

Hvad sker der med den voksne patient (18-65 år) med nydiagnosticeret ADHD efter de er udredt via psykiater?



Forskningstræning 2026 hold 69
Skrevet af Benedikte Mørck Hesel og Cecilie Lind
Vejleder Morten Bondo Christensen

Indholdsfortegnelse

Formål	2
Baggrund	2
Metode	4
Resultater	5
Diskussion	9
Konklusion	12
Referenceliste.....	13
Bilag.....	15

Formål

At undersøge om voksne patienter i alderen 18-65 år, der får stillet en ADHD-diagnose i perioden 2023-2025, blev opstartet i medicinsk behandling ifm. diagnosen, samt om de stadig får behandling 1 år efter diagnostetidspunktet.

Vores hypotese er, at mange voksne med ny diagnosticeret ADHD stopper med medicinen igen, inden for det første år, grundet bivirkninger eller manglende effekt.

Baggrund

ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, og hedder på dansk 'Hyperkinetisk forstyrrelse'. Personer med denne diagnose har en biologisk forstyrrelse i de dele af hjernen, som styrer opmærksomhed, motorisk aktivitet og impulsivitet, hvilket betyder, at de bl.a. har svært ved at sortere i de mange indtryk og fastholde opmærksomheden.

I følge den aktuelle ICD-10 skal symptomerne være opstået før 7-års alderen, være vedvarende og med gennemgribende vanskeligheder (18).

For ca. halvdelen fortsætter udfordringerne ind i voksenlivet, dog bliver symptomerne som regel mildere med alderen. Derfor er for eksempel hyperaktiviteten mest udtalt hos børn, hvor voksne typisk har lært at dæmpe den ydre hyperaktivitet, men oplever stadig en indre uro, rastløshed og anspændthed (5). ADHD kan bl.a. påvirke uddannelse, arbejdsliv, sociale relationer og psykisk trivsel og er derfor et vigtigt fokusområde i både psykiatrien og almen praksis

Der er stor variation i, hvordan symptomerne kommer til udtryk hos den enkelte person, samt sværhedsgraden af symptomerne. Dog kræver diagnosen en negativ påvirkning på ens funktionsniveau i en sådan grad, at der ikke blot er tale om "almindelige" udfordringer (18,5).

Udredning af ADHD er en kompleks proces. Den praktiserende læge starter med at foretage en indledende vurdering, hvor der blandt andet spørges ind til symptomer, funktionsniveau og eventuelle komorbide tilstande, samt en vurdering af, om der kan være en somatisk årsag til symptomerne. Her benyttes ofte ASRS-skemaet (adult self-report assessment scale).

Ved relevant mistanke og vurdering af behov for udredning, henvises patienten til en speciallæge i psykiatri i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinjer (5), hvortil det diagnostiske redskab DIVA2.0 benyttes. Dette semistrukturerede diagnostiske interview er tilpasset DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, af "American Psychiatric Association"). Ved DIVA2.0 forsøger man at inddrage pårørende for at klarlægge symptomerne som barn (10,18)

Psykiateren har herefter ansvar for den videre plan, herunder eventuel psykoterapi og opstart af farmakologisk behandling, hvorefter patienten kan afsluttes til egen læge ved en stabil tilstand. Dette med en tydelig plan ift. videre behandling og opfølgning (10).

Tilstanden estimeres til at ramme omkring 5% af alle børn og 2,5% af alle voksne (8). Det har været svært at udtale sig om stigningen i ADHD diagnosen, men i et nyere dansk studie fra 2025 så man, at ADHD diagnosen er steget fra 0,1 % i 2000 til 3,03 % i 2020 på

tværs af aldersgrupper. Hvis man kun så på de 18-27 årige mænd og kvinder er prævalensen steget til henholdsvis 8,2 % og 6,1 %. Dette ligger langt over de forventede prævalenser (3). Denne udvikling har medført et betydeligt pres på kapaciteten hos praktiserende psykiatere og i psykiatrien generelt (6). ADHD er i dag den hyppigste diagnose i psykiatrisk speciallægepraksis (18), og den stigende diagnostiske aktivitet bidrager til lange ventetider for udredning (11).

Der findes to grupper af ADHD-medicin; centralstimulerende præparater (Methylphenidat, dexamfetamin og lisdexamfetamin) samt Ikke-centralstimulerende præparater (Atomoxetin og Intuniv). Dog er der ifølge Den Nationale Kliniske Retningslinje for ADHD, udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, svag anbefaling for opstart af medicinsk behandling til voksne, medmindre der samtidig findes symptomer på angst og/eller depression. Derimod er det god praksis at tilbyde psykoedukation til patienter med ADHD, samt kognitiv adfærdsterapi, hvis patienten ligeledes har symptomer på angst og/eller depression (12).

Disse medikamenter har, som al anden medicin, en række potentielle bivirkninger. Disse beskrives ofte som forbigående, samt afhængige af dosis (9).

