompenserende måder at håndtere ADHD-relaterede udfordringer på som væsentlige delelementer i alle terapiformerne. Grænsen til længerevarende psykoedukations- og coachingforløb er derfor uklar, og der vil formentligt ses et stort overlap herimellem. Dette bør man have in mente ved udarbejdelsen af det samlede behandlingstilbud, så patienten ikke oplever unødige gentagelser. Flere af manualerne har en modulær tilgang, og det synes hensigtsmæssigt, at opbygningen af det samlede psykosociale behandlingstilbud tilrettelægges på lignende vis.

Mht. behandlingsvarighed definerer den danske retningslinje fra 2017 kognitiv adfærdsterapi som et længerevarende, manualiseret forløb bestående af 5-15 sessioner med max. 14 dage imellem sessionerne (7, s. 62). Arbejdsgruppen bag den seneste danske retningslinje anbefaler imidlertid individualiserede forløb bestående af otte sessioner (3, s. 9), men anbefaler samtidig psykoedukation á 2-4 sessioner, som dermed kan skæres fra de kognitive adfærdsterapeutiske manualer eller indgå som de indledende moduler.

I den svenske retningslinje tages særligt hensyn til den hyppigt forekommende sameksistens mellem ADHD, angst og depression. Kognitiv adfærdsterapi vurderes at være af høj prioritet for patienter med disse sameksisterende lidelser, såfremt patienten skønnes at kunne indgå i et psykoterapeutisk forløb (2, s. 53). Dette gælder også unge (14-21 år), omend kun ved samtidig medicinsk behandling af ADHD (2, s. 54). Den seneste danske retningslinje beskriver, at dialektisk adfærdsterapi og mindfulness er særligt relevante i de tilfælde, hvor funktionsniveauet er rimelig stabilt, men hvor der samtidig er stor symptombyrde (3, s. 8). Andre sameksisterende lidelser bør behandles efter gængse kliniske anbefalinger, og naturligvis i et format, der tager hensyn til patienternes vanskeligheder med fremmøde og hjemmeopgaver (4, s. 15, 95). Dette gælder også patienter med samtidig afhængighedslidelse, som i lighed med øvrige patienter med ADHD bør tilbydes en multimodal tilgang og kombinationsbehandling (4, s. 95).

2. Det er god klinisk praksis, at psykoedukation indgår tidligt og integreret i udrednings- og/eller behandlingsforløbet for ADHD (D)

Litteratur og evidensgennemgang

Se bilag 4 for uddybet evidensgrundlag for anbefaling 2.

Anbefalingen bygger på fem nationale og internationale retningslinjer (1-4, 7), som alle fremhæver psykoedukation som en grundlæggende komponent i en multimodal indsats. Evidensgrundlaget spænder fra GRADE-baserede vurderinger til bred faglig konsensus. Der er bred enighed på tværs af de internationale og nationale retningslinjer om, at psykoedukation er en nødvendig og central del af behandlingen ved ADHD hos voksne, og at psykoedukation har afgørende betydning for både forståelse, mestring og behandlingsudbytte. Forskellene ligger primært i, hvordan anbefalingerne er formuleret og i graden af dokumenteret evidens. Enkelte retningslinjer baserer sig på GRADE eller systematiske reviews, mens andre er konsensusbaserede eller baseret på 'best practice'-modeller.

Patientværdier og – præferencer

Det forventes, at de fleste voksne patienter med ADHD vil være interesserede i at få tilbudt psykoedukation som en del af udrednings- eller behandlingsforløbet, særligt når der tages hensyn til individuelle ressourcer samt eventuelle sameksisterende fysiske og psykiske lidelser (3, s. 6, 20). Dette understøttes af kvalitative studier og internationale retningslinjer, som indikerer, at patienter og pårørende efterspørger tidlig, struktureret og tilpasset information om ADHD samt viden om støtte- og behandlingsmuligheder. Én retningslinje fremhæver, at sådan information menes at kunne fremme livskvalitet og funktionsniveau (7).

De nyere retningslinjer anbefaler, at klinikerne og patienten, og evt. pårørende, i fællesskab drøfter, hvilke tilpasninger der skal til for at sikre udbytte af indsatsen. Dette står i kontrast til tidligere anbefalinger (7), hvor ansvaret udelukkende blev placeret hos klinikerne.

Rationale for anbefalingen

Trods begrænset kvantitativ evidens anbefales psykoedukation konsekvent i nationale og internationale retningslinjer. Anbefalingerne er primært baseret på kvalitativ evidens, klinisk erfaring samt en høj grad af faglig konsensus og vurderes samlet set at afspejle god klinisk praksis. Psykoedukation er en central og højt prioriteret del af behandlingen af voksne med ADHD. Psykoedukation har ingen kendte skadevirkninger, men patienter bør informeres om den indsats, det kræver at deltage i et forløb – herunder det tidsforbrug og den aktive arbejdsindsats, der kræves for at opnå tilstrækkelig effekt.

Bemærkninger og overvejelser

Begrebet psykoedukation er ikke entydigt defineret, og der ses i litteraturen variation i både afgrænsning og indhold. Det bemærkes desuden i alle retningslinjerne, at flere elementer af psykosociale behandlingsindsatser kan rubriceres og integreres som en del af et psykoedukativt forløb. Psykoedukation indgår tilsvarende også hyppigt i MAN. Formålet med psykoedukation er at øge viden og forståelse for tilstanden, reducere stigmatisering, styrke mestringsstrategier samt understøtte samarbejdet om den videre behandling (4, 7, s. 50). Den gavnlige effekt af psykoedukation formodes at opveje det ekstra tidsforbrug, som patienten og behandlere skal anvende (7, s. 51). Samlet understøtter kortlægningsanalysen, at psykoedukation anses for en nødvendig lavrisikoindsats, der danner fundament for videre behandling og samarbejde – også i fravær af stærk kvantitativ evidens.

Det anbefales, at der tilbydes systematisk, manualiseret, struktureret og pædagogisk formidling af viden om ADHD og relevante behandlingsmuligheder. I denne forbindelse bør der inddrages følelses- og motivationsmæssige aspekter af ADHD mhp. at styrke patientens mestringsevne, øge indsigt, trivsel og behandlingsadhærens samt fremme funktionsevne og livskvalitet (1, 2, 4, 7). Det skal gennem dialog, feedback og evt. repetition sikres, at patienten forstår indholdet (1, 4).

Psykoedukation til voksne med ADHD kan tilbydes i individuelt- eller gruppeformat, og ved fysisk fremmøde eller online. Gruppeforløb kan være fordelagtige pga. erfaringsudveksling, mens individuelle forløb giver bedre mulighed for patientspecifikke tilpasninger (3, s. 20). Man bør overveje at opbygge strukturen med en høj grad af inddragelse af deltagere ift. både at imødekomme kernesymptomer ved ADHD, men også specifikke temaer

ud fra gruppens ønsker. Ud fra klinisk erfaring kan man fx opbygge et forløb med 4–8 sessioner. Varighed af sessionerne kan variere, men umiddelbart anbefales psykoedukation i gruppeformat at vare 1-2 timer inkl. pauser, mens individuel psykoedukation anbefales at vare 25-45 min. Man bør desuden overveje, hvor mange deltagere en gruppe vil kunne rumme mhp. at sikre, at deltagere opnår optimalt udbytte.

Psykoedukation skal indeholde undervisning og information, der bl.a. har til formål at øge viden og forståelse for tilstanden samt orientere om behandlings- og støttemuligheder. Digitalt, skriftligt eller visuelt materiale bør supplere mundtlig information.

Følgende emner bør indgå:

- Viden om diagnosen, herunder forekomst, årsager, prognose og variation i ADHD over livsforløbet.
- Symptomer og funktionspåvirkning i hverdagen, inkl. søvn, livsstil, arbejde, uddannelse, relationer og sociale aktiviteter.
- Bedre selvforståelse og adgang til ressourcer.
- Udfordringer ved diagnosen, herunder stigmatisering og vanskeligheder i sociale og erhvervmæssige sammenhænge.
- Sameksisterende psykiatriske og somatiske lidelser og eventuel betydning/konsekvens ift. optimalt behandlingsforløb.
- Praktiske og psykologiske færdigheder for at styrke coping.
- Strategier til håndtering af symptomer og muligheder for miljømæssige tilpasninger i hjemmet samt i uddannelses- og arbejdsliv.
- Behandlings- og støttemuligheder, herunder rettigheder, eksterne ressourcer, digitale kilder, sociale tilbud og patientforeninger.

(1, s. 51-52, 3, s. 6, 20, 4, kap. 2.3, 3.1, 7, s. 51)

3. Det er god klinisk praksis at inkludere Sundhedsstyrelsens anbefalinger mht. livsstilsindsatser i psykoedukation til voksne patienter med ADHD samt indgår som fokusområde i behandlingsforløbet (D)

Litteratur og evidensgennemgang

Se bilag 5 for uddybet evidensgrundlag for anbefaling 3.

Der er på tværs af flere retningslinjer enighed om, at livsstilsindsatser og/eller psykoedukation om livsstilsfaktorer bør komplementere den farmakologiske behandling af ADHD hos voksne. Evidensgrundlaget spænder fra GRADE-baserede vurderinger til bred faglig konsensus. Der er enighed om, at livsstilinterventioner overordnet har positive effekter.

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingerne vurderes at være præferencefølsomme, og der vil være betydelig patientvariation i motivation for og ressourcer til diverse livsstilsændringer. Typen af livsstilsindsatser vil i høj grad afhænge af individuelle præferencer, socioøkonomiske forhold og funktionsniveau.

Rationale for anbefalingen

Anbefalingen bygger på konsensus i retningslinjerne og Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Der er aktuelt utilstrækkelig evidens for effekten af specifikke diæter, særlige typer af fysisk aktivitet eller specifikke søvninterventioner i behandlingsforløbet. Arbejdsgruppen finder dog ikke, at der er grundlag for en anbefaling imod specifikke livsstilsindsatser. Livsstilsindsatser (jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger) forventes at bedre livskvalitet samt det generelle psykiske og fysiske helbred.

Bemærkninger og overvejelser

Denne anbefaling ligger i tråd med Sundhedsstyrelsens generelle anbefalinger, men voksne med ADHD kan have brug for særlig opmærksomhed på/støtte til at gennemføre livsstilsindsatser. Det er væsentligt at fremhæve, at der ikke er specifikke livsstilsindsatser for voksne med ADHD, men at livsstilsindsatser tænkes integreret i et multimodalt behandlingstilbud. Begrænsning af skærmforbrug er ikke nævnt i de anvendte retningslinjer, men har siden 2024 indgået i Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Dette vurderer forfattergruppen også er relevant for voksne med ADHD.

4. Det er god klinisk praksis, at voksne patienter med ADHD tilbydes pårørendeinddragelse i behandlingsforløbet (D)

Litteratur og evidensgennemgang

Se bilag 6 for uddybet evidensgrundlag for anbefaling 4.

Kun én retningslinje (1) har en egentlig anbefaling for inddragelse af pårørende, mens den svenske retningslinje (2) skriver, at pårørendeinddragelse er vigtigt, og den australske (4) inkluderer pårørendeinddragelse som en del af det helhedsorienterede behandlingstilbud. Pårørende nævnes kun helt kort i de to danske retningslinjer.

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingerne vurderes at være præferencefølsomme, og der vil være betydelig patientvariation i motivationen for at pårørende inddrages i behandlingen. Omfanget af pårørendeinddragelse bør drøftes med og forberedes sammen med patienten. Ønsker patienten ikke inddragelse af sine pårørende i eget forløb, kan det, med samtykke til kontakt, være relevant at tilbyde de(n) pårørende generel undervisning i ADHD.

Rationale for anbefalingen

Alle fem retningslinjer skriver, at pårørende skal inddrages i både udrednings- og behandlingsforløb. Det tilrådes bl.a., at der udleveres en oversigt over mulige aktører, foreninger og lignende, hvorfra det er muligt at søge hjælp og støtte (2, 4). Inddragelse af pårørende kan bidrage til øget behandlingsefterlevelse både under og efter udrednings- og behandlingsforløbet (4, s. 124).

Bemærkninger og overvejelser

Inddragelse af pårørende i behandlingsforløbet (fx i form af psykoedukation om ADHD) kan være med til at reducere misforståelser, konflikter samt følelsesmæssige belastninger i relationer og kan fremme samarbejde og accept i familien og i parforholdet. Inddragelse af pårørende kan understøtte fastholdelse af rutiner, strategier og medicinsk adhærens. Dette kan øge behandlingsudbyttet og kontinuiteten. Pårørende spiller ofte en central rolle i kontakten med kommune, arbejdsplads og sociale indsatser, og inddragelse af pårørende kan styrke koordineringen og kontinuiteten i støtteforløb. Det er dog væsentligt at pårørende ikke bliver ansvarlige for koordinationen.

ADHD kan være relationelt og følelsesmæssigt belastende. Information og støtte til pårørende kan forebygge stress, rolleoverbelastning og udbrændthed.

Man bør altid være opmærksom på balancen mellem patientens autonomi og inddragelse af netværk. Inddragelse af pårørende skal altid vurderes individuelt, ske frivilligt og med dokumenteret samtykke.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Det må forventes at påføre sundhedsvæsenet en merudgift, når mange voksne med ADHD behandles med MAN (anbefaling 1), da denne behandling aktuelt kun udbydes få steder og den omfatter væsentlig flere personaletimer end der aktuelt indgår i behandling af ADHD. Forfattergruppen mener at dette vil kompenseres af det sundhedsmæssige udbytte, da det er velbeskrevet at ubehandlet ADHD er omkostningstungt. Der er ikke foretaget en formel sundhedsøkonomisk analyse af de forventede økonomiske konsekvenser af anbefalingen i forbindelse med udarbejdelsen af denne retningslinje, da der pågår en større analyse af området i Sundhedsstyrelsen. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut vil tage Sundhedsstyrelsens analyse i betragtning og vurdere behovet for en evaluering af de sundhedsøkonomiske og organisatoriske konsekvenserne af anbefalingen til næste opdatering af retningslinjen.

Forfattergruppen forventer ikke, at anbefalingerne 2-4 vil medføre merudgift, da der typisk allerede tilbydes psykoedukation, livsstilsvejledning og pårørende inddragelse i behandlingen af voksne med ADHD.

4. Psykosociale indsatser der er utilstrækkeligt belyst

Begrebet psykosociale behandlingsindsatser kan forstås meget bredt og kan rumme et utal af tiltag. Aktuelt opleves særligt et fokus på netop ADHD i medierne, og vi har derfor undersøgt multiple potentielle indsatser. Det har været arbejdsgruppens ønske, at denne retningslinje skal støtte klinikerne i at optimere valg af behandling samt rådgivning af patienterne, hvorfor vi i dette afsnit har samlet den viden fra kortlægningsanalysen, som ikke har karakter af anbefalinger, da der både mangler evidens og robust klinisk erfaring på området. Nogle af overvejelserne er ekstrapoleret fra behandling af andre patientgrupper, fx børn og unge med ADHD, men vurderes væsentlige også at indtænke i behandlingen af voksne med ADHD. Afsnittet er inddelt i overvejelser om 1) socialfaglige og forløbsmæssige forhold, 2) coaching og støttende indsatser, 3) neurokognitive indsatser, og 4) komplementære indsatser.

1) Socialfaglige indsatser

Arbejdsgruppen diskuterede hvorvidt specifikke socialfaglige indsatser bør indgå i sundhedssektorens behandling af ADHD. Der var i denne forbindelse bred enighed om, at patienter med lavt funktionsniveau trods medicinsk behandling har brug for socialfaglige indsatser, og at de to typer indsatser er ligeværdigt betydningsfulde for patienternes samlede behandlingsresultat.

