



## **Patiëntpreferenties in de keuze voor reumamedicatie**

Milou van Heuckelum<sup>1</sup>

Elke Mathijssen<sup>1</sup>

Marcia Vervloet<sup>2</sup>

Bart van den Bemt<sup>1</sup>

Liset van Dijk<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Maartenskliniek, Nijmegen

<sup>2</sup> NIVEL, Utrecht

<http://www.nivel.nl>  
nivel@nivel.nl  
Telefoon 030 2 729 700

©2017 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT en Maartenskliniek

Dit is een publicatie van het NIVEL en de Maartenskliniek.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

## Voorwoord

In Nederland hebben 220.000 patiënten chronische ontstekingsreuma, waarvan de meeste Reumatoïde Artritis (RA). De behandeling van RA bestaat vaak uit geneesmiddelen, met name disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs). In dit onderzoek is gekeken welke voorkeuren RA-patiënten hebben als het gaat om de keuze voor DMARDs en hoe zij potentiële voordelen en nadelen tegen elkaar afwegen. Dit is gedaan middels een Discrete Choice Experiment (DCE) wat vooraf gegaan werd door een literatuurstudie, een expertraadpleging en focusgroepen met patiënten. Wij danken de experts en de deelnemers aan de focusgroepen, alsmede Annette Lamboo van het Centrum voor Patiënt en Geneesmiddel die de focusgroepen geleid heeft.

In totaal namen 326 patiënten deel aan het DCE verspreid over vijf ziekenhuizen. Wij bedanken de patiënten, alsmede de zorgverleners die de deelnemers voor ons benaderden, voor hun medewerking.

Het onderzoek is een samenwerking tussen de Maartenskliniek (Nijmegen) en het NIVEL (Utrecht) en is gedaan met een subsidie van Pfizer Nederland.

Utrecht, december 2017

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>6</b>
1.1 Achtergronden en aanleiding van deze knelpuntenanalyse	6
1.2 Doel- en vraagstellingen	7
<b>2 Methode</b>	<b>8</b>
2.1 Voorbereidingen	8
2.2 Discrete keuze experiment: vragenlijst	9
2.3 Discrete keuze experiment: dataverzameling	11
2.4 Discrete keuze experiment: analyse	11
<b>3 Resultaten</b>	<b>13</b>
3.1 Resultaten voorbereidend onderzoek	13
3.2 Resultaten discrete keuze experiment	14
3.2.1 Deelnemers	14
3.2.2 Keuzes voor eigenschappen en niveaus	17
3.2.3 Latente klasse analyse	19
<b>4 Conclusies</b>	<b>24</b>
4.1 Samenvatting	24
4.2 Discussie	25
4.2.1 Vergelijking met eerder onderzoek	25
4.2.2 Beperkingen van het onderzoek	26
4.2.3 Conclusie	26
<b>Referenties</b>	<b>27</b>
<b>Bijlage I: Attributenlijst beoordeeld door het expertpanel</b>	<b>29</b>
<b>Bijlage II: Attributenlijst beoordeeld in focusgroepen</b>	<b>31</b>
<b>Bijlage III: Vragenlijst DCE</b>	<b>34</b>

## Samenvatting

### Waarom dit onderzoek?

In Nederland hebben 220.000 patiënten chronische ontstekingsreuma, waarvan de grootste groep Reumatoïde Artritis (RA). Tegenwoordig is er een grote verscheidenheid aan geneesmiddelen om patiënten met RA te behandelen. Tot op heden is weinig bekend over de voorkeuren die RA-patiënten in Nederland hebben als het gaat om de keuze voor reumamedicatie. Inzicht in de voorkeuren van patiënten kan het gesprek tussen artsen en patiënten ondersteunen en zo de gezamenlijke besluitvorming bevorderen. Dit onderzoek had daarom tot doel om de voorkeuren van RA patiënten met betrekking tot reumamedicatie in kaart te brengen door middel van een discreet keuze experiment. Hierin kregen de 326 deelnemers online veertien keuzes tussen twee fictieve geneesmiddelen voorgelegd die verschilden op de volgende zeven eigenschappen: kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker), kans op hogere leverwaarden dan normaal, kans dat het medicijn aanslaat, duur tot werking medicijn, kans op ernstige infecties, toedieningsvorm en toedieningsfrequentie.

### Kans dat medicijn aanslaat belangrijkst voor keuze geneesmiddel

De kans dat een behandeling aanslaat is de eigenschap die het meest bijdraagt aan de voorkeur voor een geneesmiddel. Logischerwijze hebben patiënten de voorkeur voor een behandeling met een grotere kans op effect. Wel zijn er verschillen binnen de patiëntpopulatie; een aantal patiënten laat hun keuze meer van praktische eigenschappen afhangen dan van de kans dat het medicijn aanslaat. De duur totdat dit effect optreedt, speelt een minder belangrijke rol in de keuze voor een geneesmiddel dan de kans dat het medicijn aanslaat. Ook de kans op kanker met een goede prognose, de kans op ernstige infecties en de kans op verhoogde leverwaarden bepalen minder sterk de voorkeur van patiënten dan de twee hiervoor genoemde kenmerken. De reden hiervoor kan zijn dat de kans op het krijgen van deze nadelige gevolgen laag is.

### Duidelijke verschillen in preferenties voor toedieningsvorm / toedieningsfrequentie

Na de kans dat het medicijn aanslaat van de behandeling is toedieningsvorm het belangrijkst in de keuze voor een geneesmiddel. Voor ongeveer een derde van alle patiënten is toedieningsvorm zelfs het belangrijkste aspect in de keuze voor een geneesmiddel. Binnen de groep patiënten die toedieningsvorm het belangrijkst vinden, bestaan echter wel verschillen in voorkeuren: een derde van hen heeft een voorkeur voor injecties boven tabletten/capsules en een infuus terwijl tweederde een voorkeur voor tabletten heeft. Als we naar de hele populatie kijken, heeft de grootste groep mensen een voorkeur voor tabletten. Tot slot vinden mensen die veel waarde hechten aan de toedieningsvorm relatief gezien ook de toedieningsfrequentie belangrijk.

### Voorkeuren in de praktijk

Patiënten verschillen in hun voorkeuren voor fictieve geneesmiddelen. Patiëntkenmerken zoals geslacht, ziekteduur en opleiding hangen niet sterk samen met deze voorkeuren waardoor geen typeringen van voorkeuren op basis van deze kenmerken mogelijk zijn. Voorkeuren moeten daarom per patiënt in kaart gebracht worden. Dit kan mondeling in de spreekkamer of door een keuzehulp. Wanneer patiënten een behandeling krijgen die beter bij hun voorkeuren past, kan dit de tevredenheid met de therapie alsmede de therapietrouw bevorderen.

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergronden en aanleiding van deze knelpuntenanalyse

### Reumatoïde Artritis

In Nederland hebben 1,95 miljoen mensen een reumatische aandoening, waarvan 220.000 chronische ontstekingsreuma (Sloot e.a. 2016). De grootste groep mensen met chronische ontstekingsreuma heeft Reumatoïde Artritis (RA). RA een systemische ziekte die het hele lichaam beïnvloedt (Young e.a. 2007). RA veroorzaakt ontsteking van het gewricht. Dit leidt tot gewrichtspijn, zwelling en ochtendstijfheid. Patiënten ervaren daarbij pijn, vermoeidheid en functionele beperkingen (Sloot e.a. 2016). Als de aandoening onbehandeld blijft, kan RA leiden tot onomkeerbare schade en vervorming van de aangetaste gewrichten (Scott e.a. 2003). Daarmee is RA een oorzaak voor blijvende invaliditeit (Scott e.a. 2003; Vos e.a. 2012). De arbeidsdeelname onder RA patiënten ligt dan ook lager dan gemiddeld in de beroepsbevolking (Sloot e.a. 2016).

### DMARDs

RA is te behandelen met geneesmiddelen. Het doel van de behandeling is remissie of, althans bij langdurige RA, een lagere ziekteactiviteit (Smolen e.a. 2013). De behandeling bestaat vooral uit het gebruik van zogenaamde disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) (Smolen e.a. 2013; Singh e.a. 2016). Tegenwoordig is er een grote verscheidenheid aan DMARDs beschikbaar die in twee typen kunnen worden onderverdeeld: de conventionele, synthetische DMARDs (sDMARDs) en de nieuwere, biologische DMARDs (bDMARDs) (Smolen e.a. 2013; Singh e.a. 2016; Ramiro e.a. 2014). Beide typen geneesmiddelen proberen de ziekte (en daarmee ook radiologische schade) te controleren door het immuunsysteem te onderdrukken. Het is bij RA een uitdaging om zo snel mogelijk de juiste behandeling te bepalen (Tambar e.a. 2007; Feely e.a. 2009). Reumatologen kunnen bij het voorschrijven kiezen uit verschillende DMARDs elk met hun eigen eigenschappen (ook wel aangeduid als attributen). Zo kan een DMARD bijvoorbeeld oraal, subcutaan of intraveneus genomen of toegediend worden.

### Voorkeuren van patiënten

Niet alleen de arts heeft een keuze in de behandeling maar ook de patiënt. Steeds vaker wordt gepleit om de voorkeuren van patiënten in behandelbeslissingen op te nemen (Mulley e.a. 2012; Elwyn e.a. 2000). Tot op heden is weinig bekend over de voorkeuren die Nederlandse RA-patiënten hebben als het gaat om de keuze voor DMARDs en hoe zij potentiële voordelen en nadelen tegen elkaar afwegen. Inzicht in de voorkeuren van patiënten kan het gesprek tussen artsen en patiënten ondersteunen en zo de gezamenlijke besluitvorming bevorderen. Uit het promotieonderzoek van Nota (2017) blijkt dat patiënten zich nog maar weinig betrokken voelen bij de besluitvorming rondom DMARDs.

