

# National klinisk anbefaling for non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD

**Hovedforfatter**

Sundhedsstyrelsen



Sundhedsstyrelsen

### **Kontaktperson**

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67

### **Sponsorer / Finansiering**

Sundhedsstyrelsen

### **Ansvarsfraskrivelse**

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske anbefalinger er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab. Nationale kliniske anbefalinger bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer. De nationale kliniske anbefalinger offentligt tilgængelige, således at borgere og patienter også kan orientere sig i retningslinjerne. Nationale kliniske anbefalinger klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge anbefalingerne. De nationale kliniske anbefalinger er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode, som ikke er anbefalet være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation. Sundhedspersoner skal generelt inddrage patienten, når de vælger behandling.

ISBN elektronisk udgave:

Indhold

1. Indledning ..... 4

2. Non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD ..... 5

3. Bør man tilbyde non-farmakologisk behandling i tillæg til farmakologisk behandling eller farmakologisk behandling alene til voksne med ADHD? ..... 6

4. Bør man tilbyde non-farmakologisk behandling til voksne med ADHD? ..... 20

5. Eksempler på patientcases ..... 23

6. Terapibeskrivelser ..... 27

7. Implementering ..... 28

8. Monitorering, opdatering og videre forskning ..... 29

9. Anvendt metode, evidensvurderinger og søgebeskrivelse ..... 30

10. Fokuserede spørgsmål ..... 33

11. Arbejds- og referencegruppe ..... 35

12. Begreber og forkortelser ..... 37

Referencer ..... 39

# 1. Indledning

## Formål

Formålet med de databaserede nationale kliniske anbefalinger er at understøtte en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt at prioritere i sundhedsvæsenet. De ikke-databaserede nationale kliniske anbefalinger (god praksisanbefalinger) har tilsvarende formål, men er ikke baseret på evidens og skal derfor ikke betragtes som evidensbaserede.

En national klinisk anbefaling indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. hvad der skal gøres, og hvem er det relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem der skal tilbyde indsatsen) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

Målet med denne nationale kliniske anbefaling er at understøtte en ensartet kvalitet i sundhedsvæsenet i forbindelse med non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD. Anbefalingerne udarbejdes efter en systematisk tilgang og graduering af evidensens kvalitet, hvor styrken af anbefalingerne baseres på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Arbejdsgruppen er forelagt evidensprofiler, nøgleinformationer er gennemgået, og der er herefter lavet en konsensusbeslutning om, hvordan anbefalingen skulle formuleres. Der henvises desuden til [kapitel 9](#) for en detaljeret metodebeskrivelse for denne NKA samt Sundhedsstyrelsens 'metodehåndbog: Model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer [68]' for en overordnet introduktion til metoden bag udarbejdelsen af NKA.

## Afgrænsning af patientgruppe

Denne nationale kliniske anbefaling vedrører voksne fra 18 år, der har fået diagnosen *Hyperkinetiske forstyrrelser*, nærmere bestemt de specifikke diagnoser *Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed* (F90.0) eller *Opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet* (F98.8C) i henhold til kriterierne i ICD-10 [69]. Da det ICD-10 diagnostiske system ikke er tidssvarende og ikke inkluderer voksne med ADHD, anbefales det at bruge de diagnostiske kriterier i DSM-5 [70] som basis for diagnosen hos voksne og derefter kode ifølge ICD-10 indtil ICD-11 [71] er fuldt implementeret indenfor nogle år. Mange voksne med ADHD har samtidige komorbide psykiatriske lidelser [73]. Derfor har arbejdsgruppen valgt at undersøge evidensen for effekten af behandling af ADHD-patienter, både isoleret og i kombination med andre lidelser som f.eks. angst og depression.

## Målgruppe/brugere

Målgruppen for denne nationale kliniske anbefaling omfatter sundhedspersonale ansat i psykiatrien og praktiserende psykiatere.

Anbefalingen henvender sig også til en bred vifte af behandlere, i f.eks. kommunale tilbud, der hyppigt vil møde voksne med ADHD - eksempelvis praktiserende læger, psykologer, socialrådgivere, pædagoger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker mv.

Personer med ADHD og pårørende kan ligeledes orientere sig i anbefalingen.

## Emneafgrænsning

Den nationale kliniske anbefaling indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger ('punktnedslag i patientforløbet'). Disse problemstillinger er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe som de områder, hvor det er vigtigst at få afklaret evidensen.

Den nationale kliniske anbefaling beskæftiger sig således med et udvalgt område af behandlingsindsatsen - her non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD. De anvendte effektmål er udvalgt på forhånd af arbejdsgruppen.

## Patientperspektivet

Patientperspektivet er repræsenteret gennem to udpegede repræsentanter fra ADHD-foreningen, som har deltaget i arbejdsgruppen. De har bidraget til alle aspekter af arbejdet, herunder udvælgelse af spørgsmål, fastsættelse af effektmål og udarbejdelse af anbefalinger. I denne nationale kliniske anbefaling er patientperspektivet også repræsenteret ved, at anbefalingen har været i bred, offentlig høring, hvor der har været mulighed for at afgive høringssvar til udkastet til den færdige anbefaling. Udvalgte organisationer og foreninger er blevet opfordret til at afgive høringssvar, herunder Dansk Psykiatrisk Selskab, Danske Multidisciplinære Psykiatrigrupper og Social- og Boligstyrelsen.

## 2. Non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) er en udviklingsforstyrrelse med kernesymptomer i form af dysreguleret opmærksomhedsevne, aktivitet og impulsivitet [72]. Hyppige ledsagesymptomer hos voksne er søvnforstyrrelse og emotionel dysregulation [76]. ADHD bliver oftere beskrevet som en neurovariation (en neurodivergent tilstand). Dette betyder, at mennesker med ADHD neurologisk adskiller sig fra mennesker uden ADHD (kaldet neurotypiske), hvilket betyder, at mennesker med ADHD kan opleve verden på en måde, der kan være anderledes end jævnaldrende. ADHD kan diagnosticeres hos både børn og voksne. ADHD hos voksne er relativt udbredt og forekommer hos cirka 2,5-5 % af den voksne befolkning [74]. Symptomerne på ADHD kan variere fra person til person, men inkluderer generelt opmærksomhedsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet. Da det ICD-10 diagnostiske system ikke er tidssvarende og ikke inkluderer voksne med ADHD, anbefales det at bruge de diagnostiske kriterier i DSM-5 som basis for diagnosen hos voksne og derefter kode ifølge ICD-10 indtil ICD-11 er fuldt implementeret indenfor nogle år. Den traditionelle behandling af voksne med ADHD er primært farmakologisk, hvor både centralstimulerende medicin som f.eks. methylphenidat og ikke-centralstimulerende medicin som f.eks. atomoxetin anvendes til at håndtere symptomerne. Mange voksne med ADHD har også samtidige komorbide lidelser, såsom angst og depression [75]. Det er vigtigt at være opmærksom på, da disse komorbide lidelser ikke behandles direkte med farmakologisk behandling for ADHD. I sådanne tilfælde kan non-farmakologisk behandling være særligt gavnlige. Farmakologisk behandling kan være effektiv for at reducere symptomerne på ADHD hos nogle personer, men evidensen er ikke entydig. Der er en voksende interesse for non-farmakologiske behandlinger i tillæg til eller i stedet for farmakologisk behandling, som kan omfatte psykologiske og kropsorienterede interventioner.

Non-farmakologiske interventioner kan også være relevante for voksne med ADHD, som har truffet et informeret valg om ikke at få farmakologisk behandling, for voksne som har svært ved at få taget medicinen hver dag og for dem medicinen ikke virker eller ikke kan tåle den. For nogle voksne, der er blevet udredt med ADHD i voksenalderen, kan der være et behov for non-farmakologisk behandling af følgevirkningerne af ADHD, såsom depression, stress, dårligt selvværd og deres rolle i familien m.m.

Non-farmakologisk behandling anvendes i begrænset omfang i Danmark, og oftest kun i form af psykoedukative tiltag. Effekten af non-farmakologiske behandlinger er usikker, og der er stadig ubesvarede spørgsmål om, hvorvidt det er mest fordelagtigt at tilbyde non-farmakologisk behandling som supplement til farmakologisk behandling eller som en selvstændig behandlingsform. Nogle studier peger på, at en kombination af farmakologiske og non-farmakologiske behandlinger kan være mere effektiv end farmakologisk behandling alene, mens andre argumenterer for, at non-farmakologisk behandling alene kan være tilstrækkelig for nogle individer. Derudover er der usikkerhed om effekten af non-farmakologisk behandling samt om hvilke interventioner, der er størst effekt af.

Denne nationale kliniske anbefaling undersøger, om non-farmakologisk behandling bør tilbydes som et supplement til farmakologisk behandling, eller om farmakologisk behandling alene er tilstrækkelig for voksne med ADHD. Derudover vurderes, om non-farmakologisk behandling kan tilbydes alene for voksne med ADHD. Ved at sammenligne effekten af de forskellige behandlingsformer ønsker vi at opnå en bedre forståelse af, hvordan voksne med ADHD bedst kan støttes for at forbedre deres livskvalitet og funktionsniveau.

### 3. Bør man tilbyde non-farmakologisk behandling i tillæg til farmakologisk behandling eller farmakologisk behandling alene til voksne med ADHD?

#### Svag anbefaling

Overvej, i tillæg til farmakologisk behandling, at tilbyde non-farmakologisk behandling, specifikt en psykologisk intervention (primært kognitiv adfærdsterapi) til voksne med ADHD.

Anbefalingen baserer sig på de non-farmakologiske interventioner, for hvilke der blev fundet evidens. Følgende psykologiske interventioner anbefales i tillæg til farmakologisk behandling og psykoedukation: 1) kognitiv adfærdsterapi (CBT), 2) dialektisk adfærdsterapi (DBT), 3) en kombination af dialektisk adfærdsterapi og kognitiv adfærdsterapi, 4) mindfulness, 5) mindfulness-baseret kognitiv terapi, 6) kognitiv træning/psykosociale interventioner. Datagrundlaget indbefatter også træning af arbejdshukommelsen, men denne terapiform har ikke vist overbevisende gavnlige effekter og anbefales derfor ikke på nuværende grundlag.

Kognitiv adfærdsterapi i tillæg til farmakologisk behandling ser ud til, at kunne have en positiv effekt på både funktionsniveau og ADHD-symptomer hos voksne med ADHD, men der er stadig usikkerhed omkring størrelsen og stabiliteten af disse effekter. De øvrige psykologiske interventioner kan muligvis også bidrage til reduktion af ADHD-symptomer, når de anvendes som supplement til farmakologisk behandling. Dialektisk adfærdsterapi og mindfulness kan være relevante for patienter med vedvarende symptomer og stabil daglig funktion, men området kræver mere forskning.

Behandlingen bør tilpasses voksne med ADHD, da de anbefalede non-farmakologiske behandlinger ikke er udviklet med fokus på denne målgruppe. Klinikerne bør også tage hensyn til den enkeltes eventuelle samtidige lidelser og øvrige ressourcer. Forløbet bør strække sig over mindst otte sessioner og følge validerede manualer. Fagpersoner der varetager behandlingerne, bør have relevant uddannelse og kompetencer. Terapien kan tilbydes individuelt, i grupper, med fysisk fremmøde eller som en virtuel terapi.

I samråd med patienten tilpasses behandlingen den enkeltes specifikke behov, hvor der fokuseres på patientens styrker og på at fremme håb og personlig handlekraft. Overvej at tilbyde Kognitiv adfærdsterapi når funktionsniveau er nedsat og der er ADHD-symptomer, mens dialektisk adfærdsterapi og mindfulness kan være relevante i tilfælde, hvor funktionsniveauet er rimeligt stabilt, og der samtidig er stor symptombyrde. For at sikre tilslutning til behandlingen bør klinikere drøfte flere centrale aspekter med patienten med ADHD og/eller deres pårørende. Det er vigtigt at fremhæve fordelene ved interventionerne, herunder muligheden for at udvikle livslange færdigheder til håndtering af ADHD-symptomer samt mulig forbedring af selvværd, mental sundhed og generel trivsel. Desuden bør patienten informeres om den nødvendige indsats, det kræver at indgå i et forløb, herunder tidsforbrug og nødvendig arbejdsindsats for at opnå en tilstrækkelig effekt.

#### Nøgleinformationer

##### Gavnlig og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Kognitiv adfærdsterapi (CBT) i kombination med farmakologisk behandling forbedrer sandsynligvis både funktionsniveau og ADHD-symptomer sammenlignet med farmakologisk behandling alene.

Dialektisk adfærdsterapi (DBT), kognitiv træning og mindfulness forbedrer sandsynligvis ADHD-symptomer sammenlignet med farmakologisk behandling alene. Der er dog sandsynligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle på livskvaliteten mellem disse terapiformer kombineret med farmakologisk behandling og farmakologisk behandling alene.

Derudover er der muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle på de øvrige effektmål, frafald fra behandling og alvorlige hændelser (alvorlige bivirkninger), ved kombinationen af psykoterapier og farmakologisk behandling sammenlignet med farmakologisk behandling alene.

Endelig viste træning af arbejdshukommelse i kombination med farmakologisk behandling ingen eller kun ubetydelige forskelle på alle effektmål sammenlignet med farmakologisk behandling alene.

##### Kritiske outcomes

Det er usikkert om non-farmakologisk behandling i kombination med farmakologisk behandling øger funktionsniveau.

Det er usikkert om non-farmakologisk behandling i kombination med farmakologisk behandling øger risikoen for alvorlige hændelser.

**Vigtige outcomes**

Det er usikkert om non-farmakologisk behandling i kombination med farmakologisk behandling øger livskvalitet.

Det er usikkert om non-farmakologisk behandling i kombination med farmakologisk behandling forbedrer ADHD symptomer.

Non-farmakologisk behandling i kombination med farmakologisk behandling påvirker muligvis ikke frafald fra behandling i betydelig grad.

Vi fandt ingen forsøg, der opgjorde misbrug og afhængighed. Arbejdsgruppen vurderer, at det er usikkert om non-farmakologisk behandling har effekt på misbrug og afhængighed.

Vi fandt ingen forsøg, der opgjorde fravær fra arbejde/uddannelse. Arbejdsgruppen vurderer, at det er usikkert om non-farmakologisk behandling har effekt på fravær fra arbejde/skole.

Vi fandt ingen forsøg, der opgjorde kriminalitet. Arbejdsgruppen vurderer, at det er usikkert om non-farmakologisk behandling har effekt på kriminalitet.

Det er usikkert om non-farmakologisk behandling i kombination med farmakologisk behandling øger ophør af farmakologisk behandling.

**Kvaliteten af evidensen**

Meget lav

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav, da der er meget lav tiltro til de kritiske outcomes (funktionsniveau og alvorlige hændelser).

Tiltroen til de kritiske outcomes er meget lav pga. alvorlig risiko for bias, alvorlig inkonsistente resultater og alvorligt upræcise effektestimer.

**Patientpræferencer**

Ingen betydelig variation forventet

De fleste patienter, og ligeledes deres familie samt netværk, vil gerne have en tilpasset non-farmakologisk intervention der kan være med til at formindske deres ADHD symptomer, forbedre deres funktionsniveau samt skabe en bedre hverdag.

Der kan forventeligt være forskel i patientpræferencerne hvad angår typen af non-farmakologisk behandling idet nogle patienter måske allerede har afprøvet visse terapiformer, hvorfor det skønnes vigtigt, at patientens præferencer tages i betragtning i udvælgelsen af non-farmakologisk behandlingsform. Patientpræferencerne kan også afhænge af personens alder og øvrige livssituation og kan således ændre sig over tid.

Arbejdsgruppen forventer yderligere at sessionerne samt forløbets varighed vil spille en stor rolle for, hvorvidt det vil være muligt for patienterne, at tage imod den non-farmakologiske behandling, idet fysisk fremmøde kan være en udfordring. Nogle klinikker tilbyder virtuelle løsninger, hvilket foretrækkes af visse patienter. Sessionerne til den valgte non-farmakologiske behandling vil oftest ligge indenfor almindelig arbejdstid, hvorfor det bør overvejes, om non-farmakologisk behandlingstilbud kan ligge uden for normale arbejdstider for at gøre det nemmere for patienterne. En fleksibel tilrettelæggelse har betydning for målgruppen.

Arbejdsgruppen anbefaler et sammenhængende forløb bestående af minimum otte sessioner.

**Ressourcer**

Væsentlige problemer

Kompetencerne vil sandsynligvis variere blandt de relevante terapeuter og klinikere. Non-farmakologisk behandling er mere tidskrævende for de fagprofessionelle og kræver forskellige faglige kompetencer. Derfor ser arbejdsgruppen det som en styrke, hvis der tilbydes efteruddannelse og specialisering for at sikre en ensartet kvalitet i den non-farmakologiske behandling på tværs af landet.

**Lighed i sundhed****Væsentlige problemer**

Der er enighed i arbejdsgruppen om at den non-farmakologiske behandling i sig selv ikke skaber ulighed i sundhed, men at nye anbefalinger, screeningstilbud osv. dog altid kan risikere at skabe ulighed, hvorfor det må anses som en forudsætning. Det er forventeligt, at der vil være en skæv fordeling af relevante terapeuter kommunerne imellem, hvilket kan medvirke til en flaskehals-effekt, særligt i yderkommunerne. Dette kan tænkes at have betydning for, hvorvidt de mere ressourcestærke patienter tyr til egenfinansiering eller privat sundhedsforsikring. Derved vil denne patientgruppe modtage mere non-farmakologisk behandling end de mindre ressourcestærke patienter, hvilket vil øge uligheden i sundhed.

