

København, den 13. maj 2026

Til Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut/DMPG

## **Høringsvar fra DSAM vedr. DMPG for non-farmakologisk behandling af ADHD hos voksne**

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende DMPG for non-farmakologisk behandling af ADHD hos voksne.

### **DSAM støtter retningslinjens intentioner**

DSAM støtter intentionen om at styrke og kvalificere de psykosociale behandlingstilbud til voksne med ADHD og anerkender det grundige arbejde, der ligger bag retningslinjen. Vi noterer os, at retningslinjen også retter sig mod primærsektoren, herunder almen praksis.

### **Opmærksomhed på overgange**

DSAM anerkender og støtter retningslinjens fokus på overgange i behandlingsforløbet – herunder overgangen fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenregi og overgangen fra specialistbehandling til opfølgning i almen praksis. Vi bidrager sidst i dette høringssvar med en beskrivelse af, hvad der kan forventes af almen praksis i forbindelse med overgangen til almen praksis.

### **Privatsektoren bør adresseres tydeligere**

Retningslinjen retter sig mod klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen (herunder både primær- og sekundærsektoren), men omtaler kun forbigående de private klinikker (side 4: “herunder private udbydere af sundhedsydelser”).

DSAM anbefaler, at denne sektor adresseres tydeligere. Private klinikker udreder og behandler en betydelig del af voksne med ADHD i Danmark. Det er problematisk, hvis patienter udredt i privat regi ikke har adgang til non-farmakologisk behandling i offentligt regi.

### **Anbefalingernes styrke i forhold til NKA**

DSAM bemærker, at retningslinjen giver en stærk anbefaling (A) for manualiseret ADHD-specifik psykoterapi (MAN), mens Sundhedsstyrelsens nationale kliniske anbefaling fra 2025 alene giver en svag anbefaling og vurderer evidensgrundlaget som usikkert.

DSAM finder det utilstrækkeligt begrundet, at retningslinjen på dette punkt fraviger den nyeste nationale evidensvurdering, som er udarbejdet efter systematisk litteratursøgning og GRADE-metode. Anbefalingsstyrken synes i stedet at være baseret på internationale retningslinjer, uden at der præsenteres ny evidens, som ændrer den samlede evidensvurdering. Det fremstår derfor uklart, på hvilket grundlag anbefalingen opgraderes til en stærk anbefaling.

DSAM finder det samtidig væsentligt at fremhæve, at en stærk anbefaling i klinisk praksis ofte vil blive opfattet som en forventning om implementering i stor skala. Retningslinjen beskriver imidlertid, at manualiseret ADHD-specifik psykoterapi aktuelt kun tilbydes få steder i Danmark og at implementering vil kræve betydelig opbygning af kompetencer og ressourcer.

Efter DSAM's opfattelse bør en stærk anbefaling derfor forudsætte et væsentligt mere sikkert evidensgrundlag, særligt når anbefalingen samtidig indebærer behov for betydelige investeringer og landsdækkende opbygning af behandlingskapacitet.

### **Krav til kompetencer ved psykologisk behandling**

DSAM finder det væsentligt at præcisere, at de anbefalede psykologiske interventioner forudsætter specifik kompetence i behandling af voksne med ADHD. Kognitiv adfærdsterapi til denne målgruppe adskiller sig fra generel psykoterapi og kræver særlig viden om ADHD-relaterede funktionsvanskeligheder. Uden denne tilpasning er der risiko for manglende effekt og for, at patienten oplever yderligere behandlingssvigt.

Det bør derfor fremgå, at behandlingerne forudsætter specialiserede kompetencer og ikke kan forventes leveret bredt uden målrettet efteruddannelse.

### **De sundhedsøkonomiske forudsætninger for anbefalingerne 2-4**

Retningslinjen anfører, at psykoedukation, livsstilsrådgivning og pårørendeinddragelse ikke forventes at medføre merudgifter, idet disse elementer "typisk allerede tilbydes".

DSAM vurderer, at dette ikke er i overensstemmelse med praksis.