De mest hyppige bivirkninger er følgende: nedsat appetit, søvnbesvær, mavesmerter, hovedpine, svimmelhed samt let øget blodtryk og puls med tilhørende kardiovaskulære sygdomme. Derudover er der blandt andet beskrevet tristhed, dysfori, forværring af tics, nedsat krampetærskel samt seksuelle bivirkninger såsom erektil dysfunktion (4). Ofte er det nødvendigt at afprøve flere præparater, da det er meget individuelt hvilket præparat og i hvilken dosis der er bedst for den enkelte ift. virkning og bivirkninger.

Parallelt med den stigende diagnostiske aktivitet ses en markant stigning i brugen af medicinsk behandling af ADHD. Antallet af danskere med recept på ADHD-medicin er steget betydeligt gennem det seneste årti. Ved udgangen af 2023 havde knap 110.000 danskere en recept på ADHD-medicin mod cirka 40.000 i 2013, svarende til en stigning på 167 %. Stigningen er særlig udtalt blandt voksne i alderen 25–44 år, hvor antallet er steget med 258 % siden 2013. Samtidig er regionernes udgifter til ADHD-medicin mere end fordoblet i samme periode (6).

Den kraftige stigning i medicinforbruget har betydelige økonomiske konsekvenser for sundhedsvæsenet. I 2023 steg regionernes udgifter til tilskudsmedicin samlet med omkring 1,4 mia. kr., hvor ADHD-medicin udgør en væsentlig del af stigningen. Regionerne har i den forbindelse påpeget, at de stigende medicinudgifter kan medføre nødvendige prioriteringer og besparelser andre steder i sundhedsvæsenet, hvis udviklingen fortsætter (6).

Metode

Vi har valgt at lave et kvalitetsudviklingsstudie baseret på kvantitativ dataindsamling fra en lægepraksis beliggende i Silkeborg kommune og tilknyttet Regionshospitalet Midt (Viborg/Silkeborg). Stedet benytter XMO.

Stedet er en kombineret landsby- og bypraksis (hhv. Ans Lægehus og Eriksborg Lægehus) med hhv. 6536+2682 patienter, svarende til 9218 patienter. Der er tilknyttet 5 kapaciteter til Ans Lægehus og 2 kapaciteter til Eriksborg Lægehus.

Vi har lavet en søgning i XMO på patienter i alderen 18-65 år med diagnosen ADHD for perioden 1/1 2023 til 1/1 2025. På den måde har vi inkluderet de patienter, hvor der findes informationer om medicin-compliance minimum et år efter diagnosen er stillet.

Disse patienter er defineret ud fra ICD-10, med følgende diagnosekoder:

- F90.0: Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed
- F90.1 Hyperkinetisk adfærdsforstyrrelse
- F90.8 Hyperkinetisk forstyrrelse, anden
- F90.9 Hyperkinetisk forstyrrelse, uspecificeret

Vi har derefter lavet en journalaudit. Vi har ekskluderet følgende patienter:

- Diagnosticeret før 2023
- Under udredning
- ADD (F98.8C)
- Manglende journal/epikriser

Til det endelige resultat af inkluderede patienter, har vi lavet et journalauditskema, med følgende informationer:

- Køn
- Alder for diagnose
- Opstartet i medicinsk behandling ved psykiater
- Medicin compliance efter et år og to år (hvis muligt)
- Bivirkninger og psykisk komorbiditet.

Se bilag 1

Data er analyseret ved hjælp af google sheets

Litteratursøgning:

For mere viden om området har vi lavet litteratursøgning.

Denne blev udført via PubMed og Google.

Til søgningen i PubMed blev brugt MeSH-termer som:

("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[Mesh]) AND "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/therapy"[Mesh]) AND ("Adult"[MeSH]) AND ("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/drug therapy"[MeSH]).

Dette resulterede i 2283 hits.

Ved kun at se på artikler på engelsk og alder 19 år+ var der 2153 hits tilbage.

Ved kun at se på de artikler der er udgivet inden for de sidste 5 år, er der 420 hits, hvorefter artiklerne er ekskluderet ud fra titel og abstract. Der er valgt et par enkelte artikler ud, i forhold til relevans, men da fokus er på dansk kontekst, har vi primært brugt artikler med et dansk afsæt.

Under google-søgningerne har vi fokuseret på gennemgang af artikler, vejledninger osv. fra fagligt anerkendte tidsskrifter samt danske myndigheder, herunder ugeskriftet.dk, Danske Regioner, sundhed.dk, promedicin.dk, anbefalinger fra sst.dk/sundhedsstyrelsen osv.