**Accept****Ingen væsentlige problemer med anbefalet alternativ**

Der forventes accept fra både patienter og klinikere. Der kan dog opstå udfordringer i nogle udkantskommuner, hvor faktorer som tilgængeligheden af behandlere og længere transporttid kan påvirke tilslutningen til den non-farmakologiske behandling. Derfor kan accepten af behandlingsanbefalingen være lavere i disse områder. Accept af behandlingsanbefalingen kan også afhænge af, om kommunerne har adgang til specialiseret viden og formår at opretholde et fagligt højt niveau samt relevante tilbud til målgruppen på baggrund af denne viden.

**Gennemførlighed****Væsentlige problemer**

Der er aktuelt kapacitetsproblemer i sundhedsvæsenet – herunder en mangel på tilstrækkeligt antal kvalificerede terapeuter – hvilket kan vanskeliggøre implementeringen af denne anbefaling. Derudover bør det bemærkes, at en sådan indsats potentielt vil medføre øgede offentlige udgifter.

Denne anbefaling kan medføre at flere voksne med ADHD vil modtage non-farmakologisk behandling i form af psykologisk intervention, hvilken kan være en økonomisk udfordring. Omvendt kan det hjælpe borgere til at opnå et mere funktionsdygtigt liv herunder arbejds-, familie- og socialliv.

**Rationale**

I formuleringen af anbefalingen er der lagt vægt på, at den største effekt muligvis ses ved kognitiv adfærdsterapi, som også havde en effekt, der overstiger den mindste relevante forskel på det kritiske outcome funktionsniveau. Det skal dog understreges, at der er usikkerhed forbundet med effekten og dens stabilitet. De øvrige terapier (dialektisk adfærdsterapi, en kombination af dialektisk adfærdsterapi og kognitiv adfærdsterapi, mindfulness, mindfulness-baseret kognitiv terapi og kognitiv træning/psykosociale interventioner) viste ingen klar effekt på funktionsniveau, men kunne have en potentiel positiv effekt på det vigtige outcome graden af ADHD-symptomer. Datagrundlaget omfatter også træning af arbejdshukommelsen, men denne terapiform har ikke vist overbevisende gavnlige effekter og anbefales derfor ikke på nuværende grundlag. Der blev ikke påvist forskelle i skadelige virkninger mellem kombinationsbehandling og monoterapi med farmakologisk behandling. Samlet set er der lav til meget lav tiltro til resultaterne.

Vi har afdækket evidensen for en bred gruppe af non-farmakologiske interventioner, inklusiv fysiske interventioner, men grundet det sparsomme evidensgrundlag er der udelukkende evidens for at anbefale psykologiske interventioner. Der er dermed behov for mere forskning på området, både for at bekræfte resultaterne, men også for at undersøge effekten af øvrige non-farmakologiske interventioner.

Patientpræferencerne er entydige, da mange voksne med ADHD ønsker at prøve en non-farmakologisk intervention.

**Fokuseret spørgsmål**

**Population:** Voksne med ADHD i farmakologisk behandling

**Intervention:** Non-farmakologisk intervention

**Sammenligning:** Venteliste/ingen behandling/vanlig behandling (TAU) (uden aktiv non-farmakologisk intervention)

**Sammenfatning****Litteratur**

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål baserer sig på 23 randomiserede forsøg i 26 referencer [2][3][4][5][6][7][8][9][10][11][12][13][14][15][16][17][18][19][20][21][22][23][24][25][26][27].



De inkluderede forsøg er identificeret via en bred og systematisk litteratursøgning efter systematiske reviews omhandlende non-farmakologiske interventioner (psykologiske interventioner som kognitiv adfærdsterapi, kognitiv træning, adfærdsterapi, psykoedukation, ADHD coaching samt fysiske og krop-sind interventioner som sansemodulation, kropsterapi, fysisk aktivitet) til voksne med ADHD. Vi identificerede 26 systematiske reviews [28][29][30][31][32][33][34][35][36][37][37][38][39][40][41][42][43][44][45][46][47][48][49][50][51][52][53], som blev gennemgået for relevans for det fokuserede spørgsmål. Det vurderes at evidensgrundlaget for de enkelte systematiske reviews ikke alene kunne danne grundlag for formulering af anbefaling for det prædefinerede fokuserede spørgsmål. Vi foretog herefter en opdateret litteratursøgning efter primærstudier.

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål baserer sig således på randomiserede forsøg ekstraheret fra identificerede systematiske reviews (n = 7) suppleret med randomiserede forsøg identificeret via søgning efter primærlitteratur (n = 16).

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de inkluderede forsøg er voksne med ADHD i farmakologisk behandling, defineret som >50% i medicinsk behandling i begge grupper. Kun syv forsøg inkluderede deltagere, hvor samtlige deltagere var i medicinsk behandling [2][4][14][19][21][22][24]. Der er udført subgruppeanalyser for at undersøge, om der er forskel i effektestimater mellem forsøg hvor alle deltagere er i farmakologisk behandling sammenlignet med forsøg, hvor kun en andel af deltagere er i farmakologisk behandling. Subgruppeanalyserne viste ingen forskel i effekt, fraset observatørvurderet funktionsniveau ved behandlingsafslutning. Der er udført sensitivitetsanalyse for at undersøge effekten af inklusion af forsøg, hvor der ses en større variation (defineret som ≥20% absolut forskel) i farmakologisk behandling mellem de to sammenlignende grupper i det enkelte forsøg. Eksklusion af tre forsøg viste ingen forskel på effektestimater [3][26][27].

To forsøg undersøgte flere non-farmakologiske interventioner [16][27], fem forsøg undersøgte flere interventioner, hvor kun en sammenligning er relevant her [20][21][11][12], et forsøg undersøgte non-farmakologisk intervention i to populationer, hvoraf kun den ene population er relevant her [24], mens de øvrige 15 forsøg havde en sammenligning).

Interventionerne i evidensgrundlaget udgør:

Kognitiv adfærdsterapi, - 11 forsøg [2][3][4][9][15][16][19][20][22][26][27]

Dialektisk adfærdsterapi - 2 forsøg [7][14]

Dialektisk adfærdsterapi/kognitiv adfærdsterapi - 1 forsøg [21]

Mindfulness - 3 forsøg [6][13][16]

Mindfulness-baseret kognitiv adfærdsterapi - 1 forsøg [8]

Kognitiv træning/psykosociale interventioner - 5 forsøg [5][23][24][26][27]

Træning af arbejdshukommelse - 3 forsøg [10][11][12]

Kontrolgruppen i de inkluderede forsøg udgør venteliste/ingen behandling/vanlig behandling (TAU) (uden aktiv non-farmakologisk intervention). Alle kontrolgrupper indeholdt farmakologisk behandling i varierende omfang.

Interventionerne var primært psykologiske interventioner. Interventionsvarighed var heterogen og andelen af deltagere per forsøg var generelt lav.

Tabel. Karakteristika for de inkluderede forsøg.

	Reference	Non-farmakologisk Intervention	Varighed af non-farmakologisk intervention	Antal deltagere*	% deltagere i farmakologisk behandling*
1	Corbisiero 2018 [2]	Kognitiv adfærdsterapi	10-12 sessioner	20 vs 23	100% vs 100%
2	Dittner 2018 [3]	Kognitiv adfærdsterapi	Op til 15 sessioner	30 vs 30	63% vs 87%
3	Emilsson 2011 [4]	Kognitiv adfærdsterapi	15 sessioner	27 vs 27	100% vs 100%
4	Grinblat 2023 [5]	Kognitiv træning/psykosociale interventioner	11 sessioner	35 vs 17	ikke specificeret
5	Gu 2018 [6]	Mindfulness	6 sessioner	30 vs 26	64% vs 77%
6	Halmoy 2022 [7]	Dialektisk adfærdsterapi	14 sessioner	60 vs 61	63% vs 62%
7	Hepark 2019 [8]	Mindfulness-baseret kognitiv terapi	8-12 sessioner	55 vs 48	60% vs 54%

8	Huang 2019 [9]	Kognitiv adfærdsterapi	12 sessioner	43 vs 22	88% vs 95%
9	Liu 2017 [10]	Træning af arbejdshukommelse	25 sessioner	49 vs 43	62% vs 68%
10	Mawjee 2015 [12]	Træning af arbejdshukommelse (standard længde)	25 sessioner	32 vs 32	59% vs 59%
11	Mawjee 2017 [11]	Træning af arbejdshukommelse (standard længde)	25 sessioner	18 vs 12	59% vs 59%
12	Mitchell 2017 [13]	Mindfulness	8 sessioner	11 vs 11	55% vs 56%
13	Moritz 2021 [14]	Dialektisk adfærdsterapi	10-12 sessioner	16 vs 15	100% vs 100%
14	Nakashima 2022 [15]	Kognitiv adfærdsterapi	8 sessioner	24 vs 24	75% vs 58%
15	Nasri 2023 [16]	Kognitiv adfærdsterapi	12 sessioner	36 vs 16	61% vs 71%
	Nasri 2023 [16]	Mindfulness	12 sessioner	37 vs 15	68% vs 71%
16	Pan 2022 [19]	Kognitiv adfærdsterapi	12 sessioner	49 vs 49	100% vs 100%
17	Petterson 2017 [20]	Kognitiv adfærdsterapi (selvhjælp)	Ikke specificeret	13 vs 18	54% vs 50%
18	Philipsen 2015 [21]	Dialektisk adfærdsterapi/ kognitiv adfærdsterapi	12 sessioner	107 vs 110	100% vs 100%
19	Safren 2005 [22]	Kognitiv adfærdsterapi	7 sessioner	16 vs 15	100% vs 100%
20	Stevenson 2002 [24]	Kognitiv træning/ psykosociale interventioner	8 sessioner	13 vs 11	100% vs 100%
21	Stevenson 2003 [23]	Kognitiv træning/ psykosociale interventioner	Ikke specificeret	17 vs 18	65% vs 67%
22	Van der Oord 2020 [26]	Kognitiv adfærdsterapi	6 sessioner	30 vs 28	73% vs 93%
23	Virta 2010 [27]	Kognitiv adfærdsterapi	10 sessioner	10 vs 5	50% vs 70%
	Virta 2010 [27]	Kognitiv træning/ psykosociale interventioner	20 sessioner	9 vs 5	56% vs 70%

## Gennemgang af resultater per outcome

### Funktionsniveau (kritisk)

#### Behandlingsafslutning

Syv forsøg rapporterede data for det kritiske outcome observatørvurderet funktionsniveau ved *behandlingsafslutning* målt med Clinical Global Impressions Scale (CGI) severity og Behavior Rating Inventory of Executive Function – Adult (BRIEF-A) [4][15][16][19][21][22] (Nasri 2023: 2 grupper). De syv forsøg undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi/kognitiv adfærdsterapi og mindfulness.

Meta-analysen viste en standardiseret gennemsnitlig forskel (SMD) på 0.67 lavere (95% CI: 1.16 lavere, 0.18 lavere) med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention. Resultatet svarer til en stor effekt [54]. Tiltroen til estimatet er meget lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater, på grund af alvorlig manglende overførbarehed og på grund af alvorlig upræcist effektestimater.

Resultat per non-farmakologisk intervention: Kognitiv adfærdsterapi: SMD 0.90 lavere (95% CI 1.58 lavere, 0.22 lavere), dialektisk adfærdsterapi/kognitiv adfærdsterapi: SMD 0.00 (95% CI 0.29 lavere, 0.29 højere), mindfulness: SMD 0.42 lavere (95% CI 1.09 lavere, 0.25 højere).

Subgruppeanalyse af forsøg med 100% vs <100% deltagere farmakologisk behandling viste en forskel i effekt mellem de to grupper ( $P=0.02$ ). I gruppen af forsøg med 100% i farmakologisk behandling var der ingen signifikant forskel (SMD 0.16 lavere, 95% CI 0.53 lavere, 0.21 højere), mens gruppen af forsøg med <100% deltagere i farmakologisk behandling viste en signifikant bedring i funktionsniveau (SMD 1.05 lavere, 95% CI 1.68 lavere, 0.41 lavere).

Samlet set er det usikkert om non-farmakologisk intervention øger funktionsniveau.

Fem forsøg rapporterede data for det kritiske outcome observatørvurderet funktionsniveau ved behandlingsafslutning målt med CGI severity [4][15][16][21][22] (Nasri 2023: 2 grupper). De fem forsøg undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi/kognitiv adfærdsterapi og mindfulness.

Meta-analysen viste en gennemsnitlig forskel (MD) på -0.69 (95% CI: -1.19, -0.19) med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention.

Resultatet er under den mindste klinisk relevante forskel på 1.0 point for denne skala [67]. Tiltroen til estimatet er meget lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater og på grund af alvorlig upræcist effektestimater.

Resultat per non-farmakologisk intervention: Kognitiv adfærdsterapi: MD -1.00 (95% CI -1.36, -0.64 lavere), dialektisk adfærdsterapi/kognitiv adfærdsterapi: MD 0.00 (95% CI -0.31, 0.31, mindfulness: MD -0.36 (95% CI -0.92, 0.20).

Subgruppeanalyse af forsøg med 100% vs <100% deltagere farmakologisk behandling viste ingen forskel i effekt mellem de to grupper ( $P=0.29$ ).

Samlet set er det usikkert om non-farmakologisk intervention øger funktionsniveau.

Otte forsøg rapporterede data for det kritiske outcome selvurderet funktionsniveau ved behandlingsafslutning målt med BRIEF-A, BRIEF-ASR, BDEFS-SF, Canadian Occupational Performance Measure (COPM) og Work and Social Adjustment Scale (WSAS) [3][7][8][9][11][12][13][20]. De otte forsøg undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi, mindfulness, mindfulness-baseret kognitiv terapi og træning af arbejdschukommelse.

Meta-analysen viste en standardiseret gennemsnitlig forskel (SMD) på 0.51 lavere (95% CI: 0.83 lavere, 0.19 lavere) med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention. Resultatet svarer til en stor effekt [54]. Tiltroen til estimatet er meget lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater og på grund af alvorlig upræcist effektestimater.

Resultat per non-farmakologisk intervention: Kognitiv adfærdsterapi: SMD 0.58 lavere (95% CI 0.96 lavere, 0.21 lavere), dialektisk adfærdsterapi: SMD 0.24 lavere (95% CI 0.63 lavere, 0.15 lavere), mindfulness: SMD 0.98 lavere (95% CI 1.93 lavere, 0.04 lavere), mindfulness-baseret kognitiv terapi: SMD 0.94 lavere (95% CI 1.39 lavere, 0.48 lavere), træning af arbejdschukommelse: SMD 0.25 lavere (95% CI 1.25 lavere, 0.75 højere).

Subgruppeanalyse af forsøg med 100% vs <100% deltagere farmakologisk behandling er ikke udført, da alle forsøg <100% deltagere i farmakologisk behandling.

Samlet set er det usikkert om non-farmakologisk intervention øger funktionsniveau.

### Længste opfølgning

Fem forsøg rapporterede data for det kritiske outcome observatørvurderet funktionsniveau målt med BRIEF-A og CGI severity [4][15][16][19][21] (Nasri 2023: 2 grupper). Opfølgningstiden var fra tre måneder til 36 måneder. De seks forsøg undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi/kognitiv adfærdsterapi og mindfulness.

Meta-analysen viste en standardiseret gennemsnitlig forskel (SMD) på 0.69 lavere (95% CI: 1.15 lavere, 0.22 lavere) med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention. Resultatet svarer til en stor effekt [54]. Tiltroen til estimatet er meget lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater og på grund af alvorlig upræcist effektestimater.

Resultat per non-farmakologisk intervention: Kognitiv adfærdsterapi: SMD 0.97 lavere (95% CI 1.75 lavere, 0.19 lavere), dialektisk adfærdsterapi/kognitiv adfærdsterapi: SMD 0.26 lavere (95% CI 0.60 lavere, 0.08 højere), mindfulness: SMD 0.31 lavere (95% CI 0.95 lavere, 0.32 højere).

Subgruppeanalyse af forsøg med 100% vs <100% deltagere farmakologisk behandling viste ingen forskel i effekt mellem de to grupper ( $P=0.19$ ).

Samlet set er det usikkert om non-farmakologisk intervention øger funktionsniveau.

Fire forsøg rapporterede data for det kritiske outcome observatørvurderet funktionsniveau målt med CGI severity [4][15][16][21] (Nasri 2023: 2 grupper). Opfølgningstiden var fra tre måneder til 52 uger. De fire forsøg undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi/kognitiv adfærdsterapi og mindfulness.

Meta-analysen viste en gennemsnitlig forskel (MD) på 0.78 lavere (95% CI: 1.26 lavere, 0.29 lavere) med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention. Resultatet er under den mindste klinisk relevante forskel på 1.0 point for denne skala [67]. Tiltroen til estimatet er meget lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater og på grund af alvorlig upræcist effektestimater.

Resultat per non-farmakologisk intervention: Kognitiv adfærdsterapi: MD -1.13 (95% CI -1.64, -0.62), dialektisk adfærdsterapi/kognitiv adfærdsterapi: MD -0.30 (95% CI -0.69, 0.09), mindfulness: MD -0.31 (95% CI -0.86, 0.24).

Subgruppeanalyse af forsøg med 100% vs <100% deltagere farmakologisk behandling viste ingen forskel i effekt mellem de to grupper (P=0.65).

Samlet set er det usikkert om non-farmakologisk intervention øger funktionsniveau.