Voksne med ADHD kan have varierende grader af funktionsnedsættelse både før og efter behandling og i forskellige livsfaser. Psykiatriske patienter med nedsat funktionsniveau har behov for støtte, som begrundes og defineres via løbende kommunalt og sundhedsfagligt samarbejde. Det er arbejdsgruppens erfaring, at voksne med ADHD kan have så påvirket funktionsniveau, at det er væsentligt at sætte ind med socialfaglige tiltag for at optimere vedvarende tilknytning til og efterlevelse af øvrige psykosociale behandlingsindsatser og dermed øge effekten heraf samt understøtte trivsel, selvstændighed og ikke mindst forbedre livskvalitet. De socialfaglige tiltag kan iværksættes sideløbende med sundhedsfaglig behandling, eller så snart det findes relevant. Der er i retningslinjerne enighed om, at kontakt mellem behandler og uddannelsesinstitution/arbejdsplads/kommune kan understøtte, at der etableres de nødvendige skånehensyn for at gennemføre uddannelse, fastholde arbejdsfunktion o. lign.

Kun én retningslinje (2) har taget stilling til konkrete socialfaglige opgaver ift. voksne med ADHD (2). Disse overvejelser gælder særligt voksne patienter med ADHD og lavt funktionsniveau. For denne gruppe pointeres det, at det er vigtigt at tilbyde mulighed for, at behandlingsplanen deles med uddannelsesinstitution eller arbejdsplads mhp. rådgivning om bedst mulig tilrettelæggelse af undervisning/jobfunktioner. I fald patienten ikke har tilknytning til arbejdsmarkedet, kan individuel tilpasset støtte mhp. at komme tilbage på arbejdsmarkedet ligeledes være relevant. Patienter med ADHD, der er forældre, kan tilbydes støtte og vejledning i forældreskab. Er funktionsniveauet så lavt, at patienten ikke kan varetage egne basale behov, husholdning og praktiske opgaver i hverdagen, kan socialpædagogiske tiltag i dagligdagen være relevante, enten midlertidigt eller mere langvarigt.

2) Coaching og støtte

ADHD-coaching og støtte/hjælpe midler til de eksekutive vanskeligheder, der ofte ses ved ADHD, er meget vagt beskrevet i flere af retningslinjerne (1, 2, 4). Der er her tale om indsatser, som kan indeholde elementer af psykoedukation og kognitiv adfærdsterapi, men de er ikke systematisk beskrevet, og der er ikke evidens for, at coaching/støtte alene er en virksom behandlingsindsats. For coaching er fællesnævneren samtaler, der understøtter motivation, forandring, selvregulering og selvrealisering. Dette opnås i en patient-centreret samarbejdende proces, der understøtter patientens empowerment og træning af nye coping strategier (4, s. 120). Kognitiv støtte, anbefalet i den svenske retningslinje (2, s. 93) omfatter hverdagsstøtte med fx vejledning i tilpasning af det fysiske og det psykosociale miljø, støtte til etablering af rutiner, vejledning i anvendelse af forbrugerprodukter (apps, farvekort etc.) og adgang til hjælpemidler. Der kan være patienter, der foretrækker mere coaching/praktisk vejledning end det, der indgår i psykoedukation, men som ikke ønsker egentlig psykoterapi. Der findes adskillige apps, der kan hjælpe mennesker med eksekutive vanskeligheder. Apps, gennemset og godkendt af sundhedsprofessionelle (Center for Digital Psykiatri, Region Syddanmark), kan findes på MindApps.dk. Evidensen for brug af disse er dog ikke undersøgt.

Coaching er ikke defineret som en sundhedsydelse og kan udbydes uden certificering. Uddannelsesbaggrund og kompetencer blandt coaches er derfor uklare. Patienter, der søger coaching på det private marked, har

derfor beskedne rettigheder og beskyttelse (4, s. 122).

3) Neurokognitive indsatser

På tværs af retningslinjerne var der ingen anbefalinger for neurokognitive programmer. Neurokognitive indsatser omfatter forskellige former for arbejdshukommelsestræning, hukommelsestræning, neurofeedback og anden computeriseret hjernetræning. Der foreligger aktuelt ikke evidens for neurokognitive indsatser til behandling af voksne med ADHD, men yderligere og metodisk stærkere forskning er på vej (4). Det noteres, at der ikke er klinisk relevant effekt af arbejdshukommelsestræning eller andre computeriserede hjernetræningsmetoder (3 s. 6, overskrift 3, afsnit). Nogle patienter efterspørger eller opsøger dog neurokognitive indsatser og oplever sig hjulpet heraf. Da træningen ikke anses for at være forbundet med skade, kan neurokognitive indsatser leveret uden for det etablerede sundhedsvæsen indpasses i et samlet, integreret behandlingsforløb. Der er dog risiko for, at opnåede forbedringer i programmerne ikke overføres til funktionsniveau i hverdagen.

4) Komplementære indsatser

Arbejdsgruppen har under kortlægningsanalysen haft opmærksomhed på, om der var anbefalinger for en række komplementære indsatser – herunder kropsterapier, Basic Body Awareness Training, lysbehandling, vinterbadning, og omega-3 tilskud samt øvrige kosttilskud. Der foreligger ingen evidens eller anbefalinger for disse komplementære indsatser i relation til behandling af voksne med ADHD. Yoga og tai-chi fremhæves i én retningslinje som gavnlige (3), men effekten er ikke underbygget af evidens. Hvis patienten selv oplever en forbedring af ADHD-symptomer på baggrund af komplementære indsatser, er der ikke grund til at fraråde dem. Dog bør denne type indsatser ikke erstatte evidensbaseret behandling.

5. Referencer

1. NICE. NICE Guideline, NG87. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management 2019.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten: Socialstyrelsen; 2024.
3. Sundhedsstyrelsen. Nationale kliniske anbefalinger: Non-farmakologisk behandling af ADHD hos voksne: Sundhedsstyrelsen; 2025.
4. AADPA. Australian Evidence-Based Clinical Guideline For Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). 1 ed: AADPA; 2022.
5. NICE. E: Evidence review(s) for efficacy of non-pharmacological treatment and the impact of adverse events associated with non-pharmacological treatments of ADHD: NICE.; 2018.
6. NICE. F: Evidence review for combined pharmacological and non-pharmacological treatments review: NICE; 2018.
7. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje: Udredning og behandling af ADHD hos voksne. 1.1 ed: Sundhedsstyrelsen; 2017.
8. Yan M, Chen L, Yang M, Zhang L, Niu M, Wu F, et al. Evidence mapping of clinical practice guidelines recommendations and quality for depression in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2023;32:2091-108.
9. Emilsson B, Gudjonsson G, Sigurdsson JF, Baldursson G, Einarsson E, Olafsdottir H, et al. Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2011;11:116.
10. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 2005;43(7):831-42.
11. Young S, Khondoker M, Emilsson B, Sigurdsson JF, Philipp-Wiegmann F, Baldursson G, et al. Cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid psychopathology: a randomized controlled trial using multi-level analysis. *Psychological Medicine*. 2015;45(13):2793-804.
12. Konstenius M, Jayaram-Lindström N, Guterstam J, Beck O, Philips B, Franck J. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. *Addiction*. 2014;109(3):440-9.
13. Levin FR, Evans SM, Brooks DJ, Garawi F. Treatment of cocaine dependent treatment seekers with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate and placebo. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;87(1):20-9.
14. Weiss M, Murray C, Wasdell M, Greenfield B, Giles L, Hechtman L. A randomized controlled trial of CBT therapy for adults with ADHD with and without medication. *BMC Psychiatry*. 2012;5:30.
15. Vidal R, Bosch R, Nogueira M, Gómez-Barros N, Valero S, Palomar G, et al. Psychoeducation for Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder vs. Cognitive Behavioral Group Therapy. 2013;210(10):894-900.
16. Safren SA, Sprich S, Mimiaga MJ, Surman C, Knouse L, Groves M, et al. Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a

- randomized controlled trial. *JAMA*. 2010;304(8):875-80.
17. Jans T, Jacob C, Warnke A, Zwanzger U, Groß-Lesch S, Matthies S, et al. Does intensive multimodal treatment for maternal ADHD improve the efficacy of parent training for children with ADHD? A randomized controlled multicenter trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56(12):1298-313.
 18. Philipsen A, Jans T, Graf E, Matthies S, Borel P, Colla M, et al. Effects of Group Psychotherapy, Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(12):1199-210.
 19. Fleming AP, McMahon RJ, Moran LR, Peterson AP, Dreesen A. Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *Journal of Attention Disorders*. 2015;19(3):260-71.
 20. Gu Y, Xu G, Zhu Y. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for College Students With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2018;22(4):388-99.
 21. Pettersson R, Söderström S, Edlund-Söderström K, Nilsson KW. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD in Outpatient Psychiatric Care: A Randomized Trial. *Journal of Attention Disorders*. 2017;21(6):508-21.
 22. Hepark S, Janssen L, Vries Ad, Schoenberg PLA, Donders R, Kan CC, et al. The Efficacy of Adapted MBCT on Core Symptoms and Executive Functioning in Adults With ADHD: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *Journal of Attention Disorders*. 2019;23(4):351-62.
 23. Virta M, Salakari A, Antila M, Chydenius E, Partinen M, Kaski M, et al. Short cognitive behavioral therapy and cognitive training for adults with ADHD – a randomized controlled pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2010;6(1):443-53.
 24. Hirvikoski T, Waaler E, Alfredsson J, Pihlgren C, Holmström A, Johnson A, et al. Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2011;49(3):175-85.
 25. Solanto MV, Marks DJ, Wasserstein J, Mitchell K, Abikoff H, Alvir JMJ, et al. Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *The American Journal of Psychiatry*. 2010;167(8):958-68.
 26. Cowley B, Holmström É, Juurmaa K, Kovarskis L, Krause CM. Computer Enabled Neuroplasticity Treatment: A Clinical Trial of a Novel Design for Neurofeedback Therapy in Adult ADHD. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2016;10:205.
 27. Mawjee K, Woltering S, Tannock R. Working Memory Training in Post-Secondary Students with ADHD: A Randomized Controlled Study. *PLoS ONE*. 2015;10(9):e0137173.
 28. Anastopoulos AD, Langberg JM, Eddy LD, Silvia PJ, Labban JD. A randomized controlled trial examining CBT for college students with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2021;89(1):21-33.
 29. Dittner AJ, Hodsoll J, Rimes KA, Russell AJ, Chalder T. Cognitive-behavioural therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder: a proof of concept randomised controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018;137(2):125-37.
 30. Janssen L, Kan CC, Carpentier PJ, Sizoo B, Hepark S, Schellekens MPJ, et al. Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. *Psychological Medicine*. 2019;49(1):55-65.
 31. Bachmann K, Lam AP, Sörös P, Kanat M, Hoxhaj E, Matthies S, et al. Effects of mindfulness and psychoeducation on working memory in adult ADHD: A randomised, controlled fMRI study. *Behaviour*

- Research and Therapy. 2018;106:47-56.
32. Hoxhaj E, Sadohara C, Borel P, D'Amelio R, Sobanski E, Müller H, et al. Mindfulness vs psychoeducation in adult ADHD: a randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2018;268:321-35.
 33. Huang F, Tang Y-I, Zhao M, Wang Y, Pan M, Wang Y, et al. Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD: A Randomized Clinical Trial in China. *Journal of Attention Disorders*. 2019;23(9):1035-46.
 34. Moëll B, Kollberg L, Nasri B, Lindefors N, Kaldo V. Living SMART — A randomized controlled trial of a guided online course teaching adults with ADHD or sub-clinical ADHD to use smartphones to structure their everyday life. *Internet Interventions*. 2015;2(1):24-31.
 35. Schoenberg PLA, Hepark S, Kan CC, Barendregt HP, Buitelaar JK, Speckens AEM. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on neurophysiological correlates of performance monitoring in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology*. 2014;125(7):1407-16.
 36. Stevenson CS, Whitmont S, Bornholt L, Livesey D, Stevenson RJ. A Cognitive Remediation Programme for Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2002;36(5):610-6.
 37. Van der Oord S, Boyer BE, dyck LV, Mackay KJ, Meyer HD, Baeyens D. A Randomized Controlled Study of a Cognitive Behavioral Planning Intervention for College Students With ADHD: An Effectiveness Study in Student Counseling Services in Flanders. *Journal of Attention Disorders*. 2020;24(6):849-62.
 38. Pan M-R, Zhang S-Y, Qiu S-W, Liu L, Li H-M, Zhao M-J, et al. Efficacy of cognitive behavioural therapy in medicated adults with attention-deficit/hyperactivity disorder in multiple dimensions: a randomised controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2021;272:235-55.
 39. Schönenberg M, Wiedemann E, Schneidt A, Scheeff J, Logemann A, Keune PM, et al. Neurofeedback, sham neurofeedback, and cognitive-behavioural group therapy in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a triple-blind, randomised, controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(9):673-84.
 40. van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, Kramer FJ, Blankers M, Dekker JJM, Brink Wvd, et al. Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: Results of a randomized clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence*. 2019;197:28-36.
 41. Corbisiero S, Bitto H, Newark P, Abt-Mörstedt B, Elsässer M, Buchli-Kammermann J, et al. A Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Pharmacotherapy vs. Pharmacotherapy Alone in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) – A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*. 2018;9:571.
 42. Nakashima M, Inada N, Tanigawa Y, Yamashita M, Maeda E, Kouguchi M, et al. Efficacy of Group Cognitive Behavior Therapy Targeting Time Management for Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Japan: A Randomized Control Pilot Trial. *Journal of Attention Disorders*. 2022;26(3):377-90.
 43. Halmøy A, Ring AE, Gjestad R, Møller M, Ubostad B, Lien T, et al. Dialectical behavioral therapy-based group treatment versus treatment as usual for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a multicenter randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):738.
 44. Moritz GR, Pizutti LT, Cancian ACM, Dillenburg MS, Souza LASd, Lewgoy LB, et al. Feasibility trial of the dialectical behavior therapy skills training group as add-on treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2021;77(3):516-24.
 45. Liu Z-X, Lishak V, Tannock R, Woltering S. Effects of working memory training on neural correlates of Go/Nogo response control in adults with ADHD: A randomized controlled trial. *Neuropsychologia*.

2017;95:54-72.

46. Mawjee K, Woltering S, Lai N, Gottlieb H, Kronitz R, Tannock R. Working Memory Training in ADHD: Controlling for Engagement, Motivation, and Expectancy of Improvement (Pilot Study). *Journal of Attention Disorders*. 2017;21(11):956-68.
47. Mitchell JT, McIntyre EM, English JS, Dennis MF, Beckham JC, Kollins SH. A Pilot Trial of Mindfulness Meditation Training for ADHD in Adulthood: Impact on Core Symptoms, Executive Functioning, and Emotion Dysregulation. *Journal of Attention Disorders*. 2017;21(13):1105-20.
48. Grinblat N, Rosenblum S. Work-MAP Telehealth Metacognitive Work-Performance Intervention for Adults With ADHD: Randomized Controlled Trial. *Occupational Therapy Journal of Research*. 2023;43(3):435-45.
49. Stevenson CS, Stevenson RJ, Whitmont S. A self-directed psychosocial intervention with minimal therapist contact for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2003;10(2):93-101.
50. Nasri B, Cassel M, Enhärje J, Larsson M, Hirvikoski T, Ginsberg Y, et al. Internet delivered cognitive behavioral therapy for adults with ADHD - A randomized controlled trial. *Internet Interventions*. 2023;33:100636.
51. Bartlett R, Rowe TS, Shattell MM. Perspectives of college students on their childhood ADHD. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2010;35(4):226-31.
52. Bringewatt EH. Negotiating narratives surrounding children's mental health diagnoses: Children and their contribution to the discourse. *Children and Youth Services Review*. 2013;35(8):1219-26.
53. Cheung KKW, Ip ICKW, Chan PKL, Lin CHY, Wong LYL, Chan EW. Experiences of adolescents and young adults with ADHD in Hong Kong: treatment services and clinical management. *BMC Psychiatry*. 2015;15(95).
54. Halleröd SLH, Anckarsäter H, Råstam M, Scherman MH. Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult – a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2015;15(31).
55. Henry E, Jones SH. Experiences of older adult women diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Women & Aging*. 2011;23(3):246-62.
56. Lefler EK, Sacchetti GM, Carlo DID. ADHD in college: a qualitative analysis. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2016;8(2):79-93.
57. Matheson L, Asherson P, Wong ICK, Hodgkins P, Setyawan J, Sasane R, et al. Adult ADHD patient experiences of impairment, service provision and clinical management in England: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2013;13:184.
58. Meaux JB, Green A, Broussard L. ADHD in the college student: a block in the road. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2009;16(3):248-56.
59. Nehlin C, Nyberg F, Öster C. The patient's perspective on the link between ADHD and substance use: a qualitative interview study. *Journal of Attention Disorders*. 2015;19(4):343-50.
60. O'Callaghan P. Adherence to stimulants in adult ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2014;6(2):111-20.
61. Schrevel SJC, Dedding C, Aken JAv, Broerse JEW. 'Do I need to become someone else?' A qualitative exploratory study into the experiences and needs of adults with ADHD. *Health Expectations*. 2016;19(1):39-48.
62. Waite R, Tran M. ADHD among a cohort of ethnic minority women. *Women & Health*. 2010;50(1):71-87.