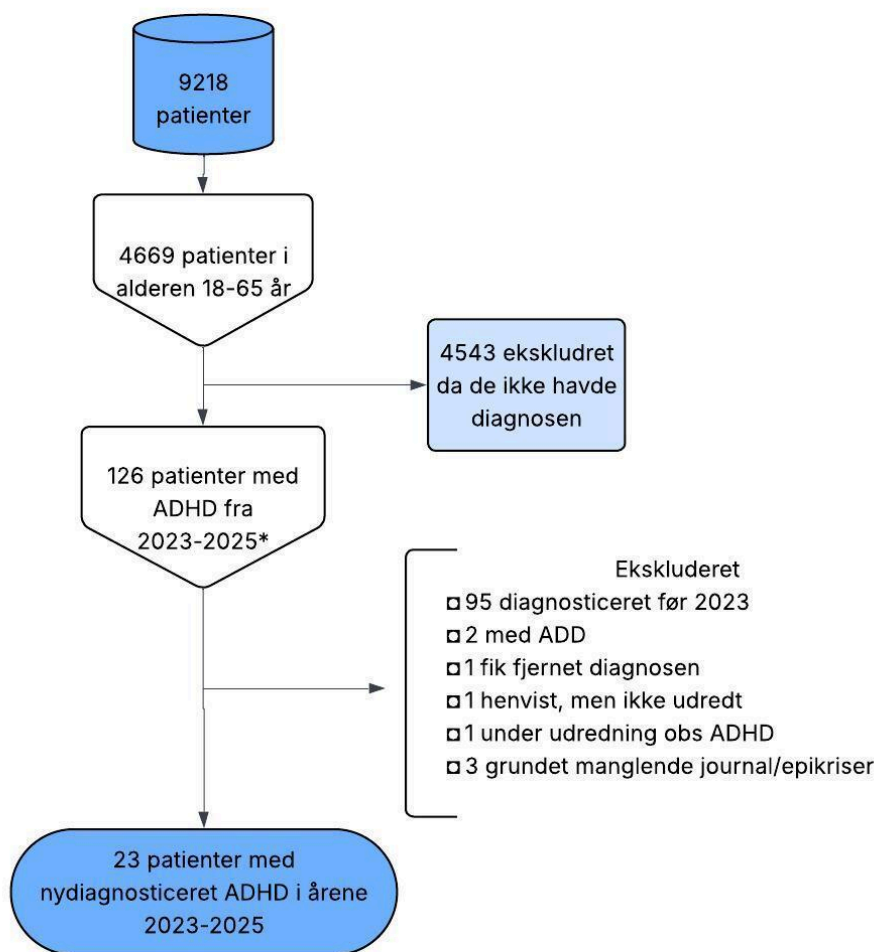
Resultater

Der er i alt 9.218 patienter i kompagniskabet fordelt over to praksisser i Silkeborg Kommune. 4.669 er i alderen 18-65 år. 126 patienter har i perioden d. 1/1 2023-1/1 2025 fået tilknyttet en ADHD diagnose i XMO.

Størstedelen af patienterne er ekskluderet, da diagnosen er stillet før 2023. Derudover har vi ekskluderet patienter med ADD samt dem, der fortsat er under udredning eller ved manglende epikriser.

Herefter var der 23 patienter, der opfyldte vores inklusionskriterier (se figur 1).

Figur 1: Flowchart over ekskluderet patienter



- Patienter hvor diagnosekoderne F90.0, F90.1, F90.8 og F90.9 er registreret i perioden 2023-2025

Blandt vores inkluderede patienter var der stort set lige mange mænd og kvinder. Aldersgennemsnittet for diagnostidspunktet var 35 år. Hos mændene var aldersgennemsnittet for diagnosen 4 år højere end hos kvinderne. Desuden så man en større aldersspredning blandt mændene. Den yngste mand var 22 år og den ældste var 58 år på diagnostidspunktet. Blandt kvinder var den yngste 19 år og den ældste kvinde var 49 år.

Tabel 1 Patientkarakteristika			
Kategori	Mænd	Kvinder	Alle
Køn	12 (52%)	11 (47%)	23 (100%)
Aldersgennemsnit	39 år	35 år	37 år
Alder for diagnose	37 år	33 år	35 år
Psykisk komorbiditet	5 (42%)	6 (55%)	11 (47%)

Tabel 1: Fordeling af inkluderede patienter på køn, alder, alder for diagnose tidspunkt og psykisk komorbiditet