Et forsøg rapporterede data for det kritiske outcome selvvrurderet funktionsniveau målt med Work and Social Adjustment Scale (WSAS) [3]. Opfølgningstiden var 43 uger. Forsøget undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi.

Resultatet viste en gennemsnitlig forskel (MD) på 6.60 lavere (95% CI: 11.43 lavere, 1.77 lavere) med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention. Resultatet er over den mindste klinisk relevante forskel på 1.0 point for denne skala [67]. Tiltroen til estimatet er lav, da der blev nedgraderet to gange for meget alvorlig upræcist effektestimat.

Forsøget inkluderede deltagere, hvor kun en andel var i farmakologisk behandling.

Samlet set medfører non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling muligvis nogen forbedring af funktionsniveau

#### Alvorlige hændelser (kritisk)

To forsøg rapporterede data for det kritiske outcome alvorlige hændelser [3][7]. Opfølgningstiden var 42 uger for det ene forsøg [3] og ikke specificeret for det andet [7]. De to forsøg undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi og dialektisk adfærdsterapi.

Meta-analysen viste en risikoforskel (RD) på 0.02 (95% CI: -0.06, 0.11). Den absolutte forskel svarer til, at der var 22 flere alvorlige hændelser per 1000 med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention (95% CI: 61 færre til 106 flere). Tiltroen til estimatet er meget lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias, en for alvorlig inkonsistente resultater og en gang på grund af alvorlig upræcist effektestimat.

Subgruppeanalyse af forsøg med 100% vs <100% deltagere i farmakologisk behandling er ikke udført, da begge forsøg = <100% deltagere i farmakologisk behandling.

Samlet set er det usikkert om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling øger risikoen for alvorlige hændelser.

#### Livskvalitet (vigtig)

Seks forsøg rapporterede data for det vigtige outcome livskvalitet ved behandlingsafslutning målt med

Adult ADHD Quality of life questionnaire (AAQoL), ADHD Impact Module-Adult (AIM-A, living with adhd), Subskala af Q-LES-Qc (general) [7][16][20][27] (Nasri 2023 og Virta 2010: 2 grupper). De seks forsøg undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi, mindfulness og kognitiv træning/psykosociale interventioner.

Meta-analysen viste en standardiseret gennemsnitlig forskel (SMD) på 0.11 højere (95% CI: 0.24 lavere, 0.45 højere) med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention. Resultatet er under den mindste klinisk relevante forskel [54].

Tiltroen til estimatet er meget lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater og på grund af alvorlig upræcist effektestimat.

Det er usikkert, om non-farmakologisk intervention øger livskvalitet.

Subgruppeanalyse af forsøg med 100% vs <100% deltagere farmakologisk behandling er ikke udført, da alle forsøg = <100% deltagere i farmakologisk behandling.

Samlet set er det usikkert om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling øger livskvalitet.

#### ADHD symptomer (vigtig)

Ti forsøg rapporterede data for det vigtige outcome observatørvurderet ADHD symptomer ved behandlingsafslutning målt med Adult Barkley Current Symptoms Scale (CSS), Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), ADHD rating scale, CAARS, 10-point category scale based on the DSM IV diagnostic criteria for ADHD [3][4][6][7][8][16][21][22][23] (Nasri 2023: 2 grupper). De ti forsøg undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi/kognitiv adfærdsterapi, mindfulness, mindfulness-baseret kognitiv terapi, kognitiv træning/psykosociale interventioner.

Meta-analysen viste en standardiseret gennemsnitlig forskel (SMD) på 0.75 lavere (95% CI: 1.13 lavere, 0.38 lavere) med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention. Resultatet svarer til en stor effekt [54].

Tiltroen til estimatet er meget lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater og alvorlig upræcist effektestimat.

Subgruppeanalyse af forsøg med 100% vs <100% deltagere farmakologisk behandling viste ingen forskel i effekt mellem de to grupper ( $P=0.10$ ). Samlet set er det usikkert om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling forbedrer ADHD symptomer.

Tolv forsøg rapporterede data for det vigtige outcome selvvrurderet ADHD symptomer ved behandlingsafslutning målt med ADHD-Rating Scale (ADHD-RS), Current symptoms scale (CSS), Adult Self-report Scale (ASRS), CAARS [8][9][10][11][12][14][19][20][21][22][27] (Virta 2010: 2 grupper).

De 12 forsøg undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi/kognitiv adfærdsterapi, mindfulness-baseret kognitiv terapi, kognitiv træning/psykosociale interventioner.

Meta-analysen viste en standardiseret gennemsnitlig forskel (SMD) på 0.32 lavere (95% CI: 0.54 lavere, 0.09 lavere) med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention. Resultatet svarer til en stor effekt [54]. Tiltroen til estimatet er lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias og på grund af alvorlig upræcist effekttestimat.

Subgruppeanalyse af forsøg med 100% vs <100% deltagere farmakologisk behandling viste ingen forskel i effekt mellem de to grupper ( $P=0.26$ ). Samlet set påvirker non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling muligvis ikke ADHD symptomer i betydelig grad.

To forsøg rapporterede data for det vigtige outcome observatørvurderet uopmærksomhed ved behandlingsafslutning målt med CAARS-Inattention/memory subscale og Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV): Inattention [13][15]. De to forsøg undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi og mindfulness.

Meta-analysen viste en standardiseret gennemsnitlig forskel (SMD) på 1.20 lavere (95% CI: 3.45 lavere, 1.06 højere) med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention. Resultatet svarer til en stor effekt [54]. Tiltroen til estimatet er meget lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater og alvorlig upræcist effekttestimat.

Subgruppeanalyse af forsøg med 100% vs <100% deltagere i farmakologisk behandling er ikke udført, da begge forsøg = <100% deltagere i farmakologisk behandling.

Det er usikkert, om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling forbedrer ADHD symptomer.

Tre forsøg rapporterede data for det vigtige outcome selvvrurderet uopmærksomhed ved behandlingsafslutning målt med CAARS-Inattention/memory subscale, The ADHD Rating Scale-Attention (ADHD-RS-Attention), Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV): Inattention [13][15][26]. De tre forsøg undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi og mindfulness.

Meta-analysen viste en standardiseret gennemsnitlig forskel (SMD) på 0.72 lavere (95% CI: 1.35 lavere, 0.09 lavere) med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention. Resultatet svarer til en stor effekt [54]. Tiltroen til estimatet er meget lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater og alvorlig upræcist effekttestimat.

Subgruppeanalyse af forsøg med 100% vs <100% deltagere farmakologisk behandling er ikke udført, da alle forsøg = <100% deltagere i farmakologisk behandling.

Det er usikkert, om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling forbedrer ADHD symptomer.

Et forsøg rapporterede data for det vigtige outcome observatørvurderet hyperaktivitet/impulsivitet ved behandlingsafslutning målt med Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV): Hyperactive impulsive [13]. Forsøget undersøgte effekten af mindfulness.

Resultatet viste en gennemsnitlig forskel (MD) på 4.21 lavere (95% CI: 7.66 lavere, 0.76 højere) med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention. Resultatet er over den mindste klinisk relevante forskel på 0.5 SD (2.32) for denne skala [55]. Tiltroen til estimatet er meget lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias og to gange for meget alvorlig upræcist effekttestimat.

Forsøget inkluderede deltagere, hvor kun en andel var i farmakologisk behandling.

Det er usikkert, om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling forbedrer ADHD symptomer.

To forsøg rapporterede data for det vigtige outcome selvvrurderet hyperaktivitet/impulsivitet ved behandlingsafslutning målt med The ADHD Rating Scale-impulsive/hyperactive (ADHD-RS-Impulsive/Hyperactive), Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV): Hyperactive impulsive [13][26]. De to forsøg undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi og mindfulness.

Meta-analysen viste en standardiseret gennemsnitlig forskel (SMD) på 0.75 lavere (95% CI: 1.69 lavere, 0.18 højere) med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention. Resultatet svarer til en stor effekt [54]. Tiltroen til estimatet er meget lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater og alvorlig upræcist effekttestimat.

Subgruppeanalyse af forsøg med 100% vs <100% deltagere farmakologisk behandling er ikke udført, da begge forsøg = <100% deltagere i farmakologisk behandling.

Det er usikkert, om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling forbedrer ADHD symptomer.

#### Frafald (vigtig)

Enogtyve forsøg rapporterede data for det vigtige outcome frafald ved behandlingsafslutning [2][3][4][5][6][7][8][9][10][11][12][13][14][15][16][19][20][21][22][26] (Nasri 2023: 2 grupper). De 21 forsøg undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi/kognitiv adfærdsterapi, mindfulness, mindfulness-baseret kognitiv terapi, kognitiv træning/psykosociale interventioner og træning af arbejdshukommelse.

Meta-analysen viste en relativ risiko (RR) på 1.40 (95% CI: 1.10, 1.79). Den absolutte forskel svarer til, at der var 56 flere frafald per 1000 med non-farmakologisk intervention sammenlignet ingen non-farmakologisk intervention (95% CI 14 flere til 111 flere). Tiltroen til estimatet er lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias og en gang på grund af alvorlig upræcist effektestimater.

Non-farmakologisk intervention medfører muligvis en væsentlig øgning i frafald.

Subgruppeanalyse af forsøg med 100% vs <100% deltagere farmakologisk behandling viste ingen forskel i effekt mellem de to grupper (P=0.70).

Non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling påvirker muligvis ikke frafald i betydelig grad.

#### Misbrug og afhængighed (vigtig)

Det vigtige outcome misbrug og afhængighed er ikke belyst i de inkluderede forsøg.

#### Fravær fra arbejde/uddannelse (vigtig)

Det vigtige outcome fravær fra arbejde/uddannelse er ikke belyst i de inkluderede forsøg.

#### Kriminalitet (vigtig)

Det vigtige outcome kriminalitet er ikke belyst i de inkluderede forsøg.

#### Medicinadhærens - Ophør af medicinsk behandling (vigtig)

##### *Behandlingsafslutning*

Et forsøg rapporterede data for det vigtige outcome medicinadhærens defineret som antal patienter med ophør af medicinsk behandling ved behandlingsafslutning (12 uger) [19]. Forsøget undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi.

Meta-analysen viste en relativ risiko (RR) på 0.33 (95% CI: 0.01, 7.99). Den absolutte forskel svarer til, at der var 13 færre med ophør af medicinsk behandling per 1000 med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention (95% CI 20 færre til 140 flere). Tiltroen til estimatet er meget lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias og to gange for yderst alvorlig upræcist effektestimater.

Det er usikkert om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling øger ophør af medicinsk behandling.

##### *Længste opfølgning*

Et forsøg rapporterede data for det vigtige outcome medicinadhærens defineret som antal patienter med ophør af medicinsk behandling ved længste opfølgning (36 uger) [19]. Forsøget undersøgte effekten af kognitiv adfærdsterapi.

Meta-analysen viste en relativ risiko (RR) på 2.50 (95% CI: 0.51, 12.28). Den absolutte forskel svarer til, at der var 62 flere med ophør af medicinsk behandling per 1000 med non-farmakologisk intervention sammenlignet med ingen non-farmakologisk intervention (95% CI 20 færre til 462 flere). Tiltroen til estimatet er meget lav, da der blev nedgraderet en gang for alvorlig risiko for bias og to gange for yderst alvorlig upræcist effektestimater.

Det er usikkert om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling øger ophør af medicinsk behandling.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Venteliste/ingen behandling/vanlig behandling	Intervention Non-farmakologisk intervention	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
<b>Alvorlige hændelser</b> Længste opfølgning  9 Kritisk	Risikoforskel 0.02 (CI 95% -0.06 — 0.11) Baseret på data fra 181 patienter i 2 studier. <sup>1</sup> (Randomiserede studier)	Forskæl:   	<b>22</b> per 1.000  <b>22 flere per 1.000</b> ( CI 95% 61 færre — 106 flere )	<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig inkonsistente resultater, På grund af alvorlig upræcist effektestimat <sup>2</sup>	Det er usikkert om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling øger risikoen for alvorlige hændelser.
<b>Frafald</b> Behandlingsafslutning  6 Vigtig	Relative risiko 1.4 (CI 95% 1.1 — 1.79) Baseret på data fra 1,381 patienter i 21 studier. <sup>3</sup> (Randomiserede studier)	<b>140</b> per 1.000  Forskæl:   	<b>196</b> per 1.000  <b>56 flere per 1.000</b> ( CI 95% 14 flere — 111 flere )	<b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig upræcist effektestimat <sup>4</sup>	Non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling påvirker muligvis ikke frafald i betydelig grad.
<b>Fravær fra arbejde</b> Behandlingsafslutning  6 Vigtig	5				Vi fandt ingen forsøg, der opgjorde fravær fra arbejde/uddannelse. Arbejdsgruppen vurderer, at det er usikkert om non-farmakologisk intervention har effekt på fravær fra arbejde/skole.
<b>Kriminalitet</b> Længste opfølgning  6 Vigtig	6				Vi fandt ingen forsøg, der opgjorde kriminalitet. Arbejdsgruppen vurderer, at det er usikkert om non-farmakologisk intervention har effekt på kriminalitet.
<b>Medicinadhærens - Ophør af medicinsk behandling</b> Behandlingsafslutning  9	Relative risiko 0.33 (CI 95% 0.01 — 7.99) Baseret på data fra 98 patienter i 1 studier. <sup>7</sup> (Randomiserede studier)	<b>20</b> per 1.000  Forskæl:   	<b>7</b> per 1.000  <b>13 færre per 1.000</b> ( CI 95% 20 færre — 140 flere )	<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af yderst alvorlig upræcist effektestimat <sup>8</sup>	Det er usikkert om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling øger ophør af medicinsk behandling.
<b>Medicinadhærens - Ophør af medicinsk behandling</b> Længste opfølgning	Relative risiko 2.5 (CI 95% 0.51 — 12.28) Baseret på data fra 98 patienter i 1 studier. <sup>9</sup> (Randomiserede studier)	<b>41</b> per 1.000  Forskæl:   	<b>103</b> per 1.000  <b>62 flere per 1.000</b> ( CI 95% 20 færre — 462 flere )	<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af yderst alvorlig upræcist effektestimat <sup>10</sup>	Det er usikkert om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling øger ophør af medicinsk behandling.



Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Venteliste/ingen behandling/vanlig behandling	Intervention Non-farmakologisk intervention	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
<b>Funktionsniveau - observatørvurdere t - SMD</b> Behandlingsafslutning  9 Kritisk	Målt med: CGI severity, BRIEF-A Lavere bedre Baseret på data fra 454 patienter i 7 studier. (Randomiserede studier)	Forskel:	<b>SMD 0.67 lavere</b> ( CI 95% 1.16 lavere — 0.18 lavere )	<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig inkonsistente resultater, På grund af alvorlig manglende overførbarehed, På grund af alvorlig upræcist effekttestimat <sup>11</sup>	Det er usikkert om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling øger funktionsniveau.
<b>Funktionsniveau - observatørvurdere t - CGI severity</b> Behandlingsafslutning  9 Kritisk	Målt med: CGI severity Lavere bedre Baseret på data fra 362 patienter i 6 studier. <sup>12</sup>		<b>MD 0.69 lavere</b> ( CI 95% 1.19 lavere — 0.19 lavere )	<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig inkonsistente resultater, På grund af alvorlig upræcist effekttestimat <sup>13</sup>	Det er usikkert om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling øger funktionsniveau.
<b>Funktionsniveau - selvvurderet - SMD</b> Behandlingsafslutning  9 Kritisk	Målt med: BRIEF-A, BRIEF-ASR, BDEFS-SF, Canadian Occupational Performance Measure (COPM), Work and Social Adjustment Scale (WSAS) Lavere bedre Baseret på data fra 411 patienter i 8 studier. <sup>14</sup> (Randomiserede studier)		<b>SMD 0.51 lavere</b> ( CI 95% 0.83 lavere — 0.19 lavere )	<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig inkonsistente resultater, På grund af alvorlig upræcist effekttestimat <sup>15</sup>	Det er usikkert om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling øger funktionsniveau.
<b>Funktionsniveau - observatørvurdere t - SMD</b> Længste opfølgning  9 Kritisk	Målt med: BRIEF-A, CGI severity Lavere bedre Baseret på data fra 374 patienter i 6 studier. <sup>16</sup> (Randomiserede studier)		<b>SMD 0.69 lavere</b> ( CI 95% 1.15 lavere — 0.22 lavere )	<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig inkonsistente resultater, På grund af alvorlig upræcist effekttestimat <sup>17</sup>	Det er usikkert om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling øger funktionsniveau.
<b>Funktionsniveau - observatørvurdere t - CGI severity</b> Længste opfølgning  9 Kritisk	Målt med: CGI severity Lavere bedre Baseret på data fra 284 patienter i 5 studier. <sup>18</sup> (Randomiserede studier)		<b>MD 0.78 lavere</b> ( CI 95% 1.26 lavere — 0.29 lavere )	<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig inkonsistente resultater, På grund af alvorlig upræcist effekttestimat <sup>19</sup>	Det er usikkert om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling øger funktionsniveau.
<b>Funktionsniveau - selvvurderet</b>	Målt med: Work and Social Adjustment Scale (WSAS)	Forskel:	<b>MD 6.6 lavere</b> ( CI 95% 11.43	<b>Lav</b> På grund af meget	Non-farmakologisk intervention i kombination



Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Venteliste/ingen behandling/vanlig behandling	Intervention Non-farmakologisk intervention	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Længste opfølgning  9 Kritisk	Lavere bedre Baseret på data fra 45 patienter i 1 studier. <sup>20</sup> (Randomiserede studier)	Forskel:	lavere — 1.77 lavere )	alvorlig upræcist effektestimat <sup>21</sup>	med farmakologisk behandling medfører muligvis nogen forbedring af funktionsniveau.
<b>Livskvalitet - SMD</b>  Behandlingsafslutning  6 Vigtig	Målt med: Adult ADHD Quality og life questionnaire (AAQoL), ADHD Impact Module—Adult (AIM-A, living with adhd), Subskala af Q-LES-Qc (general)  Baseret på data fra 237 patienter i 6 studier. <sup>22</sup> (Randomiserede studier)		<b>SMD 0.11 højere</b> ( CI 95% 0.24 højere — 0.45 højere )	<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig inkonsistente resultater, På grund af alvorlig upræcist effektestimat <sup>23</sup>	Det er usikkert om non- farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling øger livskvalitet.
<b>ADHD symptomer - observatørvurderet t - SMD</b> Behandlingsafslutning  6 Vigtig	Målt med: Adult Barkley Current Symptoms Scale (CSS), Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS), ADHD rating scale, CAARS, 10-point category scale based on the DSM IV diagnostic criteria for ADHD Lavere bedre Baseret på data fra 639 patienter i 10 studier. <sup>24</sup> (Randomiserede studier)		<b>SMD 0.75 lavere</b> ( CI 95% 1.13 lavere — 0.38 lavere )	<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig inkonsistente resultater, På grund af alvorlig upræcist effektestimat <sup>25</sup>	Det er usikkert om non- farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling forbedrer ADHD symptomer.
<b>ADHD symptomer - selvvurderet - SMD</b> Behandlingsafslutning  6 Vigtig	Målt med: ADHD—Rating Scale (ADHD-RS), Curent symptoms scale (CSS), Adult Self-report Scale (ASRS), CAARS, Lavere bedre Baseret på data fra 678 patienter i 12 studier. <sup>26</sup> (Randomiserede studier)		<b>SMD 0.32 lavere</b> ( CI 95% 0.54 lavere — 0.09 lavere )	<b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig upræcist effektestimat <sup>27</sup>	Non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling påvirker muligvis ikke ADHD symptomer i betydelig grad.
<b>ADHD symptom - uopmærksomhed - observatørvurderet t - SMD</b> Behandlingsafslutning  6 Vigtig	Målt med: CAARS- Inattention/memory subscale, Barkley adult ADHD rating Scale—IV (BAARS-IV): Inattention Lavere bedre Baseret på data fra 61 patienter i 2 studier. <sup>28</sup> (Randomiserede studier)		<b>SMD 1.2 lavere</b> ( CI 95% 3.45 lavere — 1.06 højere )	<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig inkonsistente resultater, På grund af alvorlig upræcist effektestimat <sup>29</sup>	Det er usikkert om non- farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling forbedrer ADHD symptomer.
<b>ADHD symptom - uopmærksomhed - selvvurderet -</b>	Målt med: CAARS- Inattention/memory subscale, The ADHD Rating	Forskel:	<b>SMD 0.72 lavere</b> ( CI 95% 1.35 lavere — 0.09 lavere )	<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På	Det er usikkert om non- farmakologisk intervention i kombination med

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Sammenligning Venteliste/ingen behandling/vanlig behandling	Intervention Non-farmakologisk intervention	Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
<b>SMD</b> Behandlingsafslutning  6 Vigtig	Scale-Attention (ADHD-RS-Attention), Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV): Inattention Lavere bedre Baseret på data fra 119 patienter i 3 studier. <sup>30</sup> (Randomiserede studier)	Forskel:	<b>MD 4.21 lavere</b> ( CI 95% 7.66 lavere — 0.76 lavere )	grund af alvorlig inkonsistente resultater, På grund af alvorlig upræcist effektestimat <sup>31</sup>	farmakologisk behandling forbedrer ADHD symptomer.
<b>ADHD symptom - hyperaktiv impulsivitet - observatørvurderet</b> Behandlingsafslutning  6 Vigtig	Målt med: Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV): Hyperactive impulsive Lavere bedre Baseret på data fra 20 patienter i 1 studier. <sup>32</sup> (Randomiserede studier)			<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af meget alvorlig upræcist effektestimat <sup>33</sup>	Det er usikkert om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling forbedrer ADHD symptomer.
<b>ADHD symptom - hyperaktiv impulsivitet - selv vurderet</b> Behandlingsafslutning  6 Vigtig	Målt med: The ADHD Rating Scale-impulsive/hyperactive (ADHD-RS-Impulsive/Hyperactive), Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV): Hyperactive impulsive Lavere bedre Baseret på data fra 79 patienter i 2 studier. <sup>34</sup> (Randomiserede studier)			<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, På grund af alvorlig inkonsistente resultater, På grund af alvorlig upræcist effektestimat <sup>35</sup>	Det er usikkert om non-farmakologisk intervention i kombination med farmakologisk behandling forbedrer ADHD symptomer.
<b>Misbrug og afhængighed</b> Længste opfølgning  6 Vigtig	Baseret på data fra 0 patienter i 0 studier. <sup>36</sup>		CI 95%		Vi fandt ingen forsøg, der opgjorde misbrug og afhængighed. Arbejdsgruppen vurderer, at det er usikkert om non-farmakologisk intervention har effekt på misbrug og afhængighed.

1. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Halmoy 2022, Dittner 2018. Systematisk oversigtsartikel  
2, 13, 15, 17, 19, 23, 25, 29, 31, 35. **Risiko for bias: alvorligt. Inkonsistente resultater: alvorligt. Manglende overførbarehed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt. Publikationsbias: ingen betydelig.**

3. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Grinblat 2023, Hepark 2019, Mawjee 2015, Liu 2017, Mawjee 2017, Van der Oord 2020, Safren 2005, Moritz 2021, Halmoy 2022, Gu 2018, Philipsen (methylphenidat) 2015, Nasri (relaxation (2023), Mitchell 2017, Huang 2019, Petterson (CBT) 2017, Dittner 2018, Corbisiero 2018, Nakashima 2022, Emilsson 2011, Pan 2022, Nasri (CBT) 2023.

4, 27. **Risiko for bias: alvorligt. Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarehed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt. Publikationsbias: ingen betydelig.**

5, 6, 36. Systematisk oversigtsartikel [1]

7. med inkluderede studier: [19]. **Sammenligning: [19].**

8. **Risiko for bias: alvorligt. Upræcist effektestimat: yderst alvorlig.**

9. med inkluderede studier: [17].

10. **Risiko for bias: alvorligt. Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarehed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: yderst alvorlig. Publikationsbias: ingen betydelig.**

11. **Risiko for bias: alvorligt. Inkonsistente resultater: alvorligt. Manglende overførbarehed: alvorligt. Upræcist effektestimat: alvorligt. Publikationsbias: ingen betydelig.**
12. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Nakashima 2022, Emilsson 2011, Safren 2005, Nasri (CBT) 2023, Nasri (relaxation (2023), Philipsen (methylphenidat) 2015.
14. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Dittner 2018, Petterson (CBT) 2017, Huang 2019, Mitchell 2017, Halmoy 2022, Mawjee 2015, Hepark 2019, Mawjee 2017.
16. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Nakashima 2022, Emilsson 2011, Pan 2022, Nasri (CBT) 2023, Nasri (relaxation (2023), Philipsen (methylphenidat) 2015.
18. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Nakashima 2022, Emilsson 2011, Philipsen (methylphenidat) 2015, Nasri (CBT) 2023, Nasri (relaxation (2023).
20. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Dittner 2018.
21. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarehed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt. Publikationsbias: ingen betydelig.**
22. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Halmoy 2022, Virta (CBT) 2010, Virta (CT) 2010, Nasri (relaxation (2023), Petterson (CBT) 2017, Nasri (CBT) 2023.
24. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Emilsson 2011, Dittner 2018, Safren 2005, Nasri (CBT) 2023, Philipsen (methylphenidat) 2015, Halmoy 2022, Nasri (relaxation (2023), Gu 2018, Stevenson 2003, Hepark 2019.
26. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Petterson (CBT) 2017, Pan 2022, Moritz 2021, Virta (CBT) 2010, Hepark 2019, Philipsen (methylphenidat) 2015, Liu 2017, Virta (CT) 2010, Mawjee 2017, Mawjee 2015, Huang 2019, Safren 2005.
28. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Mitchell 2017, Nakashima 2022.
30. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Van der Oord 2020, Nakashima 2022, Mitchell 2017.
32. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Mitchell 2017.
33. **Risiko for bias: alvorligt. Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarehed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt. Publikationsbias: ingen betydelig.**
34. Systematisk oversigtsartikel [1] med inkluderede studier: Mitchell 2017, Van der Oord 2020.

## 4. Bør man tilbyde non-farmakologisk behandling til voksne med ADHD?

God praksis (konsensus)

Overvej, at tilbyde non-farmakologisk behandling til voksne med ADHD.

For patienter, der ikke ønsker eller ikke kan tilbydes farmakologisk behandling, anbefales det som minimum at tilbyde psykoedukation og kognitiv adfærdsterapi. Derudover kan følgende psykologiske interventioner afprøves: dialektisk adfærdsterapi (DBT), en kombination af dialektisk adfærdsterapi og kognitiv adfærdsterapi, mindfulness, mindfulness-baseret kognitiv terapi og kognitiv træning/psykosociale interventioner. Selvom evidensen for effekten af disse interventioner uden samtidig farmakologisk behandling er begrænset, er det arbejdsgruppens vurdering, at de stadig udgør en vigtig del af behandlingen. Det anbefales desuden at rådgive om livsstilsændringer, herunder sund kost, fysisk aktivitet og sunde søvnvaner, som generelt anbefales til alle voksne og kan bidrage til en bedre hverdag.

Farmakologisk og non-farmakologisk behandling bør normalt betragtes som komplementære tilgange. Det kan være hensigtsmæssigt at starte med non-farmakologiske metoder, uanset om farmakologisk behandling overvejes. Dette gælder særligt for patienter, der ønsker at udforske alternative behandlingsmuligheder. Derudover er der patienter, som af forskellige årsager fravælger farmakologisk behandling. For disse patienter kan non-farmakologisk behandling udgøre en essentiel del af deres behandlingsstrategi.

Denne konsensusanbefaling bygger på evidensgrundlaget blandt voksne med ADHD i farmakologisk behandling, hvor der ses en gavnlig effekt af psykologiske interventioner. Det anbefales desuden at rådgive om livsstilsændringer, herunder sund kost, fysisk aktivitet og sunde søvnvaner, som generelt anbefales til alle voksne og kan bidrage til en bedre hverdag.

Non-farmakologiske interventioner kan muligvis styrke funktionsevne, trivsel, søvn og dagligdag hos personer med ADHD. Tilpasninger i uddannelse og arbejdsliv bør også overvejes.

Behandlingen bør tilpasses voksne med ADHD, da de anbefalede psykologiske interventioner ikke er udviklet med fokus på denne målgruppe. Klinikerne bør også tage hensyn til den enkeltes eventuelle samtidige lidelser og øvrige ressourcer. Forløbet bør strække sig over mindst otte sessioner og følge validerede manualer. Fagpersoner der varetager behandlingerne, bør have relevant uddannelse og kompetencer. Terapien kan tilbydes individuelt, i grupper, med fysisk fremmøde eller som en virtuel terapi.

I samråd med patienten tilpasses behandlingen den enkeltes specifikke behov, hvor der fokuseres på patientens styrker og at fremme håb og personlig handlekraft. Overvej at tilbyde Kognitiv adfærdsterapi når funktionsniveau er nedsat og der er ADHD-symptomer, mens dialektisk adfærdsterapi og mindfulness kan være relevante i tilfælde, hvor funktionsniveauet er rimeligt stabilt, og der samtidig er stor symptombyrde. For at sikre tilslutning til behandlingen bør klinikere drøfte flere centrale aspekter med patienten med ADHD og/eller deres pårørende. Det er vigtigt at fremhæve fordelene ved interventionerne, herunder muligheden for at udvikle livslange færdigheder til håndtering af ADHD-symptomer samt mulig forbedring af selvværd, mental sundhed og generel trivsel. Desuden bør patienten informeres om den nødvendige indsats, det kræver at indgå i et forløb, herunder tidsforbrug og nødvendig arbejdsindsats for at opnå en tilstrækkelig effekt.

### Nøgleinformationer

#### Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Vi identificerede ingen randomiserede forsøg, som undersøgte effekten af non-farmakologisk interventioner hos voksne med ADHD, som ikke er i farmakologisk behandling. Anbefalingen er baseret på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, da der ikke blev fundet empirisk evidens til direkte at belyse det fokuserede spørgsmål om non-farmakologisk behandling sammenlignet med ingen behandling. Anbefalingen er desuden udarbejdet med afsæt i evidensgrundlaget blandt voksne i farmakologisk behandling.

På baggrund af en klinisk afvejning af forholdet mellem forventede gavnlige og skadelige virkninger vurderer arbejdsgruppen, at de navngivne non-farmakologiske interventioner kan være gavnlige i behandlingen af denne population. Dog, grundet den manglende empiriske evidens, bør både de gavnlige og skadelige behandlingseffekter vurderes løbende gennem behandlingsforløbet.

#### Kvaliteten af evidensen

Denne anbefaling er ikke evidensbaseret.

**Patientpræferencer**

Ingen betydelig variation forventet

De fleste patienter, og ligeledes deres familie samt netværk, vil gerne have en tilpasset non-farmakologisk intervention, der kan være med til at formindske deres ADHD symptomer, forbedre deres funktionsniveau samt skabe en bedre hverdag.

Der kan forventeligt være forskel i patientpræferencerne hvad angår typen af non-farmakologisk behandling idet nogle patienter måske allerede har afprøvet visse terapiformer, hvorfor det skønnes vigtigt, at patientens præferencer tages i betragtning i udvælgelsen af non-farmakologisk behandlingsform. Patientpræferencer kan også afhænge af personens alder og øvrige livssituation og kan således ændre sig over tid.

Arbejdsgruppen forventer yderligere, at sessionerne samt forløbets varighed vil spille en stor rolle for, hvorvidt det vil være muligt for patienterne at tage imod den non-farmakologiske behandling idet fysisk fremmøde kan være en udfordring. Nogle klinikker kan tilbyde virtuelle løsninger, hvilket foretrækkes af visse patienter. Sessionerne til den valgte non-farmakologiske behandling vil oftest ligge indenfor almindelig arbejdstid, hvorfor det bør overvejes, om non-farmakologiske behandlingstilbud kan ligge uden for normale arbejdstider for at gøre det nemmere for patienterne. En fleksibel tilrettelæggelse har betydning for målgruppen.

Arbejdsgruppen anbefaler et sammenhængende forløb bestående af minimum otte sessioner.

**Ressourcer**

Væsentlige problemer

Kompetencerne vil sandsynligvis variere blandt de relevante terapeuter og klinikere. Non-farmakologisk behandling er mere tidskrævende for de fagprofessionelle og kræver forskellige faglige kompetencer. Derfor ser arbejdsgruppen det som en styrke, hvis der tilbydes efteruddannelse og specialisering for at sikre en ensartet kvalitet i den non-farmakologiske behandling på tværs af landet.

**Lighed i sundhed**

Væsentlige problemer

Der er enighed i arbejdsgruppen om, at den non-farmakologiske behandling i sig selv ikke skaber ulighed i sundhed, men at nye anbefalinger, screeningstilbud osv. altid kan risikere at skabe ulighed, hvorfor det må anses som en forudsætning. Det er forventeligt, at der vil være en skæv fordeling af relevante terapeuter kommunerne imellem, hvilket kan medvirke til en flaskehals-effekt, særligt i yderkommunerne. Dette kan tænkes, at have betydning for, hvorvidt de mere ressourcestærke patienter tyr til egenfinansiering eller privat sundhedsforsikring. Derved vil denne patientgruppe modtage mere non-farmakologisk behandling end de mindre ressourcestærke patienter, hvilket vil øge uligheden i sundhed.

**Accept**

Ingen væsentlige problemer med anbefalet alternativ

Der forventes bred enighed om accepten fra både patienter og klinikere. Der kan dog opstå udfordringer i nogle udkantskommuner, hvor faktorer som tilgængeligheden af behandlere og længere transporttid kan påvirke tilslutningen til den non-farmakologiske behandling. Derfor kan accepten af behandlingsanbefalingen være lavere i disse områder. Accept kan også afhænge af, om kommunerne har adgang til specialiseret viden og formår at opretholde et fagligt højt niveau samt relevante tilbud til målgruppen på baggrund af denne viden.

**Gennemførlighed**

Væsentlige problemer

Der er aktuelt kapacitetsproblemer i sundhedsvæsenet – herunder en mangel på tilstrækkeligt antal kvalificerede terapeuter – hvilket kan vanskeliggøre implementeringen af denne anbefaling. Derudover bør det bemærkes, at en sådan indsats potentielt vil medføre øgede offentlige udgifter.

Denne anbefaling kan medføre at flere voksne med ADHD vil modtage non-farmakologisk behandling i form af psykologisk intervention, hvilken kan være en økonomisk udfordring. Omvendt kan det hjælpe borgere til at opnå et mere funktionsdygtigt liv herunder arbejds-, familie- og socialliv.

**Rationale**

For patienter, der enten ikke ønsker eller ikke kan modtage farmakologisk behandling, anbefales det at tilbyde psykoedukation og en psykologisk intervention, primært kognitiv adfærdsterapi. Selvom der ikke blev identificeret randomiserede forsøg, som undersøgte effekten af non-farmakologisk

behandling uden samtidig farmakologisk behandling hos patientgruppen, er det arbejdsgruppens vurdering, at de kan udgøre en vigtig del af behandlingen.