Om inzicht te krijgen in de voorkeuren van patiënten wordt geregeld gebruik gemaakt van discrete keuze modellen (DCEs)<sup>1</sup> (Lancsar e.a. 2008; Louviere e.a. 2009; Muhlbacher e.a. 2016; Naik-Panvelkar e.a. 2013). Binnen een DCE krijgen patiënten keuzetaken voorgelegd. In deze keuzetaken

---

<sup>1</sup> Discrete Choice Experiments (DCEs). In het vervolg duiden we deze experimenten aan als DCEs.

wordt hen gevraagd om een keuze te maken tussen verschillende behandelingen. Deze behandelingen worden op basis van een aantal eigenschappen (attributen) beschreven. Voorbeelden van eigenschappen zijn bijvoorbeeld manier van innemen, duur van de behandeling en de kans op het krijgen van mogelijke bijwerkingen. Elk eigenschap heeft een aantal niveaus. Bijvoorbeeld: oraal, subcutaan of intraveneus zijn niveaus die horen bij de toedieningsvorm van een geneesmiddel. Een andere eigenschap is de duur totdat de patiënt iets merkt van de behandeling bijvoorbeeld direct, twee of twaalf weken. Patiënten kunnen in een DCE steeds kiezen tussen realistische eigenschappen, maar (vaak) hypothetische behandelingen die variëren door een combinatie van verschillende niveaus (De Bekker-Grob, 2009). Op basis van de keuzes die patiënten maken, kan vastgesteld worden wat de voorkeuren van patiënten zijn en welke eigenschappen daarbij vooral belangrijk zijn.

## 1.2 Doel- en vraagstellingen

Het onderzoek beschreven in dit rapport heeft tot doel om de voorkeuren van RA patiënten met betrekking tot DMARDs in kaart te brengen. Hiertoe is een DCE opgezet.

Het eerste deel van het onderzoek was de **voorbereidende fase**. Deze bestond uit een literatuuronderzoek, een expertraadpleging en focusgroepen met patiënten. De onderzoeksvragen in dit voorbereidende deel waren:

- Welke eigenschappen zijn belangrijk voor RA patiënten in de keuze voor DMARDs?
- Welke niveaus kunnen aan deze eigenschappen toegekend worden?

In het tweede deel van het onderzoek is **het DCE** uitgevoerd. De onderzoeksvragen van dit deel van het onderzoek luiden:

- Welke voorkeuren hebben RA patiënten als het gaat om de behandeling met (fictieve) DMARDs?
- Wat is het belang van elke eigenschap/elk niveau in de keuze voor een DMARD behandeling door RA patiënten?
- Welke patiëntkenmerken hangen samen met deze keuze?

## 2 Methode

### 2.1 Voorbereidingen

Voor het ontwikkelen van het discrete keuze experiment zijn drie stappen gevolgd:

1. Literatuuronderzoek
2. Expertraadpleging
3. Focusgroepen

Het doel van deze voorbereiding was te komen tot een selectie van maximaal zeven eigenschappen met elk drie niveaus. Dit aantal is gebaseerd op voorgaande studies en door het raadplegen van DCE experts.

#### 1. Literatuuronderzoek

Er werd gezocht in de databases van PubMed, CINAHL en Embase. De zoekstrategie is hieronder weergegeven. De gevonden publicaties werden door twee onderzoekers (combinaties van EM, MvH, MV en LvD) gescreend op titel en abstract. Van de overgebleven artikelen werd de gehele tekst bekeken door twee onderzoekers. Er werden een aantal gegevens uit de geïncludeerde artikelen samengevat, namelijk: 1) Auteur(s) (publicatiejaar); 2) Studielocatie; 3) Doel(en); 4) Design; 5) Populatie; 6) Steekproefgrootte; 7) eigenschappen en niveaus; en 8) Conclusie. De onderzoekers stelden een conceptlijst op van eigenschappen met bijbehorende niveaus. De gevonden studies waren verschillend wat betreft design en ook kwalitatief onderzoek werd opgenomen.

**Tabel 2.1** Zoekstrings gebruikt in het literatuur onderzoek

PubMed	CINAHL	Embase
(Rheumatoid arthritis [MeSH] OR Rheumatoid arthritis) AND (Antirheumatic agents [MeSH] OR Antirheumatic agents OR Azathioprine OR Methotrexate OR Sulphasalazine OR Hydroxychloroquine OR Auranofin OR Leflunomide OR Etanercept OR Adalimumab OR Golimumab OR Infliximab OR Certolizumab OR Abatacept OR Tocilizumab OR Rituximab) AND (preferences OR attributes OR experiences)	(MH "Arthritis, Rheumatoid+" OR Rheumatoid arthritis) AND (MH "Antirheumatic Agents+" OR antirheumatic agents OR Azathioprine OR Methotrexate OR Sulphasalazine OR Hydroxychloroquine OR Auranofin OR Leflunomide OR Etanercept OR Adalimumab OR Golimumab OR Infliximab OR Certolizumab OR Abatacept OR Tocilizumab OR Rituximab) AND (preferences OR attributes OR experiences)	Rheumatoid arthritis.mp. or exp Rheumatoid arthritis/ AND Antirheumatic agents.mp. or exp Antirheumatic agent/ or Methotrexate.mp. or Azathioprine.mp. or Sulphasalazine.mp. or Hydroxychloroquine.mp. or Auranofin.mp. or Leflunomide.mp. or Etanercept.mp. or Adalimumab.mp. or Golimumab.mp. or Infliximab.mp. or Certolizumab.mp. or Abatacept.mp. or Tocilizumab.mp. or Rituximab.mp. AND preferences.mp. or attributes.mp. or experiences.mp.

#### 2. Expertpanel

De lijst met conceptuele eigenschappen en niveaus werd vervolgens voorgelegd aan een expertpanel bestaande uit twee reumatologen, twee apothekers, twee



reumatologieverpleegkundigen of verpleegkundig specialisten, twee onderzoekers en twee patiënten met reumatoïde artritis. Ze werden gevraagd om commentaar te geven op de lijst (onder andere op relevantie en formulering) (Bijlage 1). Ook konden ze de lijst aanvullen met eigenschappen en niveaus die er nog niet tussen stonden. Aan de hand van hun commentaar werd de lijst aangepast. Dit resulteerde in een nieuwe lijst met eigenschappen en niveaus. Deze werd gebruikt als input voor de focusgroepen.

### **3. Focusgroepen**

Er werden drie focusgroepen met patiënten met reumatoïde artritis gehouden, waarvan twee in de Maartenskliniek en één in de regio Den Bosch, georganiseerd door de regionale patiëntenvereniging. De focusgroepen bestonden uit twee delen. Tijdens het eerste deel werd aan de patiënten gevraagd om individueel eigenschappen en niveaus te noteren die ze belangrijk vonden bij de keuze voor reumaremmers (Bijlage 2). De genoteerde antwoorden werden vervolgens in de groep besproken. Tijdens het tweede deel werd een lijst met conceptuele eigenschappen en niveaus aan de patiënten voorgelegd. Ze werden gevraagd om individueel de eigenschappen te ranken in volgorde van belangrijkheid. De lijst kon worden aangevuld met eigenschappen en niveaus die naar de mening van de patiënt ontbraken. De individuele ranking van iedere patiënt werd vervolgens in de groep besproken.

Alle focusgroepen werden opgenomen met een geluidsrecorder. De geluidsopnamen werden vervolgens letterlijk getranscribeerd en door twee onderzoekers (EM, MvH) onafhankelijk van elkaar geanalyseerd. Hierbij werd gebruikgemaakt van een thematische analyse waarbij zowel een inductieve als deductieve benadering werd gehanteerd. Daarnaast werd de individuele ranking van iedere patiënt bij elkaar opgeteld om een ranking op groepsniveau te verkrijgen. Aan de hand van deze ranking werd per focusgroep en voor alle drie de focusgroepen bekeken welke eigenschappen het meest belangrijk werden gevonden.

## **2.2 Discrete keuze experiment: vragenlijst**

Op basis van de voorbereidingen is een vragenlijst opgesteld. Deze vragenlijst is te vinden in Bijlage 3. De vragenlijst bestond uit de volgende onderdelen:

1. Algemene vragen: vragen over geslacht, geboortedatum, burgerlijke staat, woonsituatie, nationaliteit, opleiding en werkstatus;
2. Vragen over aandoening (jaar van diagnose) en medicijngebruik (welke reumamedicatie, nu en in het verleden);
3. Voorkeuren voor medicijnen: dit was het centrale deel van de vragenlijst, zie hieronder voor een verdere uitleg;
4. Persoonlijke mening over medicijnen: deze vragen bevatten de Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ-specific) (Horne e.a. 1999).

### **Onderdeel: Voorkeuren voor medicijnen**

In de vragenlijst werd patiënten 14 keer een keuze voorgelegd tussen twee hypothetische geneesmiddelen met zeven eigenschappen (zie Figuur 2.1). Van deze 14 keuzekaarten werden twee keuzekaarten gebruikt om te controleren of patiënten de keuzekaarten voldoende hadden begrepen. Deze twee keuzekaarten werden zodanig gepresenteerd dat 'Medicijn 1' altijd een gunstiger profiel van eigenschappen met niveaus had dan 'Medicijn 2'. Voorbeeld: 'Medicijn 1' (80% kans dat het medicijn aanslaat, geen verhoogde kans op hogere leverwaarden dan normaal,

en werkt na 1 week) en 'Medicijn 2' (40% kans dat het medicijn aanslaat, 1,0% kans op hogere leverwaarden dan normaal, en werkt na 12 weken).

Per eigenschap waren er drie niveaus. Deze zeven eigenschappen met bijbehorende niveaus waren:

1. Toedieningsvorm (tabletten/capsules; injectie in been of buik / infuus);
2. Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers) (geen verhoogde kans, 0,5% kans, 1,0% kans);
3. Toedieningsfrequentie (dagelijks, wekelijks, maandelijks);
4. Kans op hogere leverwaarden dan normaal (geen verhoogde kans, 0,1% kans, 1,0% kans);
5. Kans dat het medicijn aanslaat (40%, 60%, 80%);
6. Duur tot merkbaar effect medicijn (1 week, 6 weken, 12 weken);
7. Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker) (geen verhoogde kans, 0,1% kans, 0,5% kans).

Figuur 2.1 geeft twee voorbeelden van keuzes die mensen moesten maken. Aan het eind van dit onderdeel werd respondenten gevraagd aan te geven hoe moeilijk zij de keuzetaak vonden op een schaal van 1 (zeer makkelijk) tot 10 (zeer moeilijk).