63. Young S, Bramham J, Gray K, Rose E. The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: a qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis. *Journal of Attention Disorders*. 2008;11(4):493-503.
64. Young S, Gray K, Bramham J. A phenomenological analysis of the experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: a partner's perspective. *Journal of Attention Disorders*. 2009;12(4).
65. Swift KD, Hall CL, Marimuttu V, Redstone L, Sayal K, Hollis C. Transition to adult mental health services for young people with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a qualitative analysis of their experiences. *BMC Psychiatry*. 2013;13:74.
66. Salt N, Parkes E, Scammell A. GPs' perceptions of the management of ADHD in primary care: a study of Wandsworth GPs. *Primary Health Care Research & Development*. 2005;6(2):162-71.
67. Simons L, Valentine AZ, Falconer CJ, Groom M, Daley D, Craven MP, et al. Developing mHealth Remote Monitoring Technology for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Qualitative Study Eliciting User Priorities and Needs. *JMIR Publications*. 2016;4(1):e31.
68. dosReis S, Myers MA. Parental attitudes and involvement in psychopharmacological treatment for ADHD: a conceptual model. *International Review of Psychiatry*. 2008;20(2):135-41.
69. Kovshoff H, Williams S, Vrijens M, Danckaerts M, Thompson M, Yardley L, et al. The decisions regarding ADHD management (DRAMA) study: uncertainties and complexities in assessment, diagnosis and treatment, from the clinician's point of view. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;21(2):87-99.
70. Loe M, Cuttino L. Grappling with the Medicated Self: The Case of ADHD College Students. *Symbolic Interaction*. 2011;31(3):303-23.
71. Meaux JB, Hester C, Smith B, Shoptaw A. Stimulant medications: a trade-off? The lived experience of adolescents with ADHD. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*. 2006;11(4):214-26.
72. Shaw K, Wagner I, Eastwood H, Mitchell G. A qualitative study of Australian GPs' attitudes and practices in the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Family Practice*. 2003;20(2):129-34.
73. Socialdepartementet. Nationell anhörigstrategi – inom hälso- och sjukvård och omsorg. Regeringskansliet; 2022.

6. Metode

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.

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), Kunnskapscenteret (Norge), Sundhedsstyrelsen samt PubMed. Herudover blev der foretaget supplerende ad hoc-søgninger via forfatternes faglige netværk for at identificere eventuelle relevante retningslinjer, som ikke fremgik af databasesøgningerne.

Retningslinjer publiceret i perioden fra 2015 til 10. januar 2025 blev inkluderet, forudsat at de opfyldte følgende inklusionskriterier: 1) evidensbaserede kliniske retningslinjer; 2) målgruppe omfattende voksne med ADHD; samt 3) publicering på dansk, svensk, norsk eller engelsk. Sundhedsstyrelsens nationale kliniske anbefaling (NKA) for non-farmakologisk behandling af ADHD hos voksne blev ligeledes identificeret, idet retningslinjen var i høring på tidspunktet for litteratursøgningen, om end den først blev endeligt publiceret i efteråret 2025. Såfremt en organisation havde publiceret flere versioner af samme retningslinje inden for den angivne periode, blev udelukkende den seneste version inkluderet.

Den fulde søgeprotokol er vedlagt som Bilag 1.

Litteraturgennemgang

Den systematiske søgning identificerede i alt 14 relevante internationale kliniske retningslinjer. To medlemmer af forfattergruppen gennemgik uafhængigt af hinanden de identificerede retningslinjer mhp. vurdering af overholdelse af ovenstående inklusionskriterier samt retningslinjernes kliniske relevans i en dansk kontekst. På baggrund af denne indledende screening blev 11 retningslinjer inkluderet til fuldtekstgennemgangen. Efter gennemgang af fuldteksterne opnåede forfattergruppen konsensus om at inkludere i alt otte kliniske retningslinjer.

De otte inkluderede retningslinjer blev kvalitetsvurderet vha. AGREE II-instrumentet af Retningslinjefunktionen i SundK. Resultaterne af kvalitetsvurderingen er rapporteret i Bilag 2. Kun retningslinjer, der opnåede en score på over 70% i AGREE II-domæne 3 ('rigour of development'), blev inkluderet i det endelige evidensgrundlag. Af de otte retningslinjer opnåede fem en score over 70% i domæne 3.

De fem inkluderede retningslinjer med høj metodisk kvalitet blev efterfølgende gennemgået mhp. en systematisk kortlægningsanalyse. I denne proces blev det detaljeret registreret, hvilke kliniske emner de enkelte retningslinjer adresserede, samt hvilket evidensniveau der lå til grund for de respektive anbefalinger. Forfattergruppen udviklede en liste over mulige emner, der kunne omfattes af retningslinjerne, og hver retningslinje blev gennemlæst af to medlemmer af forfattergruppen for at afdække, hvilke indsatser der var taget

stilling til i retningslinjerne, og hvilke indsatser der var nævnt i en eller flere retningslinjer. Herved blev det afklaret, at flere indsatser ikke var beskrevet i nogen af retningslinjerne (fx vinterbadning). Indsatser, der var beskrevet i tekst eller med klinisk anbefaling i mere end to retningslinjer, blev kortlagt ud fra en tabelskabelon afledt af kortlægningsanalysemetoden beskrevet af Yan og kollegaer (8). Én fra forfattergruppen og den faglige assistent, rutineret i dataekstraktion til systematiske reviews, har uafhængigt af hinanden ekstraheret anbefalinger og relevant fritekst samt beskrevet evidensgrundlaget i de fem udvalgte retningslinjer. Forfattergruppen har gennemset tabellerne og afstemt en samlet tabel. Hvis der var forskellige styrkegrader af anbefalinger eller fritekstbeskrivelser, har forfattergruppen vægtet de senere retningslinjer højere end de tidligere og desuden vægtet den australske retningslinje højt på baggrund af dens omfattende dokumentation og kvalitet (AADPA, 2022). Den initiale gennemlæsning af retningslinjerne har desuden informeret andre afsnit, såsom afsnit 2, 4, 5 og 6.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser

Der er ikke foretaget en formel sundhedsøkonomisk analyse af konsekvenserne ved anbefaling 1.

Formulering af anbefalinger

På baggrund af tabellerne har forfattergruppen gennem både fælles dokumentredigering, adskillige online møder og et fysisk møde udarbejdet og finpudset anbefalingerne. Stærke anbefalinger for en intervention (A-styrke) eller underbygning med stærke anbefalinger fra flere af de kortlagte retningslinjer har i udgangspunktet medført, at vi har formuleret anbefalinger med anvendelsen af termer såsom "giv", "brug", "anvend", "skal" eller "bør". Svage anbefalinger for en intervention (B-, C- eller D-styrke) har i udgangspunktet medført, at vi har formuleret anbefalinger med anvendelsen af termer såsom "overvej at" eller "det er god praksis at".

Interessentinvolvering

Patienter har ikke været direkte involveret i udarbejdelsen af denne kliniske retningslinje. ADHD-foreningen er dog repræsenteret i forfattergruppen.

Høring

Retningslinjen har været i intern høring ved DMPG for ADHD. Høringssvarene blev efterfølgende gennemgået og drøftet systematisk ved et fysisk møde i forfattergruppen, hvorefter relevante ændringer blev indarbejdet i dokumentet.

Retningslinjen er sendt i ekstern høring ved relevante interessenter.

Godkendelse

Retningslinjen har været i intern høring ved DMPG for ADHD og i ekstern høring.

Faglig godkendelse:

Retningslinjen for non-farmakologisk behandling af ADHD hos voksne er faglig godkendt af DMPG ADHD.

Administrativ godkendelse:

Behov for yderligere forskning

Der er meget beskeden forskning inden for psykosociale behandlingsindsatser til voksne med ADHD. I dansk sammenhæng er det relevant at få udarbejdet en manual baseret på en eller flere af de engelsksprogede manualer, som udgør grundlaget for evidensen, og afprøve den i et lodtrækningsforsøg. Alle indsatser mangler dog kliniske afprøvninger af høj kvalitet. Særligt synes det væsentligt at afdække om psykoedukation, og hvilket omfang af psykoedukation, der har effekt i forhold til oplevet mestring, funktion og livskvalitet. Derudover mangler der også forskning inden for de områder, der gennemgås i afsnit 5, samt specifikke livsstilsindsatser.

Forfattere og habilitet

- Sidse Arnfred, psykiatri og almen medicin, professor, dr.med. og forskningschef, Forskningsafdelingen Midt og Vestsjællands Hospital, Region Sjælland, formand
- Kim Berg Johannessen, specialpsykolog i psykiatri, privat praktiserende
- Simona-Mihaela Mardari, specialpsykolog i Børne- ungdomspsykiatri og psykiatri, Klinik for ADHD, Regionspsykiatrien Gødstrup, Region Midt
- Pelle Ishøy, psykiatri, overlæge, PhD, Region Hovedstaden
- Jannie Hvilsted, psykiatri, sygeplejerske, Region Midt
- Sandra Schou, psykiatri, praktiserende speciallæge, Region Nord
- Trish Nymark, sygeplejerske, formand, ADHD-foreningen
- Kamilla Horn Diedrichsen, fagkonsulent, RKKP.
- Dyveke Illum, psykolog, faglig assistent, Forskningsafdelingen Midt og Vestsjællands Hospital, Region Sjælland

Habilitetserklæringer:

Kim Berg Johannessen: To honorerede foredrag om ADHD for Medice Nordic. Disse er forekommet år før deltagelsen i udarbejdelsen af retningslinjen og vurderes, at ikke forårsage interessekonflikt.

Trish Nymark: Forfatter til to pjecer udgivet af Medice Nordic, samt honorerede foredrag for Medice Nordic og andre medicinal virksomheder. Formand for ADHD-foreningen.

Pelle Ishøy: Medice-Nordic har betalt for konference deltagelse, samt honoreret foredrag, senest i 2024. Dette er sket år før deltagelsen i udarbejdelsen af retningslinjen og vurderes, at ikke forårsage interessekonflikt.

Øvrige: Ingen interessekonflikter

For detaljerede samarbejdsrelationer henvises til deklaration via Lægemiddelstyrelsens hjemmeside:

<https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/sundhedspersoners-tilknytning-til-virksomheder/lister-over-tilknytning-til-virksomheder/apotekere,-laeger,-sygeplejersker-og-tandlaeger>

Samlet vurdering af habilitet for forfattergruppen:

Tre af forfatterne til denne retningslinje har tidligere haft samarbejde med medicinalfirmaer. Samarbejdet omfatter foredrag, rejser, deltagelse i ekspertmøder og tekster til pjecer i primært Medice Nordic, men også andre medicinalfirmaer. Det er formandens opfattelse og vurdering, at ovenstående samarbejdsrelationer ikke har indflydelse på retningslinjearbejdet.

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 2.1 af skabelonen.

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. Implementering

Forfattergruppen er opmærksom på, at der næppe aktuelt er kapacitet til, at alle voksne med ADHD får MAN i det danske sundhedsvæsen. MAN kan udbydes både i primærsektoren og i den regionale psykiatri, men der mangler både en dansk manual, baseret på de internationale afprøvede manualer samt personaleressourcer til behandlingen. Derudover skal psykoterapeuter, der varetager behandlingen have en relevant efteruddannelse. Det er vigtigt at betragte anbefalingerne som en løftestang for kapacitetsudvidelse flere af de nævnte steder. Samtidigt må det også forventes, at fuld efterlevelse af denne retningslinjes anbefaling 1 kun vil være mulig at efterkomme, når relevante beslutningstagere/organisationer udvider behandlingsrammer, økonomisk loft og kompetenceløft/uddannelsesmuligheder. Det er en årelang proces, som i høj grad kan forkortes eller forlænges alt efter hvilke beslutninger der tages på ledelses- og organisatorisk niveau, både på regional og nationalt plan. Umiddelbart er der brug for at se på følgende indsatser for anbefaling 1 kan implementeres:

1. Nedsættelse af arbejdsgruppe til at udarbejde dansk ADHD manual - evt. med modulær opbygning som gør den anvendelig på tværs af sektorer og ADHD sværhedsgrad/symptomprofil.
2. Kursus og supervisions forløb for behandlere/psykoterapeuter

Sundhedsprofessionelle med psykoterapeutisk ekspertise, der varetager kognitiv adfærdsterapeutisk behandling af patienter med ADHD, bør have specialiseret viden om/faglig ekspertise inden for ADHD og/ eller modtage supervision fra en fagperson med sådan ekspertise (4, s. 113). De skal samtidig have uddannelse i den terapiform og den specifikke manual, de skal følge. Forfattergruppen vurderer, at der er behov for et væsentligt kompetenceløft i sundhedsvæsenet.

3. Det vil udvide implementeringshastigheden, hvis det muligt for praktiserende psykologer under sygesikringen at tilbyde MAN til voksne med ADHD
4. Implementering af online psykoterapi rummer potentiale for at afbøde den ulighed der er velbeskrevet pga. den geografiske fordeling af behandlere(3, s. 10). Et enkelt digitalt behandlingstilbud indgår i evidensen.

Manglen på og den ulige fordeling af relevant uddannede klinikere kan medføre ulighed i behandlingstilbud baseret på geografiske og socioøkonomiske forskelle (4, s. 124). I et onlineformat bør der udvises særlig opmærksomhed på risikoen for frafald, som i forvejen udgør en væsentlig udfordring i denne patientgruppe (3, s. 17).

Yderligere ulighed kan opstå, når mere ressourcestærke patienter har mulighed for egenfinansiering af behandlingen (3, s. 10, 17).

Anbefalingerne 2-4 kan også nogle steder kræve ekstra personaleressourcer i forhold til aktuelle behandlingstilbud til ADHD. Offentligt udgivet, standardiseret, psykoedukations materiale kan hjælpe noget af vejen, men der må stadig forventes at skulle bruges ressourcer på individuelt og lokalt tilpasset psykoedukation (3, s. 10, 4, s. 124). Fagpersoner der varetager psykosociale behandlingsindsatser bør også have relevant uddannelse og kompetencer for at sikre kvalitet og effekt (1, s. 22, 7). På nuværende tidspunkt findes der ikke formaliseret dansk undervisning udbudt af den offentlige sundhedssektor. De fagpersoner som allerede varetager den psykosociale behandling, tilegner sig viden dels via diverse private tilbud, internationale tilbud og via mesterlære/ praktisk oplæring. Et øget fokus på at etablere struktureret og verificeret undervisning og

uddannelse bør prioriteres højt mhp. at fagpersoner let kan tilegne sig og vedligeholde den nødvendige viden og kunnen, der forventes for at kunne bestride opgaven og dermed øge adhærens.