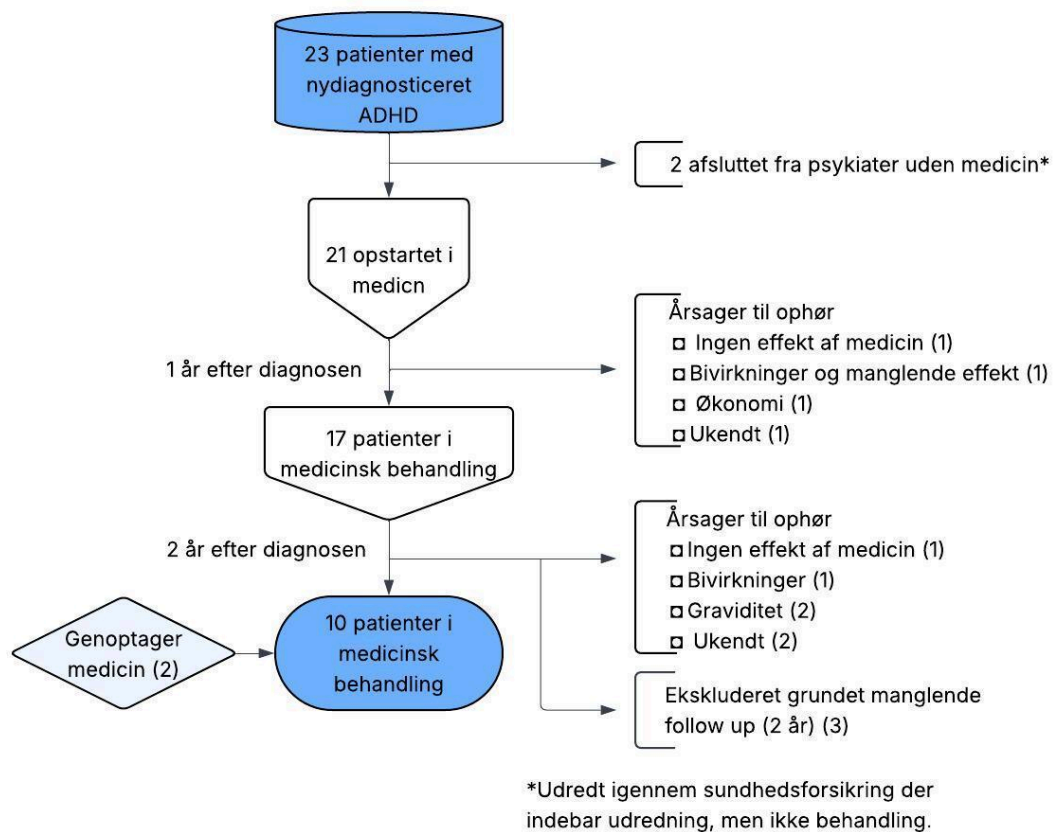
47 % af patienterne har desuden psykisk komorbiditet. Disse er depression (7/23), angst (4/23), personlighedsforstyrrelser (3/23), PTSD (2/23), Aspergers Syndrom, OCD, ludomani og misbrug. 7/23 havde mere end 2 psykiatriske komorbiditeter (se tabel 1).

Vi har derudover haft fokus på den medicinske behandling af ADHD. Her ser vi, at 91 % af vores inkluderede patienter er opstartet i medicinsk behandling for ADHD. 2 blev aldrig startet op i medicin på trods af diagnosen, da deres private sundhedsforsikring kun dækkede udredningen. På tidspunktet for vores undersøgelse er de fortsat ikke opstartet i medicin. 3 patienter har fortsat forløb ved psykiater, hvoraf 2 følges ved en psykiatrisk regionsklinik.

Af dem, der er opstartet i medicinsk behandling, er 20 % stoppet efter 1 år. Ud fra epikriserne er der flere årsager til dette. Disse er bivirkninger, manglende effekt af medicin eller af økonomiske hensyn.

Ud af de 21 patienter, der startede op i medicin, har vi 2 års follow up på 18 patienter. Her er 45 % stoppet med medicin. Dette skyldes blandt andet graviditet, bivirkninger og manglende effekt. Flere gange er årsagen dog ukendt, og det fremgår kun af FMK at medicinen ikke er hentet (se figur 2).

Figur 2: Medicin compliance



Dette flowchart viser hvordan medicin compliancen er gennem 1-2 år. Årsagerne til ophør er noteret ude til højre.

Tabel 2 Medicin karakteristika			
	Mænd	Kvinder	Alle
Methylphenidat (Depot)	7	2	9
Lisdexamfetamin	4	6	10
Atomoxetin	1	1	2
1 præparat forsøgt	10	4	14
2 præparater forsøgt	1	2	3
3 præparater forsøgt	1	3	4
Tabel 2: Medicin ordineret efter ADHD diagnosen er stillet fordelt på køn			

Størstedelen af vores patienter får centralstimulerende ADHD-medicin (90 %). Derudover har de fleste kun forsøgt ét præparat, før de er afsluttet ved psykiater. Det er oftest kvinder, der har forsøgt flere præparater (se tabel 2).

Diskussion

Vores resultater viser, at lige mange mænd og kvinder har fået diagnosen ADHD. Gennemsnitsalderen var stort set ens på henholdsvis 35 og 39 år, men der sås en større aldersmæssig spredning blandt mænd.

Det interessante er den store grad af psykisk komorbiditet blandt alle de inkluderede på 47%. Det drejer sig især om diagnoserne depression og angst.