**Figuur 2.1 Voorbeelden van keuzes in het discrete keuze experiment**

1. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welk medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Injectie in been of buik	Injectie in been of buik
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	1,0% kans	Geen verhoogde kans
Toedieningsfrequentie	Maandelijks	Dagelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	Geen verhoogde kans	1,0% kans
Kans dat het medicijn aanslaat	80% kans	80% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 1 week	Werkt na 12 weken
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	0,1% kans	0,5% kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welk medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Infuus	Tabletten/Capsules
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	1,0% kans	Geen verhoogde kans
Toedieningsfrequentie	Dagelijks	Dagelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	1,0% kans	1,0% kans
Kans dat het medicijn aanslaat	40% kans	80% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 1 week	Werkt na 12 weken
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	Geen verhoogde kans	0,5% kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 2.3 Discrete keuze experiment: dataverzameling

De gegevens voor dit project zijn verzameld bij patiënten met RA in vijf ziekenhuizen: Maartenskliniek Nijmegen, Medisch Spectrum Twente, Reade Amsterdam, Erasmus MC Rotterdam en Maastricht UMC. De patiënten kregen een brief van hun behandelaar thuisgestuurd met informatie over het onderzoek en de vraag tot deelname. Patiënten die wilden deelnemen, konden middels een antwoordkaart aangeven mee te willen doen. De mensen werden dan door de onderzoekers benaderd voor een nadere toelichting over het onderzoek. Vervolgens kregen de patiënten de optie om de vragenlijst thuis in te vullen of op locatie. Als er een voorkeur was voor het thuis invullen van de digitale vragenlijst, dan werd er door de lokale onderzoeker een link naar het door de patiënt(e) opgegeven emailadres gestuurd. Indien de voorkeur uitging naar het invullen van de digitale vragenlijst op locatie, werd de patiënt gebeld om een afspraak met één van de onderzoekers in te plannen.

### 2.4 Discrete keuze experiment: analyse

#### Utiliteiten en relatief belang van elk eigenschap

De eerste stap in de analyse is het berekenen van het verschil tussen de laagste en hoogste utiliteit voor elk van de zeven eigenschappen. Een utiliteit is een numerieke eenheid om de preferentie van de patiënt weer te geven: hoe groot is de voorkeur van de patiënt voor een bepaald niveau binnen een eigenschap? Bijvoorbeeld: hoe sterk is de preferentie van de patiënt voor tabletten/capsules vergeleken met een infuus of een injectie? De utiliteitsscores zijn bepaald met de online Hierarchical Bayes Module (Sawtooth Software). Per eigenschap zijn er drie utiliteitsscores (voor

elk niveau één) berekend. De hoogste en de laagste utiliteitsscore zijn van elkaar afgetrokken (*verschilscore individuele eigenschap*). Deze verschilcores zijn bij elkaar opgeteld tot een somscore (*somscore*). Vervolgens is per individuele eigenschap de verschilscore gedeeld door deze somscore en vermenigvuldigd met 100. Het aldus verkregen percentage geeft inzicht in de relatieve bijdrage van elk DMARD-eigenschap bij de keuze van de behandeling (relatieve belang). Gezocht is naar interacties tussen kenmerken maar deze werden niet gevonden.<sup>2</sup>

### **Count analyse**

Met de count analyse is bepaald hoe vaak een bepaald niveau is gekozen als proportie van het aantal keren dat het niveau is getoond aan respondenten. Voorbeeld: stel dat het niveau “tabletten/capsules” 1000 keer is vertoond in de keuzes die patiënten moesten maken tussen twee geneesmiddelen (zie voorbeelden vorige bladzijde) en ze kozen 700 keer voor tabletten, dan is de count score 0,70.

### **Latente klasse analyse**

Latente klasse analyse is een manier om groepen respondenten in te delen op basis van hun preferenties. De latente klasse analyse schat simultaan de utilities voor elke groep en de kans dat de respondent tot de betreffende groep behoort. Voor dit rapport hebben we patiënten ingedeeld in de groep waarvoor zij de grootste kans hebben daartoe te behoren. Patiënten die vergelijkbare voorkeuren voor eigenschappen in het DCE laten zien, worden in dezelfde groep ingedeeld. Bijvoorbeeld: wanneer patiënten kans op aanslaan van een medicijn, toedieningsfrequentie en toedieningsvorm sterk laten meewegen in hun beslissingen maar kans op negatieve gevolgen niet, dan worden zij waarschijnlijk in dezelfde groep ingedeeld. Echter, ook de keuzen *binnen* een attribuut spelen mee. Bijvoorbeeld: wanneer er binnen de groep patiënten die toedieningsvorm belangrijk vinden een deel een hele sterke voorkeur heeft voor tabletten en de andere voor een injectie, dan worden deze patiënten, ook al lijken ze in de rest van hun voorkeuren op elkaar, toch in afzonderlijke groepen ingedeeld.

---

<sup>2</sup> De enige uitzondering was een interactie tussen toedieningsvorm en toedieningsfrequentie maar gezien het aantal testen kan dit het gevolg van kanskapitalisatie zijn.

## 3 Resultaten

### 3.1 Resultaten voorbereidend onderzoek

#### 1. Literatuuronderzoek

De zoekstrategie leverde 884 hits op. Van de 41 artikelen die na screening op titel en abstract overbleven, werd de volledige tekst opgevraagd. Hiervan bleven uiteindelijk 14 artikelen over voor inclusie (zie Referenties voor de lijst met geïncludeerde artikelen). Aan de hand van deze gegevens werd door de onderzoekers een lijst opgesteld met 19 conceptuele eigenschappen en bijbehorende niveaus. Drie voorbeelden van eigenschappen op deze eerste lijst zijn:

- Duur tot werking medicijn (met als niveaus: het medicijn werkt na 1 week; het medicijn werkt na 2 weken, het medicijn werkt na 4 weken, het medicijn werkt na 6 weken en het medicijn werkt na 8 weken).
- Kans op ernstige infecties (met als niveaus: 1 op de 100 patiënten (1%) krijgt last van ernstige infecties; 5 op de 100 patiënten (5%) krijgen last van ernstige infecties)
- Maatschappelijke kosten reumaremmers (met als niveaus: 500 tot 1.000 euro per patiënt per jaar, 1.000 tot 10.000 euro per patiënt per jaar, 10.000 tot 15.000 euro per patiënt per jaar)

De volledige lijst is opgenomen in Bijlage 1.

#### 2. Expertpanel

De lijst met conceptuele eigenschappen en niveaus werd vervolgens voorgelegd aan het expertpanel. Aan de hand van hun commentaar werd de lijst met eigenschappen en niveaus aangepast. Dit resulteerde in een lijst met 22 conceptuele eigenschappen en bijbehorende niveaus. Voorbeelden van door experts toegevoegde eigenschappen zijn:

- "Bewaarcondities" (met als niveaus: het medicijn moet gekoeld worden bewaard; het medicijn moet op kamertemperatuur worden bewaard);
- Kennis over de lange termijn gevolgen van het medicijn (de langetermijngevolgen zijn bekend; de lange termijn gevolgen zijn onbekend).

De volledige lijst is opgenomen in Bijlage 2. Deze werd gebruikt als input voor de focusgroepen.

#### 3. Focusgroepen

Deelnemers van de focusgroepen werd gevraagd om individueel de eigenschappen te ranken in volgorde van belangrijkheid (1 = meest belangrijk, 22 = minst belangrijk). De lijst kon worden aangevuld met eigenschappen en niveaus die er nog niet tussen stonden. De individuele ranking van iedere patiënt werd vervolgens in de groep besproken. Aan de hand van deze ranking werd per focusgroep en over alle drie de focusgroepen heen bekeken welke eigenschappen het hoogste waren gerankt (en dus het meest belangrijk werden gevonden). Tabel 3.1 geeft hiervan een overzicht. Samen met de thematische analyse door de onderzoekers leidde dit tot een selectie van zeven definitieve eigenschappen die in de uiteindelijke vragenlijst (bijlage 3) zijn opgenomen. Voor iedere eigenschap werden tevens de 3 meest belangrijke niveaus geselecteerd.<sup>3</sup> Daarnaast is er na deze ranking samen met een tweetal reumatologen nog eenmaal kritisch gekeken naar de

---

<sup>3</sup> De ranking van de niveaus is op te vragen bij de onderzoekers.

formulering van de eigenschappen en niveaus om deze voor alle mogelijke deelnemers zo begrijpelijk mogelijk weer te geven.

Tabel 3.1 Ranking van de 22 eigenschappen in de focusgroepen (n=22 deelnemers)  
(1= belangrijkste; 22= minst belangrijk)

Eigenschappen	Aantal punten	Gemiddelde
Mogelijk verhoogde kans op kanker	141	6,1
Kans op lever-, nier- of longschade	155	6,7
Kans dat het medicijn aanslaat	174	7,6
Kans op ontwikkelen gewricht schade binnen 1 jaar	177	7,7
Duur tot werking medicijn	193	8,4
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of stoppen van uw reumaremmers)	203	8,8
Kennis over lange termijn gevolgen van het medicijn (20 jaar)	206	9,0
Kans op maagdarmklachten (bijvoorbeeld: misselijkheid, braken en/of diarree)	229	10,0
Toedieningsvorm	233	10,0
Aantal jaren dat het geneesmiddel wordt gebruikt	239	10,4
Kans op mondzweren	261	11,4
Kans op duizeligheid of hoofdpijn	266	11,6
Locatie voor toediening	266	11,6
Toedieningsfrequentie	282	12,3
Combinatietherapie (behandeling met meerdere reumaremmers tegelijk )	292	12,7
Kans op (jeukende) huiduitslag	295	12,8
Infuustijd	313	13,6
Kans op haaruitval	314	13,7
Kans op lokale huidreactie op injectieplaats	319	13,9
Bewaarcondities	357	15,5
Het medicijn moet eerst worden klaargemaakt voor het kan worden toegediend ( Bijvoorbeeld poeder oplossen in water)	374	16,3
Maatschappelijke kosten reumaremmers	412	17,9

## 3.2 Resultaten discrete keuze experiment

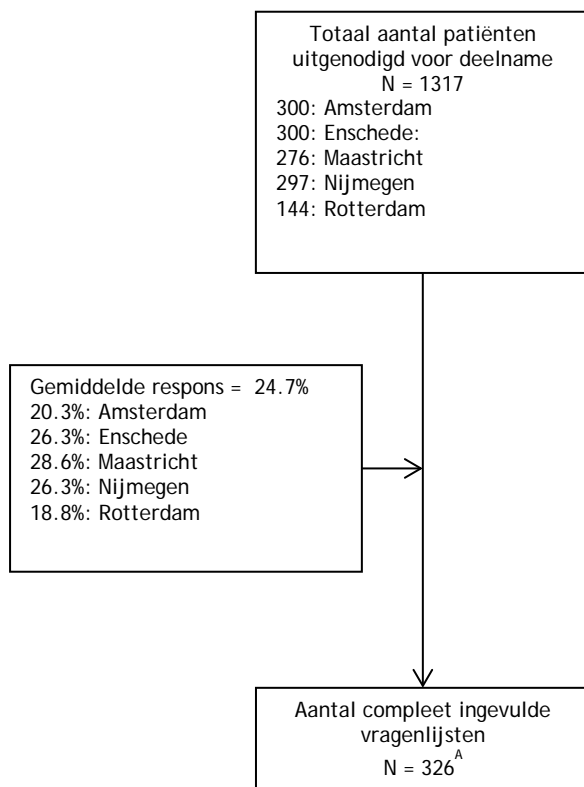
### 3.2.1 Deelnemers

De gegevens uit dit onderzoek zijn verzameld in vijf ziekenhuizen. Figuur 3.1 geeft de respons per ziekenhuis weer. In totaal gaan de analyses in dit rapport over 326 deelnemers; er waren meer deelnemers, maar alleen degenen die de vragenlijst volledig invulden, zijn opgenomen in de analyses. Er werden geen verschillende resultaten gevonden tussen de ziekenhuizen.