Struktureret psykoedukation og systematisk pårørendeinddragelse tilbydes ikke i almen praksis. Det er heller ikke DSAM's indtryk, at patienter, der efter udredning afsluttes til almen praksis, konsekvent har modtaget psykoedukation og/eller pårørendeinddragelse. I almen praksis indgår livsstilsrådgivning primært i forbindelse med opfølgning på farmakologisk behandling. Patienter, der ikke er i farmakologisk behandling, tilbydes som udgangspunkt ikke systematisk livsstilsrådgivning.

DSAM finder derfor, at de sundhedsøkonomiske forudsætninger er utilstrækkeligt belyst og risikerer at underestimere de nødvendige ressourcer. Der er behov for en kortlægning af, i hvilket omfang patienter i dag modtager psykoedukation, pårørendeinddragelse og livsstilsrådgivning i forbindelse med udredning og behandling.

### **Livsstilsinterventioner – fra viden til handling**

DSAM bemærker, at livsstilsinterventioner i denne patientgruppe ikke primært er et spørgsmål om, at patienterne opnår viden, men om evnen til at omsætte viden til handling. Mange patienter med ADHD har allerede indsigt i relevante livsstilsfaktorer, men har vanskeligt ved at implementere disse systematisk. Effekten af livsstilsindsatser må derfor ses i tæt sammenhæng med graden af symptomkontrol.

Dette perspektiv bør afspejles tydeligere i retningslinjen.

### **Anerkendelse af fokus på socialfaglige indsatser og arbejdsmarkedstilknytning**

DSAM anerkender og støtter, at retningslinjen adresserer socialfaglige indsatser og betydningen af tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked.

Det er en hyppig klinisk erfaring, at henvisning til ADHD-udredning sker i forbindelse med dekompenisering som følge af øgede krav – fx i uddannelse, arbejde eller familieliv.

Selvom evidensgrundlaget er begrænset, vurderer DSAM, at hensynet til at fastholde tilknytning til arbejdsmarked og uddannelse berettiger en tidlig indsats med non-farmakologiske tiltag – herunder psykoedukation og social støtte.

DSAM anbefaler derfor, at retningslinjen åbner for, at sådanne indsatser kan iværksættes på baggrund af en praktiserende læges tentative vurdering – forud for specialiseret udredning.

### **Almen praksis' rolle bør afgrænses tydeligere**

DSAM finder det nødvendigt at tydeliggøre, at hovedparten af de beskrevne non-farmakologiske interventioner ligger uden for almen praksis' nuværende kompetence- og ressourceniveau.

Der kan være et potentiale for, at almen praksis fremadrettet påtager sig en større rolle. Det psykiatriske område er imidlertid i vid udstrækning ikke adresseret i den nuværende "opgavebeskrivelse for de almenmedicinske tilbud", som samtidig indeholder en række opgaver på det somatiske område, der vil lægge beslag på kapaciteten i mindst 4 år fremover. Der er derfor ikke plads til, at man beskriver nye opgaver i almen praksis.

Almen praksis bidrager aktuelt med:

- basal psykoedukation (ofte som samtaler) i forbindelse med primær udredning og henvisning
- kontinuitet i patientforløb
- livsstilsrådgivning i forbindelse med opfølgning på farmakologisk behandling af voksne med ADHD

DSAM anbefaler desuden, at retningslinjen tydeligere afgrænser, hvilke indsatser der udgør sundhedsfaglig behandling, og hvilke der primært har karakter af rehabilitering, social indsats eller kommunale støttefunktioner. Dette vurderes væsentligt for at understøtte realistiske og sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

### **Afsluttende bemærkning**

DSAM finder det væsentligt, at retningslinjen i højere grad afspejler:

- det begrænsede evidensgrundlag
- behovet for specialiserede kompetencer
- de betydelige ressourcemæssige og organisatoriske udfordringer ved implementering

Samtidig bør det tydeliggøres, hvilke opgaver der realistisk kan varetages i almen praksis, og hvilke der forudsætter specialiserede tilbud.

Med venlig hilsen



Maria Krüger  
Formand for DSAM