Både opkvalificering og vedligeholdelse af kompetenceudvikling vil dog påhvile behandlingsstedet, hvorfor hvert behandlingssted må overveje, hvordan psykosociale behandlingsindsatser kan tilrettelægges alt efter opbygning, rammer og ressourcer både økonomisk og personalemæssigt, samt hvilken målgruppe behandlingsstedet modtager.

8. Bilag

Bilag 1 – Søgeprotokol

Non-farmakologisk, psykosocial behandlingsindsatser til ADHD hos voksne

Titel (på retningslinje)	<i>Psykosociale behandlingsindsatser til ADHD hos voksne</i>
DMPG	<i>ADHD</i>
Kontakt med metodespecialist	<i>Kamilla Horn Diedrichsen fra retningslinjesekretariatet</i>
Senest udfyldt	<i>03/01/2025</i>

Afgrænsning af emne	
Baggrund	<p>Hypigheden af ADHD-diagnose stillet i voksenalderen har været stigende de seneste år. Førstevalgsbehandling vil almindeligvis være farmakologisk, medmindre patienten ikke ønsker det, eller der er kontraindikationer til farmakologisk behandling. I dette tilfælde kan psykosociale behandlingsindsatser være indikeret. Ligeledes vil der ofte være fortsatte mentale udfordringer trods optimeret farmakologisk behandling, hvilket giver anledning til add-on psykosocial behandling for at opnå et additiv eller supraadditiv behandlingseffekt. Spørgsmålet bliver derfor:</p> <p>Hvilke psykosociale behandlingsformer kan anbefales til behandling af ADHD hos voksne?</p> <p>Og bør psykosociale behandlingsindsatser udbydes som enkeltstående behandling eller i kombination med stabil farmakologisk behandling?</p> <p>Psykosociale behandlinger til ADHD er et bredt begreb, der omfatter alle interventioner, og kombinationer af interventioner, som ikke er farmakologiske. I praksis afgrænses de undersøgte interventioner til sådanne, der leveres af sundhedsprofessionelle, og de allerfleste kan betegnes som psykologiske eller psykosociale interventioner.</p> <p>NICE's guideline fra 2018 oplister følgende mulige interventioner:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kognitiv adfærdsterapi (KAT) ○ Dialektisk adfærdsterapi (DAT) ○ Coaching, mentoring og andre rådgivningsmetoder ○ Opmærksomheds-, hukommelses- og kognitiv træning ○ Neurofeedback ○ Psykoedukation ○ Afspændingsteknikker

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Interventioner målrettet skole eller arbejdsplads ○ Interventioner til forbedring af søvn ○ Motion ○ Miljøterapi/udendørsaktiviteter ○ Uspecifik støttende terapi ○ Kombinationer af ovenstående
Inklusions- og eksklusionskriterier	<p>Publikationsdato (periode): fra 2015 til primo 2025</p> <p>Sprog: Engelsk, Dansk, Svensk, Norsk</p> <p>Målgruppe: voksne med ADHD</p> <p>Publikationstype(-r): Guidelines</p>

Emneord	Populationen	Intervention	Sammenlignings intervention	Outcomes
Engelsk Alle tænkelige søgeord bør indsættes.	Adults (>18 years) ADHD Attention Deficit Disorder with Hyperactivity	CBT; DBT; psychoeducation; psychological treatment; coaching; counselling; psychotherapy, neurofeedback; physical activity	No intervention Waitlist Treatment as usual Placebo-psychological intervention Another psychosocial intervention Pharmacological intervention	ADHD symptoms Quality of life Sleep quality Work and social function

Inspiration til søgeord kan findes i andre studier på samme område som man har kendskab til. Man søger ikke efter outcomes.

Søgning efter guidelines

Databaser (Guidelines)	Dato for søgning	Ansvarlig for søgningen	Hits
G-I-N International	03/01/2025	Kamilla Horn Diedrichsen	2

http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library			
NICE (UK) https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=apq,csg,cg,mpg,ph,sq,sc	03/01/2025	Kamilla Horn Diedrichsen	2
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Our guidelines	03/01/2025	Kamilla Horn Diedrichsen	0
Australian Clinical Practice Guidelines: https://www.clinicalguidelines.gov.au/	03/01/2025	Kamilla Horn Diedrichsen	0
Pubmed	03/01/2025	Kamilla Horn Diedrichsen	15/4
Kunnskapssenteret (Norge) https://www.fhi.no/div/bibliotek/	03/01/2025	Kamilla Horn Diedrichsen	0
Helsedirektoratet (Norge) https://helsedirektoratet.no/retningslinjer	03/01/2025	Kamilla Horn Diedrichsen	1
SBU (Sverige) http://www.sbu.se/en/publications/	07/01/25	Kamilla Horn Diedrichsen	0
CDC (USA) https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html	07/01/25	Kamilla Horn Diedrichsen	(1) BU
APSARD (USA) guidelines-for-adults-with-adhd/ s-for-adults-with-adhd/		Guideline på vej	
AHRQ (USA) https://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/index.html	07/01/25	Kamilla Horn Diedrichsen	0
NIH (USA) https://www.nccih.nih.gov/health/providers/clinicalpractice	07/01/25	Kamilla Horn Diedrichsen	0
AMC joule (Canada) https://joulecma.ca/cpg/homepage	07/01/25	Kamilla Horn Diedrichsen	0
Sundhedsstyrelsen (DK) https://www.sst.dk/da/viden/NKR-og-NKA	07/01/25	Kamilla Horn Diedrichsen + 1 Under udarbejdelse: Udredning og behandling af	2

		ADHD hos voksne kommer april 2025	
DPS (DK) https://www.dpsnet.dk/	07/01/25	Kamilla Horn Diedrichsen	1
ADHD institute (D) https://adhd-institute.com/disease-management/guidelines/german-guidelines/	07/01/25	Kamilla Horn Diedrichsen Har ikke adgang	
AWMF-online (D) https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-045	07/01/25	Tysk – ekskluderes Kamilla Horn Diedrichsen	0

Søgestrategier (kopieret ind)

Database Pubmed (antal hits=15, 4 relevante)

((ADHD OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "Attention Deficit Disorder") AND ("clinical practice guidelines" OR "Practice guideline" OR "Guideline" OR "Guidelines"))

Bilag 2 – AGREE vurdering

<p>Internationale Guidelines ADHD (voksne)</p> <p>AGREE score [1-7, 7-56] <i>(1 = ingen kriterier opfyldt. 7 = alle kriterier opfyldt)</i></p>	<p>National klinisk anbefaling for nonfarmakologisk behandling af voksne med ADHD 2025/2026?</p>	<p>The Australian evidence-based clinical practice guideline for attention deficit hyperactivity disorder 2022</p>	<p>Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management NICE guideline 2018 (updated 2019)</p>	<p>Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten</p>	<p>Udredning og behandling af ADHD hos voksne 2017</p>	<p>Transcutaneous electrical stimulation of the trigeminal nerve for ADHD Interventional procedures guidance 2023</p>	<p>Attention-deficit/hyperactivity disorder in pregnancy and the postpartum period 2024</p>	<p>Helsedirektoratet. ADHD Nasjonal faglig retningslinje 2022</p>	<p>Canadian ADHD Practice Guidelines 4.1 2020</p>
<p>Systematisk søgestrategi</p>	<p>7</p>	<p>7</p>	<p>7</p>	<p>7</p>	<p>7</p>	<p>7</p>	<p>-</p>	<p>3 Baserer sig bl.a. på NICE guideline. Der er kun links til guidelines, som retningslinjen baserer sig på.</p>	<p>3 Kan ikke finde søgestrategi på andet end kap 6. Nævner ikke søgetermer mv.</p>

Udvælgelseskriterier	5	7	7	6	7	7	-	2	3 Mangler in og eksklusionskriterier, hvilke studier har de søgt på
Litteratur- og evidensvurdering	6	6	2 Mangler graderinger	4 Mangler graderinger	7	6	-	2 Mangler gradering	2 Nævner ikke at de har kritisk vurderet studier. Ingen gradering af anbefalinger.
Formulering af anbefalinger	6	7	7	7	5 Mangler beskrivelse af konsensus/hvordan	1	-	4	3 Nævnt delphimetode i tidligere versioner, ekspertkonsensus. Mangler meget beskrivelse.
Sundhedsfordele, risici og bivirkninger	7	6	7	5	7	5	-	6	6
Rationale mellem evidens og anbefalinger	7	7	7	5 Få referencer efter anbefalinger	7	6	-	6	5

Interessentinvolvering	7	6	7	6	5 De skriver helt kort om det, kunne udbygges markant	3 Ikke muligt at have et patientperspektiv med	-	6	4 Ingen Peer review eller høring beskrevet. Mangler patient involvering eller er mange interessenter inddraget.
Revision	6	7	6 Mangler dato	3	5 De skriver vurderes hver 3. år, ingen proces for opdatering og overskredet	1	-	1	1
Samlet score (min. 7, max. 56) [%] Over 70% = høj kvalitet	51 [89,6%]	53 [93,8%]	50 [89%]	43 [73%]	50 [89%]	36 [58,3%]		30 [54 %]	27 [41,7%]

Hvordan scores der

AGREE II Domæne 3: Metodestringens	Kriterier	AGREE score	Noter
Systematisk søgestrategi	Der er anvendt systematiske metoder til at søge efter evidens: <ul style="list-style-type: none"> • Navngivne elektroniske databaser eller evidenskilder, hvor søgningen blev udført (fx MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL) • Der er angivet hvilke tidsperioder der er søgt (fx 1. januar 2004 til 31. marts 2008) • Der er angivet hvilke søgetermer der er anvendt (fx tekstord, indeksord, underoverskrifter) • Der er angivet en udførlig søgestrategi (fx placeret i et bilag) 		
Udvælgelseskriterier	Kriterierne for udvælgelse af evidens er klart beskrevet: <ul style="list-style-type: none"> • Målgruppe (patienter, offentligheden osv.) • Karakteristika • Studiedesign • Sammenligninger (hvis relevant) • Resultater • Sprog (hvis relevant) • Kontekst (hvis relevant) 		
Litteratur- og evidensvurdering	Styrker og begrænsninger af det samlede evidensgrundlag er klart beskrevet: <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke studiedesign(s) er inkluderet i evidensgrundlaget? • Er der metodiske begrænsninger (udvælgelse, blindning, randomisering, analytiske metoder) • Er valg af primære og sekundære resultater relevante/passende? • Er resultaterne på tværs af studier konsistente? • Peger resultaterne på tværs af studierne i samme retning? • Er der balance mellem fordele og ulemper? • Er det relevant i klinisk praksis? 		
Formulering af anbefalinger	De metoder som er anvendt til formulering af anbefalingerne er klart beskrevet: <ul style="list-style-type: none"> • Processen for udvikling af anbefalinger (fx trin i den modificerede Delphi-metode og overvejede afstemningsprocedurer) • Resultater af processen for udvikling af anbefalinger (fx i hvilken grad konsensus blev opnået ved brug af modificeret Delphi-metode, resultatet af afstemning) • Hvordan påvirkede processen anbefalingerne (fx hvordan resultaterne fra Delphi-metoden påvirkede den endelige anbefaling, overensstemmelse mellem anbefalingerne og den endelige afstemning) 		

<p>Sundheds fordele, risici og bivirkninger</p>	<p>The health benefits, side effect, and risks have been considered in formulating the recommendations and the supporting evidence:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supporting data and report of benefits • Supporting data and report of harms/side effects/risks • Reporting of the balance/trade-off between benefits and harms/side effects/risks • Recommendations reflect considerations of both benefits and harms/side effects/risks 		
<p>Rationale mellem evidens og anbefalinger</p>	<p>Der er en eksplicit forbindelse mellem anbefalingerne og den bagvedliggende evidens.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan har forfattergruppen koblet og anvendt evidensen til at formulere anbefalingerne • Der er sammenhæng mellem den enkelte anbefaling og den bagvedliggende evidens • Der er sammenhæng mellem anbefalingerne og sammenfatningen af evidensen og/eller evidenstabeller i retningslinjens resultatafsnit 		
<p>Interessentinvolvering</p>	<p>Retningslinjen er gennemgået eksternt af eksperter før offentliggørelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formål og hensigt med den eksterne gennemgang er beskrevet (fx at forbedre kvaliteten, indsamle feedback på udkast til anbefalinger, vurdere anvendelighed og gennemførlighed, formidle evidens) • Hvilke metoder er anvendt til at gennemføre den eksterne høring (fx vurderingsskala, åbne spørgsmål) • Beskrivelse af eksterne høringsparter (fx antal, type af anmeldere) • Resultater/information indsamlet fra den eksterne høring (fx sammenfatning af nøglefund) • Hvordan den indsamlede information blev anvendt til at understøtte udviklingen af retningslinjen og/eller formulering af anbefalingerne. (fx forfattergruppen tog resultaterne fra gennemgangen i betragtning, da de formulerede de endelige anbefalinger.) 		
<p>Revisionsdato</p>	<p>Der er angivet en procedure for opdatering af retningslinjen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En erklæring om, at retningslinjen vil blive opdateret • Et specifikt tidsinterval eller specifikke kriterier, der guider beslutningen om, hvornår en opdatering vil finde sted • Metodologien for opdateringsproceduren er beskrevet 		
<p>Samlet score</p>			

Bilag 3 – Evidensgrundlag - Anbefaling 1

	Retningslinje	Ophav	Anbefaling(er)	Evidensniveau	Metodegrundlag
1	<p>Hoveddokument: NICE Guideline, NG87. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management</p> <p>Publiceret: 14.03.2018 (Sidst opdateret 13.09.2019)</p> <p>Relevante bilag:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bilag: Non-pharmacological efficacy and adverse events ▪ Bilag: Combination treatment <p>Kan tilgås via: http://www.nice.org.uk/guidance/ng87</p>	<p>Land: Storbritannien</p> <p>Publiceret af: National Institute for Health and Care Excellence (NICE)</p>	<p>God praksis (svag anbefaling): Overvej at tilbyde psykosocial behandling til voksne med ADHD, hvis de: (1) har foretaget et informeret valg om at fravælge medicin, (2) har vanskeligt ved regelmæssigt at tage medicin, (3) ikke oplever en effekt af medicin, eller (4) oplever signifikante bivirkninger af medicin.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 22 (anbefaling 1.5.16)</i></p>	<p>Konsensusbaseret anbefaling</p>	<p>Faglig og klinisk ekspertise</p> <p>NICE anbefaler farmakologisk behandling som førstevalg til voksne med ADHD. På baggrund af arbejdsgruppens faglige og kliniske erfaringer, samt klinisk evidens for psykosociale behandlinger (se metodegrundlag for anbefalingerne nedenfor), var der dog konsensus om, at der også ses en gavnlige effekt af psykosociale behandlinger til voksne med ADHD, og at man bør tilbyde et valg mellem forskellige behandlinger.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 48; Bilag: Non-pharmacological efficacy and adverse events</i></p>
			<p>God praksis (svag anbefaling): Overvej kun at tilbyde kombineret farmakologisk og psykosocial behandling til voksne med ADHD, hvis de har en effekt af medicin, men fortsat oplever signifikant funktionsnedsættelse.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 22 (anbefaling 1.5.17)</i></p>	<p>Konsensusbaseret anbefaling (jf. begrænset evidens)</p> <p>Tiltro til evidensen var meget lav til moderat</p>	<p>Faglig og klinisk ekspertise (delvist informeret af systematisk review + sundhedsøkonomisk analyse)</p> <p>Evidensgrundlaget vurderedes utilstrækkeligt til at understøtte en evidensbaseret anbefaling, idet intet effektmål blev rapporteret i mere end to RCT'er, hvilket begrænsede muligheden for at udføre metaanalyser. Evidensen informerede dog delvist arbejdsgruppens konsensusbaserede anbefaling.</p> <p>Det kliniske evidensgrundlag bestod af 10 RCT-studier, som sammenlignede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ KAT + medicin (TAU) vs medicin (TAU): 3 RCT'er (9-11) ▪ KAT + medicin vs KAT: 3 RCT'er (12-14) ▪ KAT + medicin (TAU) vs psykoedukation + medicin (TAU): 2 RCT'er (15, 16) ▪ KAT + medicin vs Non-specifik støttende psykoterapi: 2 RCT'er (17, 18) <p>Det sundhedsøkonomiske evidensgrundlag bestod af kun ét studie, som indikerede, at kombinationsbehandling ikke er omkostningseffektiv for voksne med ADHD. Evidensen var dog for usikker til at understøtte en anbefaling.</p>