Tabel 3.2 geeft de eigenschappen van de patiënten weer. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is bijna 63 jaar; 12% van de deelnemers is jonger dan 50 jaar, 37% is tussen de 50 en 64 jaar, 38% van de deelnemers is tussen de 65 en 74 jaar en 13% is 75 jaar of ouder. De gemiddelde leeftijd is lager dan in de gehele populatie patiënten met chronische ontstekingsreuma (Sloot e.a.

2016). Iets meer dan twee derde van de deelnemers is vrouw. Dit is vergelijkbaar met het aandeel in de gehele populatie patiënten met chronische ontstekingsreuma (Sloot e.a. 2016). Ruim twee derde van de deelnemers is gehuwd; ook dit is vergelijkbaar met de gehele populatie patiënten met chronische ontstekingsreuma (Sloot e.a. 2016). Bijna een derde van de deelnemers heeft een hoge opleiding (HBO of universiteit), terwijl vier op de tien deelnemers een lage opleiding hebben (lagere school, VMBO). Vier op de tien deelnemers zijn met pensioen, en één op de zes deelnemers (16%) is arbeidsongeschikt. Het meest gebruikte geneesmiddel is methotrexaat, gevolgd door TNF-alfaremmers. De mensen vonden de vragenlijst niet heel eenvoudig om in te vullen. Op een schaal van één (heel makkelijk) tot tien (heel moeilijk) was de gemiddelde score 5.3.

**Figuur 3.1** Flowchart met deelnemers



<sup>A</sup> waarvan 1 complete vragenlijst afkomstig uit één van de centra, maar onduidelijk welk centrum

Tabel 3.2 Eigenschappen van deelnemende patiënten (n=326)

Eigenschap	Gem (sd) / N ( %)
Leeftijd (gem, sd, n=322)	62,9 (11,8)
Vrouw (n, %)	224 (68,9)
Burgerlijke staat, N (%)	
- Gehuwd (incl. geregistreerd partnerschap)	228 (70,2)
- Ongehuwd samenwonend	18 (5,5)
- Voor de wet gescheiden	28 (8,6)
- Weduwe/weduwenaar	26 (8,0)
- Nooit gehuwd geweest	25 (7,7)
Nationaliteit, N (%)	
- Nederlands	323 (99,4)
- Anders	2 (0,6)
Opleidingsniveau, N (%)	
- Lagere school	16 (4,9)
- LBO, MAVO, VMBO	115 (35,4)
- HAVO, VWO, MBO	89 (27,4)
- HBO, Universiteit	103 (31,7)
- Onbekend/geen antwoord	2 (0,6)
Werksituatie	
- Werkend, betaald, ≥32 uur/week	45 (13,9)
- Werkend, betaald, 20-32 uur/week	27 (8,3)
- Werkend, betaald, 12-20 uur/week	13 (4,0)
- Werkend, betaald, <12 uur/week	9 (2,8)
- Met (vervroegd) pensioen	131 (40,0)
- Werkloos/werkzoekend	10 (3,1)
- Arbeidsongeschikt	53 (16,3)
- Bijstandsuitkering	1 (0,3)
- Fulltime huisvrouw/huisman	36 (11,0)
- Studerend	1 (0,3)
Jaar diagnose reumatoïde artritis (gem, sd)	2003,3 (11,2)
Huidige medicijngebruik, N (%)	
- Methotrexaat	207 (63,7)
- Hydroxychloroquine (Plaquenil)	64 (19,7)
- Sulfasalazine	39 (12,0)
- Andere cDMARDs	23 (7,1)
- Adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab of infliximab	94 (28,9)
- Andere bDMARDs	41 (12,6)
- Corticosteroiden	61(18,8)
- Geen	17 (5,2)
Medicijngebruik verleden	
- Methotrexaat	222 (68,3)
- Hydroxychloroquine (Plaquenil)	118 (36,3)
- Sulfasalazine	87 (26,8)
- Andere cDMARDs	56 (17,2)
- Adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab of infliximab	101 (31,0)
- Andere bDMARDs	30 (9,2)
- Corticosteroiden	140 (43,1)
- Geen	31 (9,5)
Moeilijkheidsgraad vragenlijst (1=heel makkelijk, 10 = heel moeilijk)	5,3 (2,1)



### 3.2.2 Keuzes voor eigenschappen en niveaus

Patiënten kregen 14x2 fictieve geneesmiddelen voorgelegd. Deze geneesmiddelen hadden zeven eigenschappen. De niveaus verschilden ten minste op een deel van deze eigenschappen zodat de patiënt een preferent middel kon kiezen. Men woog dus de verschillen op een eigenschap, rekening houdend met de niveaus van alle andere eigenschappen.

Tabel 3.3 laat zien hoe vaak een bepaald niveau is gekozen ten opzichte van het aantal keer dat het niveau getoond is aan respondenten. De verschillen tussen de niveaus zijn het grootst bij de *toedieningsvorm* en bij de *kans dat het medicijn aanslaat*. Bij dit laatste kenmerk is er een duidelijke voorkeur voor 80% kans dat het medicijn aanslaat boven 60%; 60% heeft weer duidelijk de voorkeur boven 40%. Binnen het kenmerk *kans dat het medicijn aanslaat* werd het niveau “80% kans dat het medicijn aanslaat” in 68% van de voorgelegde keuzekaarten waarop dit niveau voorkwam gekozen. Bij *toedieningsvorm* is te zien dat binnen dit kenmerk het niveau “tabletten/capsules” in 63% van de voorgelegde keuzekaarten waarop dit niveau voorkwam verkozen werd boven een geneesmiddel met een andere toedieningsvorm.<sup>4</sup> De resultaten voor de *toedieningsfrequentie* laten zien dat er een voorkeur is voor maandelijkse en wekelijkse toediening enerzijds boven dagelijkse toediening anderzijds. Wat betreft de *tijd tot het effect optreedt* zien we dat er een voorkeur is voor een effect na één week, maar dat de verschillen met de andere twee niveaus (zes en twaalf weken) niet heel groot zijn. Voor het *risico op goed behandelbare kanker*, *kans op hogere leverwaarden dan normaal* en *kans op ernstige infecties* zien we dat geen risico vaker gekozen wordt dan een licht verhoogd risico. Echter, de verschillen tussen de niveaus zijn niet groot.

---

<sup>4</sup> Deze getallen tellen per attribuut niet op tot 100% omdat er in het experiment niet twee maar drie niveaus waren. Ook was een niveau soms hetzelfde in beide geneesmiddelen die in de keuzetaak werden getoond.

Tabel 3.3 Count analyse voor verschillende eigenschappen: aantal keer dat een niveau gekozen is ten opzichte van het aantal keer dat een niveau gepresenteerd is aan een respondent (N=326)

eigenschappen en niveaus	Counts	Within attribute Chi <sup>2</sup>	P-waarde
<b>Toedieningsvorm</b>			
Tablet/capsule	0,63	217,4	<0,01
Injectie	0,52		
Infuus	0,35		
<b>Kans dat het medicijn aanslaat</b>			
80%	0,68	321,1	<0,01
60%	0,50		
40%	0,33		
<b>Toedieningsfrequentie</b>			
Maandelijks	0,59	113,8	<0,01
Wekelijks	0,53		
Dagelijks	0,38		
<b>Kans op ernstige infecties</b>			
Geen risico	0,56	31,3	<0,01
0,5%	0,49		
1,0%	0,45		
<b>Tijd tot effect optreedt</b>			
Eén week	0,56	32,5	<0,01
Zes weken	0,49		
Twaalf weken	0,45		
<b>Risico op kanker (bijv. huidkanker met goede prognose)</b>			
Geen risico	0,56	30,2	<0,01
0,1%	0,48		
0,5%	0,46		
<b>Kans op hogere leverwaarden dan normaal</b>			
Geen risico	0,55	30,1	<0,01
0,1%	0,50		
1,0%	0,44		

In tabel 3.4 zien we de zogenaamde utilities. Hieruit komt per eigenschap hetzelfde beeld naar voren als uit tabel 3.3. De verschillen tussen niveaus zijn groter voor de eigenschappen *toedieningsvorm*, *toedieningsfrequentie* en *kans dat het medicijn aanslaat* dan bij de andere eigenschappen. Dit vertaalt zich ook in het relatief belang dat een eigenschap heeft in de keuze tussen twee middelen. De *toedieningsvorm* heeft de meeste invloed op de keuze tussen twee fictieve geneesmiddelen. Kortweg betekent dit dat een middel in tablet/capsulevorm een relatief grote kans heeft om gekozen te worden, als alle overige eigenschappen van het geneesmiddel gelijk blijven, terwijl infuus juist een relatief kleine kans heeft gekozen te worden. Na de *toedieningsvorm*, is *de kans dat het medicijn aanslaat* de eigenschap die het meeste invloed heeft op de keuze tussen twee middelen, gevolgd door de *frequentie van toedienen*. Het minst invloed heeft de *kans op hogere leverwaarden dan normaal*, gevolgd door de *kans op kanker* en de *tijd tot een effect optreedt*. Wat opvalt is dat de spreiding bij alle kenmerken groot is. Dit betekent dat er binnen de populatie patiënten verschillen in de voorkeuren die zij hebben.