Desuden blev næsten alle startet op i medicin efter diagnosen var stillet. Størstedelen af mændene har kun forsøgt ét præparat før afslutningen, hvorimod over halvdelen af kvinderne har forsøgt 2-3 præparater før de er afsluttet ved psykiater.

Efter 1 år er 20 % stoppet med ADHD-medicin. Dette stiger til 45 % af de 20 patienter, hvor vi har 2 års follow up. Ud fra epikriserne var de hyppigste årsager til at stoppe med medicinen bivirkninger eller manglende effekt.

Mange praktiserende læger møder ofte patienter, der lufter deres egen og/eller omgivelsernes mistanke om ADHD. Det kan være i forbindelse med en selvstændig konsultation, men også hvis vi møder dem i forbindelse med andre psykiske udfordringer. Ofte er én konsultation sjældent nok til at afdække, om patientens mistanke er korrekt. Derfor er det en mulighed at sende patienten hjem med et ASRS skema, som er et screeningsværktøj. Der er dog flere udfordringer ved ASRS. For det første tager det

udgangspunkt i patienten subjektive kognitive klager gennem de seneste 6 måneder. For det andet kan de kognitive klager også ses ved andre psykiske lidelser, somatiske sygdomme og belastninger. ASRS tager heller ikke stilling til graden af funktionsnedsættelsen eller om de tidsmæssige krav i forbindelse med ICD-10 og ICD-11 er overholdt.

Derfor har ASRS generelt en begrænset positiv prædiktiv værdi. Tidligere undersøgelser har vist, at blandt patienter i et psykiatrisk forløb vil 50% have en ASRS score der kan tyde på ADHD. Efter videre udredning er det dog kun 17%, der vil have en ADHD diagnose (18).

Det er derfor vigtigt, at man som praktiserende læge tager stilling til funktionsniveauet og om symptomerne har stået på siden 7 års alderen (ICD-10) eller 12 års alderen (ICD-11) svarende til et af kernekriterier inden for ADHD.

Et alternativt screeningsredskab er WURS (Wender- Utah rating scale), der tager stilling til både symptomer og adfærd i barndommen. Den mangler dog fortsat dansk validering.

Vi mangler altså fortsat gode screeningsværktøjer for ADHD som praktiserende læger. Vores funktion som gatekeeper er under pres, da patienten ofte kommer med en forventning om videre udredning på trods af højt funktionsniveau, og man kan have indtrykket af, at stort set alle, der bliver henvist "obs ADHD", får diagnosen.

Det kunne være interessant at se på, hvor stor en andel af de henviste, som ender med at få stillet diagnosen, men dette ligger udenfor denne opgaves formål. Til gengæld kan vi se, at stort set alle med diagnosen bliver startet op i medicin i forlængelse af udredningen. Det er på trods af, at vi mangler evidens for effekten af medicinsk behandling blandt voksne, og at der kun er "svag anbefaling" herfor, medmindre de også har depression eller angst for at bedre funktionsevnen (12). Vores data viser, at næsten 50 % af de patienter vi fulgte, stoppede med behandlingen igen. Dette stemmer overens med, at både nationale og internationale registerstudier har vist en relativ høj frafaldsrate på netop >50% (17). Dette kan muligvis skyldes, at bivirkningerne ikke kan stå på mål med den effekt, man oplever på medicinsk behandling.

Det bemærkes desuden, at en stor del af patienterne kun har afprøvet et enkelt præparat eller få præparater, særligt blandt mændene. Dette er modstridende med, at der er stor individuel forskel på effekt og bivirkninger ved de enkelte præparater ved patienterne, og der ofte er et behov for at afprøve flere præparater.

Ved gennemgang af artikler på blandt andet Ugeskrift for Læger, ses flere debatindlæg og bekymrings skrivelser om netop denne problematik (13,14,15,16) skrevet af både almen praktiserende læger samt psykiatere. Her bruges begreber som "overdiagnosticeringsfænomen", "ADHD-epidemi" samt "quickfix". Der beskrives et billede af, at mange patienter kommer og fortæller om deres symptomer og en subjektiv funktionspåvirkning, som ofte ikke matcher, at mange af dem passer et liv med studier, jobs og fritidsaktiviteter i et ganske højt tempo. Desuden beskrives en bekymring om, at vi fejltolker "naturlige reaktioner" på psykosociale belastninger, dvs. normalpsykologiske forhold og ikke en neuroudviklingsforstyrrelse (18).