Farmakologisk og non-farmakologisk behandling bør generelt betragtes som komplementære tilgange i behandlingen af voksne med ADHD. Det kan være hensigtsmæssigt at starte med non-farmakologiske metoder, uanset om farmakologisk behandling overvejes. Dette kan være relevant for patienter, der ønsker at udforske andre behandlingsmuligheder til farmakologisk behandling. Derudover er der patienter, som af forskellige årsager fravælger farmakologisk behandling helt. For disse patienter kan non-farmakologisk behandling udgøre en essentiel del af deres behandling.

Med afsæt i erfaringer og viden hos arbejdsgruppen samt evidensgrundlaget for psykologiske interventioner blandt voksne i farmakologisk behandling, har arbejdsgruppen valgt at udarbejde en konsensusanbefaling. Specifikt anbefales kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi, en kombination af dialektisk adfærdsterapi og kognitiv adfærdsterapi, mindfulness, mindfulness-baseret kognitiv terapi og kognitiv træning/psykosociale interventioner. Det anbefales desuden at rådgive om livsstilsændringer, herunder sund kost, fysisk aktivitet og sunde søvnvaner, som generelt anbefales til alle voksne og kan bidrage til en bedre hverdag.

Patientpræferencerne er entydige, da mange voksne med ADHD ønsker at prøve en non-farmakologisk intervention.

## 5. Eksempler på patientcases

Her præsenteres arbejdsgruppens patientcases

### Patientcase: Anders, 36 år

#### Baggrund:

Anders er en 36-årig mand, der havde ADHD-lignende problemer som teenager, men han blev aldrig udredt. Han har for nylig henvendt sig til en psykiater, da han oplever, at hans hverdag er kaotisk, og han har svært ved at håndtere sine problemer. Anders har læst om ADHD og mener, at udredning for ADHD og ADHD-medicin vil hjælpe ham til at få bedre styr på sit liv.

Under samtalen med psykiateren fremgår det, at Anders har mange udfordringer i sin dagligdag: Anders har svært ved at strukturere sin tid. Han glemmer aftaler, kommer ofte for sent og mangler rutiner i sin hverdag. Han oplever hyppige konflikter med kolleger, venner og familie, da han nemt bliver irriteret, og han har svært ved at se ting fra andres perspektiv. Hjemmet er præget af rod og uafsluttede projekter. Anders føler sig overvældet af huslige pligter og udskyder ofte opgaver, fordi han ikke ved, hvor han skal begynde. Han beskriver en konstant følelse af kaos, angst og stress, der gør det svært for ham at tage fat på selv små opgaver.

Psykiateren vurderer, at Anders' livslange symptomer er forenelige med ADHD, men samtidig vurderer psykiateren, at Anders' massive udfordringer med planlægning, glemsomhed, konflikthåndtering og praktiske opgaver vil være en udfordring i forhold til at opnå en succesfuld opstart af medicinsk behandling. Psykiateren pointerer, at hvis Anders ikke arbejder med at opbygge bedre strategier og struktur i sin hverdag, er der risiko for, at medicinen alene ikke vil give ham den ønskede forbedring, og at han måske vil opleve frustration over manglende resultater.

Psykiateren foreslår, at Anders starter med kognitiv adfærdsterapi (CBT), hvilket kan hjælpe ham med at lære strategier ift. planlægning og organisering, idet terapien kan give Anders redskaber til at strukturere sin tid og prioritere sine opgaver. Terapien kan muligvis også lære ham at håndtere vanskelige situationer og reagere mere hensigtsmæssigt i sine relationer. CBT kan hjælpe ham med en strategi, hvor han kan lære at bryde opgaver op i mindre dele og tage de første skridt mod at skabe en mere overskuelig hverdag.

Psykiateren forklarer Anders, at CBT kan skabe et stærkt fundament for senere medicinsk behandling, og at en kombination af terapi og medicin ofte giver de bedste resultater. Anders er i første omgang skuffet, men går med til at starte et forløb med CBT og får en tid til opfølgning om tre måneder, hvor muligheden for medicinsk behandling vil blive revurderet.

#### Hvis behandlingsplanen følges (CBT først, derefter medicin), kan følgende kortsigtede positive effekter opnås:

- Anders lærer strategier til at strukturere sin hverdag.
- Han får konkrete værktøjer til opgaveløsning og planlægning.
- Han opnår bedre forståelse af sine reaktionsmønstre.
- Oplevelsen af kaos og overvældelse reduceres gradvist.

#### Langsigtede positive effekter:

- Etablering af hensigtsmæssige rutiner og vaner.
- Forbedrede relationer gennem bedre konfliktforståelse.
- Øget selvforståelse og mestringsevne.
- Medicinen vil bygge på et solidt fundament af copingstrategier.
- Bedre forudsætninger for at følge medicinsk behandling korrekt.

#### Hvis behandlingsplanen ikke følges (fx hvis Anders kun ønsker medicin), kan følgende negative konsekvenser opstå:

##### Kortsigtede risici:

- Utilstrækkelig effekt af medicin alene.
- Uændrede udfordringer med struktur og planlægning.
- Fortsatte konflikter i relationer pga. manglende konfliktløsningsevner.
- Vedvarende kaos i hverdagen trods eventuel symptomforbedring.
- Øget risiko for manglende efterlevelse af medicinsk behandling.

##### Langsigtede risici:

- Forværring af eksisterende problemer.
- Risiko for udvikling af sekundære problemer som depression og angst.

#### Vigtigheden af kombinationsbehandling:

Kombinationen af CBT og medicin giver ofte de bedste resultater. Timing og rækkefølge er dog afgørende – ved at starte med CBT skabes et solidt fundament, der kan optimere effekten af den medicinske behandling.

### Patientcase: Clara, 35 år

#### Baggrund:



Clara, en 35-årig kvinde, kæmper med betydelige udfordringer relateret til både indre uro og uopmærksomhed. For seks måneder siden blev hun udredt af en psykiater i en regional ambulant klinik og diagnosticeret med både autisme og ADHD. Efter diagnosen blev hun sat i behandling med methylphenidat, som ikke havde nogen effekt, og dernæst blev dexamfetamin afprøvet og derefter guanfacin, men medicinerne har ikke haft den ønskede effekt, og Clara føler, at hendes symptomer fortsat påvirker hendes hverdag negativt.

Claras liv er præget af kaos og konflikter, særligt i forholdet til hendes kæreste. Hun beskriver, hvordan rod og glemsomhed ofte fører til uoverensstemmelser, hvilket lægger yderligere pres på hendes dagligdag. På arbejdet, hvor hun har en ledende stilling, har hun indtil nu klaret sig godt, men arbejdsbyrden er begyndt at vokse hende over hovedet. Hun oplever stigende stress og har haft flere episoder, hvor hun har skældt medarbejdere ud. Dette har resulteret i klager, og Clara føler sig fanget i en situation, hun ikke kan finde ud af at håndtere.

Psykiateren foreslår, at Clara starter i et forløb med dialektisk adfærdsterapi (DBT) hos en erfaren terapeut, som psykiateren har tillid til. Terapien kan hjælpe Clara med at lære strategier til at organisere og planlægge sin tid, så hun bedre kan håndtere sin hverdag. Derudover kan DBT give hende redskaber til at regulere sine følelser mere hensigtsmæssigt og forbedre hendes evne til at navigere i relationer, både privat og professionelt. En vigtig del af terapien er mindfulness-teknikker, som kan støtte Clara i at skabe mere ro og tilstedeværelse i nuet.

Psykiateren forklarer, at DBT kan være en vigtig tilgang til at skabe en mere stabil og struktureret hverdag for Clara. Hun er enig i at prøve terapien, samtidig med at psykiateren vurderer, om hendes medicinske behandling kan justeres for at opnå bedre symptomkontrol. Der aftales en opfølgning om tre måneder for at evaluere hendes udvikling.

Clara havde vanskeligt ved at udøve mindfulness regelmæssigt. Hun fandt det svært at afsætte tid til det og mærkede meget uro og ubehag i starten af terapien. I samarbejde med terapeuten fandt de nogle mindfulnessøvelser, der passede til Claras hverdag og personlige præferencer. Clara oplevede en vis forbedring af sin dagligdag. Til opfølgningssamtale hos psykiateren blev det aftalt, at Clara afprøver atomoxetin.

### **Hvis behandlingsplanen følges (DBT kombineret med medicinsk optimering):**

#### **Kortsigtede positive effekter:**

- Clara lærer mindfulness-teknikker til at håndtere indre uro.
- Forbedret evne til at genkende triggere for følelsesmæssige udbrud.
- Bedre strategier til at håndtere arbejdsrelateret stress.
- Gradvis udvikling af mere hensigtsmæssige kommunikationsmønstre.

#### **Langsigtede positive effekter:**

- Større stabilitet i parforholdet gennem bedre konfliktløsningsværktøjer.
- Forbedret lederskab på arbejdet med færre konflikter.
- Udvikling af hensigtsmæssige rutiner, der tager højde for både ADHD og autisme.
- Bedre selvregulering og stresshåndtering.
- Øget arbejdskapacitet gennem forbedret planlægning og organisering.

### **Hvis behandlingsplanen ikke følges:**

#### **Mulige negative konsekvenser:**

- Fortsatte konflikter på arbejdspladsen med risiko for jobmæssige konsekvenser.
- Yderligere belastning af parforholdet.
- Forværring af stresssymptomer.
- Vedvarende vanskeligheder med følelsesregulering.

#### **Langsigtede risici:**

- Risiko for udvikling af depression eller angst som følge af vedvarende stress.
- Potentielt sammenbrud i arbejdssituationen.
- Mulig forværring af parforholdet med risiko for brud.
- Fortsat ineffektiv medicinering uden supplerende strategier.
- Forpasset mulighed for at lære at navigere i kompleksiteten af både ADHD og autisme.

Det er særligt vigtigt at bemærke, at Claras situation med både ADHD og autisme kræver en specialiseret tilgang. DBT kan være særligt gavnlig her, da den kan hjælpe med at adressere både de eksekutive udfordringer fra ADHD og de sociale/kommunikative aspekter relateret til autismen.

## **Patientcase Maria, 53 år**

### **Baggrund:**

Maria, 53 år, blev diagnosticeret med ADHD som voksen, efter at hun i mange år havde kæmpet med uopmærksomhed. Diagnosen var en stor lettelse for hende, da det gav mening i de udfordringer, hun havde oplevet gennem hele sit liv. Især under studietiden, hvor hun uddannede sig til socialrådgiver, fandt hun det vanskeligt at læse og holde fokus, hvilket gjorde studierne særligt udfordrende. Udover ADHD er Maria også diagnosticeret med bipolar lidelse, som yderligere har påvirket hendes liv og hverdag.

Maria har valgt ikke at påbegynde medicinsk behandling for sine uopmærksomhedsproblemer, da hun ønsker at prøve andre tilgange først. Hendes dagligdag er præget af en vis passivitet, hvor hun ofte sidder stille i lange perioder. Dog har hun indimellem perioder med intens aktivitet, hvor hun eksempelvis kan finde på at gøre rent i huset midt om natten. Disse udsving gør det svært for hende at finde en stabil rytme i hverdagen, og hun udtrykker et ønske om at ændre sin livsstil.



Man må primært sikre sig, at patienten er velbehandlet for sin bipolære lidelse. Der er ikke oplysning om eventuel medicinering af den bipolære lidelse, men er den intense aktivitet om natten et udslag af en vis grad af mani, eller er det et led i ADHD?

For at hjælpe Maria med at opnå en bedre balance i hverdagen og muligvis reducere hendes uopmærksomhedsproblemer foreslår psykiateren, at hun starter med tilpasset fysisk træning. Målet er, at træningen kan give hende mere ro og hjælpe hende med at skabe struktur og stabilitet i sin hverdag. Maria er åben for forslaget og aftaler med psykiateren, at hun henvises til ergo- og fysioterapien med henblik på udarbejdelse af en sanseprofil, vurdering af ADL-funktioner (Activities of Daily Living) samt et tilpasset fysisk aktivitetsprogram. Træningsprogrammet tilpasses med baggrund i den udarbejdede sanseprofil. Desuden vejledes Maria i brug af tyngdeprodukter til regulering af førnævnte sanseprofil med henblik på mere ro samt undgåelse af overstimulering.

ADL-funktioner som indkøb, rengøring og madlavning struktureres ved hjælp af et ugeskema, som Maria får hjælp til at udarbejde i terapien. Endelig udarbejdes et træningsprogram med udgangspunkt i øvelser som Maria finder ro ved.

Maria allierede sig med en veninde. De aftalte at gå tur to gange om ugen. De startede i det små med en 15-minutters tur og øgede tiden med fem minutter hver anden uge. De aftalte desuden at give sig selv en belønning i form af et cafébesøg en gang om måneden i forbindelse med deres gåtur. Allerede efter den første måned bemærkede Maria en forbedring i form af bedre humør og bedre nattesøvn.

Ugeskemaet har hjulpet med struktur i Marias dagligdag, hvor der f.eks. vil være skrevet ind, hvornår hun står op om morgenen, og hvornår hun går i seng om aftenen. Ydermere vil ugeskemaet indeholde praktiske gøremål for ugen, såsom indkøb, rengøring og vasketøj, for at gøre ADL-aktiviteterne mere overskuelige. Disse kan være udfordrende for Maria, når hun føler sig overstimuleret. Maria vil derved kunne forvalte sin energi, så hun ikke gør for mange ting på én dag og derefter er træt i flere dage efter.

Ugeskemaet vil også bestå af lystbetonede aktiviteter, altså aktiviteter, som giver Maria glæde og ro i nervesystemet, og som kan fungere som afledning.

Den tilpassede fysiske aktivitet med udgangspunkt i BBAT (Basic Body Awareness Therapy) hjælper Maria med øget opmærksomhed på kropslige signaler samt med at reagere hensigtsmæssigt på disse. Derved får Maria taget de pauser, hun har brug for, og bliver ikke overstimuleret med uhensigtsmæssig adfærd til følge. Øvelserne hjælper desuden Maria med øget opmærksomhed til møder, når hun laver programmet umiddelbart op til mødet.

Allerede efter den første måned bemærker Maria en forbedring på hendes humør og nattesøvn.

## Patientcase: Jonas, 19 år

### Baggrund:

Jonas er netop blevet udredt for ADHD og synes, at diagnosen giver god mening for ham i forhold til de udfordringer, han altid har haft i hverdagen.

Jonas har haft svært ved at tilpasse sig folkeskolen og har mange skoleskift bag sig. Han går aktuelt på Forberedende Grunduddannelse (FGU) med ustabil fremmøde. Han drømmer om at blive tømrer. Han er netop flyttet hjemmefra og bor i en ungdomsbolig.

Jonas vender ofte rundt på dag og nat og har derfor svært ved at møde til tiden om morgenen. Han har svært ved at imødekomme dagligdags funktioner, såsom at få spist almindelig mad til måltiderne, komme i bad, få skiftet tøj, vasket tøj og holde sin nye lejlighed ordentligt. Han får ikke afleveret sine opgaver på FGU til tiden, og nogle opgaver bliver slet ikke afleveret. Han kan finde ro i hverdagen fra tanker ved at ryge hash. Jonas kan fastholde venskaber, men nogle af venskaberne kan være konfliktfyldte.

Jonas har netop fået tildelt en støttekontaktperson, som kan hjælpe ham med at strukturere sine aftaler og sin tid i hverdagen. Ligeledes modtager han ekstra hjælp på FGU til at strukturere sin tid og få afleveret sine opgaver til tiden. Jonas har modtaget kognitiv træning med psykoedukation, efter han har fået sin ADHD-diagnose.

Formålet med psykoedukationen er at give Jonas bedre indblik i sine egne copingmekanismer, så han kan gennemskue, hvordan han bruger hash og andre stoffer til at håndtere sine mentale udfordringer, såsom tankemylder, igangsætning og fastholdelse af aktiviteter. Målet er, at Jonas over tid kan lære at bruge ADHD-medicin, støttekontaktpersonen, forskellige konkrete teknikker som huskelister, selvmonitorering og belønning samt sine forældre, venner og andre pårørende som støtte i dagligdagen.

Jonas er netop startet medicinsk behandling for ADHD, som har hjulpet ham med at kunne koncentrere sig bedre på FGU og dermed kunne modtage mere undervisning og lave sine afleveringer.

### Terapiform:

Da Jonas' emotionelle udvikling er blevet forsinket af hans psykiske handicap, er han på flere fronter ikke alderssvarende, og der er derfor brug for psykosocial intervention, hvor hans forældre, andre pårørende og hans støttekontaktperson deltager, så de kan støtte ham i at arbejde videre med emnerne fra terapisaftalerne i sin hverdag.

De terapeutiske samtaler skal være fokuserede på konkrete mål, som Jonas selv er med til at bestemme og evaluere effekten af. Terapien skal også øge og træne Jonas' metakognitive evner, evne til selvrefleksion og hans emotionelle labilitet. Der vil være særligt fokus på at bruge metaforer og billeder, der støtter Jonas' refleksionskompetencer. Der tales f.eks. om "**udholdenhedsmusklen**," der skal trænes, og "**følelsesvulkanen**," hvor temperaturen skal sænkes.

Terapien vil tage lang tid og kan med fordel foregå i klumper med mellemrum i takt med Jonas' udvikling og de udfordringer, han møder. Her skal der særligt tages hensyn til, hvilken grad af voksenstøtte han modtager fra sine forældre, i sin ungdomsbolig og på FGU.