Tabel 3.4 Resultaten discrete choice experiment: utilities en relatief belang van elke eigenschap ten opzichte van andere eigenschappen (n=326)

	Gemiddelde utilities (sd)		Relatief belang (sd)	
<b>Toedieningsvorm</b>				
Tablet/capsule	60,0	(77,0)		
Injectie	11,1	(55,9)	25,6%	(12,7)
Infuus	-71,1	(59,8)		
<b>Kans dat het medicijn aanslaat</b>				
80%	79,4	(47,5)		
60%	4,2	(14,4)	24,1%	(12,1)
40%	-83,6	(48,0)		
<b>Toedieningsfrequentie</b>				
Maandelijks	44,6	(23,8)		
Wekelijks	16,7	(20,3)	15,8%	(6,3)
Dagelijks	-60,3	(30,5)		
<b>Kans op ernstige infecties</b>				
Geen risico	29,2	(30,4)		
0,5%	-6,5	(14,8)	9,7%	(5,6)
1,0%	-22,7	(26,8)		
<b>Tijd tot effect optreedt</b>				
Eén week	28,4	(22,1)		
Zes weken	-5,0	(15,5)	8,5%	(4,6)
Twaalf weken	-22,7	(19,4)		
<b>Kans op kanker (bijv. huidkanker met goede prognose)</b>				
Geen risico	26,6	(22,6)		
0,1%	-8,4	(15,4)	8,4%	(5,7)
0,5%	-18,2	(29,1)		
<b>Kans op hogere leverwaarden dan normaal</b>				
Geen risico	21,9	(16,2)		
0,1%	4,2	(16,1)	7,9%	(3,4)
1%	-26,1	(17,2)		

### 3.2.3 Latente klasse analyse

Op basis van de voorkeuren van patiënten is vervolgens een latente klasse analyse gedaan waaruit vijf groepen patiënten naar voren komen. Elke patiënt is toegewezen aan een groep op basis van een waarschijnlijkheidskans; gekozen is voor de groep waar de patiënt met de grootste waarschijnlijkheid toe behoort. De gemiddelde kans dat men tot de groep behoort waarbij men is ingedeeld, is 85%. Tabel 3.5 geeft aan wat het relatief belang per attribuut is voor de vijf clusters van patiënten die met de latente klasse analyse konden worden onderscheiden op basis van hun voorkeuren. Getoetst is of de vijf groepen op achtergrondkenmerken en mening over geneesmiddelen van elkaar verschillen. Dat blijkt nauwelijks het geval te zijn. Alleen het al dan niet gebruiken van een aantal middelen verschilt significant tussen de groepen, evenals hoe moeilijk de respondenten het invullen van de vragenlijst vonden. De tabellen 3.6 en 3.7 geven inzicht in de utilities en in de relatie tussen achtergrondkenmerken (leeftijd en methotrexaat gebruik). We beschrijven op basis van deze cijfers kort hoe de vijf groepen te karakteriseren zijn op basis van hun voorkeuren.

Tabel 3.5: Scores voor relatief belang van elk attribuut per groep die onderscheidend is in de latente klasse analyse

	Groep 1 (n=60)	Groep 2 (n=81)	Groep 3 (n=51)	Groep 4 (n=33)	Groep 5 (n=100)
Toedieningsvorm	32,4 (1)	11,3 (3)	35,4 (1)	2,7 (7)	40,2 (1)
Kans dat het medicijn aanslaat	10,7 (5)#	45,5 (1)	10,5 (3)	21,1 (3)	20,5 (2)
Toedieningsfrequentie	19,9 (2)	17,4 (2)	19,7 (2)	6,2 (6)	16,4 (3)
Kans op ernstige infecties	4,6 (7)	7,8 (5)	6,8 (7)	20,2 (4)	7,0 (4)
Tijd tot effect optreedt	15,0 (3)	5,5 (6)	10,2 (4)	5,3 (5)	6,6 (5)
Kans op het krijgen van kanker	11,1 (4)	4,4 (7)	8,2 (6)	23,2 (1)	3,5 (7)
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	6,2 (6)	8,2 (4)	9,3 (5)	21,2 (2)	5,8 (6)

#: het getal tussen haakjes geeft de ranking aan van het attribuut binnen de betreffende groep

### Groep 1: Praktische aspecten en duur tot effect optreedt (n=60)

Voor de eerste groep die te onderscheiden is, is de *toedieningsvorm* het belangrijkste kenmerk waarop zij hun voorkeur voor een geneesmiddel baseren. Hierbij heeft deze groep een voorkeur voor een injectie boven de andere twee toedieningsvormen. Dit is anders dan de voorkeur in de gehele populatie. De *toedieningsfrequentie* is het tweede kenmerk qua belang binnen deze groep, waarbij maandelijkse toediening de grootste voorkeur heeft. Waar deze groep afwijkt van de andere groepen is het relatief grote belang dat men hecht aan de *tijd tot een merkbaar effect optreedt*. Dit staat in deze groep in de top 3 van belangrijkste eigenschappen voor de keuze van een middel, terwijl dit in de andere groepen niet zo is. Ook hecht deze groep, (iets) meer dan de andere groepen, eraan dat de kans op het krijgen van kanker met een goede prognose klein is. Kijken we naar de patiëntkenmerken van deze groep valt op zij veel minder vaak dan gemiddeld methotrexaat gebruiken en vaker dan gemiddeld andere klassieke reumaremmers. Ook is dit de enige groep die duidelijk afwijkt als het gaat om de beoordeling van de moeilijkheidsgraad van de vragenlijst; zij vonden de lijst gemiddeld genomen moeilijker om in te vullen.

### Groep 2: Effect van medicatie (n=81)

Groep 2 kenmerkt zich met name door het relatief grote belang dat deze groep hecht aan de kans dat het medicijn aanslaat. Respondenten binnen deze groep vinden het belangrijk dat deze kans hoog is. *Na de kans dat het medicijn aanslaat, zijn de toedieningsvorm* (grootste voorkeur voor tabletten/capsules) *en de toedieningsfrequentie* (grootste voorkeur voor maandelijks) kenmerken die het meest bijdragen aan de voorkeur voor een bepaald medicijn. Deze groep wijkt op het geneesmiddelengebruik niet veel af van de andere groepen.

### Groep 3: Praktische aspecten (n=51)

Deze groep lijkt qua sterkte van de voorkeuren op groep 1. Respondenten kiezen vooral op basis van de toedieningsvorm en – frequentie. Een belangrijk verschil met groep 1 is dat waar groep 1 een voorkeur had voor injecties, respondenten in groep 3 juist een sterke voorkeur hebben voor tabletten/capsules. Alle overige kenmerken zijn duidelijk minder belangrijk in de keuze voor een middel dan deze twee praktische aspecten. Opvallend is dat deze de respondenten binnen deze groep veel minder vaak dan respondenten in andere groepen TNF-alfaremmers zoals adalimumab of infliximab gebruiken en iets minder vaak dan gemiddeld methotrexaat.

**Groep 4: Nadelige effecten (n=33)**

Dit is de kleinste groep. Respondenten in deze groep kijken bij de keuze voor een geneesmiddel veel meer naar de mogelijk nadelige effecten; zij willen een zo klein mogelijke kans hierop. De kans op het krijgen van kanker is in deze groep het kenmerk dat het meest meeweegt in de keuze voor een middel, direct gevolgd door de kans dat het medicijn aanslaat en de kans op hogere leverwaarden dan normaal en de kans op ernstige infecties. Deze groep heeft het grootste aandeel methotrexaat gebruikers en het grootste aandeel gebruikers van TNF-alfaremmers zoals adalimumab of infliximab.

**Groep 5: Praktische aspecten en kans dat behandeling aanslaat(n=100)**

Dit is de grootste groep en zij lijken dan ook qua beeld het meest op de totale populatie: de toedieningsvorm is het belangrijkste kenmerk in de voorkeur voor een middel waarbij er een sterke voorkeur voor tabletten/capsules is. Daarna is de kans dat het middel aanslaat het belangrijkste in de keuze gevolgd door de toedieningsfrequentie. Deze groep gebruikt het minst vaak andere klassieke reumaremmers en vaker dan gemiddeld methotrexaat.

Tabel 3.6: Resultaten discrete choice experiment: utilites voor vijf groepen patiënten (gebaseerd op latente klasse analyse)

	Groep 1 (n=60)	Groep 2 (n=81)	Groep 3 (n=51)	Groep 4 (n=33)	Groep 5 (n=100)
<b>Toedieningsvorm</b>					
Tabletten/capsules	-88,2	34,9	150,4	-10,8	129,4
Injectie in been of buik	139,0	9,5	-97,2	2,1	22,7
Infuus	-50,8	-44,4	-53,3	8,7	-152,1
<b>Kans dat het medicijn aanslaat</b>					
80% kans	37,0	162,0	41,7	63,4	66,9
60% kans	1,0	-5,92	-10,3	20,6	9,7
40% kans	-38,0	-156,1	-31,4	-84,0	-76,6
<b>Toedieningsfrequentie</b>					
Maandelijks	50,8	54,5	58,3	27,3	47,9
Wekelijks	37,6	12,4	21,0	-10,9	19,0
Dagelijks	-88,4	-66,9	-79,3	-16,4	-66,9
<b>Kans op ernstige infecties</b>					
Geen verhoogde kans	20,1	33,7	19,8	82,3	26,0
0,5% kans	-7,7	-13,2	8,3	-23,5	-2,9
1,0% kans	-12,4	-20,5	-28,1	-58,8	-23,1
<b>Tijd tot effect optreedt</b>					
Werkt na 1 week	44,6	24,5	33,0	18,1	30,3
Werkt na 6 weken	15,9	-14,2	5,4	1,2	-14,3
Werkt na 12 weken	-60,5	-10,3	-38,3	-19,3	-16,0
<b>Kans op kanker (bijv. huidkanker met goede prognose)</b>					
Geen verhoogde kans	42,2	15,5	24,4	81,0	13,6
0,1% kans	-7,0	-15,1	8,3	0,7	-10,7
0,5% kans	-35,2	-0,4	-32,7	-81,7	-2,9
<b>Kans op hogere leverwaarden dan normaal</b>					
Geen verhoogde kans	5,2	29,9	41,1	67,9	14,7
0,1% kans	19,1	-2,4	-24,3	12,4	11,0
1,0% kans	-24,3	-27,4	-16,8	-80,3	-25,7

Tabel 3.7 Eigenschappen van deelnemende patiënten per groep van latente klasse (gemiddelde (sd) / percentage)\*, \*\*

Eigenschap	Groep 1 (n=60)	Groep 2 (n=81)	Groep 3 (n=51)	Groep 4 (n=33)	Groep 5 (n=100)	P- waarde
Huidige medicijngebruik, (%)						
- Methotrexaat	48,3%	63,0%	60,8%	75,8%	71,0%	<b>0,029</b>
- Andere klassieke reumaremmers	16,7%	7,4%	7,8%	3,0%	1%	<b>0,004</b>
- adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab of infliximab	33,3%	32,1%	7,8%	39,3%	31%	<b>0,007</b>
Moeilijkheidsgraad vragenlijst	6,0	4,9	5,3	5,2	5,2	<b>0,363</b>

\* P-waarde, ANOVA (leeftijd, jaar van diagnose, huidig gebruik methotrexaat), chi-kwadraat (opleiding)

\*\* Geen significante verschillen voor werk, burgerlijke staat, overige geneesmiddelen, BMQ losse items, ziekenhuis;

## 4 Conclusies

### 4.1 Samenvatting

In dit onderzoek stonden de voorkeuren van patiënten met RA voor geneesmiddelen centraal. Op basis van een literatuurstudie, een expertraadpleging en focusgroepen met patiënten werd een discreet keuze experiment (DCE) ontwikkeld. Hierin kregen 326 deelnemers uit vijf ziekenhuizen online veertien keuzes tussen twee fictieve geneesmiddelen voorgelegd. Deze verschilden op de volgende zeven eigenschappen: kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker), kans op hogere leverwaarden dan normaal, kans dat het medicijn aanslaat, duur tot werking medicijn, kans op ernstige infecties, toedieningsvorm en toedieningsfrequentie.