			<p>Stærk anbefaling: Hvor psykosocial behandling er indiceret (jf. anbefalingerne ovenfor), bør voksne med ADHD tilbydes: (1) en struktureret psykologisk intervention med fokus på ADHD; og (2) regelmæssig opfølgning.</p> <p>God praksis (svag anbefaling): På baggrund af arbejdsgruppens faglige og kliniske erfaringer, anbefales det, at den strukturerede psykologiske intervention kan indeholde elementer af – eller et fuldt forløb – KAT-baseret psykoterapi.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 22-23 (anbefaling: 1.5.18)</i></p>	<p>Evidensbaseret anbefaling (+ uddybende konsensusbaseret anbefaling)</p> <p>Tiltro til evidensen var overvejende meget lav til lav</p>	<p><i>Hoveddokument, s. 48; Bilag: Combined treatment</i></p> <p>Systematisk review (inkl. metaanalyse) + faglig og klinisk ekspertise</p> <p>Evidensgrundlaget vurderedes kun tilstrækkeligt til at understøtte en evidensbaseret anbefaling af psykosocial behandling til den subgruppe af voksne med ADHD, som er specificeret af de to anbefalinger ovenfor.</p> <p>Det kliniske evidensgrundlag bestod af 10 RCT-studier, som sammenlignede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ KAT/DAT/MBKT vs venteliste/TAU: 5 RCT'er (19-23) ▪ KAT/DAT/MCT vs NSSP: 3 RCT'er(18, 24, 25) ▪ KAT vs kognitiv træning: 1 RCT(23) ▪ Neurofeedback/kognitiv træning vs venteliste: 2 RCT'er (26, 27) <p>Den kliniske evidens indikerede, at KAT-baseret terapi har en større gavnlige effekt end venteliste/TAU på ADHD-symptomer, livskvalitet, overordnet symptomgrad (CGI) og adfærd. Evidensen var dog utilstrækkelig til at konkludere, om KAT-baseret terapi er mere effektiv end andre psykoterapier, og anbefalingen af KAT-baseret terapi er derfor konsensusbaseret.</p> <p>Der blev ikke identificeret noget sundhedsøkonomisk evidensgrundlag.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 48; Bilag: Non-pharmacological efficacy and adverse events</i></p>
--	--	--	--	---	--

2	<p>Hoveddokument: Australian Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Attention Deficit Hyperactivity Disorder</p> <p>Relevante bilag: ▪ Bilag: Technical report</p> <p>Publiceret: 30.07.2022</p> <p>Kan tilgås via: https://adhdguideline.aadpa.com.au</p>	<p>Land: Australien</p> <p>Publiceret af: Australasian ADHD Professionals Association (AADPA)</p> <p>Godkendt af: National Health and Medical Research Council (NHMRC)</p>	<p>Stærk anbefaling: Interventioner baseret på KAT bør tilbydes til voksne med ADHD.</p> <p>Vejledning for god praksis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disse interventioner kan leveres enten individuelt eller i grupper, afhængigt af udbud og patient-præferencer. ▪ KAT-baserede interventioner bør tilpasses det enkelte individ, og et fokus på individuelle styrker, værdier og interesser bør afbalanceres med et fokus på udfordringer. Én eller flere af følgende komponenter bør inkluderes: (1) psykoedukation om ADHD; (2) miljøtilpasninger til at fremme et positivt, forudsigeligt, og struktureret miljø; (3) adfærdstilpasninger som mindsker indvirkningen af ADHD-symptomer og funktionsnedsættelse; (4) kognitiv omstrukturering. <p><i>Hoveddokument, s. 112-113 (anbefaling 4.2.11 + vejledende pointer 4.2.12 og 4.2.13)</i></p>	<p>Evidensbaseret anbefaling (+ vejledende pointer opstået gennem diskussion)</p> <p>Tiltro til evidensen var lav</p>	<p>Systematisk review (inkl. metaanalyse) + faglig og klinisk ekspertise</p> <p>AADPA tog udgangspunkt i de 8 RCT-studier af KAT-baseret psykoterapi, som var inkluderet i NICE's (NG87) systematiske review for psykosocial behandling af ADHD, og integrerede yderligere 7 RCT-studier. Det vurderedes at dette udvidede evidensgrundlag var tilstrækkelig til at understøtte en bredere evidensbaseret anbefaling for psykosocial behandling af voksne med ADHD.</p> <p>Det kliniske evidensgrundlag bestod af 15 RCT-studier, som sammenlignede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ KAT/DAT/MBKT vs venteliste/TAU: 9 RCT'er (19-23, 28-30) ▪ KAT/DAT/MCT vs Nssp: 3 RCT'er (18, 24, 25) ▪ KAT vs kognitiv træning: 1 RCT (23) ▪ KAT/Mindfulness vs psykoedukation: 3 RCT'er (15, 31, 32) <p>Den kliniske evidens indikerede, at KAT-baseret psykoterapi har en større gavnlig effekt end venteliste/TAU på ADHD-symptomer og livskvalitet. Evidensgrundlaget var utilstrækkeligt til at vurdere effekten af KAT-baseret psykoterapi på øvrige vigtige effektmål.</p> <p>NB: AADPA skelnede mellem konsensusbaserede anbefalinger og "clinical practice points" (her oversat til vejledning for god praksis). Førstnævnte var baseret på narrative reviews af en ekspertgruppe, mens sidstnævnte var pointer som opstod igennem ekspertgruppens diskussioner.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 108-114; Bilag: Technical report, kapitel 5.1</i></p>
	<p>God praksis (stærk anbefaling): Personer med ADHD bør tilbydes multimodal behandling, bestående af farmakologisk og psykosocial behandling. Rækkefølgen af</p>	<p>Konsensusbaserede anbefalinger (jf. begrænset evidens)</p>	<p>Faglig og klinisk ekspertise (delvist informeret af systematisk review)</p> <p>Evidensgrundlaget vurderedes utilstrækkeligt til at understøtte evidensbaserede anbefalinger for multimodal behandling, og anbefalingerne er derfor baserede på arbejdsgruppens faglige og kliniske erfaringer, samt delvist informeret af NICE's (NG87) systematiske review for kombinationsbehandling</p>		

			<p>behandlinger bør tilpasses individets præferencer, behov, og målsætninger.</p> <p>God praksis (stærk anbefaling): Klinikere bør dog anbefale patienter, at behandlingerne modtages sideløbende, medmindre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADHD-symptomer vurderes at kunne adresseres i tilstrækkelig grad af kun én af behandlingsformerne. ▪ Sværhedsgraden af ADHD-symptomer nødvendiggør indledende farmakologisk behandling til at reducere symptomer, før engagement i psykosocial behandling er muligt. ▪ Én behandlingsform er mere tilgængelig en den anden, fx baseret på omkostninger, geografi, eller udbud/ventetid. <p><i>Hoveddokument, s. 96 (anbefaling 3.1.1 og 3.1.2)</i></p>	<p>Tiltro til evidensen var meget lav til moderat</p>	<p>af ADHD. Dette review inkluderede 33 RCT-studier, hvoraf kun 10 havde fokus voksne med ADHD.(9-18) Det bør derfor bemærkes, at anbefalingerne primært er baserede forskning i børn og unge med ADHD, som indikerede, at kombinationsbehandling var mere effektiv end farmakologisk og psykosocial behandling alene.</p> <p>Arbejdsgruppen bemærkede, at psykosociale og farmakologiske behandlinger synes virkningsfulde på forskellige aspekter af ADHD. Begrænset klinisk evidens indikerer, at farmakologiske behandlinger er mest effektive til behandling af kernesymptomerne ved ADHD, mens psykosociale behandlinger muligvis har en større gavnlige effekt på funktionsniveau. Desuden bør det bemærkes, at farmakologisk behandling ikke er effektiv igennem alle døgnets timer, hvorfor psykosociale behandlinger kan være et essentielt supplement til at udvikle strategier og færdigheder til symptomhåndtering.</p> <p>Der blev ikke identificeret et evidensgrundlag til at understøtte anbefalinger for rækkefølgen af behandlinger, eller for hvornår behandling bør opstartes. Sådanne beslutninger bør derfor tage højde for indsatsernes tilgængelighed, individuelle præferencer, samt hvorvidt patienten oplever tilstrækkelig effekt af farmakologisk eller psykosocial behandling alene.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 94-97; Bilag: Technical report, kapitel 6.4, 7.1 og 8.6</i></p>
3	<p>Hoveddokument: Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten</p>	<p>Land: Sverige Publiceret af: Socialstyrelsen</p>	<p>Stærk anbefaling: Voksne med ADHD bør tilbydes KAT-baseret psykoterapi, fokuseret på ADHD-symptomer. <i>Hoveddokument, s. 52, 96 (anbefaling B15b)</i></p>	<p>Evidensbaseret anbefaling Tiltro til evidensen var meget lav til moderat</p>	<p>Systematisk review (inkl. metanalyse) Evidensgrundlaget vurderedes tilstrækkelig til at understøtte en evidensbaseret anbefaling for KAT-baseret psykoterapi til voksne med ADHD. Det kliniske evidensgrundlag bestod af 23 RCT-studier, som sammenlignede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ KAT/DAT/MBKT/kognitiv træning vs venteliste/TAU: 12 RCT'er (19-23, 29, 30, 33-37) ▪ KAT/DAT/MCT vs NSSP: 3 RCT'er (18, 24, 25) ▪ KAT vs kognitiv træning: 1 RCT (23)

	<p>Publiceret: 19.03.2024</p> <p>Relevante bilag:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bilag: Kunskapsunderlag ▪ Bilag: Hälsoekonomiskt underlag <p>Kan tilgås via: https://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/adhd-autism</p>				<ul style="list-style-type: none"> ▪ KAT/DAT vs psykoedukation/færdighedstræning: 3 RCT'er (15, 16, 19) ▪ KAT vs medicin: 5 RCT'er (9-11, 18, 38) ▪ MCT vs neurofeedback: 1 RCT (39) ▪ KAT til ADHD+SUD vs KAT til SUD: 1 RCT (40) <p>Den kliniske evidens indikerede, at KAT-baseret psykoterapi har en signifikant større gavnlige effekt end venteliste/TAU på både ADHD-symptomer og samtidige angst- og depressionssymptomer. Evidensen var dog utilstrækkelig til at vurdere om effekten af KAT-baseret psykoterapi er større end effekten af andre behandlinger. Evidensgrundlaget var desuden utilstrækkeligt til at vurdere effekten af KAT-baseret psykoterapi på øvrige vigtige effektmål, såsom livskvalitet eller funktionsniveau.</p> <p>Der blev ikke identificeret noget sundhedsøkonomisk evidensgrundlag for anbefalingen.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 51-55, 96; Bilag: Kunskapsunderlag, s. 512-533; Bilag: Hälsoekonomiskt underlag, s. 8</i></p>
4	<p>Hoveddokument: National klinisk retningslinje (NKR) for udredning og behandling af ADHD hos voksne</p> <p>Publiceret: 02.02.2015 (Genudgivet i 2017, efter opdatering blev vurderet unødvendig)</p> <p>Relevante bilag:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bilag: Evidensprofiler - samlet 	<p>Land: Danmark</p> <p>Publiceret af: Sundhedsstyrelsen</p>	<p>Svag anbefaling: Overvej at tilbyde KAT til voksne, som er i farmakologisk behandling for ADHD, (såfremt det vurderes, at de vil kunne følge behandlingen og have udbytte af den).</p> <p><i>Hoveddokument, s. 52 (anbefaling for fokuseret spørgsmål 15)</i></p>	<p>Evidensbaseret anbefaling</p> <p>Tiltro til evidensen var lav</p>	<p>Systematisk review (inkl. metaanalyse)</p> <p>Evidensgrundlaget vurderedes tilstrækkelig til at understøtte en evidensbaseret anbefaling for kombineret farmakologisk og psykosocial behandling af ADHD, men ikke for psykosocial behandling alene.</p> <p>Den kliniske evidens inkluderede to RCT-studier, som sammenlignede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ KAT + medicin (TAU) vs medicin (TAU): 2 RCT'er (9, 10) <p>Den kliniske evidens indikerede, at kombineret KAT og farmakologisk behandling har en større gavnlige effekt på ADHD-symptomer, funktionsniveau og samtidige depressions- og angstsymptomer, end medicin alene.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 52-56, 77; Bilag: Evidensprofiler - samlet, s. 21</i></p>
			<p>God praksis (svag anbefaling): Overvej at tilbyde KAT til voksne i</p>	<p>Konsensusbaseret anbefaling</p>	<p>Faglig og klinisk ekspertise</p>

	<p>Kan tilgås via: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/NKR-Udredning-og-behandling-af-ADHD-hos-voksne</p>		<p>farmakologisk behandling for ADHD, som også har symptomer på angst og depression (såfremt det vurderes, at de vil kunne følge behandlingen og have udbytte af den).</p> <p><i>Hoveddokument, s. 56 (anbefaling for fokuseret spørgsmål 17)</i></p>		<p>Der blev ikke fundet nogen klinisk evidens, som direkte kunne understøtte en evidensbaseret anbefaling for kombineret farmakologisk og psykosocial behandling af voksne med ADHD og samtidige angst- og depressionssymptomer. Anbefalingen var dog delvist informeret af den kliniske evidens for anbefalingen for fokuseret spørgsmål 15 (2 RCT'er (9, 10)).</p> <p>På baggrund af arbejdsgruppens faglige og kliniske erfaringer, vurderes KAT at være en gavnlig intervention til voksne med ADHD og samtidige angst- og depressionssymptomer. Der er dog erfaring for, at det er afgørende, at individer som tilbydes denne behandling, er motiverede for den, idet psykoterapi typisk kræver flere ressourcer end farmakologisk behandling (jf. tidsforbrug og arbejdsindsats).</p> <p><i>Hoveddokument, s. 56-59</i></p>
5	<p>Hoveddokument: National klinisk anbefaling (NKA) for non-farmakologisk behandling af ADHD hos voksne</p> <p>Publiceret: 02.10.2025</p> <p>Relevante bilag:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bilag: Sammenfatning af evidens og evidensprofil ▪ Bilag: Metaanalyser og risk og bias vurderinger 	<p>Land: Danmark</p> <p>Publiceret af: Sundhedsstyrelsen</p>	<p>Svag anbefaling: Overvej, i tillæg til farmakologisk behandling, at tilbyde en psykologisk intervention (primært KAT) til voksne med ADHD.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 9 (anbefaling 1)</i></p>	<p>Evidensbaseret anbefaling</p> <p>Tiltro til evidensen var meget lav</p>	<p>Systematisk review (inkl. metaanalyse)</p> <p>Evidensgrundlaget vurderedes tilstrækkelig til at understøtte en evidensbaseret anbefaling for kombineret farmakologisk og psykologisk behandling af voksne med ADHD. Evidensgrundlaget for øvrige psykosociale interventioner (fx fysisk aktivitet) var utilstrækkeligt til at understøtte en anbefaling.</p> <p>Den kliniske evidens inkluderede 23 RCT-studier (hvoraf >50% af deltagerne i hver gruppe var i farmakologisk behandling), som sammenlignede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ KAT/DAT/MBKT/MCT/kognitiv træning/mindfulness/NSSP vs venteliste/TAU: 22 RCT-studier (9, 10, 20-23, 27, 29, 33, 36-38, 41-50) ▪ KAT vs NSSP: 1 RCT-studie (18) ▪ KAT vs mindfulness: 1 RCT-studie (50) ▪ KAT vs kognitiv træning: 1 RCT-studie (23) <p>Den kliniske evidens indikerede, at kombinationsbehandling med alle psykoterapierne, havde en større gavnlig effekt på ADHD-symptomer end</p>