## 6. Terapibeskrivelser

**Kognitiv adfærdsterapi** (KAT) er en struktureret behandling, der har fokus på at identificere og udfordre maladaptive tanke- og adfærdsmønstre [61]. De specifikke komponenter i terapien varierer i nogen grad imellem de mange tilgængelige KAT-behandlingsmanualer, men i behandlingen af ADHD indgår typisk elementer såsom psykoedukation om ADHD, kognitiv omstrukturering, afslapningsøvelser til f.eks. at adressere vanskeligheder med søvn og følelsesregulering, eller færdighedstræning i kompensatoriske strategier for ADHD-relaterede vanskeligheder (f.eks. træning i tidshåndtering, planlægning, målprioritering, problemløsning, koncentration, håndtering af prokrastinering, impulsivitet, vrede, m.m.) [16][20][27][61]. Kognitiv adfærdsterapi omfatter desuden typisk hjemmearbejde imellem sessionerne med henblik på at støtte patienterne i at træne og integrere det, de lærer i terapien, i deres dagligdag [61].

**Dialektisk adfærdsterapi** (DAT) er en tredje generations kognitiv adfærdsterapi, som oprindeligt blev udviklet til behandling af borderline personlighedsforstyrrelse, og har fokus på håndtering af intense følelser [64]. Ligesom individer med borderline personlighedsforstyrrelse, har mange med ADHD problemer med impulsivitet, emotionel ustabilitet, lavt selvværd, relationelle vanskeligheder og disorganiseret adfærd [7][66], hvorfor terapiformen siden også er blevet tilpasset behandling af ADHD. DAT inkluderer bl.a. mindfulness-teknikker, et fokus på ens relation til sig selv og andre, og træning af mere adaptive følelsesreguleringsstrategier [7][14]. I terapien indgår ofte også KAT-komponenter såsom psykoedukation om ADHD, et fokus på at identificere og udfordre dysfunktionelle tanke- og adfærdsmønstre, og færdighedstræning i f.eks. impuls- og stresshåndtering, samt hjemmearbejde imellem sessioner [7][14].

**Træning af arbejdshukommelsen:** Arbejdshukommelsen refererer til, at vi midlertidigt kan hente relevante informationer op i en aktiv hukommelsesfunktion, hvor de kortvarigt kan fastholdes og manipuleres i forbindelse med kognitive processer såsom logisk tænkning og koncentration [60]. Der ses betydelige individuelle forskelle i arbejdshukommelseskapacitet, og især for personer med ADHD, er det karakteristisk, at arbejdshukommelseskapaciteten er svækket [59]. Computerbaserede øvelser til at facilitere daglig træning af evnen til at fastholde og manipulere stimuli-sekvenser i arbejdshukommelsen er blevet anvendt til at træne arbejdshukommelseskapaciteten – eksempelvis via programmet CogMed Working Memory Training (CWMT) [10][11][12]. CWMT består af både auditorisk-verbale øvelser (f.eks. at gentage en oplæst talrækkefølge baglæns) og visuelt-spatiale øvelser (f.eks. at genskabe en lyssekvens i et 4x4 grid), som typisk udføres dagligt online fra eget hjem [10][11][12]. Programmet tilpasser løbende øvelsernes sværhedsgrad så de altid matcher den øverste grænse for individets aktuelle arbejdshukommelseskapacitet [10][11][12]. CWMT inkluderer desuden korte ugentlige telefonsamtaler med en coach, som giver feedback på individets præstationer, adresserer eventuelle udfordringer og opfordrer til at følge træningsplanen [10][11][12].

**Kognitiv træning** har typisk form af computerbaserede programmer, der har til formål på systematisk vis at træne specifikke kognitive funktioner såsom opmærksomhed, eksekutive funktioner og arbejdshukommelsen [27]. De kognitive øvelser er typisk visuelle eller auditive i form, og kan f.eks. indebære at skulle tælle bogstaver mens man læser, arrangere tal eller figurer i en bestemt sekvens, eller hurtigst muligt identificere et målinput såsom en bestemt figur eller hvilket regnestykke er korrekt [27]. Øvelsernes sværhedsgrad vil typisk justeres løbende, baseret på deltagerens præstation.

**Mindfulness** er en mental praksis, der fokuserer på at træne klientens intentionelle bevidsthed i nuet og evne til at forholde sig åben og accepterende, frem for f.eks. at vurdere tanker og følelser som gode eller dårlige [63]. Mindfulness-teknikker anvendes ofte med henblik på at fremme følelsesregulering og omfatter bl.a. meditationsøvelser, opmærksomhedstræning, vejtrækningsøvelser og kropsscanningsøvelser [6][8][16]. Mindfulness-baseret kognitiv terapi (MBCT) er et struktureret mindfulness-program, og indeholder komponenter såsom psykoedukation om ADHD, træning i adaptive strategier til at kompensere for ADHD-relaterede udfordringer samt hjemmeøvelser i form af f.eks. daglige mindfulness-øvelser [6][8][16].

**Fysisk træning** kan være hjælpsom til voksne med ADHD, med mulige forbedringer af kognitive og adfærdsmæssige symptomer [62]. Konditionstræning som løb, cykling og dans forbedrer eksekutive funktioner og kognition gennem øget årvågenhed, blodgennemstrømning og neurokemiske reaktioner [65]. Ikke-konditionstræning som yoga og tai chi kan også fremme kognitiv og psykologisk trivsel. Træning påvirker hjernen ved at øge neurotransmittere, reducere stresshormoner og fremme neural plasticitet. Akutte effekter ses straks efter aktivitet, mens regelmæssig træning giver varige kognitive forbedringer, sundere cerebrovaskulær funktion og accelereret hjerneudvikling. Disse fordele understreger træning som et værdifuldt supplement til ADHD-behandlingsstrategier.

## 7. Implementering

**Regionerne** spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske anbefaling gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis. For at understøtte retningslinjens anvendelse lokalt er det hensigtsmæssigt, at den nationale kliniske anbefaling samstemmes med eller integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede anvendes her.

De Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG) er en vigtig samarbejdspartner, da de står for at udarbejde kliniske retningslinjer på psykiatriområdet. DMPG-retningslinjer arbejder netop på at komplementære de nationale kliniske anbefalinger ved at retningslinjerne uddyber yderligere elementer af det hele patientforløb. Man vil derfor som kliniker opleve en gensidig henvisning til hinandens dokumenter.

Et tværsektorielt samarbejde med **kommunerne** er væsentligt da dette kan spille en væsentlig rolle i forhold til at have det rette tilbud til målgruppen.

**For almen praksis** indebærer det, at anbefalinger fra den nationale kliniske anbefaling indarbejdes i regionernes forløbsbeskrivelser for behandling af voksne med ADHD. Således vil de evidensbaserede relevante anbefalinger indgå i de patientvejledninger, som alment praktiserende læger allerede anvender, og som forholder sig til organisering i øvrigt i den pågældende region. Forløbsbeskrivelserne kan med fordel indeholde et link til den nationale kliniske anbefaling.

Herudover kan der med fordel indsættes et link til den nationale kliniske anbefaling i Lægehåndbogen. Regionernes praksiskonsulenter kan desuden have en rolle i at tage stilling til den konkrete implementering.

**De faglige selskaber er en vigtig aktør i at udbrede kendskabet til anbefalingerne.** Der foreslås, at den nationale kliniske anbefaling omtales på de relevante faglige selskabers hjemmeside, evt. med orientering om, hvad den indebærer for det pågældende speciale og med et link til den fulde version af anbefalingen. Det anbefales, at relevante faglige selskaber og sammenslutninger med udgangspunkt i den nationale anbefaling, formulerer supplerende retningslinjer om muligheden for non-farmakologisk behandling. Sundhedsstyrelsen foreslår desuden, at anbefalingens indhold formidles til patienterne, og at relevante patientforeninger kan spille en rolle heri.

Der opfordres ligeledes til, at anbefalingen præsenteres på årsmøder i regi af de faglige selskaber og på lægedage, og at den bruges i undervisningsøjemed. Information kan også formidles via medlemsblade og elektroniske nyhedsbreve som Månedsskrift for Praktisk Lægegerning og Dansk Psykiatrisk Selskabs medlemsblad.

Implementering af den nationale kliniske anbefaling for non-farmakologisk behandling til voksne med ADHD er som udgangspunkt et regionalt og kommunalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen. Sundhedsstyrelsen har derfor udviklet implementeringshåndbogen, som er tilgængelig på [www.sst.dk](http://www.sst.dk). Implementeringshåndbogen trækker på internationalt publicerede empiriske studier, og er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer af et vist omfang.

Foruden den fulde nationale kliniske anbefaling, anbefaler sundhedsstyrelsen, at der udgives en kort version på 1-2 A4-ark. Den skal alene gengive anbefalingens centrale budskaber, med angivelse af evidensgraduering og anbefalingens styrke. Der kan med fordel tages udgangspunkt i den opsamling, som automatisk genereres i MAGIC under centrale budskaber.

## 8. Monitorering, opdatering og videre forskning

### Proces- og effektindikatorer

Eksisterende data til monitorering af non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD er på nuværende tidspunkt begrænset. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (tidligere Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)) har fra d. 01.04 2024, registeret data på ADHD-patienter, der har modtaget psykoterapi som den eneste non-farmakologiske behandling. Monitorering i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut vil give mulighed for at identificere evt. regionale forskelle i brug af psykoterapi.

Sundhedsstyrelsen anser det som udbytterigt at udvide dataregistreringen således, at det ikke alene er psykoterapi der registreres men non-farmakologiske behandlingstilbud som en overordnet kategori indeholdende de forskellige non-farmakologiske behandlingstyper der tilbydes.

### Datakilder

Det skønnes ikke, at der udover data fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, er data fra henholdsvis Landspatientregisteret, Lægemiddelregisteret eller Sygesikringsregisteret som vil kunne anvendes i belysningen af, hvorvidt retningslinjens anbefalinger følges. Derfor anbefales det at man ved opdateringen af retningslinjen vurderer, om der eksisterer egnede data, som kan anvendes som grundlag til proces- og effektindikatorer.

---

### Opdatering

Som udgangspunkt bør anbefalingen opdateres hvis ny evidens på området tilsiger det. Faglige miljøer, patientforeninger og andre bør gøre Sundhedsstyrelsen opmærksom på ny viden, som potentielt kan ændre en gældende anbefaling.

---

### Videre forskning

Denne anbefaling har klarlagt, at den eksisterende videnskabelige litteratur på området, er delvist mangelfuld idet både antallet og størrelsen af studier er begrænsede. Der er derfor behov for yderligere forskning til at afklare effekten af non-farmakologisk behandling hos voksne med ADHD. Der er ligeledes behov for yderligere forskning af høj kvalitet med færre bias til at afklare effekterne af de undersøgte non-farmakologiske behandlingstyper. I tillæg til de i forvejen afdækkede behandlingstyper, er der behov for afdækning af effekten af fysisk aktivitet som non-farmakologisk behandling hos voksne med ADHD.

Der kan være mange forskelligartede årsager til, at nogle patienter ikke modtager medicinsk behandling. Der mangler derfor, i særdeleshed, yderligere forskning som afdækker effekten af non-farmakologisk behandling til netop denne patientgruppe da denne type forskning endnu ikke forlægger. Dette for at afdække effekten af non-farmakologisk behandling hos patienter der ikke samtidig modtager medicinsk behandling.

## 9. Anvendt metode, evidensvurderinger og søgebeskrivelse

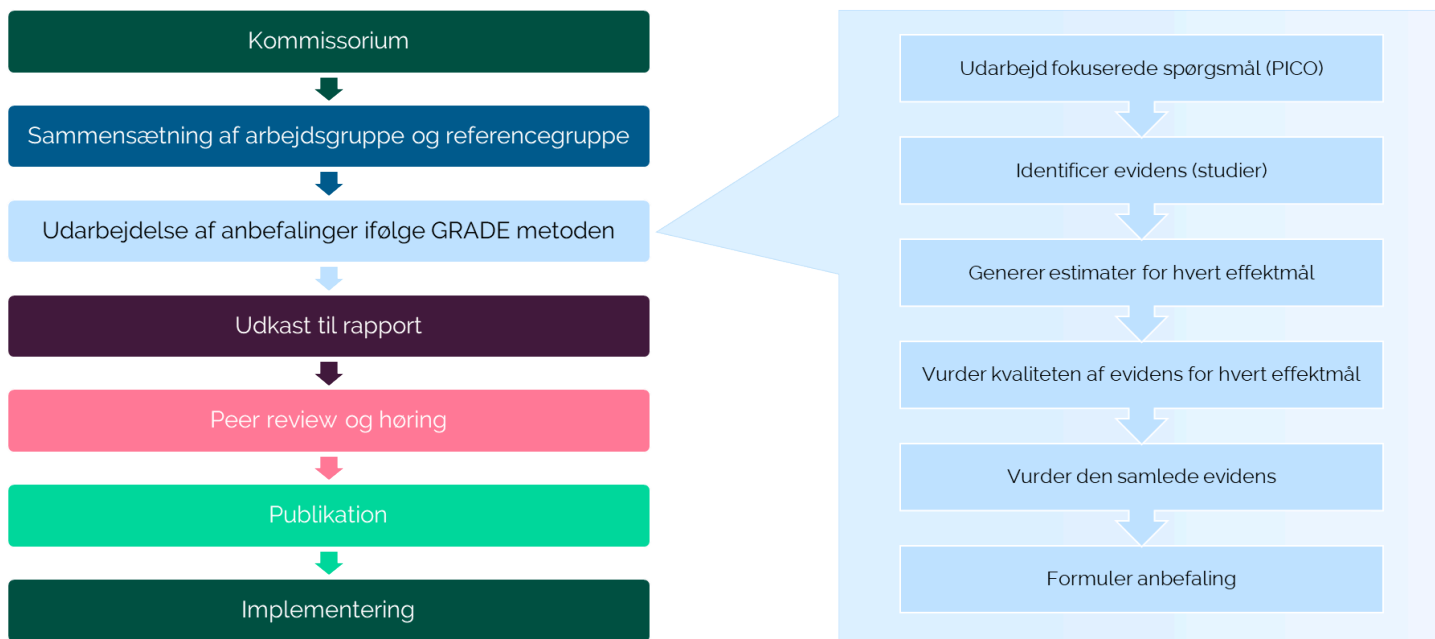
### Metode

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Se også: <http://www.gradeworkinggroup.org>

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en metodehåndbog for nationale kliniske retningslinjer som kan tilgås via [hjemmesiden](#). Metodehåndbogen indeholder en beskrivelse af den metodiske tilgang og processen for udarbejdelse af evidensbaserede nationale kliniske retningslinjer.

### Processen

Udarbejdelsen af en national klinisk anbefaling følger i store træk nedenstående model.



#### Fokuserede spørgsmål

Udvælgelsen af de fokuserede spørgsmål sker på baggrund af den ramme, som metoden for udvikling af nationale kliniske anbefalinger foreskriver. De fokuserede spørgsmål specificerer patientgruppen, interventionen, alternativet til interventionen og outcome. Dette afspejles i akronymet PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcome).

#### Outcome

Outcome er valgt a priori af arbejdsgruppen på baggrund af klinisk erfaring og ønsket om at få et specifikt outcome vurderet ved en specifik intervention. Der har ikke a priori været restriktioner på hvilke måleredskaber der er blevet anvendt til at måle de valgte outcome, og måleredskaber er derfor baseret på de der er anvendt i de identificerede forsøg.

#### GRADE

Grundlæggende arbejder vi med at udarbejde anbefalinger efter GRADE-metoden (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). GRADE er et internationalt brugt systematisk og transparent system til at vurdere tiltroen til evidens og udarbejde kliniske anbefalinger. Se også: <http://www.gradeworkinggroup.org>.

### Sammenfatning af evidensen

For hver anbefaling præsenterer vi en sammenfatning af den evidens, der ligger til grund for anbefalingen sammen med evidensprofiler med de samlede effektestimater, tiltroen til effektestimaterne og reference til forsøgene.