Met dit DCE wilden we de volgende onderzoeksvragen beantwoorden:

- Welke voorkeuren hebben RA patiënten in Nederland als het gaat om de behandeling met DMARDs?
- Wat is het belang van elk eigenschap/niveau in de keuze voor een DMARD behandeling door RA patiënten?
- Welke patiëntkenmerken hangen samen met deze keuze?

Hieronder vatten we de belangrijkste resultaten samen.

Patiënten verschillen in hun voorkeuren voor fictieve geneesmiddelen. Patiëntkenmerken zoals geslacht, ziekte duur en opleiding hangen niet sterk samen met deze voorkeuren waardoor geen typering van voorkeuren op basis van deze kenmerken mogelijk zijn. Daarom zullen we deze hieronder verder niet aanstippen.

#### **Toedieningsvorm belangrijkst voor keuze geneesmiddel**

Wanneer we naar de hele populatie kijken, dan zien we dat de toedieningsvorm het meest bijdraagt aan de voorkeur voor een bepaald medicijn. Over het geheel genomen zien we daarbij dat tabletten/capsules de voorkeur hebben boven een injectie en met name het infuus. Echter, er zijn duidelijke verschillen tussen groepen patiënten als het gaat om de toedieningsvorm. Ruim een kwart heeft voorkeur voor een injectie, de rest heeft een voorkeur voor tabletten. De mensen die veel waarde hechten aan de toedieningsvorm doen dat relatief gezien ook aan de toedieningsfrequentie. Overall komt de toedieningsfrequentie op de derde plaats als het gaat om welk kenmerk de meeste invloed heeft op de keuze van patiënten voor een geneesmiddel. Hierbij is er een voorkeur voor maandelijkse toediening boven wekelijkse en vooral dagelijkse toediening.

#### **Kans dat middel aanslaat en duur tot effect**

De kans dat een behandeling aanslaat de eigenschap draagt ook veel bij aan de preferentie voor een geneesmiddel. Logischerwijze hebben patiënten de voorkeur voor de hoogste kans (80%) dat de behandeling aanslaat binnen deze eigenschap. Deze voorkeur is over het algemeen sterk. Wel zijn er verschillen binnen de patiëntpopulatie in hoe belangrijk zij de kans op aanslaan vinden. Een aantal patiënten laat hun keuze meer van praktische eigenschappen afhangen. De duur totdat dit effect optreedt, speelt een veel minder belangrijke rol in de keuze voor een geneesmiddel.



### **Kans op negatieve effecten voor veel patiënten minder belangrijk dan andere eigenschappen**

In het DCE waren drie mogelijke negatieve effecten van geneesmiddelgebruik opgenomen: kans op kanker met een goede prognose, kans op ernstige infecties en de kans hogere leverwaarden dan normaal. Deze drie kenmerken hebben minder invloed op de keuze van patiënten dan de drie hiervoor genoemde kenmerken. De reden hiervoor kan zijn dat de kans op het krijgen van deze aandoeningen laag is (maximaal 1%, 1 op de 100 mensen). De kans op het krijgen van ernstige infecties heeft net wat meer invloed op de keuze voor een geneesmiddel dan de andere twee mogelijk negatieve effecten. Overigens zijn bij één op de tien mensen (33 van de 326 deelnemers) deze mogelijke negatieve effecten juist het belangrijkste (naast de kans op effect) voor hun voorkeur voor een bepaald middel.

## **4.2 Discussie**

### **4.2.1 Vergelijking met eerder onderzoek**

De resultaten uit dit onderzoek komen deels overeen met die uit eerdere onderzoeken. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat in andere studies niet exact dezelfde kenmerken en niveaus zijn onderzocht, waardoor het lastig is om de resultaten één op één te kunnen vergelijken. Door andere attributen zoals kosten toe te voegen, moeten patiënten een geheel andere afweging maken en kan dit dus ook leiden tot andere resultaten. Dit gold met name voor de invloed van patiëntkenmerken, al werden ook in de hieronder genoemde studies geen grote verschillen naar patiëntkenmerken gevonden.

Een aantal studies vond net als onze studie dat het effect van de behandeling een rol speelt in de voorkeuren van patiënten (Augustovski e.a. 2013; Fraenkel e.a. 2004; Harrison 2015; Nolla 2016; Poulos 2014). In een Amerikaanse studie waar de niveaus dicht bij elkaar lagen dan in onze studie (75-60-45% tegenover 80-60-40%) speelde het effect van de behandeling een minder sterke rol in de keuze voor een geneesmiddel. Anders dan bij ons vond een aantal van deze studies dat mogelijke bijwerkingen net zo belangrijk of belangrijker waren in de voorkeuren van patiënten (Augustovski e.a. 2013; Fraenkel e.a. 2004; Harrison 2015; Nolla 2016; Poulos 2014). Dit kan liggen aan het feit dat de risico's op de (ernstige) bijwerkingen in onze studie laag waren, terwijl in andere studies ook naar vaker voorkomende lichtere bijwerkingen werd gevraagd.

Een aantal studies vond ook dat toedieningsvorm een belangrijke rol speelt bij voorkeuren voor een geneesmiddel, waarbij meestal orale medicatie de voorkeur heeft (Alten e.a. 2016; Augustovski e.a. 2013; Fraenkel e.a. 2004; Nolla e.a. 2016). Echter, soms is alleen gevraagd naar een keuze tussen een injectie en een infuus, waarbij verschillende resultaten werden gevonden. In één studie was de voorkeur gelijk verdeeld over de populatie (Scarpato e.a. 2010), in een andere studie was er een voorkeur voor een injectie (Barton 2009). In één studie werd gevonden dat toedieningsvorm geen invloed op de voorkeuren had (Poulos e.a. 2014). De bevinding dat patiënten een voorkeur hebben voor een lagere toedieningsfrequentie is in lijn met ander onderzoek (Alten e.a. 2016; Augustovski e.a. 2013; Poulos e.a. 2014).

#### 4.2.2 Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen:

- De data zijn verzameld in ziekenhuizen waarvan twee ziekenhuizen die gespecialiseerd zijn in reumatische aandoeningen. Dit zou de voorkeuren kunnen beïnvloeden. Overigens werden er geen significante verschillen gevonden met de andere ziekenhuizen.
- In een DCE kunnen niet alle eigenschappen van geneesmiddelen opgenomen worden. Hierdoor kunnen, zeker voor individuele patiënten, niet alle eigenschappen die belangrijk zijn voor die patiënt opgenomen zijn in het experiment. Zeven eigenschappen wordt gezien als het maximum aantal eigenschappen waarop patiënten hun voorkeuren kunnen baseren.
- Ook geldt dat het – ondanks de zorgvuldige selectie van kenmerken – ook andere kenmerken in het dagelijks leven een rol kunnen spelen. Dit geldt met name voor de mogelijk nadelige gevolgen. In dit onderzoek zijn drie mogelijk nadelige gevolgen opgenomen. Deze waren alle drie ernstig van aard maar weinig voorkomend. Een nadelig gevolg als huidirritatie is minder ernstig maar kan het dagelijks leven uiteindelijk veel meer beïnvloeden. Voor vervolgonderzoek zou het daarom aan te raden zijn ook mildere nadelige gevolgen op te nemen die wel een impact op het dagelijks leven kunnen hebben.
- De in de vragenlijst opgenomen patiëntkenmerken hangen nauwelijks samen met de voorkeuren. Niet duidelijk is welke andere patiëntkenmerken mogelijk samenhangen met voorkeuren.
- De patiëntpopulatie die deelnam aan dit onderzoek was relatief hoog opgeleid. Dit hing echter niet samen met voorkeuren. Ook de ervaren moeilijkheid van de vragenlijst hing niet samen met voorkeuren. Wel is het zo dat mensen die moeite hebben met lezen of het Nederlands niet machtig waren de vragenlijst niet in konden vullen. Deze groep patiënten is daarmee buiten beeld gebleven in dit onderzoek.

#### 4.2.3 Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat patiënten verschillen in hun voorkeuren voor fictieve geneesmiddelen. Echter, patiëntkenmerken, althans de kenmerken die in dit onderzoek gemeten zijn, hangen niet sterk samen met deze voorkeuren waardoor geen typering van voorkeuren op basis van deze kenmerken mogelijk zijn. Voorkeuren moeten daarom per patiënt in kaart gebracht worden. Bijvoorbeeld door met de patiënt in de spreekkamer diens voorkeuren te bespreken of door gebruik te maken van een keuzehulp waarmee de voorkeuren in kaart gebracht worden, zoals bijvoorbeeld de keuzehulp die is ontwikkeld door Nota e.a. (2016)<sup>5</sup>. Deze zou kunnen worden uitgebreid op basis van de bevindingen in dit onderzoek. Wanneer patiëntvoorkeuren bekend zijn, kan gekozen worden voor een behandeling die beter aansluit op de voorkeuren van de patiënt. Dit kan de tevredenheid met de therapie alsmede de therapietrouw bevorderen.