<p>Kan tilgås via: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2025/NKA-Nonfarmakologisk-behandling-af-ADHD-hos-voksne</p>				<p>farmakologisk behandling alene. Kun KAT viste dog en klar gavnlig effekt på funktionsniveau.</p> <p>Arbejdsgruppen bemærkede, at mange voksne med ADHD efterspørger psykosociale interventioner. Sådanne indsatser bør bestå af mindst otte sessioner og gennemføres af fagprofessionelle med relevant træning. Afhængigt af udbud og patient-præferencer, kan interventionerne foregå individuelt eller i grupper, og enten ved fysisk fremmøde eller virtuelt. Patienten bør informeres om, at psykosocial behandling er mere ressourcekrævende end farmakologisk behandling (jf. tidsforbrug og arbejdsindsats).</p> <p><i>Hoveddokument, s. 9-14; Bilag: Sammenfatning af evidens og evidensprofil; Bilag: Metaanalyser og risk og bias vurderinger</i></p>
	<p>God praksis (svag anbefaling): Overvej at tilbyde en psykologisk intervention (primært KAT) til voksne med ADHD, som ikke er i farmakologisk behandling.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 15 (anbefaling 2)</i></p>	<p>Konsensusbaseret anbefaling</p>	<p>Faglig og klinisk ekspertise (delvist informeret af systematisk review)</p> <p>Der blev ikke fundet nogen klinisk evidens, som direkte kunne understøtte en evidensbaseret anbefaling for psykosocial behandling af voksne med ADHD, som ikke er i samtidig farmakologisk behandling.</p> <p>Baseret på arbejdsgruppens faglige og kliniske ekspertise og den indirekte evidens for kombinationsbehandling af voksne med ADHD, vurderedes det, at psykologiske interventioner kan udgøre en del af behandlingen for voksne med ADHD, som enten ikke kan eller ønsker at kan modtage farmakologisk behandling.</p> <p>Arbejdsgruppen bemærkede også, at det i nogle tilfælde kan være hensigtsmæssigt at starte med psykosociale interventioner, uanset om farmakologisk behandling overvejes.</p> <p><i>Hoveddokument: 15-19</i></p>	

Bilag 4 – Evidensgrundlag - Anbefaling 2

	Retningslinje	Ophav	Anbefaling(er)	Evidensniveau	Metodegrundlag
1	<p>Hoveddokument: NICE Guideline, NG87. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management</p> <p>Publiceret: 14.03.2018 (Sidst opdateret 13.09.2019)</p> <p>Relevante bilag:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bilag: Information and support <p>Kan tilgås via: http://www.nice.org.uk/guidance/ng87</p>	<p>Land: Storbritannien</p> <p>Publiceret af: National Institute for Health and Care Excellence (NICE)</p>	<p>God praksis (stærk anbefaling): Efter diagnosticering med ADHD, bør enhver patient (og evt. deres pårørende) modtage struktureret psykoedukation.</p> <p>God praksis (stærk anbefaling): Patienter bør orienteres om tilgængelige informations- og støtteressourcer, såsom lokale/nationale støttegrupper, pålidelige online kilder om ADHD, og støttemuligheder i forbindelse med studie/arbejde.</p> <p>God praksis (stærk anbefaling): Psykoedukation bør tilpasses det enkelte individs behov og forudsætninger.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 13-17</i></p>	<p>Anbefalinger baseret på kvalitativ evidens</p> <p>Tiltro til evidensen var overvejende lav til moderat</p>	<p>Kvalitativt review; faglig og klinisk ekspertise</p> <p>Anbefalingerne er baseret på faglig og klinisk ekspertise samt et kvalitativt review af 69 interview-/fokusgruppe-studier om forskellige aktørers perspektiver på livet med og håndtering af ADHD. Det bør bemærkes, at anbefalingerne primært er baseret på studier med fokus på ADHD i børn og unge, idet kun 17 af studierne inkluderede perspektiver fra/om voksne med ADHD.(51-67) Intet kvantitativt eller sundhedsøkonomisk evidensgrundlag blev identificeret for psykoedukation til voksne med ADHD.</p> <p>Den kvalitative evidens indikerede, at patienter og pårørende ønsker mere information om ADHD fra diagnosticeringstidspunktet. Generelt ønskes en kombination af detaljeret skriftlig information og koncise mundtlige opsummeringer af den vigtigste viden (enten individuelt eller i grupper). Mange tilegner sig desuden viden om ADHD online, og ønsker anbefalinger til pålidelige kilder. Den kvalitative evidens indikerede desuden, at mange oplever utilstrækkelig støtte, til dels pga. manglende viden om tilgængelige tilbud. Flere fremhævede, at de ønsker støtte i form af grupper med andre i samme situation, som man kan støtte sig op ad og udveksle erfaringer/informationer med. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at behandlere i tillæg til at yde psykoedukation, holder sig orienterede om supplerende online informationskilder og lokale støttetilbud.</p> <p>Arbejdsgruppen foreslår, at psykoedukation bl.a. kan fokusere på: diskussion af positive effekter af at modtage en diagnose; stigma; sammenhæng mellem ADHD og fx risikoadfærd eller relationelle udfordringer; miljøtilpasninger mhp. øget funktionsniveau; uddannelses-/arbejdsrelaterede udfordringer; sameksisterende lidelser; forøget risiko for substansmisbrug og selvmedicinering; samt rettigheder og juridiske forhold (fx påvirkning af køreevne). Det bemærkedes, at sundhedspersonale ikke altid er klar over</p>

					<p>hvordan ADHD kan påvirke evnen til at følge en behandling, og at udeblivelser ikke bør fortolkes som manglende interesse i at modtage en given indsats.</p> <p>Slutteligt understreger arbejdsgruppen, at personer som ikke opnår en formel ADHD-diagnose, men har relaterede vanskeligheder, kan have tilsvarende informations- og støttebehov.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 42-43; Bilag: Information and support</i></p>
			<p>God praksis (stærk anbefaling): Efter diagnosticering med ADHD, bør enhver patient (og evt. deres pårørende) modtage struktureret psykoedukation om, hvordan ADHD kan påvirke ens liv – herunder bl.a. den forøgede risiko for misbrug og selvmedicinering.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 13-14 (anbefaling 1.4.3)</i></p>	<p>Anbefaling baseret på kvalitativ evidens</p> <p>Tiltro til evidensen var overvejende lav til moderat</p>	<p>Kvalitativt review; faglig og klinisk ekspertise</p> <p>Anbefalingen er baseret på faglig og klinisk ekspertise samt et kvalitativt review af 69 interview-/fokusgruppe-studier om forskellige aktørers perspektiver på livet med og håndtering af ADHD. Det bør bemærkes, at anbefalingen primært er baseret på studier med fokus på ADHD i børn og unge, idet kun 17 af studierne inkluderede perspektiver fra/om voksne med ADHD.(51-67) Intet kvantitativt eller sundhedsøkonomisk evidensgrundlag blev identificeret for psykoedukation til voksne med ADHD.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 42-43; Bilag: Information and support</i></p>
2	<p>Hoveddokument: Australian Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Attention Deficit Hyperactivity Disorder</p> <p>Publiceret: 30.07.2022</p> <p>Relevante bilag:</p>	<p>Land: Australien</p> <p>Publiceret af: Australasian ADHD Professionals Association (AADPA)</p> <p>Godkendt af:</p>	<p>God praksis (stærk anbefaling): Både under udrednings- og behandlingsfasen bør alle med ADHD (og evt. deres pårørende) modtage psykoedukation om årsager til og potentielle følger af ADHD, samt om evidensbaserede behandlinger. Både positive og negative følger</p>	<p>Konsensusbaserede anbefalinger (+ vejledende pointer opstået gennem diskussion)</p>	<p>Faglig og klinisk ekspertise (narrativt review)</p> <p>Evidensgrundlaget vurderedes utilstrækkeligt til at understøtte evidensbaserede anbefalinger for psykoedukation til voksne med ADHD. En ekspertgruppe udførte derfor et narrativt review, som primært var baseret på ekspertgruppens faglige og kliniske erfaringer samt NICE's anbefalinger. På baggrund heraf anbefales det, at psykoedukation indgår i det samlede behandlingstilbud for alle med ADHD.</p> <p>Det bemærkedes, at de fleste pårørende ligeledes ønsker psykoedukation, og at mange patienter også efterspørger psykoedukative indsatser til uddannelses-</p>

<p>▪ Bilag: Technical report</p> <p>Kan tilgås via: https://adhdguideline.aadpa.com.au</p>	<p>National Health and Medical Research Council (NHMRC)</p>	<p>af ADHD kan diskuteres (se NICE's forslag til fokusområder).</p> <p>God praksis (stærk anbefaling): Som led i psykoedukation, bør patienter med ADHD (og evt. deres pårørende) orienteres om (1) lokale og nationale støttegrupper/-organisationer; (2) pålidelige online informationskilder; (3) muligheder for støtte i forbindelse med uddannelse/arbejde; samt (4) muligheder for finansiel støtte (fx handicaptillæg).</p> <p>Vejledning for god praksis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psykoedukation bør tilpasses det enkelte individs præferencer, behov og forudsætninger. ▪ Psykoedukation bør være letforståelig, tilpasses patientens kultur/modersmål, og suppleres med skriftligt og evt. visuelt materiale. ▪ Klinikere bør spørge patienten, hvorvidt de ønsker, at der deles informationer med deres studie-/arbejdsplads, fx mhp. øget forståelse og støtte. 	<p>/arbejdspladser samt øvrige behandlere, med henblik på at øge forståelsen for ADHD-symptomer, relateret funktionsnedsættelse og støttebehov.</p> <p>NB: AADPA skelnede mellem konsensusbaserede anbefalinger og "clinical practice points" (her oversat til vejledning for god praksis). Førstnævnte var baseret på narrative reviews af en ekspertgruppe, mens sidstnævnte var pointer som opstod igennem ekspertgruppens diskussioner.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 88; Bilag: Technical report, kapitel 4.1</i></p>
---	---	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ I tilfælde af sameksisterende lidelser bør klinikere tilbyde at orientere patientens øvrige behandlere, om, hvordan ADHD kan påvirke patientens evne til at følge en behandling. <p><i>Hoveddokument, s. 90-92 (anbefaling 2.3.1 og 2.3.2 + vejledende pointer 2.3.3, 2.3.4, 2.3.7 og 2.3.8)</i></p>		
3	<p>Hoveddokument: Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten</p> <p>Publiceret: 19.03.2024</p> <p>Relevante bilag:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bilag: Kunskapsunderlag ▪ Bilag: Metodbeskrivning <p>Kan tilgås via: https://www.socialstyrelse.n.se/nationellariklinjer/adhd-autism</p>	<p>Land: Sverige</p> <p>Publiceret af: Socialstyrelsen</p>	<p>God praksis (stærk anbefaling): Voksne med ADHD bør tilbydes psykoedukation, enten individuelt eller i grupper.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 52, 95 (anbefaling Bv21b)</i></p>	<p>Konsensusbaseret anbefaling</p>	<p>Faglig og klinisk ekspertise (via. modificeret delphi-spørgeskemaundersøgelse)</p> <p>Evidensgrundlaget vurderedes utilstrækkeligt til at understøtte en evidensbaseret anbefaling for psykoedukation til voksne med ADHD, idet evidensgrundlaget bestod af kun 4 RCT-studier(15, 24, 31, 32), og tiltroen til evidensen var lav. Der blev heller ikke identificeret noget sundhedsøkonomisk evidensgrundlag for anbefalingen.</p> <p>På baggrund af faglige og kliniske erfaringer, var der dog konsensus om, at psykoedukation lægger fundamentet for videre behandling, er til stor nytte for både patienter og pårørende, og øger livskvalitet og funktionsniveau for flertallet af voksne med ADHD, sammenlignet med ingen psykoedukation.</p> <p>Retningslinjens konsensusbaserede anbefalinger var baserede på en modificeret delphi-spørgeskemaundersøgelse blandt ca. 500 fagfolk med ekspertise inden for ADHD og/eller autisme. De blev bedt tilkendegive deres enighed i (og evt. kommentere på) en række udsagn, som dannede grundlag for de anbefalinger, hvor evidensgrundlaget var utilstrækkeligt. Konsensus blev defineret som, at mindst 75% tilkendegav, at de var enige i et givent udsagn. Hvis konsensus ikke blev opnået, blev spørgeskemaet sendt ud igen (op til to gange) sammen med anonymiserede besvarelser fra de øvrige respondenter, så</p>

					<p>alle fik mulighed for at reflektere over og evt. revidere deres svar. Baseret på besvarelserne (og eventuelle kommentarer), blev udsagnene evt. omformuleret løbende. Denne specifikke anbefaling var baseret på 99% konsensus blandt de 271 respondenter, som besvarede spørgsmål om brugen af psykoekudation til voksne med ADHD.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 51-55, 95; Bilag: Kunskapsunderlag, s. 469-475; Bilag: Metodebeskrivelse, s. 10-11</i></p>
4	<p>Hoveddokument: National klinisk retningslinje (NKR) for udredning og behandling af ADHD hos voksne</p> <p>Publiceret: 02.02.2015 (Genudgivet i 2017, efter opdatering blev vurderet unødvendig)</p> <p>Kan tilgås via: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/NKR-Udredning-og-behandling-af-ADHD-hos-voksne</p>	<p>Land: Danmark</p> <p>Publiceret af: Sundhedsstyrelsen</p>	<p>God praksis (stærk anbefaling): Alle voksne med ADHD bør tilbydes et kortere individuelt eller gruppebaseret, manualiseret psykoedukationsforløb, som en del af det samlede behandlingstilbud (såfremt det vurderes, at de vil kunne følge indsatsen og have udbytte af den).</p> <p><i>Hoveddokument, s. 51 (anbefaling for fokuserede spørgsmål 11-14)</i></p>	<p>Konsensusbaseret anbefaling</p>	<p>Faglig og klinisk ekspertise</p> <p>Der blev ikke fundet nogen klinisk evidens, som kunne understøtte en evidensbaseret anbefaling for psykoekudation til voksne med ADHD.</p> <p>På baggrund af arbejdsgruppens faglige og kliniske erfaringer, vurderes psykoekudation at være en vigtig komponent i behandlingen af ADHD, som kan have gavnlig effekt på patienters indsigt i egen tilstand og derigennem bidrage til øget livskvalitet og funktionsevne. Det bemærkes desuden, at mange patienter ønsker grundig information om deres sygdom (fx igennem et struktureret psykoedukationsforløb, som tillæg til anden behandling).</p> <p>Psykoekudation kan forgå både individuelt og i grupper, og arbejdsgruppen anbefaler som udgangspunkt et forløb på 2-4 gange à 2 timers varighed. Hvis psykoekudation foregår individuelt, bør varigheden afpasses den enkelte patients behov (fx kan nogle have vanskeligt ved lange sessioner).</p> <p><i>Hoveddokument, s. 50-52</i></p>

5	<p>Hoveddokument: National klinisk anbefaling (NKA) for non-farmakologisk behandling af ADHD hos voksne</p> <p>Publiceret: 02.10.2025</p> <p>Kan tilgås via: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2025/NKA-Nonfarmakologisk-behandling-af-ADHD-hos-voksne</p>	<p>Land: Danmark</p> <p>Publiceret af: Sundhedsstyrelsen</p>	N/A	N/A	<p>Indirekte anbefaling</p> <p>Retningslinjen inkluderede ingen formel anbefaling for psykoedukation til voksne med PTSD. Psykoedukation var dog beskrevet som en komponent af de fleste psykologiske indsatser anbefalet i denne retningslinje (fx KAT, DAT og mindfulness).</p> <p>Det anbefalede dermed indirekte at psykoeducere voksne med ADHD, idet der blev givet en svag evidensbaseret anbefaling for kombineret farmakologisk og psykologisk behandling af voksne med ADHD, samt en svag konsensusbaseret anbefaling for psykologisk behandling alene. Retningslinjen inkluderede ikke nogen RCT-studier, som undersøgte effekten af psykoedukation alene.</p> <p>Hoveddokument, s. 9-19, 26-27</p>
---	---	--	-----	-----	---