Tiltroen til estimerne inddeles i fire niveauer:

- Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt
- Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes
- Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt
- Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede

effekt

## Nøgleinformationer

Under nøgleinformationer giver vi en fyldestgørende beskrivelse af de kriterier vi vurderer, når vi afvejer styrken og retningen af en anbefaling. De kriterier vi vurderer for at udarbejde anbefalingen er:

- Gavnlig og skadelige virkninger
- Den overordnede tiltro til evidensen
- Patienternes værdier og præferencer
- Ressourcer
- Lighed i sundhed
- Accept
- Gennemførlighed

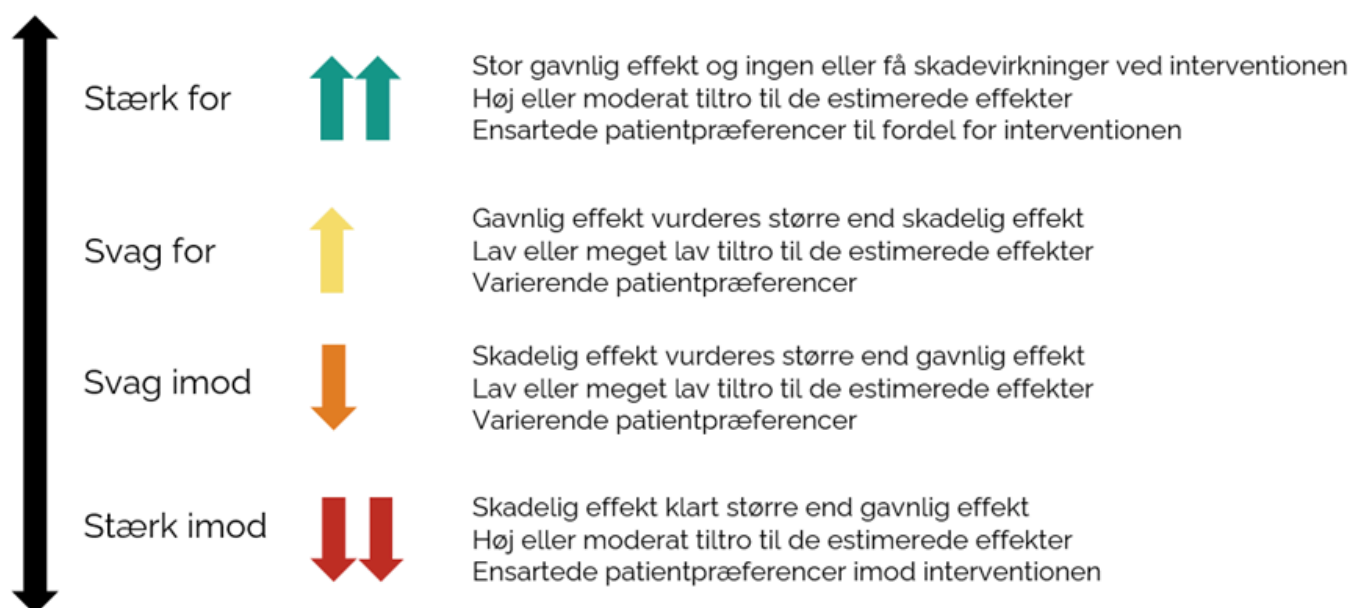
## Anbefalingstyper ved brug af GRADE-metoden

Når evidensen er sammenfattet og nøgleinformationerne er udfyldt kan der på baggrund af en samlet vurdering udarbejdes anbefalinger.

Vi har fire typer anbefalinger. Anbefalingen har en retning og en styrke. Anbefalingen er i udgangspunkt for eller imod en intervention eller diagnostisk test og styrken af anbefalingen kan være stærk eller svag. Vurdering af anbefalingens retning og styrke giver på den måde mulighed for fire typer anbefalinger:

- Stærk anbefaling for
- Svag anbefaling for
- Svag anbefaling imod
- Stærk anbefaling imod

Retning og styrke af en anbefaling afhænger i udgangspunktet af balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger, patienternes præferencer og værdier samt den overordnede tiltro til evidensen. Vi vurderer også om eventuelle ændringer i ressourceforbrug påvirker anbefalingen, om anbefalingen kan medføre ulighed i sundhed samt om hvorvidt anbefalingen er acceptabel for patienter og klinikere. Til sidst vurderer vi, om der er udfordringer i forhold til implementering af anbefalingen i klinisk praksis (gennemførlighed).



God praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således på faglig konsensus og ekspertise blandt medlemmerne af arbejdsgruppen. Anbefalingen kan være for eller imod interventionen. Da der er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end både de stærke og svage evidensbaserede anbefalinger.

## Rationale

I Rationalet beskriver vi, hvordan de ovenstående kriterier blev afvejet i forhold til hinanden og resulterede i anbefalingens retning og styrke.

---

## Evidensvurderinger

Risiko for bias-vurderinger og meta-analyser kan tilgås via [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#).

---

## Søgebeskrivelse for fokuserede spørgsmål 1 og 2

Litteratursøgningen til denne kliniske anbefaling er foretaget i henhold til metodehåndbogen for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Databaserne er udvalgt til søgning efter nationale kliniske retningslinjer som defineret i metodehåndbogen.

Der er foretaget tre systematiske søgninger:

- 1) En søgning efter kliniske retningslinjer og guidelines (guidelines-søgningen) 2018- februar 2024
- 2) En opfølgende søgning efter sekundærlitteratur (systematiske reviews og metaanalyser) 2014- juni 2024
- 3) En søgning efter supplerende primærlitteratur 2016- september 2024.

## Generelle søgetermer

### Guidelines-søgningen

Den systematiske søgning efter kliniske retningslinjer og guidelines blev foretaget 26.-27. februar 2024 i følgende informationskilder: G-I-N International, NICE (UK), Trip Database, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), HTA Databasen (CRD database), SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), American Psychiatric Association (APA), World Federation of ADHD, CADDRA (Canada), EAGG European ADHD Guideline Group, European Network Adult ADHD, Australasian ADHD Professionals Assoc.

### Generelle søgekriterier

Publikations år: 2014-2024

Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk

Dokumenttyper: Guidelines, clinical guidelines, practical guidelines, MTV, HTA, systematiske reviews, metaanalyser, RCT.

### Søgning efter systematiske reviews og metaanalyser

Den opfølgende søgning efter systematiske reviews og metaanalyser blev foretaget 3.-8. juli 2024. I søgningen indgik søgestrategier for hvert enkelt fokuseret spørgsmål i databaserne Medline, Embase, Cochrane Library, Cinahl og PsycInfo.

For detaljer, se søgeprotokol for søgningen efter sekundærlitteratur og flowcharts.

### Søgning efter primære studier

Søgningen blev foretaget 12.-13. september 2024 i databaserne Medline, Embase, Cinahl og PsycInfo. For detaljer, se søgeprotokol for søgningen efter primærlitteratur og flowcharts.

## Søgeprotokoller

Søgeprotokoller for alle fokuserede spørgsmål, søgeperiode 2014-2024 kan tilgås herunder:

- [Guidelines](#)
- [Sekundærlitteratur](#)
- [Primærlitteratur](#)

## Flowcharts

Flowcharts for de fokuserede spørgsmål kan tilgås via [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#).



## 10. Fokuserede spørgsmål

### Fokuseret spørgsmål 1: Bør man tilbyde non-farmakologisk behandling i tillæg til farmakologisk behandling eller farmakologisk behandling alene til voksne med ADHD?

#### Population

Voksne over 18 år med diagnosen ADHD i henhold til DSM-III-5 eller ICD10/11 kriterier givet ved et diagnostisk interview eller ved kliniker administreret diagnose, som er i stabil medicinsk behandling eller opstarter medicinsk behandling. Populationen indeholder voksne med ADHD både med og uden komorbiditet.

#### Intervention

Tillægsbehandling med non-farmakologisk intervention. Non-farmakologisk behandling er begrænset til psykologiske interventioner (fx kognitiv adfærdsterapi, kognitiv træning, adfærdsterapi, psykoedukation, ADHD coaching, neurofeedback) samt fysiske og krop-sind interventioner (fx sansemodulation, kropsterapi, fysisk aktivitet). Varigheden af non-farmakologisk intervention skal udgøre et forløb (gruppe- eller individuelt) - ved terapiforløb skal der tilbydes mindst fire sessioner.

#### Sammenligning

Venteliste eller ingen (tillægs)behandling.

#### Outcome

	Prioriteret skala og evt. angivelse af mindste klinisk relevante forskel (MCID)	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Funktionsniveau	Global Assessment of Functioning (GAF)	Behandlingsafslutning og længste follow-up	Kritisk
Alvorlige hændelser	Defineres som alvorlige hændelser iht. ICH-definitionen	Længste follow-up	Kritisk
Livskvalitet	Assessment of Quality of Life (AQoL-4D); EuroQol (EQ-5D); Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form	Behandlingsafslutning	Vigtig
ADHD-symptomer	Adult Self Report Scale (ASRS)	Behandlingsafslutning	Vigtig
Frafald	Dikotomt outcome	Behandlingsafslutning	Vigtig
Misbrug og afhængighed (ludomani, risikoadfærd)	Substance Use Risk Profile Scale (SURPS); Substance Use Awareness and Insight Scale (SAS); Gaming Addiction Scale (GAS)	Længste follow-up	Vigtig
Fravær fra arbejde/uddannelse	Kontinuert (fx Bradford scale) eller dikotomt outcome	Behandlingsafslutning	Vigtig
Kriminalitet	Kontinuert eller dikotomt	Længste follow-up	Vigtig
Medicinadhærens	Som rapporteret i de inkluderede forsøg	Behandlingsafslutning	Vigtig

### Fokuseret spørgsmål 2: Bør man tilbyde non-farmakologisk behandling til voksne med ADHD?

#### Population

Voksne over 18 år med diagnosen ADHD i henhold til DSM-III-5 eller ICD10/11 kriterier givet ved et diagnostisk interview eller ved kliniker administreret diagnose. Populationen indeholder voksne med ADHD både med og uden komorbiditet, som ikke ønsker/tåler farmakologisk behandling.

#### Intervention

Non-farmakologisk behandling er begrænset til psykologiske interventioner (fx kognitiv adfærdsterapi, kognitiv træning, adfærdsterapi, psykoedukation, ADHD coaching, neurofeedback) samt fysiske og krop-sind interventioner (fx sansemodulation, kropsterapi, fysisk aktivitet).

Varigheden af non-farmakologisk intervention skal udgøre et forløb (gruppe- eller individuelt) - ved terapiforløb skal der tilbydes mindst fire sessioner.

#### Sammenligning

Venteliste eller ingen behandling.

#### Outcome

	<b>Prioriteret skala og evt. angivelse af mindste klinisk relevante forskel (MCID)</b>	<b>Tidsramme</b>	<b>Kritisk/Vigtigt</b>
Funktionsniveau	Global Assessment of Functioning (GAF)	Behandlingsafslutning og længste follow-up	Kritisk
Alvorlige hændelser	Defineres som alvorlige hændelser iht. ICH-definitionen	Længste follow-up	Kritisk
Livskvalitet	Assessment of Quality of Life (AQoL-4D); EuroQol (EQ-5D); Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form	Behandlingsafslutning	Vigtig
ADHD-symptomer	Adult Self Report Scale (ASRS)	Behandlingsafslutning	Vigtig
Frafald	Dikotomt outcome	Behandlingsafslutning	Vigtig
Misbrug og afhængighed (ludomani, risikoadfærd)	Substance Use Risk Profile Scale (SURPS); Substance Use Awareness and Insight Scale (SAS); Gaming Addiction Scale (GAS)	Længste follow-up	Vigtig
Fravær fra arbejde/uddannelse	Kontinuert (fx Bradford scale) eller dikotomt outcome	Behandlingsafslutning	Vigtig
Kriminalitet	Kontinuert eller dikotomt	Længste follow-up	Vigtig

## 11. Arbejds- og referencegruppe

### Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen for den nationale kliniske anbefaling for non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD består af følgende personer:

- Camilla Louise Ganzhorn, udpeget af ADHD-foreningen
- Camilla Rasmussen, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Camilla Tjøtt, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
- Jonatan Myrup Staalsø, udpeget af Dansk Neurologisk Selskab
- Kim Berg Johannessen, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Kim Vestberg, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Kristine Kaalund-Brok, udpeget af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
- Nana Stengade Troelsgaard, udpeget af Ergoterapeutforeningen
- Pelle Lau Ishøy, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Rasmus Holm, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Simon Hjerrild, udpeget af Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper
- Tove Kristjansen, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Trish Nymark, udpeget af ADHD-foreningen

### Habilitetsforhold

Habilitetserklæringerne kan tilgås [her](#).

### Sekretariat

Sekretariatet for arbejdsgruppen består af følgende personer:

- Camilla Krogh, forperson, Sundhedsstyrelsen
- Ole Jakob Storebø, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Marija Barbateskovic Vallik, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Sengül Sari, projektleder, Sundhedsstyrelsen

### Referencegruppe

Referencegruppen er udpeget af myndigheder og organisationer indenfor psykiatrimrådet. Referencegruppens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af anbefalingerne, de udvalgte fokuserede spørgsmål samt det faglige indhold.

Referencegruppen for den nationale kliniske anbefaling for non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD består af følgende personer:

- Anders Meinert Pedersen, lægefaglig direktør, udpeget af Region Syddanmark
- Anna Gillett, chefkonsulent, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Anna Lund Christiansen, fuldmægtig, udpeget af Social- og Boligstyrelsen
- Bente Brandborg, chefkonsulent, udpeget af Social- Bolig- og Ældreministeriet
- Britta Bjerrum Mortensen, chefkonsulent, udpeget af Styrelsen for Patientsikkerhed
- Charlotte Fagt, fuldmægtig, udpeget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Ib Rasmussen, overlæge, udpeget af Region Nordjylland
- Inger Brødsgaard, overlæge, udpeget af Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG)
- Jakob Paludan, lægefaglig direktør, udpeget af Region Midtjylland
- Jeanett Bauer, stabslæge, udpeget af Region Hovedstaden
- Johannes Kjeldahl, specialkonsulent, udpeget af Region Nordjylland
- Josefina Hindenburg Krausing, chefrådgiver, udpeget af Danske Regioner
- Julie Kolding Olsen, teamleder og chefkonsulent, udpeget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Julie Sophia Malling, tilbudsleder, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Kirsten Bundgård, handicap- og psykiatrichef, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Line Bork, chefkonsulent, udpeget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Louisa Braun Exner, udpeget af Lægemiddelstyrelsen
- Nicolas Rescalvo Hansen, cheflæge, udpeget af Region Sjælland
- René Ernst Nielsen, overlæge, udpeget af Lægehåndbogen

### Sekretariat for referencegruppen

Sekretariatet for referencegruppen består af følgende personer:

- Sengül Sari, specialkonsulent og projektleder, Sundhedsstyrelsen
- Marie-Louise Kirkegaard Zobbe, specialkonsulent og teamleder, Sundhedsstyrelsen

### **Peer review og høring**

Den nationale kliniske anbefaling for non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD har forud for udgivelsen været i offentlig høring. Anbefalingen er samtidig sendt direkte til følgende høringsparter med opfordring til at give høringssvar

- ADHD-foreningen
- Beskæftigelsesministeriet, Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
- Ergoterapeutforeningen
- Dansk Neurologisk Selskab
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Distriktspsykiatri
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Dansk Socialrådgiverforening
- Dansk Sygepleje Selskab
- Danske Regioner
- Regionerne
- KL
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet
- Indenrigs- og sundhedsministeriet
- Social- og boligstyrelsen
- Danske Patienter
- Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG)
- Medicinrådet
- Styrelsen for Patientsikkerhed
- Lægemiddelstyrelsen
- Lægehåndbogen

Anbefalingen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Kaj Sparle Christensen, professor, praktiserende læge, Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhed, Sektion for Almen Praksis, Aarhus Universitet

## 12. Begreber og forkortelser

Indsæt tabel med forkortelser og begreber benyttet i denne nationale kliniske retningslinje. Nedenstående generiske tabel kan tilpasses og udvides efter behov.

Begreb	Forklaring
Absolut effekt	Effekten af en given intervention målt i absolutte tal. Hvis risikoen for at dø af en sygdom f.eks. er 3 per 1,000 og en behandling nedsætter denne risiko til 2 per 1,000, er den absolutte effekt 1 per 1,000. Den tilsvarende relative effekt er en 33% reduktion af dødeligheden, hvilket kan synes mere imponerende, men kan give et misvisende indtryk af den virkelige effekt. Derfor foretrækkes det normalt at præsentere absolutte frem for relative effekter. Bemærk, at den absolutte effekt vil variere med hyppigheden (prævalensen) af et givent udfald, selvom den relative effekt er konstant. Dette kan have betydning, f.eks. ved vurdering af behandlings relevans i forskellige subgrupper af patienter.
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. Værktøj til kvalitetsvurdering af guidelines.
AMSTAR	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews. Værktøj til kvalitetsvurdering af systematiske oversigtsartikler.
Baseline risiko	Ved dikotome udfald ("enten-eller" udfald) betegner det risikoen for et givet udfald ved forsøgets begyndelse. Ved kontinuerte udfald ("udfald målt på en skala") betegner det en gennemsnitlig målt værdi ved forsøgets begyndelse. Et relateret begreb, assumed risk, findes i Summary of Findings tabellen, hvor det betegner risikoen for et givet udfald i forsøgets kontrolgruppe, eller en risiko i en kontrolgruppe hentet fra f.eks. befolkningsstatistik eller observationelle studier.
Bias	Bias er systematiske fejl i et studie, der fører til over- eller underestimering af effekten
Blinding	Blinding indebærer, at det under forsøget er ukendt hvilken gruppe en deltagerne er fordelt til. Flere parter kan være blindet, f.eks. deltageren, behandleren, den der vurderer udfald, og den der analyserer data.
95% CI	95% Konfidensinterval
Confounding	(eng. confounding, dansk konfounding) Konfounding er et fænomen, som kan mudre et forskningsresultat så man drager ukorrekte konklusioner om sammenhænge mellem årsag og virkning.  Konfoundere er almindelige i ikke-randomiserede studier, hvor en given variabel (målt eller ej) kan forstyrre resultatet af en given relation. Konfounding kan forvirre en til at tro at, der er en årsagssammenhæng mellem en eksponering (fx en intervention) og et outcome selv om det ikke er tilfældet, og den ændring vi fx ser er på outcome i virkeligheden skyldes en anden faktor (konfounderen). Tre ting skal være til stede for at vi kan kalde en variabel for en konfounder: 1) den skal være en selvstændig årsag til outcome, 2) den er associeret med eksponeringen (interventionen) og 3) den er ikke et led i årsagskæden fra eksponering til outcome
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation system. Et internationalt anerkendt system til at vurdere kvaliteten af evidens og til at udarbejde sundhedsfaglige anbefalinger
Hazard ratio (HR)	Betegner en ratio mellem to rater af udfald. Hvis raten af dødsfald i en interventionsgruppe for eksempel er 10 per 100, mens den er 20 per 100 i kontrolgruppen, er hazard ratio 2. Angives normalt med et sikkerhedsinterval (konfidensinterval).
Heterogenitet	Inkonsistens i mellem resultater fra forskellige studier. Måles fx ved $I^2$ , se nedenfor