---

<sup>5</sup> <http://www.reumamedicatiekeuzehulp.nl/home>

## Referenties

- De Bekker-Grob EW. Discrete Choice Experiments in Health Care: Theory and Applications Erasmus University Rotterdam; 2009.
- Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract* 2000 Nov;50(460):892-9
- Feely MG, Erickson A, O'Dell JR. Therapeutic options for rheumatoid arthritis. *Expert Opin Pharmacother* 2009 Sep;10(13):2095-106.
- Lancsar E, Louviere J. Conducting discrete choice experiments to inform healthcare decision making: a user's guide. *Pharmacoeconomics* 2008;26(8):661-77.
- Louviere JJ, Lancsar E. Choice experiments in health: the good, the bad, the ugly and toward a brighter future. *Health Econ Policy Law* 2009 Oct;4(Pt 4):527-46.
- Muhlbacher A, Johnson FR. Choice Experiments to Quantify Preferences for Health and Healthcare: State of the Practice. *Appl Health Econ Health Policy* 2016 Mar 18.
- Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ* 2012;345:e6572.
- Naik-Panvelkar P, Armour C, Saini B. Discrete choice experiments in pharmacy: a review of the literature. *Int J Pharm Pract* 2013 Feb;21(1):3-19.
- Ramiro S, Gaujoux-Viala C, Nam JL, Smolen JS, Buch M, Gossec L, et al. Safety of synthetic and biological DMARDs: a systematic literature review informing the 2013 update of the EULAR recommendations for management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2014 Mar;73(3):529-35.
- Scott DL, Smith C, Kingsley G. Joint damage and disability in rheumatoid arthritis: an updated systematic review. *Clin Exp Rheumatol* 2003 Sep;21(5 Suppl 31):S20-S27.
- Singh JA, Saag KG, Bridges SL, Jr., Akl EA, Bannuru RR, Sullivan MC, et al. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2016 Jan;68(1):1-26
- Sloot R, Flinterman L, Heins M, Lafeber M, Boeije H, Poos R, Eysink P, Nielen M, Korevaar J.
- Reumatische aandoeningen in Nederland: ervaringen en kengetallen. Utrecht; NIVEL, 2016.
- Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC, Buch M, Burmester G, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis* 2014 Mar;73(3):492-509
- Tambar S, Ruderman EM. Current management of rheumatoid arthritis. *Manag Care Interface* 2007 Jul;20(7):18-24.
- Young A, Koduri G. Extra-articular manifestations and complications of rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007 Oct;21(5):907-27.

### Artikelen geïncludeerd in review

- Augustovski F, Beratarrechea A, Irazola V, Rubinstein F, Tesolin P, Gonzalez J, et al. Patient preferences for biologic agents in rheumatoid arthritis: a discrete-choice experiment. *Value in Health* 2013 Mar;16(2):385-93.
- Barton JL. Patient preferences and satisfaction in the treatment of rheumatoid arthritis with biologic therapy. *Patient Prefer Adherence* 2009;3:335-44.
- Bolge SC, Goren A, Brown D, Ginsberg S, Allen I. Openness to and preference for attributes of biologic therapy prior to initiation among patients with rheumatoid arthritis: patient and rheumatologist perspectives and implications for decision making. *Patient Prefer Adherence* 2016;10:1079-90
- Chilton F, Collett RA. Treatment choices, preferences and decision-making by patients with rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal Care* 2008 Mar;6(1):1-14.
- Constantinescu F, Goucher S, Weinstein A, Fraenkel L. Racial disparities in treatment preferences for rheumatoid arthritis. *Med Care* 2009 Mar;47(3):350-5.
- Constantinescu F, Goucher S, Weinstein A, Smith W, Fraenkel L. Understanding why rheumatoid arthritis patient treatment preferences differ by race. *Arthritis & Rheumatism: Arthritis Care & Research* 2009 Apr 15;61(4):413-8.
- Fraenkel L, Bogardus ST, Concato J, Felson DT, Wittink DR. Patient preferences for treatment of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2004 Nov;63(11):1372-8.
- Goekoop-Ruiterman YP, de Vries-Bouwstra JK, Allaart CF, Kerstens PJ, Grillet BA, de Jager MH, et al. Patient preferences for treatment: report from a randomised comparison of treatment strategies in early rheumatoid arthritis (BeSt trial). *Ann Rheum Dis* 2007 Sep;66(9):1227-32.
- Huynh TK, Ostergaard A, Egsmose C, Madsen OR. Preferences of patients and health professionals for route and frequency of administration of biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Patient Prefer Adherence* 2014;8:93-9.
- Lisicki R, Chu L. What matters to patients and physicians when considering biologic therapy for rheumatoid arthritis. *Postgraduate Medicine* 2008 Sep;120(3):154-60.
- Louder A, Singh A, Saverno K, Cappelleri JC, Aten AJ, et al. Patient Preferences Regarding Rheumatoid Arthritis Therapies: A Conjoint Analysis. *Am Health Drug Benefits*. 2016 Apr; 9(2): 84-93.
- Nolla JM, Rodriguez M, Martin-Mola E, Raya E, Ibero I, Nocea G, et al. Patients' and rheumatologists' preferences for the attributes of biological agents used in the treatment of rheumatic diseases in Spain. *Patient Preference Adherence* 2016;10:1101-1113.
- Poulos C, Hauber AB, Gonzalez JM, Turpcu A. Patients' willingness to trade off between the duration and frequency of rheumatoid arthritis treatments. *Arthritis Care Res (Hoboken )* 2014 Jul;66(7):1008-15.
- Scarpato S, Antivalle M, Favalli EG, Nacci F, Frigelli S, Bartoli F, et al. Patient preferences in the choice of anti-TNF therapies in rheumatoid arthritis. Results from a questionnaire survey (RIVIERA study). *Rheumatology (Oxford)* 2010 Feb;49(2):289-94.

## Bijlage I: Attributenlijst beoordeeld door het expertpanel

Vragen gesteld aan de expert

1. Vindt u alle eigenschappen die in de lijst staan relevant?
2. Is de lijst volledig, of mist u nog eigenschappen?
3. Zijn volgens u per eigenschap alle mogelijke niveaus beschreven? Zijn deze niveaus realistisch?
4. Vindt u alle eigenschappen en niveaus duidelijk geformuleerd (voor RA patiënten moet meteen duidelijk zijn wat hiermee wordt bedoeld)?

Eigenschappen	Niveaus
<b>Combinatietherapie (behandeling met meerdere reumaremmers)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja, er moet meer dan 1 reumaremmers worden gebruikt</li> <li>- Nee, er hoeft maar 1 reumaremmers worden gebruikt</li> </ul>
<b>Toedieningsroute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabletten/capsules (oraal)</li> <li>- Injectie in been of buik (subcutaan)</li> <li>- Infuus (intraveneus)</li> </ul>
<b>Locatie voor toediening</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thuis (zelf of door naaste)</li> <li>- In het ziekenhuis (door arts of verpleegkundige)</li> </ul>
<b>Het medicijn moet voor de toediening gereed worden gemaakt (o.a. het instellen van de juiste dosering)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja</li> <li>- Nee</li> </ul>
<b>Toedieningsfrequentie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1x per dag</li> <li>- 2x per dag</li> <li>- 1x per week</li> <li>- 1x per 2 weken</li> <li>- 1x per 4 weken</li> <li>- 1x per 8 weken</li> <li>- 1x per 6 maanden</li> </ul>
<b>Tijd nodig voor infuus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 minuten</li> <li>- 60 minuten (1 uur)</li> <li>- 120 minuten (2 uur)</li> <li>- 240 minuten (4 uur)</li> </ul>
<b>Ervaring met het medicijn voor de behandeling van reumatoïde artritis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het medicijn wordt al meer dan 20 jaar gebruikt voor de behandeling van reumatoïde artritis</li> <li>- Het is een nieuw medicijn met onbekende lange termijn gevolgen</li> </ul>
<b>Kans dat het medicijn goed werkt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij 40 van de 100 patiënten (40%) werkt het medicijn goed</li> <li>- Bij 60 van de 100 patiënten (60%) werkt het medicijn goed</li> <li>- Bij 75 van de 100 patiënten (75%) werkt het medicijn goed</li> </ul>
<b>Duur tot werking medicijn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het medicijn werkt na 1 week</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het medicijn werkt na 2 weken</li> <li>- Het medicijn werkt na 4 weken</li> <li>- Het medicijn werkt na 6 weken</li> <li>- Het medicijn werkt na 8 weken</li> </ul>
<b>Verbetering in het dagelijks functioneren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 45 op de 100 patiënten (45%) voelen zich veel beter</li> <li>- 60 op de 100 patiënten (60%) voelen zich veel beter</li> <li>- 75 op de 100 patiënten (75%) voelen zich veel beter</li> </ul>
<b>Kans op botschade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 60 op de 100 patiënten (60%) ontwikkelen geen verdere botschade (binnen 1 jaar)</li> <li>- 75 op de 100 patiënten (75%) ontwikkelen geen verdere botschade (binnen 1 jaar)</li> </ul>
<b>Mogelijk verhoogde kans op kanker</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen verhoogde kans op kanker</li> <li>- Mogelijk verhoogde kans op kanker bij 1 op de 1000 patiënten (0,1%)</li> </ul>
<b>Kans op (ernstige) infecties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 op de 100 patiënten (1%) krijgt last van (ernstige) infecties</li> <li>- 5 op de 100 patiënten (5%) krijgen last van (ernstige) infecties</li> </ul>
<b>Kans op lever-, nier- of longschade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen kans op lever-, nier- of longschade</li> <li>- 1 op de 1000 patiënten (0,1%) krijgt last van lever-, nier- of longschade</li> <li>- 1 op de 100 patiënten (1%) krijgt last van lever-, nier- of longschade</li> </ul>
<b>Kans op haaruitval</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen kans op haaruitval</li> <li>- 10 op de 100 patiënten (10%) krijgen last van haaruitval</li> </ul>
<b>Kans op misselijkheid, duizeligheid, braken of diarree</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen kans op misselijkheid, duizeligheid, braken of diarree</li> <li>- 10 op de 100 patiënten (10%) krijgen last van misselijkheid, duizeligheid, braken of diarree</li> <li>- 30 op de 100 patiënten (30%) krijgen last van misselijkheid, duizeligheid, braken of diarree</li> </ul>
<b>Kans op mondzweren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen kans op mondzweren</li> <li>- 1 op de 10 patiënten krijgt last van mondzweren</li> </ul>
<b>Kans op (jeukende) huiduitslag</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen kans op (jeukende) huiduitslag</li> <li>- 10 op de 100 patiënten (10%) krijgen last van (jeukende) huiduitslag</li> <li>- 40 op de 100 patiënten (40%) krijgen last van (jeukende) huiduitslag</li> </ul>
<b>Maatschappelijke kosten reumaremmers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 500 tot 1.000 euro per patiënt per jaar</li> <li>- 1.000 tot 10.000 euro per patiënt per jaar</li> <li>- 10.000 tot 15.000 euro per patiënt per jaar</li> </ul>
<i>(Ruimte voor toevoegen eigenschap)</i>	
<i>(Ruimte voor toevoegen eigenschap)</i>	

## Bijlage II: Attributenlijst beoordeeld in focusgroepen

### Lijst eigenschappen (+ opties ) reumaremmers

Op de volgende bladzijdes staat een lijst met allemaal verschillende eigenschappen van reumaremmers. Iedere eigenschap bestaat uit verschillende opties.