Bilag 5 – Evidensgrundlag - Anbefaling 3

	Retningslinje	Ophav	Anbefaling(er)	Evidensniveau	Metodegrundlag
1	Hoveddokument: NICE Guideline, NG87. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management Publiceret: 14.03.2018 (Sidst opdateret 13.09.2019) Relevante bilag: ■ Bilag: Information and support ■ Bilag: Managing treatment Kan tilgås via: http://www.nice.org.uk/guidance/ng87	Land: Storbritannien Publiceret af: National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	God praksis (stærk anbefaling): Før opstart af ADHD-behandling, bør sundhedspersonale informere patienter (og evt. deres pårørende) om bl.a. de gavnlige effekter af en sund livsstil. Der bør under behandlingsplanlægning desuden tages højde for, hvordan ADHD-symptomer og relateret funktionsnedsættelse kan påvirke patientens hverdag (fx livsstilsfaktorer såsom søvn). <i>Hoveddokument, s. 17-18 (sammenskrivning af delpointer fra anbefaling 1.5.2 og 1.5.4, som delte metodegrundlag)</i>	Anbefaling baseret på kvalitativ evidens Tiltro til evidensen var lav til moderat	Kvalitativt review; faglig og klinisk ekspertise Anbefalingerne er baseret på faglig og klinisk ekspertise samt et kvalitativt review af 69 interview-/fokusgruppe-studier om forskellige aktørers perspektiver på livet med og håndtering af ADHD. Det bør bemærkes, at anbefalingerne primært er baseret på studier med fokus på ADHD i børn og unge, idet kun 19 af studierne inkluderede perspektiver fra/om voksne med ADHD.(51-54, 56, 57, 59-64, 66-72) Intet kvantitativt eller sundhedsøkonomisk evidensgrundlag blev identificeret for livsstilsindsatser til voksne med ADHD. <i>Hoveddokument, s. 43-45; Bilag: Managing treatment</i>
			God praksis (stærk anbefaling): Alle patienter med ADHD bør informeres om vigtigheden af balanceret og nærende kost, samt regelmæssig motion. <i>Hoveddokument, s. 23 (anbefaling: 1.6.1)</i>	Konsensusbaseret anbefaling	Faglig og klinisk ekspertise Retningslinjen oplyste kun et evidensgrundlag for de øvrige kostanbefalinger, som alle var begrænsede til børn og unge. Det antages derfor, at der ikke forelå et kvantitativt eller sundhedsøkonomisk evidensgrundlag for denne bredere anbefaling, og at den dermed var konsensusbaseret (eller evt. baseret på de samme kvalitative review som anbefalingerne ovenfor).
2	Hoveddokument: Australian Evidence-Based Clinical Practice Guideline for	Land: Australien Publiceret af: Australasian	Vejledning for god praksis: Patienter med ADHD bør, efter behov, tilbydes rådgivning, strategier, eller relevante	Vejledende pointe opstået gennem diskussion	Faglig og klinisk ekspertise Evidensgrundlaget vurderedes utilstrækkeligt til at understøtte en evidensbaseret anbefaling for livsstilsindsatser, og ingen af de få tilgængelige RCT-studier undersøgte effekten af livsstilsindsatser i voksne med ADHD.

	<p>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</p> <p>Publiceret: 30.07.2022</p> <p>Relevante bilag: ▪Bilag: Technical report</p> <p>Kan tilgås via: https://adhdguideline.adpa.com.au</p>	<p>ADHD Professionals Association (AADPA)</p> <p>Godkendt af: National Health and Medical Research Council (NHMRC)</p>	<p>henvisninger til at forbedre søvn, kost eller fysisk aktivitetsniveau.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 102 (vejledende pointe 4.1.1)</i></p>		<p>Denne vejledning for god praksis opstod igennem ekspertgruppens diskussion af den kliniske evidens for psykosociale behandlinger (hvoraf enkelte RCT-studier i børn/unge populationer undersøgte livsstilsindsatser). Vejledninger var endvidere baseret på NICE's (NG87) retningslinje samt ekspertgruppens faglige og kliniske erfaringer. På baggrund heraf vurderedes det, at livsstilsindsatser kan øge funktionsniveauet for både børn, unge og voksne med ADHD.</p> <p>NB: AADPA skelnede mellem konsensusbaserede anbefalinger og "clinical practice points" (her oversat til vejledning for god praksis). Førstnævnte var baseret på narrative reviews af en ekspertgruppe, mens sidstnævnte var pointer som opstod igennem ekspertgruppens diskussioner.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 101-102; Bilag: Technical report, kapitel 5.1</i></p>
3	<p>Hoveddokument: Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten</p> <p>Publiceret: 19.03.2024</p> <p>Relevante bilag: ▪Bilag: Kunskapsunderlag ▪Bilag: Metodbeskrivning</p> <p>Kan tilgås via: https://www.socialstyrelsen.se</p>	<p>Land: Sverige</p> <p>Publiceret af: Socialstyrelsen</p>	<p>God praksis (stærk anbefaling): Tilbyd udlevering af en tyngdedyne til voksne med ADHD og alvorlig insomni, som har modtaget rådgivning i søvnhygiejne, men ikke har oplevet tilstrækkelig effekt heraf.</p> <p>NB: Anbefalingen gælder kun produkter med en officiel sikkerhedsklassificering – fx CE-mærkning. Tyngdedyner er typisk CE-mærkede som medicinsk udstyr i klasse I.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 56, 97 (anbefaling Bv3a)</i></p>	<p>Konsensusbaseret anbefaling</p>	<p>Faglig og klinisk ekspertise (via. modificeret delphi-spørgeskemaundersøgelse)</p> <p>Der blev ikke identificeret noget klinisk eller sundhedsøkonomisk evidensgrundlag for behandling af svær insomni blandt voksne med ADHD. Anbefalingen er derfor baseret på faglig og klinisk erfaring for, at tyngdetæpper kan forbedre søvnen for voksne med ADHD, og dermed også funktionsniveau og livskvalitet.</p> <p>Tyngdetæpper vejer typisk 6-11 kg, og påfører en form for dyb trykstimulering omkring hele kroppen, som for de fleste vil have en beroligende effekt. Før udlevering af tæppet er det vigtigt at verificere, at vægten og dimensionerne er tilpasset det enkelte individ. Det bør bemærkes, at der ofte ses en vis tilvænnings effekt, hvorfor det over tid kan være nødvendigt at skifte til et tungere tæppe, for at opretholde effekten.</p> <p>Retningslinjens konsensusbaserede anbefalinger var baserede på en modificeret delphi-spørgeskemaundersøgelse blandt ca. 500 fagfolk med ekspertise inden for ADHD og/eller autisme. De blev bedt tilkendegive deres enighed i (og evt. kommentere på) en række udsagn, som dannede grundlag for de anbefalinger, hvor evidensgrundlaget var utilstrækkeligt. Konsensus</p>

	lisen.se/nationellarkliniker/adhd-autism				<p>blev defineret som, at mindst 75% tilkendegav, at de var enige i et givent udsagn. Hvis konsensus ikke blev opnået, blev spørgeskemaet sendt ud igen (op til to gange) sammen med anonymiserede besvarelser fra de øvrige respondenter, så alle fik mulighed for at reflektere over og evt. revidere deres svar. Baseret på besvarelserne (og eventuelle kommentarer), blev udsagnene evt. omformuleret løbende.</p> <p>Denne specifikke anbefaling var baseret på 98% konsensus blandt de 124 respondenter, som besvarede spørgsmål om brugen af tyngdetæpper til voksne med ADHD.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 55-57, 97; Bilag: Kunskapsunderlag, s. 644-646; Bilag: Metodbeskrivning, s. 10-11</i></p>
			N/A	N/A	<p>Indirekte anbefaling</p> <p>Det anbefales indirekte af anbefaling Bv3a ovenfor, at patienter med ADHD og søvnproblemer bør tilbydes rådgivning og støtte i søvnhygiejne, før andre indsatser inddrages.</p> <p>Rådgivning og støtte i søvnhygiejne vil ofte inkludere en kortlægning af patientens søvnproblemer og livsstil (fx ved brug af en søvndagbog), samt tilpasninger af sovemiljøet, med henblik på at fremme afslapning og reducere angst associeret med det at gå i seng. For de fleste vil denne indsats være tilstrækkeligt til at adressere søvnrelaterede problemer, men enkelte kan have brug for supplerende indsatser.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 55-57, 97; Bilag: Kunskapsunderlag, s. 644-646</i></p>
4	<p>Hoveddokument: National klinisk retningslinje (NKR) for udredning og behandling af ADHD hos voksne</p>	<p>Land: Danmark Publiceret af: Sundhedsstyrelsen</p>	N/A	N/A	N/A

	<p>Publiceret: 02.02.2015 (Genudgivet i 2017, efter opdatering blev vurderet unødvendig)</p> <p>Kan tilgås via: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/NKR-Udredning-og-behandling-af-ADHD-hos-voksne</p>				
5	<p>Hoveddokument: National klinisk anbefaling (NKA) for non-farmakologisk behandling af ADHD hos voksne</p> <p>Publiceret: 02.10.2025</p> <p>Kan tilgås via: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2025/NKA-Nonfarmakologisk-behandling-af-ADHD-hos-voksne</p>	<p>Land: Danmark</p> <p>Publiceret af: Sundhedsstyrelsen</p>	N/A	N/A	<p>Indirekte anbefaling</p> <p>Det anbefales som en underpointe af NKA's anbefaling 2, at voksne med ADHD, i tillæg til øvrig behandling, bør rådgives om livsstilsændringer, som kan bidrage til en bedre hverdag (herunder sund kost, fysisk aktivitet og sunde søvnvaner).</p> <p>Idet dette ikke var en formel anbefaling, forelå ingen oplysninger om evidensgrundlaget.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 15-19</i></p>

Bilag 6 – Evidensgrundlag - Anbefaling 4

	Retningslinje	Ophav	Anbefaling(er)	Evidensniveau	Metodegrundlag
1	<p>Hoveddokument: NICE Guideline, NG87. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management</p> <p>Publiceret: 14.03.2018 (Sidst opdateret 13.09.2019)</p> <p>Relevante bilag: ▪ Bilag: Managing treatment</p> <p>Kan tilgås via: http://www.nice.org.uk/guidance/ng87</p>	<p>Land: Storbritannien</p> <p>Publiceret af: National Institute for Health and Care Excellence (NICE)</p>	<p>God praksis (stærk anbefaling): Alle med ADHD, samt deres pårørende, bør regelmæssigt spørges om hvorvidt/hvordan de ønsker at involveres i behandlingsplanlægning og -beslutninger.</p> <p>God praksis (stærk anbefaling): Før enhver behandlingsopstart, bør følgende punkter vendes med patienten, samt pårørende efter behov: (1) effekter og mulige skadevirkninger ved hhv. farmakologiske og psykosociale behandlinger; (2) positive effekter ved en sund livsstil (fx motion); (3) præferencer og bekymringer i forhold til behandling; (4) mulig indflydelse af sameksisterende lidelser på behandlingsvalg; og (5) vigtigheden af behandlingsadhærens, samt faktorer som kan stå i vejen herfor.</p> <p>God praksis (stærk anbefaling): Voksne med ADHD bør spørges om hvorvidt de ønsker, at en pårørende (fx en forælder, partner eller ven) deltager i diskussioner om behandling og behandlingsfastholdelse.</p>	<p>Anbefaling baseret på kvalitativ evidens</p> <p>Tiltro til evidensen var lav til moderat</p>	<p>Kvalitativt review; faglig og klinisk ekspertise</p> <p>Anbefalingen er baseret på faglig og klinisk ekspertise samt et kvalitativt review af 69 interview-/fokusgruppe-studier om forskellige aktørers perspektiver på livet med og håndtering af ADHD. Det bør bemærkes, at anbefalingerne primært er baseret på studier med fokus på ADHD i børn og unge, idet kun 19 af studierne inkluderede perspektiver fra/om voksne med ADHD. (51-54, 56, 57, 59-64, 66-72) Intet kvantitativt eller sundhedsøkonomisk evidensgrundlag blev identificeret for livsstilsindsatser til voksne med ADHD.</p> <p>Både den kvalitative evidens og arbejdsgruppens faglige og kliniske erfaringer indikerede, at det er vigtigt at patienter (og evt. pårørende) inddrages i diskussioner om deres behandlingsplan, samt at mange voksne patienter ønsker støtte fra pårørende i forbindelse med behandlingsbeslutninger. Behandlere bør derfor huske at undersøge, hvorvidt voksne patienter ønsker at inddrage en pårørende i disse diskussioner (og informere dem om, at dette er tilladt).</p> <p>Det er vigtigt at sådanne diskussioner ikke kun foregår indledningsvist, men gentages løbende igennem hele behandlingsforløbet, idet præferencer og behov kan ændre sig.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 43-45; Bilag: Managing treatment</i></p>

		<p><i>Hoveddokument, s. 17-18 (anbefaling 1.5.3, 1.5.4 og 1.5.5)</i></p> <p>God praksis (stærk anbefaling): Efter diagnosticering med ADHD, bør enhver patient (og evt. deres pårørende) modtage struktureret psykoedukation om, hvordan ADHD kan påvirke ens liv.</p> <p>God praksis (stærk anbefaling): Patienter (og evt. deres pårørende) bør orienteres om tilgængelige informations- og støtteressourcer, såsom lokale/nationale støttegrupper og pålidelige online kilder om ADHD.</p> <p>God praksis (stærk anbefaling): Pårørende bør spørges om hvordan ADHD påvirker dem, og de bør gives mulighed for at vende eventuelle bekymringer de måtte have.</p> <p>God praksis (stærk anbefaling): Pårørende bør opfordres til at monitorere deres personlige, sociale, og mentale helbredsbehov, og opsøge selvhjælps- eller støttegrupper efter behov.</p> <p>God praksis (stærk anbefaling): Pårørende til voksne med ADHD bør tilbydes psykoedukation om: (1) hvordan ADHD kan påvirke relationer; (2) hvordan ADHD kan påvirke patientens funktionsniveau; og (3)</p>	<p>Anbefalinger baseret på kvalitativ evidens</p> <p>Tiltro til evidensen var overvejende lav til moderat</p>	<p>Kvalitativt review; faglig og klinisk ekspertise</p> <p>Anbefalingerne er baseret på faglig og klinisk ekspertise samt et kvalitativt review af 69 interview-/fokusgruppe-studier om forskellige aktørers perspektiver på livet med og håndtering af ADHD. Det bør bemærkes, at anbefalingerne primært er baseret på studier med fokus på ADHD i børn og unge, idet kun 17 af studierne inkluderede perspektiver fra/om voksne med ADHD.(51-67) Intet kvantitativt eller sundhedsøkonomisk evidensgrundlag blev identificeret for disse anbefalinger.</p> <p>Den kvalitative evidens indikerede, at patienter og pårørende ønsker mere information om ADHD fra diagnosticeringstidspunktet. Generelt ønskes en kombination af detaljeret skriftlig information og koncise mundtlige opsummeringer af den vigtigste viden (enten individuelt eller i grupper). Mange tilegner sig desuden viden om ADHD online, og ønsker anbefalinger til pålidelige kilder. Den kvalitative evidens indikerede desuden, at mange oplever utilstrækkelig støtte, til dels pga. manglende viden om tilgængelige tilbud. Flere fremhævede, at de ønsker støtte i form af grupper med andre i samme situation, som man kan støtte sig op ad og udveksle erfaringer/informationer med. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at behandlere i tillæg til at yde psykoedukation, holder sig orienterede om supplerende online informationskilder og lokale støttetilbud.</p> <p>Arbejdsgruppen foreslår, at psykoedukation bl.a. kan fokusere på: diskussion af positive effekter af at modtage en diagnose; stigma; sammenhæng mellem ADHD og fx risikoadfærd eller relationelle udfordringer; miljøtilpasninger mhp. øget funktionsniveau; uddannelses-/arbejdsrelaterede udfordringer; sameksisterende; forøget risiko for substansmisbrug og selvmedicinering; samt rettigheder og juridiske forhold (fx påvirkning af køreevne).</p> <p><i>Hoveddokument, s. 42-43; Bilag: Information and support</i></p>
--	--	--	--	--