Psykiater Asker Stig Nielsen skriver i forlængelse heraf, i sit debatindlæg;

“Endvidere betyder ADHD-epidemien, at mennesker hindres i ved refleksion, personlig udvikling og fokus på forandringer af sociale og eksistentielle problemer i at komme videre i deres liv på en bæredygtig måde. I mange tilfælde bliver behandling med ADHD-medicin et quickfix, der medfører bivirkninger eller en identitet som syg med ADHD.” (13)

Som beskrevet ovenfor skal man derfor som praktiserende læge være opmærksom på, om patientens klager alternativt kan skyldes normalpsykologiske forhold eller om der også kan ligge anden psykisk komorbiditet under patientens klager. Dette kan for eksempel være udiagnosticeret angst, depression eller personlighedsforstyrrelse. Eller det kan dreje sig om en kendt psykisk lidelse, der er underbehandlet.

Det er derfor vigtigt at italesætte over for patienten at de beskrevne kognitive vanskeligheder ikke kun kan tilskrives ADHD, men også kan være grundet andre psykiske lidelser. Vigtigst af alt kan midlertidige kognitive vanskeligheder også opstå under belastninger, og dermed ikke behøver at være relateret til en diagnose som ADHD.

Man kan stå tilbage med spørgsmålet, om vi henviser for mange til ADHD udredning, og om vi som praktiserende læger bør forholde os mere kritiske og afventende, og se hvor mange af de kognitive klager der persisterer, når den umiddelbare belastning er aftaget? Tilsvarende må psykiateren overveje, om der er for mange, der får diagnosen på trods af normalt funktionsniveau?

Der er i dag faglig konsensus om, at ICD-10 kriterierne på dette område ikke er fagligt tidssvarende, hvorfor vi afventer indførelse af ICD-11, hvilket formentlig sker i 2027. Kritikken går blandt andet på, at de nuværende kriterier primært er udarbejdet med fokus på diagnosticering af børn, hvilket gør det svært at diagnosticere voksne korrekt (19). Indtil da anbefales det at arbejde ud fra DSM-5, som ligger tæt på ICD-11 kriterierne.

Der konkluderes i den kliniske retningslinje for psykiatri udarbejdet af DMPG at *“Der er i dag en betydelig national uensartethed i diagnosticeringspraksis blandt andet på grund af brugen af forskellige diagnosesystemer (ICD-10, DSM-IV, DSM-5). Anbefalingen udtrykker således et ønske om at sikre en ensartet og tidssvarende diagnosepraksis.” (2, side 6)*

Generelt er tidligere tiders stigmatisering af psykisk sygdom mindsket gennem de seneste år. Derfor kommer patienten ofte hurtigere i praksis med psykiske vanskeligheder. Vi står derfor i en vanskelig situation som praktiserende læge i mødet med patienten, hvor vi på kort tid skal vurdere om patientens forestillinger kan tyde på patologi, og dermed kræver videre udredning.

Vi kan som nævnt ikke udtale os om, hvor mange af de henviste, der får diagnosen ADHD. Vi har i stedet fokuseret på medicin og compliance. Vores data har været afhængig af kvaliteten af den afsluttende epikrise. Dette i forhold til hvilken medicin, der er afprøvet, effekten heraf, hvilke bivirkninger der har været, hvilke non-farmakologiske tiltag der er forsøgt med mere. Vi har forsøgt at kompensere ved at tjekke FMK i forhold til anden ADHD-medicin, samt om medicinen bliver hentet.

Vores data viser, at mange stopper med medicinen igen, men også at der er mange, der ikke har forsøgt flere typer af præparater. Derfor er det uklart, om de patienter kunne have gavn af medicinsk behandling, såfremt man havde prøvet flere præparater.

Vi har ikke set på hvor mange der har modtaget psykoedukation i forbindelse med deres udredning, eller om de har fået anden medicin som f.eks. antidepressiv behandling. Desuden står der oftest blot nævnt, at patienten er ophørt med den pågældende behandling grundet bivirkninger uden nærmere specificering.

Grundet ovenstående ville det være relevant på et senere tidspunkt at se på patientforløbet forud for henvisningen, mht om hvor mange af de henviste patienter der får en ADHD diagnose.

Klinisk implikation

Det er vigtigt at forventningsafstemme med patienten hvad formålet er med udredning for ADHD, da vores resultater viser, at mange af patienterne med nydiagnosticeret ADHD, stopper med medicinsk behandling indenfor 1-2 år.

Som praktiserende læge bør vi forholde os kritisk til, hvem der henvises med obs ADHD, ift. om de opfylder kriterierne i ICD-10/ICD-11, herunder i forhold til alder ved debut af symptomer samt om der foreligger en betydelig funktionsnedsættelse der kunne kræve medicinsk behandling.

Konklusion

Formålet med vores audit var at undersøge, hvad der skete med patienten, efter de havde fået stillet en ADHD-diagnose.

Af de patienter som har fået stillet diagnosen ADHD i årene 2023 til 2025, viser vores data at stort set alle blev opstartet i medicinsk behandling, i forlængelse af udredningen.

