

Holdninger til bruk av medisiner hos voksne med ADHD målt ved hjelp av Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)

Skjemaet Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) kan brukes til å forutsi om pasienter med kroniske lidelser bruker medikamenter som forskrevet eller ikke.

TEKST

Berit Skretting Solberg

Mari Hysing

Tormod Bøe

Ole Bernt Fasmer

PUBLISERT 5. februar 2014

ABSTRACT:

Beliefs and attitudes towards medication in patients with ADHD

Lack of adherence to medication is common among patients, and may have implications for prognosis. Our aim was to investigate if the Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) is related to medication adherence among adults with ADHD. Twentyone patients at a psychiatric outpatient clinic participated in this retrospective study. BMQ was used to measure beliefs about medication. Patients who used medicine had significantly higher scores on the BMQ scale Specific Necessity ($p < 0.001$), whereas those who did not use medicine had significantly higher scores on the BMQ scale General Harm ($p = 0.037$). The results suggest that BMQ can be helpful to assess the relationship between attitudes to medicines for ADHD and adherence to medication in patients with ADHD.

Keywords: ADHD, BMQ, Beliefs about Medicines Questionnaire, medication adherence

At pasienter ikke følger foreskrevet medisiner, såkalt «lack of adherence to medication» (Osterberg og Blaschke, 2005), er en utfordring ved flere kroniske tilstander (Bengoa og Sabatè, WHO, 2003). Horne, Weinman og Hankins (1999) viste at holdninger til medikamentbruk målt med selvrapporteringskjemaet Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) kan predikere i hvilken grad pasienter med ulike kroniske lidelser bruker medikamenter som forskrevet eller ikke. Jónsdóttir et al. (2009) har kommet fram til at BMQ også fungerer for pasienter med alvorlige psykiatriske tilstander som bipolar lidelse og schizofreni.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder, heretter kalt ADHD (DSM-IV) er en vanlig, kronisk og funksjonsforstyrrende nevropsykiatrisk tilstand med prevalens i den voksne befolkning fra 2,5–4 % (Kessler et al., 2006; Simon, Czobor, Bálint, Mészáros & Bitter, 2009). Medikamenter er vist å være effektive for å bedre symptomer ved ADHD hos både barn og voksne (Adler, Spencer, McGough, Jiang & Muniz, 2009; Adler et al., 2011; Faraone & Glatt, 2010), men det er likevel vist at medikamenter brukes over kort tid (Adler et al., 2011, Olfson, Marcus, Zhang & Wan, 2007).

Hensikten med denne retrospektive studien er å undersøke holdninger til bruk av medisiner målt ved BMQ i en gruppe voksne pasienter diagnostisert med ADHD. Vi ønsker også å

sammenligne med holdninger til bruk av medisiner i andre pasientgrupper.

«Vi undersøkte holdninger til bruk av medisiner blant voksne pasienter diagnostisert med ADHD»

Metode

46 pasienter med kjent ADHD diagnose fra DPS Betanien voksenpsykiatriske poliklinikk henvist i perioden 01.01.2009– 31.12.2010 ble forespurt om å delta i studien, og 21 av disse deltok. Dette utgjorde en svarprosent på 46,7 %. 71,4 % var mellom 25 og 44 år. På bakgrunn av tillatelse til å innhente journalopplysninger ble sosialdemografiske data kartlagt hos alle 46. De 21 som deltok i studien besvarte selvrapporteringskjemaet BMQ. Vi har brukt BMQ-skårene fra studien til Jónsdóttir et al. (2009) og fra BMQ Validation Study til Horne et al. (1999) for å sammenligne BMQ-skårene vi fikk i vår studie. Studien til Jónsdóttir viste at BMQ oversatt til norsk viste gode psykometriske egenskaper brukt for pasienter med alvorlige psykiatriske lidelser, slik Horne et al. (1999) tidligere har vist for somatiske tilstander.

Holdninger til medikamentbruk ble målt ved bruk av BMQ (Horne et al., 1999). BMQ er et selvrapporteringskjema som måler pasientens bekymring for det å ta medisiner og i hvilken grad det kjennes nødvendig å ta medisin som forskrevet. Det er fem svarkategorier etter Likert-type skala fra «svært uenig» =1 til «svært enig» = 5. Skjemaet er todelt, og hver del har to underskalaer. Første del, BMQ Spesifikk, består av 11 ledd om holdninger til den medisinen pasienten selv tar, inndelt i underskala BMQ Spesifikk Nødvendighet (fem ledd om grad av nødvendighet rundt medisinbruk) og underskala BMQ Spesifikk Bekymring (seks ledd om grad av bekymring for fare og avhengighet ved bruk av medisiner). Den andre delen, BMQ Generell, består av åtte ledd om holdninger til medisinbruk og forskrivning generelt, inndelt i underskala BMQ Generell Skade (fire ledd om medisiner kan være skadelig) og BMQ Generell Overbruk (fire ledd om leger forskriver for mye medisin). Ansvarlig for norsk oversettelse er Kjell I. Pettersen ved Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenester.

Tabell 1. BMQ-skår i utvalget fordelt på de som bruker medisin og de som ikke bruker medisin.

	TOTALT UTVALG (N = 21)	BRUKER MEDISIN (N = 14)	MEDISIN (N = 14) BRUKER IKKE MEDISIN (N = 7)	
BMQ	Gjennomsnitt (standardavvik)			ta
Nødvendighet (5-25)	13,3 (7,09)	16,79 (5,78)	6,43 (3,41)	4,344**
Bekymring (6-30)	12,1 (5,93)	12,29 (4,86)	11,57 (8,1)	0,254
Overbruk (4-20)	12,3 (4,13)	12 (3,84)	13 (4,9)	-0,514
Skade (4-20)	9,14 (2,94)	8,21 (2,12)	11 (3,61)	-2,246*

Demografiske forskjeller ble undersøkt ved Fishers eksakt test og khikvadrattest. Forskjeller i BMQ skår mellom de som gikk på medisin og de som ikke gikk på medisin, ble undersøkt ved

bruk av *t*-tester. Alle statistiske analyser ble utført i SPSS for Windows, versjon 18 (SPSS Inc., 2010).

Prosjektet er finansiert med Sårkornmidler 2010 fra Helse Vest. Studien er forelagt for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Vest) og godkjent av Personvernombudet ved Hospitalet Betanien, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Tabell 2. Sammenligning av BMQ-skår ved ulike kroniske lidelser i tre forskjellige studier. (tall til sammenligning er hentet fra Jónsdóttir sin artikkel fra 2009, og Jónsdóttir har samtykket til bruk av data)

	N	Alder	Kjønn	BMQ Spesifikk Nødvendighet	BMQ Spesifikk Bekymring	BMQ Generell Overbruk	BMQ Generell Skade
		Gjennomsnitt	% menn	Gjennomsnitt (standardavik)	Gjennomsnitt (standardavik)	Gjennomsnitt (standardavik)	Gjennomsnitt (standardavik)
Egen studie							
ADHD	21	32	38,1	13,3 (7,09)	12,1 (5,9)	12,33 (4,13)	9,14 (2,94)
Jónsdóttir (11)							
Schizofreni	166	33	57	16,9 (4,6)	15,5 (4,1)	12,3 (3,1)	10,5 (2,8)
Bipolar lidelse	114	38	40	17,6 (4,2)	13,8 (3,8)	11,7 (3,1)	9,5 (2,6)
Total	280	35	50	17,2 (4,6) ^a	14,8 (4,1) ^b	12,0 (3,1)	10,1 (2,8)
Horne (10)							
Astma	78	45	37	19,7 (3,2)	15,8 (4,1)	11,6 (2,6)	10,2 (2,3)
Diabetes	99	47	39	21,3 (3,0)	12,9 (3,4)	11,4 (2,8)	9,3 (2,4)
Hjerte/kar	116	64	71	18,7 (3,0)	14,0 (3,7)	12,8 (2,9)	10,0 (2,3)
Psykiatriske lidelser	85	46	37	17,7 (3,8)	15,6 (3,4)	12,3 (2,8)	9,9 (2,8)

Resultater og diskusjon

Det var ikke signifikante forskjeller mellom de som deltok i spørreskjemaanalysen og de som ikke deltok, med hensyn til kjønn, alder, utdanning og yrkesaktivitet. To tredjedeler ($n = 14$) brukte medisiner ved undersøkelsestidspunktet, og av disse brukte 64 % ($n = 9$) langtidsvirkende metylfenidat som Ritalin kapsel eller Concerta. De andre fem brukte korttidsvirkende medikamenter.

Holdninger til bruk av medisiner mot ADHD målt ved BMQ viste en gjennomsnittsskår for hele gruppen på BMQ Spesi fikk Nødvendighet på 13,3 (SD = 7,09), og på BMQ Spesifikk Bekymring på

12,1 (SD = 5,93). Gjennomsnittsskår på BMQ Generell Overbruk var på 12,3 (SD = 4,13), og på BMQ Generell Skade var gjennomsnittsskår 9,14 (SD = 2,94), (se tabell 1).

Når det gjaldt sammenheng mellom holdninger til medisinbruk målt ved BMQ og den registrerte bruken av medisiner mot ADHD, fant vi at deltakere som brukte medisin, hadde signifikant høyere gjennomsnittsskår på BMQ Spesifikk Nødvendighet 16,79 (SD = 5,78), $t(19) = 4,344$, $p < 0,001$ enn deltakere som ikke brukte medisin. For BMQ Generell Skade ble det funnet at deltakere som ikke brukte medisin, hadde signifikant høyere gjennomsnittsskår på 11,0 (SD = 3,61) enn deltakere som brukte medisin, som hadde lavere gjennomsnittsskår på 8,21 (SD = 2,12), $t(19) = -2,246$, $p = 0,037$ (se tabell 1 for detaljer).

En sammenligning av gjennomsnittsskårene på BMQ for våre pasienter med ADHD, de to pasientgruppene til Jónsdóttir et al. (2009) og for fire ulike pasientgrupper i utvalget brukt i BMQ Validation Study til Horne et al. (1999) er vist i tabell 2.

Både i pasientgruppene til Horne et al. (1999) og til Jónsdóttir et al. (2009) var BMQ Spesifikk Nødvendighet høyere enn i vårt utvalg. Det kan være at pasienter med ADHD skiller seg fra pasienter med andre kroniske lidelser, for eksempel diabetes og hjertesykdom, ved at selv om de bruker medisin, oppfatter de ikke medisinbruk som like nødvendig for seg og sin livskvalitet. BMQ Spesifikk Bekymring var også litt lavere i vårt utvalg enn det som er vist i tidligere studier, mens BMQ Generell Overbruk og BMQ Generell Skade var sammenlignbare med skårene i tidligere studier.

To tredeler i utvalget bruker medisiner for vansker ved ADHD. Dette er positivt, sammenlignet med det som ellers rapporteres i litteraturen. Det er en økende aksept for at holdninger til bruk av medisiner spiller en viktig rolle i det kliniske forløpet for pasienter med psykiske lidelser. På bakgrunn av resultatene og tidligere studier anbefaler vi at klinikere har fokus på pasientens holdninger til medisiner generelt og til medisiner for ADHD spesielt, i både utredning og oppfølging av pasienter med ADHD. BMQ er et enkelt verktøy som kan brukes i en slik sammenheng.

Pasienter som viser lav skår på grad av nødvendighet for bruk av medisiner og høy skår på grad av bekymringer for skade relatert til medisinbruk, vil kunne ha behov for ekstra oppfølging. Dette kan gi mulighet for intervensjoner som for eksempel ekstra drøftinger om motivasjon for medisinbruk. Her kan de få utdype sin eventuelle skepsis og sine tanker rundt medisinbruk samtidig med evidensbasert psykoedukasjon om medisiner. I tillegg er det viktig med god oppfølging ved en eventuell medisinutprøving. Målet er å gi mulighet for bedre etterlevelse av medikamentell behandling. I tillegg er det alltid viktig å ha fokus på psykososiale tiltak.

Studien har klare begrensninger med et lite utvalg, og de to gruppene som sammenlignes er små, samt at seleksjon og naturalistisk utvalg er viktige begrensninger. Vi vet ikke om de som deltok i større eller mindre grad enn de som ikke deltok, bruker medisiner eller ikke. Det kan være at de som deltok, er de som også i større grad bruker medisiner. Vi vet heller ikke om svarene på BMQ hos de som deltok i undersøkelsen, er representativ for hele gruppen på 46 pasienter. Vi har imidlertid ikke noen grunn til å anta at det er større systematiske forskjeller. Det vil være viktig å se om tilsvarende resultater kan bli funnet i et større utvalg og med pasienter fra et annet nedslagsfelt enn ved denne poliklinikken. Denne type studier er helt nødvendig for å bedre kunnskapen om etterlevelse av medisiner i en stor pasientgruppe som voksne med ADHD. Slik kan vi få mulighet til å intervenere på en måte som kan bedre etterlevelse av medisiner for ADHD og dermed øke sjansen for en høyere yrkesdeltakelse og bedre livskvalitet.

Konklusjon

Studien viser at to tredeler av utvalget bruker medisiner for vansker ved ADHD. Pasienter som tok medisin, hadde mer positive holdninger til å ta medisin målt ved BMQ og mente medisinbruk var mindre skadelig enn pasienter som ikke tok medisin. Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) er et skjema som kan predikere i hvilken grad pasienter med ulike kroniske lidelser bruker medikamenter som forskrevet eller ikke. BMQ kan være et nyttig hjelpemiddel for å identifisere pasienter med ADHD som kan trenge mer oppfølging for å bedre compliance (etterlevelse) av medisiner.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 2, 2014, side 119-121

TEKST

Berit Skretting Solberg, Hospitalet Betanien

Mari Hysing, psykologspesialist, Uni Research/RKBU Vest

Tormod Bøe, RKBU Vest, Uni Helse

Ole Bernt Fasmer, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

+ Vis referanser

Referanser

Adler, L. A., Spencer, T., McGough, J. J., Jiang, H. & Muniz, R. (2009). Long-term effectiveness and safety of dexamethylphenidate extended-release capsules in adult ADHD. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 34, 449-459.

Adler, L. A., Orman, C., Starr, H. L., Silber, S., Palumbo, J., Cooper, K. et al. (2011). Long-Term Safety of OROS Methylphenidate in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 36, 108-114.

Bengoa, R. & Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapy: A practical approach*. World Health Organization.

Faraone, S. V. & Glatt, S. J. (2010). A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 35, 754-763.

Horne, R., Weinman, J. & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *British Medical Journal*, 319, 1-24.

Jónsdóttir, H., Friis, S., Horne, R., Petterson, K. I., Reikvam, Å. & Andreassen, O. A. (2009). Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 34, 78-84.

Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Faraone, S. V. (2006). The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 31, 716-723.

Olfson, M., Marcus, S. C., Zhang, H. F. & Wan, G. J. (2007). Continuity in methylphenidate treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 32, 570-577.

Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 30, 487-497.

Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A. & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 34, 204-211.

SPSS Inc. (2010). IBM SPSS Statistics. Chicago.