			vigtigheden af struktur i dagligdagen. <i>Hoveddokument, s. 13-15 (anbefaling 1.4.3, 1.4.4, 1.4.6, 1.4.7 og 1.4.10)</i>		
2	<p>Hoveddokument: Australian Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Attention Deficit Hyperactivity Disorder</p> <p>Publiceret: 30.07.2022</p> <p>Kan tilgås via: https://adhdguideline.aadpa.com.au</p>	<p>Land: Australien</p> <p>Publiceret af: Australasian ADHD Professionals Association (AADPA)</p> <p>Godkendt af: National Health and Medical Research Council (NHMRC)</p>	<p>Retningslinjen indeholder ingen selvstændig anbefaling for inddragelse af pårørende, men fremhæver <i>som led i samtlige af anbefalingerne</i> til voksne med ADHD, at pårørende – efter behov – bør inddrages under udredning og behandling.</p> <p>Retningslinjen fremhæver dog især pårørendeinddragelse i forbindelse med psykoedukation og fælles beslutningstagen, idet det anbefales, at behandlingsbeslutninger baseres på et velinformeret grundlag og træffes i samarbejde mellem behandlere, patienter, og evt. pårørende (<i>Hoveddokument s. 60-61, 94-96, 168</i>).</p>	N/A	<p>Indirekte-/underanbefalinger</p> <p>I forbindelse med udredning bemærkes det, at pårørende (fx forældre eller partnere) kan bidrage med vigtige supplerende oplysninger og perspektiver, og det anbefales dermed indirekte, at pårørende inddrages under udredningsfasen (<i>Hoveddokument, s. 83</i>).</p> <p>Især informationer om ADHD's årsager, konsekvenser og evidensbaserede behandlinger (inkl. indhold, forventede effekter, påkrævet indsats, osv.) fremhævedes som vigtige mhp. fælles beslutningstagen, empowerment og behandlingsadhærens (<i>Hoveddokument, s. 90-91, 94-96, 124</i>). Endvidere anbefales det, at patienter og evt. pårørende orienteres om bl.a. støttetilbud/-grupper, pålidelige online informationskilder, muligheder for økonomisk bistand, samt at klinikere opfordrer til at pårørende monitorerer deres egen trivsel, udvikler et støttenetværk, og efter behov søger rådgivning og støtte til problemløsning (<i>Hoveddokument, s. 91</i>).</p> <p>Endelig anbefales det at have en opmærksomhed på, at behandling af patienter fra mere kollektivistiske kulturelle kontekster kan foreskrive, at inddragelse af pårørende omfatter flere aktører end blot de nærmeste (fx også stammens "ældre" blandt Australiens oprindelige folk) (<i>Hoveddokument, s. 155-160</i>).</p>
3	<p>Hoveddokument: Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och</p>	<p>Land: Sverige</p> <p>Publiceret af: Socialstyrelsen</p>	<p>Der ses et stort behov for støtte blandt pårørende, og at de bør orienteres om tilgængelige eksterne støttetilbud.</p> <p>Retningslinjen henviser fagpersoner til Sveriges nationale strategi for pårørende, som blev udgivet i 2022, (73) med henblik på, at gøre støtten til</p>	N/A	<p>Indirekte anbefalinger</p> <p>Retningslinjen indeholder ingen selvstændig anbefaling for inddragelse af pårørende i behandlingen af voksne med ADHD. (<i>Hoveddokument, s. 7, 48-53, 94</i>). Retningslinjen henviser desuden fagpersoner til Sveriges nationale strategi for pårørende, som blev udgivet i 2022,(73) med henblik på, at gøre støtten til</p>

	<p>sjukvården eller socialtjänsten</p> <p>Publiceret: 19.03.2024</p> <p>Kan tilgås via: https://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/adhd-autism</p>		<p>pårørende mere ensartet på tværs af landet og sikre, at pårørendeengagement altid bygger på frivillighed fremfor nødvendighed (<i>Hoveddokument, s. 70</i>).</p>		<p>pårørende mere ensartet på tværs af landet og sikre, at pårørendeengagement altid bygger på frivillighed fremfor nødvendighed (<i>Hoveddokument, s. 70</i>).</p> <p>I tråd hermed bemærkes det, at mennesker med ADHD ofte er tilknyttet flere dele af sundhedsvæsenet (samt evt. sociale tilbud), og det understreges, at det er behandlernes ansvar at kommunikere og sikre sammenhæng på tværs af de indsatser patienten modtager. Hverken patienter eller deres pårørende bør med andre ord pålægges ansvaret for at være tovholder på behandlingsforløbet (<i>Hoveddokument, s. 25-26, 29</i>).</p> <p>Retningslinjerne peger på, at støtte og forståelse fra omgivelserne (dvs. familie, netværk) kan være med til at forbedre hverdagsfunktion, men det er ikke en detaljeret instruks om pårørendeinddragelse i behandling.</p>
4	<p>Hoveddokument: National klinisk retningslinje (NKR) for udredning og behandling af ADHD hos voksne</p> <p>Publiceret: 02.02.2015 (Genudgivet i 2017, efter opdatering blev vurderet unødvendig)</p> <p>Kan tilgås via: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/NKR-Udredning-og-behandling-af-ADHD-hos-voksne</p>	<p>Land: Danmark</p> <p>Publiceret af: Sundhedsstyrelsen</p>	N/A	N/A	<p>Indirekte anbefalinger</p> <p>Retningslinjen indeholder ingen selvstændig anbefaling for inddragelse af pårørende, men understreger i sin indledende ansvarsfraskrivelse, at sundhedspersonale generelt bør inddrage patienten samt evt. pårørende i behandlingsbeslutninger. Endvidere bemærkes det i forbindelse med retningslinjens anbefalinger for udredning af ADHD, at pårørende (eller andre, der har kendt patienten under opvæksten) men fordel kan inddrages under udredningen, for at bidrage med supplerende oplysninger om patientens tidlige barndom.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 2, 13</i></p>

5	<p>Hoveddokument: National klinisk anbefaling (NKA) for non-farmakologisk behandling af ADHD hos voksne</p> <p>Publiceret: 02.10.2025</p> <p>Kan tilgås via: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2025/NKA-Nonfarmakologisk-behandling-af-ADHD-hos-voksne</p>	<p>Land: Danmark</p> <p>Publiceret af: Sundhedsstyrelsen</p>	N/A	N/A	<p>Indirekte anbefalinger</p> <p>Retningslinjen indeholder ingen selvstændig anbefaling for inddragelse af pårørende. I rationalet bag de psykosociale behandlingsanbefalinger, fremhæves det dog, at klinikere under behandlingsplanlægningen bør tage patientens personlige ressourcer i betragtning (herunder deres netværk), i en helhedsvurdering af patientens evne til at gennemføre og profitere af et behandlingsforløb. Det fremhæves endvidere, at klinikere for at styrke patientens engagement i en given behandling, bør yde psykoedukation til patienter og evt. deres pårørende om bl.a. den forventede effekt af interventionen, samt den indsats, der kræves for at opnå sådan effekt.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 9-10, 15-16</i></p>
---	---	--	-----	-----	---

Bilag 7 – Sundhedsøkonomisk datagrundlag – Anbefaling 1-4

	Retningslinje	Ophav	Konklusion(er)	Sundhedsøkonomisk datagrundlag
1	<p>Hoveddokument: NICE Guideline, NG87. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management</p> <p>Publiceret: 14.03.2018 (Sidst opdateret 13.09.2019)</p> <p>Relevante bilag:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bilag: Non-pharmacological efficacy and adverse events ▪ Bilag: Combination treatment ▪ Bilag: Information and support ▪ Bilag: Managing treatment ▪ Bilag: Full guideline – September 2008 (CG72) <p>Kan tilgås via: http://www.nice.org.uk/guidance/ng87</p>	<p>Land: Storbritannien</p> <p>Publiceret af: National Institute for Health and Care Excellence (NICE)</p>	<p>Kombineret farmakologisk og psykologisk behandling er ifølge det sundhedsøkonomiske datagrundlag ikke en omkostningseffektiv behandling for voksne med ADHD, sammenlignet med farmakologisk behandling alene.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 48</i></p>	<p>NICE udgav i deres 2008 retningslinje en sundhedsøkonomisk analyse af omkostningseffektiviteten ved kombinationsbehandling til voksne med ADHD. Analysen er fortsat gældende, da NICE ikke siden har identificeret nye data, som forventes at ændre analysens konklusioner.</p> <p>Effekten af kombinationsbehandling var i analysen baseret på kun én korttids-RCT med 31 voksne med ADHD, randomiseret til atomoxetin alene eller atomoxetin kombineret med kognitiv adfærdsterapi (Safren et al., 2005). Omkostningerne ved farmakologisk behandling alene blev i analysen udledt af en poster præsentation over en omkostningseffektivitetsanalyse baseret på en RCT af atomoxetin i 218 voksne med ADHD (Laing & Aristides, 2005). Omkostningerne ved psykoterapi blev i analysen udledt af en økonomisk rapport (Curtis & Netten, 2006).</p> <p>NICE's analyse fandt, at kombinationsbehandling ikke er omkostningseffektiv sammenlignet med medicin alene, idet der ses en merudgift (ICER) på £65,279 (ca. 565.189 DKK) pr. QALY, hvilket langt overstiger NICE's tærskel for omkostningseffektivitet på £35,000/QALY (NICE, 2026). Konklusionen er imidlertid meget usikker, bl.a. i kraft af, at effektestimaterne for kombinationsbehandling var baseret på kun ét korttids-RCT med få deltagere, samt at analysen kun tog højde for de direkte interventionsomkostninger, og ikke for potentielle samfundsøkonomiske gevinster.</p> <p>NICE-arbejdsgruppen understregede, at patienter bør have mulighed for at vælge mellem forskellige</p>

				<p>behandlingsformer, og at patientvalg og -præferencer bør tillægges særlig vægt inden for et område som dette, hvor evidensen er usikker. Gruppen vurderede, at farmakologiske og non-farmakologiske behandlinger retter sig mod forskellige aspekter af ADHD og derfor ikke bør betragtes som et enten-eller valg, men tage udgangspunkt i den enkelte patients behov.</p> <p><i>Bilag: Non-pharmacological treatment, s. 125; Bilag: Combination treatment, s. 80, 107-8, 111; Bilag: Full guideline – September 2008 (CG72), s. 193-200</i></p>
			<p>Der blev ikke identificeret et sundhedsøkonomisk datagrundlag eller gennemført en sundhedsøkonomisk analyse af omkostningseffektiviteten ved behandling med kun psykoterapi til voksne med ADHD. Det samme var tilfældet for psykoekation, livsstilsindsatser og pårørendeinddragelse. Omkostningseffektiviteten af disse indsatser er derfor usikker.</p> <p><i>Bilag: Non-pharmacological treatment, s. 125; Bilag: Managing treatment, s. 44-7</i></p>	N/A
2	<p>Hoveddokument: Australian Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Attention Deficit Hyperactivity Disorder</p> <p>Relevante bilag:</p>	<p>Land: Australien</p> <p>Publiceret af: Australasian ADHD Professionals</p>	<p>En formel sundhedsøkonomisk analyse af omkostningseffektiviteten ved de anbefalede indsatser lå uden for retningslinjens formål. Såfremt de inkluderede studier rapporterede</p>	N/A

	<p>▪Bilag: Technical report</p> <p>Publiceret: 30.07.2022</p> <p>Kan tilgås via: https://adhdguideline.aadpa.com.au</p>	<p>Association (AADPA)</p> <p>Godkendt af: National Health and Medical Research Council (NHMRC)</p>	<p>økonomisk data blev dette dog inkluderet i GRADE-tabellerne. Ingen af studierne bag de psykosociale anbefalinger inkluderede dog sådanne data.</p> <p><i>Hoveddokument, s. 37, 52</i></p>	
3	<p>Hoveddokument: Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten</p> <p>Publiceret: 19.03.2024</p> <p>Relevante bilag:</p> <p>▪Bilag: Hälsoekonomiskt underlag</p> <p>Kan tilgås via: https://www.socialstyrelsen.se/nationellriktlinjer/adhd-autism</p>	<p>Land: Sverige</p> <p>Publiceret af: Socialstyrelsen</p>	<p>Der blev ikke identificeret et sundhedsøkonomisk datagrundlag til at gennemføre en sundhedsøkonomisk analyse af omkostningseffektiviteten ved de anbefalede psykosociale indsatser.</p> <p><i>Bilag: Hälsoekonomiskt underlag, s. 8</i></p>	N/A
4	<p>Hoveddokument: National klinisk retningslinje (NKR) for udredning og behandling af ADHD hos voksne</p> <p>Publiceret: 02.02.2015 (Genudgivet i 2017, efter opdatering blev vurderet unødvendig)</p> <p>Kan tilgås via: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/NKR-Udredning-og-behandling-af-ADHD-hos-voksne</p>	<p>Land: Danmark</p> <p>Publiceret af: Sundhedsstyrelsen</p>	<p>En sundhedsøkonomisk analyse af omkostningseffektiviteten ved de anbefalede indsatser lå uden for retningslinjens formål.</p>	N/A
5	<p>Hoveddokument: National klinisk anbefaling (NKA) for non-farmakologisk behandling af ADHD hos voksne</p>	<p>Land: Danmark</p> <p>Publiceret af: Sundhedsstyrelsen</p>	<p>En sundhedsøkonomisk analyse af omkostningseffektiviteten ved</p>	N/A

Publiceret: 02.10.2025 Kan tilgås via: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2025/NKA-Nonfarmakologisk-behandling-af-ADHD-hos-voksne		de anbefalede indsatser lå uden for retningslinjens formål.	
--	--	---	--

9. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem de danske regioner, Lægeforeningen og Lægevidenskabelige Selskaber som en del af en styrket indsats for kliniske retningslinjer i Danmark. Formålet med denne indsats er at sikre en evidensbaseret tilgang af høj og ensartet kvalitet til behandling på tværs af sundhedsvæsenet. Retningslinjen er fagligt udformet og godkendt af relevante faglige selskaber, og den administrative godkendelse er foretaget af det centrale sekretariat for kliniske retningslinjer. Retningslinjen er tiltænkt klinisk arbejdende 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, men de er ikke juridisk bindende. I sidste ende er det altid sundhedspersonalets faglige skøn i den konkrete situation, der afgør den bedste tilgang. Selv ved nøje opfølgning 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. Ud over de centrale anbefalinger (kapitel 1 – quick guide) indeholder retningslinjen en detaljeret beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne, herunder den anvendte evidens (kapitel 3), referencer (kapitel 4) og metodiske tilgange (kapitel 5). Anbefalingerne er klassificeret, så mærkningen 'A' repræsenterer den stærkeste evidens, mens 'D' angiver svagere evidens. Yderligere information om evidensvurderingen, udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", kan findes i retningslinjen. Generelle oplysninger om patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens udviklingsproces (kapitel 5) er også beskrevet. Se indholdsfortegnelsen for at navigere til de ønskede kapitler. Retningslinjeskabelonen er udviklet i overensstemmelse med internationale kvalitetsstandarder, som fastlagt af [AGREE II](#), [GRADE](#) og [RIGHT](#). Denne retningslinje er udarbejdet med økonomisk støtte fra Danske Regioner under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.