Omkring halvdelen af patienterne er stoppet med den medicinske behandling efter 1-2 år. Ud fra epikriserne samt notater i XMO tyder det på, at det hos størstedelen skyldes manglende effekt eller bivirkningerne. Da en stor andel af patienterne kun har forsøgt ét præparat forud for afslutningen fra psykiateren, kan man derfor være i tvivl om de ville opnå effekt på et andet præparat?

Derudover har det ofte været uklart, om patienten under sit udredningsforløb har forsøgt psykoterapi eller andre non-farmakologiske tiltag.

Man kan derfor spørge sig selv, hvilken konsekvens udredningen og de efterfølgende tiltag såsom medicinsk behandling, reelt har haft for patienten og samfundet?

Med den fortsatte opmærksomhed på ADHD blandt den brede befolkning er der ingen tvivl om vigtigheden i et velfungerende tværfagligt samarbejde mellem almen praksis og psykiatrien. Derfor er det vigtigt, at vi som praktiserende læger får taget stilling til funktionsnedsættelsen og varigheden af symptomerne. Dette med henblik på, at det er "de rigtige patienter", der henvises til udredning. Tilsvarende ligger der også en stor opgave i psykiatrien i at stille diagnosen på et validt grundlag, så vi undgår en eventuel overdiagnosticering.

Referenceliste

1. ADHD-foreningen. (u.å.). *ADHD-tal*. Tilgængelig på: <https://adhd.dk/om-adhd/adhd-tal/> (Tilgået 17. april 2026)
2. DMPG. (u.å.). *Udredning af ADHD hos voksne i speciallægepraksis (v1.0)*. Tilgængelig på: <https://www.dmpg.dk/siteassets/02-dmpger/adhd/udredning-for-adhd-af-voksne-i-speciallægepraksis/dmpg-adhd---udredning-af-adhd-hos-voksne-i-speciallægepraksis-v1.0.pdf> (Tilgået 17. april 2026)
3. Grøntved, S., Hald, K., Mohr-Jensen, C. et al. (2025). *Prevalence and incidence of attention deficit/hyperactivity disorder in Denmark: a national register-based open cohort study*. Acta Psychiatr Scand. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/acps.13804>
4. Lægemedelstyrelsen / Medicin.dk. (u.å.). *Lægemedelgrupper: ADHD-medicin*. Tilgængelig på: <https://pro.medicin.dk/laegemiddelgrupper/grupper/317916> (Tilgået 17. april 2026)
5. Psykiatrifonden. (u.å.). *ADHD*. Tilgængelig på: <https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/adhd> (Tilgået 17. april 2026)
6. Regioner. (2024). *Regionernes udgifter til ADHD-medicin er fordoblet på 10 år*. Tilgængelig på: <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2024/maj/regionernes-udgifter-til-adhd-medicin-er-fordoblet-paa-10-aar/> (Tilgået 17. april 2026)
7. Region Midtjylland. (u.å.). *Om ADHD hos voksne*. Tilgængelig på: <https://www.sundhed.rm.dk/sundhedstilbud/psykiatri/psykiatriske-sygdomme-hos-voksne/adhd-hos-voksne/om-adhd-hos-voksne/> (Tilgået 17. april 2026)
8. Statens Serum Institut. (2018). *ADHD ligger i vores gener*. Tilgængelig på: <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2018/adhd-ligger-i-vores-gener> (Tilgået 17. april 2026)
9. Sundhed.dk. (u.å.). *Hyperkinetiske forstyrrelser*. Tilgængelig på: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/boerne-og-ungdomspsykiatri/tilstande-og-sygdomme/udadrettet-adfaerd/hyperkinetiske-forstyrrelser/> (Tilgået 17. april 2026)
10. Sundhedsstyrelsen. (2016). *Faglig visitationsretningslinje for ADHD hos voksne*. Tilgængelig på: https://www.sst.dk/media/4ofb2cvy/faglig-visitationsretningslinje-for-adhd-hos-voksne_270616.pdf (Tilgået 17. april 2026)
11. Sundhedsstyrelsen. (u.å.). *Analyse af ventetider til praktiserende psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere*. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/media/wzzjzns/analyse-af-ventetider-til-praktiserende-psykiatere-og-boerne-og-ungdomspsykiatere.pdf> (Tilgået 17. april 2026)
12. Sundhedsstyrelsen. (u.å.). *National klinisk retningslinje: ADHD hos voksne*. Tilgængelig på:

- <https://www.sst.dk/media/we1jyten/national-klinisk-retningslinje-adhd-hos-voksne.pdf>
(Tilgået 17. april 2026)
13. Ugeskrift for Læger. (u.å.). *ADHD/ADD – en epidemi af diagnoser.*
Tilgængelig på: <https://ugeskriftet.dk/debat/adhd-add-en-epidemi-af-diagnoser>
(Tilgået 17. april 2026)
 14. Ugeskrift for Læger. (u.å.). *ADHD fra et almenmedicinsk perspektiv.*
Tilgængelig på: <https://ugeskriftet.dk/debat/adhd-fra-et-almenmedicinsk-perspektiv>
(Tilgået 17. april 2026)
 15. Ugeskrift for Læger. (u.å.). *Bekymringsskrivelse til Sundhedsstyrelsen i forhold til overdiagnostik og overbehandling.*
Tilgængelig på:
<https://ugeskriftet.dk/debat/bekymringsskrivelse-til-sundhedsstyrelsen-i-forhold-til-overdiagnostik-og-overbehandling-af#>
(Tilgået 17. april 2026)
 16. Ugeskrift for Læger. (u.å.). *Opråb fra psykiatripraksis: Vi drukner i ADHD-udredninger.*
Tilgængelig på:
<https://ugeskriftet.dk/debat/oprab-fra-psykiatripraksis-vi-drukner-i-adhd-udredninger>
(Tilgået 17. april 2026)
 17. Ugeskrift for Læger. (u.å.). *Medikamentel behandling af ADHD hos børn og voksne.*
Tilgængelig på:
<https://ugeskriftet.dk/videnskab/medikamentel-behandling-af-adhd-hos-boern-og-voksne>
(Tilgået 17. april 2026)
 18. Ugeskrift for Læger. (u.å.). *Udredning af ADHD hos voksne.*
Tilgængelig på: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/udredning-adhd-hos-voksne>
(Tilgået 17. april 2026)

Bilag										
Forskningsstrøgning: ADHD i almen praksis										
Pt nr	Køn	Alder	Alder for dia	* forskring, udredning i m Opstartet i m Medicin efter 1 år	Medicin efter 2 år	Præparat	Antal præparater forst.	Bivirkninger	Årskontroller	psyk comorbiditet
Ans/EB										
1	Kvinde	31 år	29 år	Ja	Ja	Elvanse		1 Nej	psyk forløb	Asperger, angst, depression
2	Kvinde	52 år	49 år	Ja	Ja	Atomoxetin		1 Ato. Dep.+angst i høj dosis	-	PTSD, dep.
3	Mand	49 år	47 år	Ja	Ja	Methylphenidat actavis (depot)		1 ned. appetit	Ja	
4	Kvinde	30 år	28 år	Ja	Ja	Elvanse		2 (methylphenidat)	Ja	
5	Kvinde	34 år	32 år	Nej *	-				Nej	
6	Mand	37 år	37 år	Ja	Nej	Atomoxetin		1 Tager ikke medicin gr. økonomi	Ja	Depression
7	Mand	50 år	48 år	Ja	Ja	Elvanse		2 (methylphenidat)	Ja	
8	Mand	24 år	23 år	Ja	Nej	Methylphenidate orion (depot)		Nej (v. methyl ja)	Nej	
9	Mand	59 år	58 år	Ja	Ja	Methylphenidate orion (depot) +		1 Ingen effekt	Ja	
10	Kvinde	36 år	34 år	Ja	Ja	Elvanse + atlanlin pn		2 (methyl)	Ja	PTSD depression
11	Mand	41 år	40 år	Ja	Ja	Concerta (methyl) (depot)		1 concerta: angst/agression	Nej	Forsværelse i personlighed af blandet type
12	Kvinde	37 år	36 år	Nej *	-				Nej	
13	Mand	24 år	22 år	Ja	Ja	Elvanse (opstartet igen)		3 Methyl (psyk bv), ato (ingen effekt)	Nej	Personlighedsforstyrrelse af blandet type, misbrug
14	Mand	51 år	48 år	Ja	Ja	Medikinet CR (depot)		1 Ingen effekt	Nej	
15	Kvinde	30 år	29 år	Ja	Ja	Methylphenidate orion (depot)		1 pause gr. graviditet	Ja	
16	Mand	25 år	22 år	Ja	Ja	Elvanse		1	Nej	
17	Kvinde	33 år	30 år	Ja	Nej	Elvanse		3 methyl (psyk), atomoxetin (?)	Nej	
18	Kvinde	21 år	19 år	Ja	Ja	Ritalin uno (methyl) (depot)		1 Ingen, stop gr. graviditet	Ja	Angst
19	Mand	28 år	28 år	Ja	Ja	Concerta (methyl) (depot)		1	Ja	Ludomani
20	Kvinde	46 år	45 år	Ja	Ja	Elvanse		3 (ato, methyl)	Ja	Personlighedsforstyrrelse borderline, depression
21	Mand	53 år	51 år	Ja	Ja	Elvanse		1 Nedsat libido, hypertension	Ja	Angst, depression
22	Kvinde	36 år	34 år	Ja	Ja	Elvanse		3 concerta, ritalin uno	PPP forløb	Angst, depression og OCD
23	Mand	29 år	27 år	Ja	Ja	Medikinet CR		1 Ikke hentet medicin i 1,5 år	Nej	