Stel, u mag kiezen welke reumaremmers u gaat gebruiken. Welke eigenschappen vindt u dan belangrijk bij deze keuze? Geef in de lijst met een cijfer van 1 t/m 22 aan hoe belangrijk u de eigenschappen vindt. Het cijfer 1 staat voor meest belangrijk en het cijfer 22 staat voor minst belangrijk. Onderstreep daarbij de optie van uw keuze.

*Bijvoorbeeld, het belangrijkste aan een reumaremmers vindt u dat u deze via tabletten/capsules kunt innemen. Zet het cijfer 1 achter de eigenschap 'Toedieningsvorm' en onderstreep de optie 'Tabletten/capsules'.*

<b>Toedieningsvorm</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Tabletten/capsules</u></li> <li>- <i>Injectie in been of buik</i></li> <li>- <i>Infuus</i></li> </ul>	<b>1</b>
---	----------

Mist u nog een belangrijke eigenschap in de lijst? Voeg deze dan onderaan toe.

Eigenschap (+ opties)	Cijfer (1 t/m 22)
<b>Combinatietherapie (behandeling met meerdere reumaremmers tegelijk)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja, er moet meer dan 1 reumaremmers tegelijk worden gebruikt</li> <li>- Nee, er hoeft maar 1 reumaremmers te worden gebruikt</li> </ul>	
<b>Toedieningsvorm</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabletten/capsules</li> <li>- Injectie in been of buik</li> <li>- Infuus</li> </ul>	
<b>Locatie voor toediening</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thuis</li> <li>- In de huisartspraktijk</li> <li>- In het ziekenhuis</li> </ul>	
<b>Het medicijn moet eerst worden klaargemaakt voor het kan worden toegediend (bijvoorbeeld: poeder oplossen in water)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja</li> <li>- Nee</li> </ul>	
<b>Bewaarconditie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het medicijn moet gekoeld worden bewaard</li> <li>- Het medicijn moet op kamertemperatuur worden bewaard</li> </ul>	

<b>Toedieningsfrequentie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1x per dag</li> <li>- 2x per dag</li> <li>- 1x per week</li> <li>- 1x per 2 weken</li> <li>- 1x per maand</li> <li>- 1x per 8 weken</li> <li>- 1x per 12 weken</li> <li>- 1x per 6 maanden</li> </ul>	
<b>Kans op lokale huidreactie van de injectieplaats</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen kans op een lokale huidreactie van de injectieplaats</li> <li>- 40 van de 100 patiënten (40%) krijgen last van een lokale huidreactie van de injectieplaats</li> </ul>	
<b>Infuustijd</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 minuten per infuus</li> <li>- 60 minuten (1 uur) per infuus</li> <li>- 120 minuten (2 uur) per infuus</li> <li>- 240 minuten (4 uur) per infuus</li> </ul>	
<b>Kennis over de lange termijn gevolgen van het medicijn</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De lange termijn gevolgen zijn bekend</li> <li>- De lange termijn gevolgen zijn onbekend</li> </ul>	
<b>Aantal jaren dat het medicijn wordt gebruikt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het medicijn wordt 1 jaar gebruikt</li> <li>- Het medicijn wordt 20 jaar gebruikt</li> </ul>	
<b>Kans dat het medicijn aanslaat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij 40 van de 100 patiënten (40%) slaat het medicijn aan</li> <li>- Bij 60 van de 100 patiënten (60%) slaat het medicijn aan</li> <li>- Bij 75 van de 100 patiënten (75%) slaat het medicijn aan</li> </ul>	
<b>Duur tot werking medicijn</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het medicijn werkt na 1 week</li> <li>- Het medicijn werkt na 2 weken</li> <li>- Het medicijn werkt na 4 weken</li> <li>- Het medicijn werkt na 6 weken</li> <li>- Het medicijn werkt na 8 weken</li> <li>- Het medicijn werkt na 12 weken</li> </ul>	
<b>Kans op ontwikkelen gewrichtsschade binnen 1 jaar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 60 van de 100 patiënten (60%) ontwikkelen geen (verdere) gewrichtsschade binnen 1 jaar</li> <li>- 75 van de 100 patiënten (75%) ontwikkelen geen (verdere) gewrichtsschade binnen 1 jaar</li> </ul>	
<b>Mogelijk verhoogde kans op kanker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen mogelijk verhoogde kans op kanker</li> <li>- Mogelijk verhoogde kans op kanker bij 1 van de 1000 patiënten (0,1%)</li> </ul>	



<p><b>Kans op lever-, nier- of longschade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen kans op lever-, nier- of longschade</li> <li>- 1 van de 1000 patiënten (0,1%) krijgt last van lever-, nier- of longschade</li> <li>- 1 van de 100 patiënten (1%) krijgt last van lever-, nier- of longschade</li> </ul>	
<p><b>Kans op haaruitval</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen kans op haaruitval</li> <li>- 10 op de 100 patiënten (10%) krijgen last van haaruitval</li> </ul>	
<p><b>Kans op maagdarmklachten (bijvoorbeeld: misselijkheid, braken en/of diarree)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen kans op maagdarmklachten</li> <li>- 10 van de 100 patiënten (10%) krijgen last van maagdarmklachten</li> <li>- 30 van de 100 patiënten (30%) krijgen last van maagdarmklachten</li> </ul>	
<p><b>Kans op hoofdpijn en/of duizeligheid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen kans op hoofdpijn en/of duizeligheid</li> <li>- 10 van de 100 patiënten (10%) krijgen last van hoofdpijn en/of duizeligheid</li> <li>- 30 van de 100 patiënten (30%) krijgen last van hoofdpijn en/of duizeligheid</li> </ul>	
<p><b>Kans op mondzweren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen kans op mondzweren</li> <li>- 10 van de 100 (10%) patiënten krijgen last van mondzweren</li> </ul>	
<p><b>Kans op (jeukende) huiduitslag</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen kans op (jeukende) huiduitslag</li> <li>- 10 van de 100 patiënten (10%) krijgen last van (jeukende) huiduitslag</li> <li>- 40 van de 100 patiënten (40%) krijgen last van (jeukende) huiduitslag</li> </ul>	
<p><b>Maatschappelijke kosten reumaremmers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 500 tot 1.000 euro per patiënt per jaar</li> <li>- 1.000 tot 10.000 euro per patiënt per jaar</li> <li>- 10.000 tot 15.000 euro per patiënt per jaar</li> <li>- 15.000 tot 20.000 euro per patiënt per jaar</li> </ul>	

## Bijlage III: Vragenlijst DCE

### Vragenlijst over reumaremmers

Welkom bij deze vragenlijst!

Fijn dat u wilt deelnemen aan het onderzoek.

De vragenlijst bestaat uit 3 delen:

- Deel 1: 10 algemene vragen
- Deel 2: 15 vragen over uw voorkeuren voor medicijnen
- Deel 3: 11 vragen over uw opvattingen over medicijngebruik

Het invullen van de vragenlijst duurt zo'n 20 minuten.

### Deel 1: Algemene Vragen

3. Wat is uw geboortedatum? (Graag invullen in getallen: dag - maand - jaar, bijvoorbeeld 01-01-1981)  
.. - .. - .....
4. Wat is uw geslacht?
  - Man
  - Vrouw
5. Wat is op dit moment uw burgerlijke staat?
  - Gehuwd (incl. geregistreerd partnerschap)
  - Ongehuwd samenwonend
  - Voor de wet gescheiden
  - Weduwe / weduwnaar
  - Nooit gehuwd geweest
6. Wat is uw huidige woonsituatie?
  - Ik woon alleen
  - Ik woon bij mijn ouder(s) / verzorger(s)
  - Ik woon met mijn partner
  - Ik woon met mijn partner en kind(eren)
  - Ik woon met (een) vriend(en)
  - Anders, namelijk
7. Heeft u de Nederlandse nationaliteit?
  - Ja
  - Ja, maar ik heb ook nog een andere nationaliteit, namelijk:
  - Nee, ik heb alleen een andere nationaliteit, namelijk:
8. Wat is uw hoogst voltooide opleiding (een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)?
  - Geen opleiding
  - Lagere school

- LBO, MAVO, VMBO
- HAVO, VWO, MBO
- HBO, universiteit
- Anders, namelijk

9. Welke situatie is het meest op u van toepassing (één antwoord mogelijk)?

- Ik werk, betaald, 32 uur of meer per week
- Ik werk, betaald, 20 uur of meer per week (maar minder dan 32 uur per week)
- Ik werk, betaald, 12 uur of meer per week (maar minder dan 20 uur per week)
- Ik werk, betaald, minder dan 12 uur per week
- Ik ben (vervroegd) met pensioen
- Ik ben werkloos / werkzoekend
- Ik ben arbeidsongeschikt
- Ik heb een bijstandsuitkering
- Ik ben fulltime huisvrouw / huisman
- Ik volg onderwijs / ik studeer

10. In welk jaar is bij u de diagnose reumatoïde artritis gesteld? (invullen in getallen, bijvoorbeeld 2001)

....

11. Welke medicijnen gebruikt u nu? Klik alles aan wat voor u van toepassing is

- Methotrexaat
- Plaquenil/ Hydroxychloroquine
- Sulfasalazine
- Andere klassieke reumaremmers (bijvoorbeeld azathioprine, Ciclosporine, goud of leflunomide (Arava))
- Adalimumab (Humira), certolizumab pegol (Cimzia), etanercept (Benepali, Enbrel), golimumab (Simponi) of infliximab (Inflectra, Flixabi, Remicade, Remsima)
- Andere biologicals (zoals bijvoorbeeld abatacept (Orencia), anakinra (Kineret), rituximab (Mabthera) of tocilizumab (Roactemra)) Prednison/ Depo- medrol (Corticosteroiden)
- Geen

12. Welke medicijnen heeft u in het verleden gebruikt? Klik alles aan wat voor u van toepassing is.

- Methotrexaat
- Plaquenil/ Hydroxychloroquine
- