

Statusartikel

Medikamentel behandling af ADHD hos børn og voksne

Per Hove Thomsen¹, Tine Houmann² & Pelle Lau Ishøy³

1) Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital Psykiatrien, 2) Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri, 3) Team for ADHD og autisme, Psykoterapeutisk Ambulatorium, Psykiatrisk Center Glostrup, Region Hovedstadens Psykiatri

Ugeskr Læger 2025;187:V10240755. doi: 10.61409/V10240755

HOVEDBUDSKABER

- Der foreligger god evidens af korttidseffekten af medikamentel behandling med centralstimulerende (CS)- og ikke-CS-midler til børn og voksne med ADHD.
- Medikamentel behandling bør aldrig stå alene, men kombineres med psykosociale interventioner.
- Behandlingen iværksættes af læge/speciallæge i børne- og ungdoms- eller voksenpsykiatrien. Opfølgning kan foregå i regi af almen praksis.

ADHD er en hyppigt forekommende udviklingsforstyrrelse med prævalenstal på 5-6% for børn og 2-3% for voksne [1]. De seneste 10-20 år er der sket en markant stigning i antallet af diagnosticerede – og behandlede – patienter.

Centralstimulerende (CS) og ikke-CS ADHD-medicin har i talrige studier vist en klinisk gavnlig effekt på kernesymptomerne ved ADHD, og nogle studier antyder nogen effekt på funktionsniveau [2-5].

Lægemidler mod ADHD

ADHD-medicin opdeles i to typer: CS og ikke-CS. De CS har størst effekt på kernesymptomer (hyperaktivitet, opmærksomhedsvanskeligheder og impulsivitet) og er generelt veltolererede.

Centralstimulerende lægemidler

Methylphenidat (MPH), dexamfetamin (DXA) og lisdexamfetamin (LDX) øger mængden af signalstofferne dopamin og noradrenalin uden for neuronet, og deres effekt på ADHD-symptomer antages at være effektueret via øget dopamin- og noradrenalinaktivitet i den i præfrontale cortex. Medicinen har indsættende effekt kort tid efter indtagelse (15-30 min) [2, 6] (**Figur 1** og **Figur 2**).

FIGUR 1 Rationalet for valg af specifikke lægemidler samt de væsentligste bivirkninger [6].

Lægemiddel (Handelsnavn)	Centralstimulerende ^a			Ikkecentralstimulerende	
	Methylphenidat (Ritalin, Concerta, Medikinet mfl.)	Lisdexamfetamin (Elvanse, Aduvanz)	Dexamfetamin (Attentin)	Atomoxetin (Atomoxetin)	Guanfacin (Intuniv)
Rationale for valg af lægemiddel	Førstevalgspræparat	Ved god effekt af methylphenidat, men uacceptable bivirkninger	Ved god effekt af – Methylphenidat, men uacceptable bivirkninger – Lisdexamfetamin, men behov for kortere virkningsvarighed	Som førstevalg ved samtidig: – Angst – Depression – Risiko for misbrug – Behov for døgndækning Skiftet over til pga.: – Ingen effekt af de centralstimulerende – Udtalt søvnforstyrrelse på methylphenidat – Nedsat appetit på methylphenidat	Ved markant øget puls eller blodtryk på de andre ADHD lægemidler
Kommentarer	Forskellige formuleringer	Prodrug, som i blodet omdannes til dexamfetamin	Godkendt til børn og unge (6-17 år, ikke voksne).	Noradrenalin- og optagshæmmer	Godkendt til børn og unge (6-17 år, ikke voksne)
Effekt ved opstart	Samme dag			I løbet af 2-6 uger	
Udvalgte bivirkninger	Nedsat appetit, mundtørhed, søvnforstyrrelse, øget puls, øget blodtryk, erektil dysfunktion og nedsat libido			Kvalme, mundtørhed, nedsat appetit, erektil dysfunktion, ejakulatorisk dysfunktion, søvnforstyrrelse, øget blodtryk og øget puls	Døsighed, tørst, hypotension, forstoppelse, bradykardi, søvnforstyrrelse og vægtøgning
Virkningsvarighed	3-12 timer	10-14 timer	4-6 timer	Døgndækning	
Godkendt daglig maks.-dosis	6-17 år: 60 mg Voksne: 80 mg	70 mg	20 mg, undtagelsesvist 40 mg	100 mg	6-12 år: 4 mg 13-17 år: 7 mg

a) Centralstimulerende lægemidler er omfattet af »Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler«, og patienter skal tilses mindst hvert ½ år.

FIGUR 2 De enkelte methylphenidatpræparaters formuleringer, doseringer og virkningsvarighed [6].

Navn	Styrker	Virkningsvarighed	Godkendt til	Noter
Tabletter – alle kan substitueres på apoteket				
Medanef, Medikinet, Motiron, Ritalin	5, 10, 20 mg	3-4 timer	6-17 år	10 mg findes som 100 stk. Må knuses
Depottabletter – alle kan substitueres på apoteket				
Concerta, Methylphenidat	18, 27, 36, 54 mg	12 timer	Fra 6 år	18, 36 og 54 mg findes som 90/100 stk. Må ikke deles/knuses/tygges Langsom frigivelse
Kapsler med modificeret udløsning – ingen automatisk substitution på apoteket mellem de 3 grupper ^a				
Equasym Depot, Equasym XL	10, 20, 30 mg	8 timer	6-17 år	Må åbnes og opslemmes. Efterligner en normal tablet og derefter en depottablet
Medikinet Retard, Medikinet CR	5, 10, 20, 30, 40, 50, 60 mg	8 timer	Fra 6 år	Må åbnes og opslemmes. Efterligner 2 normale tabletter givet med 3-4 timers mellemrum
Ritalin Uno, Metyrol, Methylphenidat med modificeret udløsning	10, 20, 30, 40, 60 mg	8 timer	Fra 6 år	Må åbnes og opslemmes i sure fødevarer. Efterligner 2 normale tabletter givet med 3-4 timers mellemrum

ER = extended release; IR = immediate release.

a) Equasym: 30% IR og 70% ER; Medikinet: 50% IR og 50% ER.

Ikkecentralstimulerende lægemidler

Atomoxetin (ATX) øger mængden af noradrenalin – og i nogen grad dopamin – i det præfrontale cortex. Effekt kan sædvanligvis spores inden for nogle uger, mens maksimal effekt dog først kan forventes efter måneders behandling.

Guanfacin (GFC) er en α_2A -receptoragonist, som modulerer den noradrenerge signalering i den præfrontale cortex. Virkningsmekanismen er ikke endeligt afklaret.

Hvilke præparater bør vælges?

Det centralstimulerende præparat MPH er i Danmark førstevalg ved indikation for medicinsk behandling af ADHD hos børn og voksne. I nyeste NICE-guideline er LDX og MPH dog angivet som ligeværdige til behandling af voksne [7].

ATX vælges typisk som andet- eller tredjevalg ved uacceptable bivirkninger eller utilstrækkelig virkning af de centralstimulerende præparater. Komorbide tilstande såsom misbrug, angst eller tics samt andre forhold, f.eks. behov for døgndækning, kan kvalificere ATX som førstevalg.

GFC er for nuværende kun godkendt til behandling af ADHD hos børn og unge, men accepteres som fjerdevalg (off-label) hos voksne, når der er uacceptable bivirkninger eller utilstrækkelig virkning af de øvrige præparater [8].

Ved valg af præparat bør individuelle forhold hos patienten vurderes. Hvis der er behov for døgndækkende effekt, eller patienten har komorbid angst, depression eller psykose, kan ATX være førstevalg. Et aktivt misbrug hos patienten er ikke en kontraindikation mod at behandle med centralstimulerende medicin, da effekten er hurtigt indsættende og kan have en gavnlig effekt på funktionsniveauet [8].

Ved manglende effekt eller intolerable bivirkninger af førstevalgspræparatet skiftes til et andetvalgspræparat (Tabel 1).

TABEL 1 Hierarkiet i valg af præparater. De angivne virkningsvarigheder er teoretiske; klinisk ses en betydelig variation.

ADHD-medicin	Centralstimulerende	Hierarki ved præparatvalg	Virkningsvarighed – forskellige formuleringer, t.
Methylphenidat	Ja	1.-valg	4-12
Dexamfetamin	Ja	2.-valg	4
Lisdexamfetamin	Ja	2.-valg	13
Atomoxetin	Nej	1.-valg ^a , 2.-valg	24
Guanfacin	Nej	2.-valg	24

a) Ved behov for døgndækkende effekt eller komorbiditet af depression, angst eller psykose.

Behandling af børn, unge og voksne

Der er indikation for behandling med ADHD-medicin, hvis ADHD-symptomernes sværhedsgrad medfører, at den daglige funktion er væsentligt nedsat, og specifikt for børn og unge, hvis det vurderes, at psykosociale tiltag som pædagogisk støtte og vejledning har været afprøvet i tilstrækkeligt omfang eller ikke vil kunne afhjælpe tilstanden. ADHD-medicin bør ikke stå alene som behandling og skal altid kombineres med psykosociale støttetiltag, som planlægges efter en individuel vurdering og familiens samlede støttebehov og ressourcer [8, 9].

Behandling af børn < 6 år med ADHD-medicin er en højt specialiseret funktion på grund af dårligere effekt og hyppigere bivirkninger [10]. Behandlingen kan iværksættes som supplement til nonfarmakologisk behandling, når ADHD hos førskolebørn medfører svær funktionsnedsættelse og alvorlig risiko for barnets udvikling og

trivsel.

Ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer må farmakologisk behandling af ADHD hos børn, unge og voksne kun iværksættes af en læge ansat i børne- og ungdomspsykiatri eller psykiatri [8, 11] eller for voksne af en læge med særlige kompetencer [9]. Når sufficient symptomkontrol er opnået, kan patienten evt. overgå til vedligeholdelsesbehandling ved egen læge.

Det er vigtigt at forventningsafstemme behandlingseffekten. Nogle oplever utilstrækkelig effekt eller uacceptable bivirkninger og må afprøve flere præparater eller ender med at stoppe behandlingen. Derfor er pædagogiske tiltag, støtte, psykoedukation, motion, kost, søvn og behandling af komorbiditet vigtige elementer i behandlingen.

Der foretages somatisk undersøgelse, inklusive vægt, højde, puls og blodtryk. Det er vigtigt at sikre, at der ikke er symptomer på eller disposition til hjerte-kar-sygdom og hos voksne også cerebrovaskulær sygdom. Hvis dette er tilfældet, tages EKG, og der suppleres med blodprøver på indikation.

Der udføres EKG før og efter opstart af ATX grundet risiko for QTc-forlængelse [12].

Til vurdering af effekt og bivirkninger anbefales rating af ADHD-symptomer og bivirkninger ved spørgeskema [13-16], inden behandlingen påbegyndes, idet symptomer som følge af ADHD eller komorbiditet kan forveksles med bivirkninger på et senere tidspunkt.

Det anbefales at starte på en lav dosis og optitrere tidligst efter 10.-14. dag med henblik på at finde frem til lavest mulige effektive dosis med færrest mulige bivirkninger. Der er ikke nogen sikker tommelfingerregel for, hvor stor vedligeholdelsesdosis skal være i forhold til patientens vægt. En døgndosis på 10 eller 20 mg MPH kan være tilstrækkelig til en person på 60 kg, mens andre skal have højere doser for at opnå samme effekt.

Dosis skal justeres, hvis der ikke er tilstrækkelig effekt, eller der skal ske præparatskift i tilfælde af uacceptable bivirkninger.

Kontrol af behandlingen

Når dosis er optitreret i forhold til effekt og bivirkninger, skal behandlingen kontrolleres min. hver sjette måned. Det er ofte nødvendigt at monitorere hyppigere hos mindre børn, hvor der ofte er dårligere effekt og flere bivirkninger.

Ved kontrollen måles puls, blodtryk, vægt og højde. Der spørges ind til virkninger, bivirkninger og daglig funktion og trivsel i hjem, skole, uddannelse, arbejde og nære relationer. Hos unge og voksne vurderes ydermere risiko for misbrug.

Ved medicinkontrollen tages stilling til, om der fortsat er behov for behandlingen. Ved tvivl om effekt, eller om nyopståede symptomer kan skyldes bivirkninger, anbefales det at holde en pause i 7-14 dage og herefter foretage ny kontrol og ved behov afprøve præparatskift.

Hvem kan foretage kontrol af behandlingen?

Når symptombilledet og den medicinske behandling vurderes vedvarende stabiliseret, kan vedligeholdelsesbehandling efter aftale varetages af patientens almenpraktiserende læge. Der skal foreligge en behandlingsplan for, hvornår der skal foretages kontrol, og for hvordan bivirkninger eller forværrede symptomer skal håndteres [17].

Bivirkninger ved ADHD-medicin

De hyppigste bivirkninger ved CS og ATX er nedsat appetit og indsovningsvanskeligheder. Desuden kan ses irritabilitet, tristhed, mavepine og hovedpine, ligesom præparaterne kan øge puls og blodtryk, hvorfor behandling af patienter med øget kardiovaskulær risikoprofil, f.eks. arytmier, blodprop, hypertension og angina pectoris, bør konfereres med kardiolog (Tabel 2).

TABEL 2 De hyppigst optrædende bivirkninger ved ADHD-medicin [18].

Bivirkninger	Centralstimulantia	Atomoxetin	Guanfacin
Nedsat appetit	✓	✓	
Øget appetit			✓
Indsovningsvanskeligheder	✓	✓	
Mave-/hovedpine	✓	✓	✓
Øgning af blodtryk og puls	✓	✓	
Nedsat blodtryk og puls			✓
Forværring el. udløsning af tics	✓		
Irritabilitet	✓	✓	
Tristhed/depression	✓		
Sedation			✓
Psykose	✓		
Seksuelle/urologiske	✓		

Indtag af doser væsentligt ud over det ordinerede med blandingsindtag af flere psykoaktive stoffer kan udløse forbigående psykotiske symptomer og/eller maniske symptomer [19]. Anbefalet dosering fører dog yderst sjældent til mani eller psykose [18].

I Sundhedsstyrelsens nationale kliniske anbefaling frarådes man at lægge ADHD-medicin til antipsykotisk behandling hos patienter med skizofreni eller anden primær psykoselidelse [20].

Hvis patienten har en komorbid bipolar affektiv sindslidelse, bør ADHD-behandlingen afvente medicinsk stabilisering af den bipolare sygdom.

Hos unge og voksne kan der tillige ses erektil dysfunktion, dette ses hyppigere ved ATX end ved MPH og LDX.

GFC kan sænke puls og blodtryk og skal på grund af risiko for rebound-effekt seponeres gradvist. Desuden kan GFC give vægtøgning og døsighed. Sidstnævnte kan benyttes som en gavnlig effekt ved samtidig søvnforstyrrelse, hvor præparatet kan doseres om aftenen [21].

Langtidsbivirkninger ved ADHD-medicin

Langtidseffekten af bivirkningerne ved ADHD-medicin er især undersøgt i forhold til kardiovaskulære events og vækst hos børn og unge.

I en metaanalyse af alle aldersklasser fandt man ingen signifikant association mellem behandling med ADHD-medicin (CS og ikke-CS) og alle kardiovaskulære events. Den specifikke risiko for hjertestop og takyarytmi var dog ikke signifikant øget [22].

I en metaanalyse fandt man en signifikant negativ påvirkning af vægten i de første 12 måneder af behandling af børn og unge med MPH og af højdevækst i de første 24-30 måneder [23]. Forfatterne konkluderede, at »effect

sizes« var små og med formentlig minimal klinisk betydning.

De potentielle langtidsbivirkninger ved ADHD-medicin er vigtige at sammenholde med naturforløbet af ADHD på vigtige udfaldsmål. Langtidsundersøgelser antyder en stor heterogenitet i naturforløbet af ADHD. Et svensk prospektivt studie baseret på registerdata fra børn, unge og voksne undersøgte mortaliteten to år efter ADHD-diagnose og igangsat behandling. Behandling med ADHD-medicin var associeret med en signifikant lavere generel mortalitet [24].

Det kliniske indtryk antyder en begrænset toleransudvikling, men at nogle voksne patienter rapporterer reduceret effekt over tid. Ved kortvarig medicinpausering vil patienten ofte recidivere i symptombilledet og dermed kunne identificere effekten.

Specifikke forhold i forhold til behandlingen

Misbrug

Generelt er ADHD-medicin ikke associeret med en høj risiko for afhængighed i ikkemisbrugsmiljøer, idet medicinen i den terapeutiske dosering ikke har rusfremkaldende farmakodynamiske egenskaber. Til trods for at misbrug af ADHD-medicin er relativt sjældent forekommende i ikkemisbrugsmiljøer, er anbefalingen alligevel at vurdere misbrugsrisiko og -adfærd som led i den kliniske kontrol. Ved verificeret tidligere eller aktuelt misbrug bør man typisk fravælge de hurtigtvirkende formuleringer og udskrive recepter på månedlig basis.

Ikkemedicinsk brug af ADHD-medicin som såkaldte »study drugs« af personer uden ADHD-diagnose, f.eks. i universitetsmiljøer, er beskrevet [25]. ADHD-medicin kan muligvis mindske misbrug hos personer med dobbeltdiagnose, og nogle studier tyder også på, at medicin mindsker ADHD-patienters livslange øgede risiko for udvikling af misbrug [26].

Graviditet

Det ændrede hormonspejl under graviditet (formentlig primært via øget østrogenniveau) synes at have en positiv effekt på ADHD-symptomer. Farmakologisk behandling kan derfor ofte reduceres eller muligvis undværes. Behandling kan fortsætte efter en individuel vurdering, hvis den gravide er psykisk sårbar eller i øget risiko for (tilbagefald til) misbrug. I et dansk registerstudie fandt man, at ADHD-medicin under graviditet ikke var associeret med øget risiko for nogle af de undersøgte variable [27].

Amning

Generelt anbefales det at undlade farmakologisk behandling under amning, evt. kan MPH anvendes [28].

ADHD-medicin og menstruationscyklus

Kvinder i fertil alder beskriver ofte forværring af ADHD-symptomer op til menstruation (PMS), hvor østrogenniveauet er lavere. Klinisk erfaring viser, at en forbigående øgning af ADHD-medicinen med 25-50% kan kupere denne symptomforværring ved PMS [29].

Komplians

Til trods for at ADHD-medicin har veldokumenteret effekt, rapporterer både nationale som internationale registerstudier relativt høje frafaldsrater (> 50%) [30] blandt både børn og unge samt voksne. Studier konkluderer, at kvinder generelt har en højere complians end mænd, men at også alder (31-50 år) og mængden af psykiatrisk komorbiditet, samtidig søvnforstyrrelse og antal medicinskift influerer på complians. Det anbefales ved opfølgning at supplere med ledsagende psykoedukation, bl.a. i forhold til at afstemme forventninger og informere om virkninger og bivirkninger af ADHD-medicin.

Konklusion

Medikamentel behandling indgår som en del af den samlede behandling af ADHD hos både børn og voksne. Såvel CS, som er førstevalgspræparater, som ikke-CS medikamenter har vist god evidens i korttidsbehandlingen af kernesymptomerne ved ADHD. Opstart og dosisjustering skal effektueres af speciallæge med kendskab til ADHD. Efterfølgende kan egen læge overtage behandlingen og ansvaret for halvårige kontroller i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Medikamentel behandling af ADHD bør altid kombineres med psykosociale interventioner.

Korrespondance *Per Hove Thomsen*. E-mail: per.hove.thomsen@ps.rm.dk

Antaget 6. marts 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 12. maj 2025

Interessekonflikter PHT oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Medice Nordic Denmark og TAKEDA.TH og PLI oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Medice Nordic Denmark. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Taksigelser Klinisk Farmakologisk Afdeling, Medicinfunktionen, Region Hovedstaden, takkes for tilladelse til at bruge Figur 1 og Figur 2

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V10240755

doi 10.61409/V10240755

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Pharmacological treatment of ADHD in children and adults

Medication is an essential component of the comprehensive treatment of ADHD in both children and adults. This review finds that both stimulant (first-line drugs) and non-stimulant medications have shown strong evidence in managing the core symptoms of ADHD. The initiation of pharmacological treatment should be conducted by a physician or specialist familiar with ADHD. Follow-up care may be managed by the primary care physician, and the Danish Health Authority recommends biannual check-ups. Pharmacological treatment for ADHD should always be combined with psychosocial interventions.

REFERENCER

1. Faraone SV, Bellgrove MA, Brikell I et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2024;10(1):11. <https://doi.org/10.1038/s41572-024-00495-0>
2. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):727-738. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30269-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4)
3. Bellato A, Perrott NJ, Marzulli L et al. Systematic review and meta-analysis: effects of pharmacological treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder on quality of life. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2024;64(3):346-361. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.05.023>
4. Boland H, DiSalvo M, Fried R et al. A literature review and meta-analysis on the effects of ADHD medications on functional outcomes. *J Psychiatr Res*. 2020;123:21-30. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.01.006>
5. Coghill DR, Banaschewski T, Soutullo C et al. Systematic review of quality of life and functional outcomes in randomized

- placebo-controlled studies of medications for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(11):1283-1307. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0986-y>.
6. Medicinfunktionen, Region Hovedstaden. ADHD, 2024. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/regionalt/konsulenthjælp-til-praksis/medicinfunktionen/vejledninger/adhd/> (20. okt 2024)
 7. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management, 2019. www.nice.org.uk/guidance/ng87 (15. okt 2024)
 8. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge, 2021. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/NKR-ADHD-boern-og-unge/NKR-udredning-og-behandling-af-ADHD-hos-boern-og-unge.ashx> (15. okt 2024)
 9. O'Connor L, Carbone S, Gobbo A et al. Pediatric attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): 2022 updates on pharmacological management. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2023;16(9):799-812. <https://doi.org/10.1080/17512433.2023.2249414>.
 10. Sugaya LS, Farhat LC, Califano P, Polanczyk GV. Efficacy of stimulants for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *JCPP Adv*. 2023;3(3):e12146. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12146>
 11. Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper. DMPG ADHD, 2024. <https://www.dmpg.dk/dmpgerne/dmpg-adhd/> (15. dec 2024)
 12. Dansk Cardiologisk Selskab. Arytmi-risiko ved anvendelse af psykofarmaka version 2, 2023. <https://www.cardio.dk/arytmi-risiko-ved-anvendelse-af-psykofarmaka-2022> (15. sep 2024)
 13. Szomlajski N, Dyrborg J, Rasmussen H et al. Validity and clinical feasibility of the ADHD rating scale (ADHD-RS) a Danish nationwide multicenter study. *Acta Paediatr*. 2009;98(2):397-402. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.01025.x>
 14. Adler L, Kessler RC, Spencer T. ADHD-symptomcheckliste for voksne, 2006. https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/adhd/adhd/Old%20Versions/18Q_Danish_unshaded.pdf (15. sep 2024)
 15. Silverstein MJ, Faraone SV, Alperin S et al. How informative are self-reported adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms? *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018;28(5):339-349. <https://doi.org/10.1089/cap.2017.0082>
 16. Barkley RA, McMurray MB, Edelbrock CS, Robbins K. Side effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systemic, placebo-controlled evaluation. *Pediatrics*. 1990;86(2):184-92.
 17. Retsinformation. Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelse, 2024. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2024/9697> (15. sep 2024)
 18. Storebø OJ, Storm MRO, Ribeiro JP et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;3(3):CD009885 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009885.pub3>
 19. Perugi G, Vannucchi G, Bedani F, Favaretto E. Use of stimulants in bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(1):7. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0758-x>
 20. Sundhedsstyrelsen. National klinisk anbefaling for kombinationsbehandling med antipsykotika og ADHD-medicin til patienter med primær psykoselidelse, 2024. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2024/NKA-kombinationsbehandling-primar-psykoselidelse/NKA-Kombinationsbehandling.ashx?sc_lang=da&hash=2A367A27E593100AF063CB696B5A795A (15. sep 2024)
 21. Yu S, Shen S, Tao M. Guanfacine for the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder: an updated systematic review and meta-analysis. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2023;33(2):40-50. <https://doi.org/10.1089/cap.2022.0038>
 22. Zhang L, Yao H, Li L et al. Risk of cardiovascular diseases associated with medications used in attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2022;5(11):e2243597. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.43597>
 23. Carucci S, Balia C, Gagliano A et al. Long term methylphenidate exposure and growth in children and adolescents with ADHD. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;120:509-525. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.09.031>
 24. Li L, Zhu N, Zhang L et al. ADHD pharmacotherapy and mortality in individuals with ADHD. *JAMA*. 2024;331(10):850-860. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.0851>
 25. Faraone SV, Rostain AL, Montano CB et al. Systematic review: nonmedical use of prescription stimulants: risk factors, outcomes, and risk reduction strategies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(1):100-112.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.06.012>

26. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR et al. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. BMC Psychiatry. 2017;17(1):302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>
27. Madsen KB, Robakis TK, Liu X et al. In utero exposure to ADHD medication and long-term offspring outcomes. Mol Psychiatry. 2023;28(4):1739-1746. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-01992-6>
28. Sundhedsstyrelsen. Lægemidler og amning, 2014. <https://sst.dk/da/udgivelser/2014/Rationel-Farmakoterapi-4-2014/Laegemidler-og-amning> (15. sep 2024)
29. De Jong M, Wynchank DSMR, van Andel E et al. Female-specific pharmacotherapy in ADHD: premenstrual adjustment of psychostimulant dosage. Front Psychiatry. 2023;14:1306194. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1306194>
30. Ishøy PL, Johannessen KBE, Houmann T et al. Drug survival and risk factors for ADHD medication discontinuation in adults: a Danish nationwide registry-based cohort study. Acta Psychiatr Scand. 2024;150(3):160-173. <https://doi.org/10.1111/acps.13724>