$I^2$	Angiver den procentdel af variansen i en meta-analyse som skyldes heterogenitet. Heterogensitet udtrykker forskelle i resultaterne i de inkluderede studier. Hvis $I^2$ er høj (>50%) kan det være et udtryk for de inkluderede studier viser forskellige resultater
Incident	Ny begivenhed eller hændelse. Forstås som optrædende for første gang
Incidens	Antallet af nye begivenheder eller hændelser fx nye sygdomstilfælde i en befolkningsgruppe i løbet af en given tidsperiode, opgøres ofte per år.
Intervention	Den behandling/indsats man vil komme med en anbefaling vedrørende.
Klinisk relevant	Et resultat er klinisk relevant, hvis størrelsen af estimatet er relevant for patienterne.
Mean Difference (MD)	Den gennemsnitlige forskel mellem to grupper.
Metaanalyse	En statistisk metode til at sammenfatte resultaterne af individuelle videnskabelige forsøg, til et overordnet estimat af størrelsen på behandlingseffekter. Behandlingseffektens samlede størrelse kan angives på forskellig måde, for eksempel som en relativ risiko, en odds ratio, eller en standardiseret, gennemsnitlig forskel mellem grupperne (SMD).
Outcome	Udfald. Forhold, man ønsker at måle en effekt på f.eks. smerte, livskvalitet eller død. Outcome vurderes som enten kritiske eller vigtige for at kunne give en anbefaling. De kritiske outcome er styrende for anbefalingen.
PICO	De fokuserede spørgsmål udgør grundlaget for den efterfølgende udarbejdelse af litteratursøgningsstrategi, inklusions- og eksklusionskriterier, fokus ved læsning af litteratur, samt formulering af anbefalinger. De fokuserede spørgsmål specificerer patientgruppen, interventionen og effekter. Dette afspejles i akronymet PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcomes). For yderligere beskrivelse henvises til NKR metodehåndbogen.
PIRO	PIRO Fokuserede spørgsmål omhandler diagnostiske test afspejles i akronymet PIRO (Population, Index test, Reference standard and Outcome). For yderligere beskrivelse henvises til NKR metodehåndbogen.
Population	Målgruppen for anbefalingen.
Prospektivt kohortestudie	Et studie, som omhandler en afgrænset gruppe af personer som følges gennem et afgrænset tidsinterval
Prævalens	Andelen af en population med en bestemt tilstand
Randomiserede forsøg	Studier hvor forsøgsdeltagere fordeles tilfældigt mellem to eller flere grupper, der får forskellig (eller ingen) behandling. Den tilfældige fordeling skal sikre, at de to studiegrupper bliver så ens, at den eneste variation mellem grupperne udgøres af, hvilken behandling personerne tilbydes
RCT	(eng. randomised controlled trial), forkortelse for randomiseret forsøg
Relativ effekt	Se under Absolut effekt.
Relativ risiko (RR)	Betegner en ratio mellem to rater af udfald. Hvis raten af dødsfald i en interventionsgruppe fx er 10 pr. 100, mens den er 20 pr. 100 i kontrolgruppen, er den relative risiko 2. Angives normal med et sikkerhedsinterval.
Sensitivitet	Andelen af de syge, der er korrekt identificerede som syge (sandt positive).  En tests evne til at finde de syge, sensitiviteten defineres som den andel af de syge som en test identificerer som syge (positivt svar på både indekstest og referencestandard) i forhold til det samlede antal syge ifølge referencestandard (positivt svar på referencetest)  Opgøres som decimaltal i intervallet 0,00 til 1,00 eller som procent i intervallet 0 til 100 %
Statistisk signifikant	Statistisk signifikans betegner, om estimatet af en behandlingseffekt er tilstrækkeligt præcist til, at man vil anse det for usandsynligt, at resultatet er fremkommet ved en tilfældighed. Ofte benytter man et konfidensinterval på 95 % omkring effektestimatet, hvilket vil sige, at det sande effektestimat vil være inkluderet i konfidensintervallet i 95 af 100 forsøg udført på samme måde. Denne grænse er valgt ud fra en konvention, ikke en naturlov, og der er derfor ikke tale om et egentligt videnskabeligt bevis for en effekt, hvis et resultat er statistisk signifikant – der er tale om en sandsynliggørelse.

Standardiseret gennemsnitlige forskel (SMD)	Kommer af standardised mean difference. For outcome, der bliver målt med forskellige skalaer i de inkluderede studier, for eksempel smerte målt på en 10 punktsskala i et studie og på en 7 punktsskala i et andet studie, er det nødvendigt at standardisere for at kunne lave en meta-analyse. Enheden bliver nu standardafvigelse i stedet for de enheder skaler oprindeligt brugte, eksempelvis point på en given skala. Som en tommelfingerregel kan resultater under 0,3 tolkes som en lille effekt, 0,3 til 0,8 som en mellem effekt og over 0,8 som en stor effekt
Specificitet	Andelen af de raske, der er korrekt identificerede som raske (sandt negative).  En tests evne til at frikende de raske for sygdom, specificiteten defineres som den andel af de raske som en test identificerer som raske (negativt svar på både indekstest og referencestandard) i forhold til det samlede antal raske (negativt svar på referencetest).  Opgøres som decimaltal i intervallet 0,00 til 1,00 eller som procent i intervallet 0 til 100 %
Standard Deviation (SD)	Standardafvigelse
Standard Error (SE)	Standardfejl
TAU	(eng. treatment as usual), vanlig behandling

## Referencer

1. NKA ADHD voksne - PICO 1+2.

2. Corbisiero S, Bitto H, Newark P, Abt-Morstedt B, Elsasser 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* Frontiers Research Foundation 2018;9:571

3. 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):125-137

4. 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;11:116-116 [Pubmed](#) [Journal](#)

5. Grinblat N., Rosenblum S.. Work-MAP Telehealth Metacognitive Work-Performance Intervention for Adults With ADHD: Randomized Controlled Trial. *OTJR: Occupational Therapy Journal of Research* 2023;43(3):435-445 [Link](#)

6. Gu Y, Xu G, Zhu YI. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for College Students With ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2018;22(3):388-399 [Journal](#) [Link](#)

7. Halmoy A, Ring AE, Gjestad R, Moller M, Ubstad 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

8. Hepark S, Janssen L, de Vries A, 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):351-362 [Journal](#) [Link](#)

9. Huang F, Tang Y-L, 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):1035-1046 [Journal](#) [Link](#)

10. 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

11. Mawjee K., Woltering S., Lai N., Gotlieb 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):956-968 [Link](#)

12. 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 [Pubmed](#) [Journal](#)
  
13. 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):1105-1120 [Pubmed](#) [Journal](#)
  
14. Moritz GR, Pizutti LT, Cancian ACM, Dillenburg MS, de Souza LAS, 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):516-524
  
15. 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):377-390 [Link](#)
  
16. Nasri B, Cassel M, Enharje 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
  
17. Pan MR, Zhao MJ, Liu L, Li HM, Wang YF, Qian QJ. Cognitive behavioural therapy in groups for medicated adults with attention deficit hyperactivity disorder: Protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2020;10(10) (pagination):Article Number: e037514. Date of Publication: 05 Oct 2020 [Link](#)
  
18. Pan M-R, Dong M, Zhang S-Y, Liu LU, Li H-M, Wang Y-F, et al. One-year follow-up of the effectiveness and mediators of cognitive behavioural therapy among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: secondary outcomes of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2024;24(1):207
  
19. Pan M-R, Zhang S-Y, Qiu S-W, Liu LU, 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 & Clinical Neuroscience* 2022;272(2):235-255
  
20. Pettersson R, Söderström S, Edlund-Söderström K, Nilsson KW. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD in Outpatient Psychiatric Care. *Journal of Attention Disorders* 2017;21(6):508-521 [Journal](#) [Link](#)
  
21. 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):1199-1210 [Pubmed](#) [Journal](#)
  
22. 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):831-842 [Pubmed](#) [Journal](#)
  
23. 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 [Journal](#) [Link](#)
  
24. Stevenson CS, Whitmont S, Bornholt L, Livesey D, Stevenson RJ. A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2002;36(5):610-616 [Pubmed](#) [Journal](#)
  
25. Taddei S, Contena B, Mitchell JT, McIntyre EM, English JS, Dennis MF, et al. 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):1105-1120 [Journal](#) [Link](#)
  
26. Van der Oord S., Boyer BE, Van Dyck L, Mackay KJ, De Meyer H., 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):849-862
  
27. 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;6:443-453 [Pubmed](#) [Journal](#)
  
28. Chaulagain A., Lyhmann I., Halmoy A., Widding-Havneraas T., Nytingnes O., Bjelland I., et al. A systematic meta-review of systematic reviews on attention deficit hyperactivity disorder. *European Psychiatry* 2023;66(1):e90 [Journal](#) [Link](#)



29. Cortese S., Del Giovane C., Chamberlain S., Philipsen A., Young S., Bilbow A., et al. Pharmacological and non-pharmacological interventions for adults with ADHD: Protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open* 2022;12(3):e058102 [Journal Link](#)
30. Den Heijer AE, Groen Y., Tucha L., Fuermaier ABM, Koerts J., Lange KW, et al. Sweat it out? The effects of physical exercise on cognition and behavior in children and adults with ADHD: a systematic literature review. *Journal of neural transmission* 2017;124:3-26 [Journal Link](#)
31. Elbe P., Backlund C., Vega-Mendoza M., Sorman D., Gavelin HM, Nyberg L., et al. Computerized Cognitive Interventions for Adults With ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology* 2023;37(5):519-530 [Journal Link](#)
32. Fan H-Y, Sun C-K, Cheng Y-S, Chung W., Tzang R-F, Chiu H-J, et al. A pilot meta-analysis on self-reported efficacy of neurofeedback for adolescents and adults with ADHD. *Scientific reports* 2022;12(1):9958 [Journal Link](#)
33. Fullen T, Jones SL, Emerson LM, Adamou M. Psychological Treatments in Adult ADHD: A Systematic Review. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment* 2020;42(3):500-518 [Journal Link](#)
34. Guo C., Assumpcao L., Hu Z.. Efficacy of Non-pharmacological Treatments on Emotional Symptoms of Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of attention disorders* 2022;26(4):508-524 [Journal Link](#)
35. Knouse LE, Teller J., Brooks MA. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for adult ADHD. *Journal of consulting and clinical psychology* 2017;85(7):737-750 [Journal Link](#)
36. "Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for adult ADHD": Correction to Knouse, Teller, and Brooks (2017). *Journal of consulting and clinical psychology* 2017;85(9):882 [Journal Link](#)
37. Lee CSC, Ma M-T, Ho H-Y, Tsang K-K, Zheng Y-Y, Wu Z-Y. The effectiveness of mindfulness-based intervention in attention of individuals with ADHD: A systematic review. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy* 2017;30:33-41 [Journal Link](#)
38. Li Y., Zhang L.. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy Combined with Pharmacotherapy Versus Pharmacotherapy Alone in Adult ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of attention disorders* 2024;28(3):279-292 [Journal Link](#)
39. Liu C-I, Hua M-H, Lu M-L, Goh KK. Effectiveness of cognitive behavioural-based interventions for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder extends beyond core symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2023;96(3):543-559 [Journal Link](#)
40. Lopez PL, Torrente FM, Ciapponi A., Lischinsky AG, Cetkovich-Bakmas M., Rojas JJ, et al. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018;2018(3):CD010840 [Journal Link](#)
41. Lopez-Pinar C., Martinez-Sanchis S., Carbonell-Vaya E., Sanchez-Meca J., Fenollar-Cortes J.. Efficacy of Nonpharmacological Treatments on Comorbid Internalizing Symptoms of Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Journal of attention disorders* 2020;24(3):456-478 [Journal Link](#)
42. Lopez-Pinar C, Martinez-Sanchis S, Carbonell-Vaya E, Fenollar-Cortes J, Sanchez-Meca J. Long-Term Efficacy of Psychosocial Treatments for Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Frontiers in psychology* 2018;9:638 [Journal Link](#)
43. Narimani M, Ensafi E, Aval NM. Effectiveness of neurofeedback treatment on adult ADHD: A meta-analysis. *Journal of Practice in Clinical Psychology* 2018;6(2):73-82 [Journal Link](#)
44. Nimmo-Smith V., Merwood A., Hank D., Brandling J., Greenwood R., Skinner L., et al. Non-pharmacological interventions for adult ADHD: a systematic review. *Psychological medicine* 2020;50(4):529-541 [Journal Link](#)
45. Oliva F., Malandrone F., di Girolamo G., Mirabella S., Colombi N., Carletto S., et al. The efficacy of mindfulness-based interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder beyond core symptoms: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of affective disorders* 2021;292:475-486 [Journal Link](#)
46. Poissant H., Mendrek A., Talbot N., Khoury B., Nolan J.. Behavioral and cognitive impacts of mindfulness-based interventions on adults with

attention-deficit hyperactivity disorder: A systematic review. Behavioural Neurology 2019;2019:5682050 [Journal Link](#)

47. Poissant H, Moreno A, Potvin S, Mendrek A. A meta-analysis of mindfulness-based interventions in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: Impact on ADHD symptoms, depression, and executive functioning. Mindfulness 2020;11(12):2669-2681 [Journal Link](#)

48. Scholz L., Werle J., Philipson A., Schulze M., Collonges J., Gensichen J.. Effects and feasibility of psychological interventions to reduce inattention symptoms in adults with ADHD: a systematic review. Journal of Mental Health 2023;32(1):307-320 [Journal Link](#)

49. Surman CBH, Walsh DM. Do ADHD Treatments Improve Executive Behavior Beyond Core ADHD Symptoms in Adults? Evidence From Systematic Analysis of Clinical Trials. Journal of clinical pharmacology 2023;63(6):640-653 [Journal Link](#)

50. Westwood SJ, Radua J., Rubia K.. Noninvasive brain stimulation in children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. Journal of Psychiatry and Neuroscience 2021;46(1):E14-E33 [Journal Link](#)

51. Xue J, Zhang Y, Huang Y, Tusconi. M. A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on ADHD symptoms. Medicine 2019;98(23):e15957 [Journal Link](#)

52. Young Z., Moghaddam N., Tickle A.. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Journal of attention disorders 2020;24(6):875-888 [Journal Link](#)

53. Zhang J., Diaz-Roman A., Cortese S.. Meditation-based therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder in children, adolescents and adults: a systematic review and meta-analysis. Evidence-based mental health 2018;21(3):87-94 [Journal Link](#)

54. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions : Version 6.5. 2024. [Link](#)

55. Norman GR, Sloan JA, Wyrwich KW. Interpretation of changes in health-related quality of life: the remarkable universality of half a standard deviation. Medical care 2003;41(5):582-92 [Pubmed](#)

56. National klinisk anbefaling for non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD : Søgeprotokol for Guidelines søgningen 2014-2024. Sundhedsstyrelsen, 2024. [Link](#)

57. National klinisk anbefaling for non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD : Søgeprotokol for søgning efter sekundærlitteratur 2014-2024. Sundhedsstyrelsen, 2024.. [Link](#)

58. National klinisk anbefaling for non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD : Søgeprotokol for søgning efter RCT'er 2016-2024. Sundhedsstyrelsen, 2024. [Link](#)

59. Alderson RM, Kasper LJ, Hudec KL, Patros CHG. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and working memory in adults: a meta-analytic review. Neuropsychology 2013;27(3):287-302 [Pubmed Journal](#)

60. Baddeley A. Working memory: looking back and looking forward. Nature reviews.Neuroscience 2003;4(10):829-839 [Pubmed Journal](#)

61. Beck JS. Cognitive therapy : basics and beyond. (null) 1995;xiv, 338 s.

62. Hillman CH, Erickson KI, Kramer AF. Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. Nature reviews.Neuroscience 2008;9(1):58-65 [Pubmed Journal](#)

63. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice 2003;10(2):144-156 [Journal](#)

64. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. (null) 1993;558 s.

65. Lojovich JM. The relationship between aerobic exercise and cognition: is movement medicinal?. The Journal of head trauma rehabilitation 2010;25(3):184-192 [Pubmed Journal](#)

66. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2024;2024(16.12) [Link](#)

67. Clinical Review Report: Brexpiprazole (Rexulti): (Lundbeck Canada Inc. and Otsuka Canada Pharmaceutical Inc.): Indication: Treatment of schizophrenia in adults. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 [Link](#)

68. Metodehåndbogen : model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Sundhedsstyrelsen, 2018. [Link](#)

69. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research. WHO 1993. [Link](#)

70. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5. Washington DC : American Psychiatric Association 2013.

71. World Health Organization. ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision. WHO 2019. [Link](#)

72. Doernberg E, Hollander E. Neurodevelopmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. CNS spectrums 2016;21(4):295-299 [Pubmed Journal](#)

73. Faraone SV, Bellgrove MA, Brikell I, Cortese S, Hartman CA, Hollis C, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. Nature reviews.Disease primers 2024;10(1):11-0 [Pubmed Journal](#)

74. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. International journal of epidemiology 2014;43(2):434-442 [Pubmed Journal](#)

75. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). European archives of psychiatry and clinical neuroscience 2007;257(7):371-377 [Pubmed Journal](#)

76. van der Ham M, Bijlenga D, Böhmer M, Beekman ATF, Kooij S. Sleep Problems in Adults With ADHD: Prevalences and Their Relationship With Psychiatric Comorbidity. Journal of attention disorders 2024;28(13):1642-1652 [Pubmed Journal](#)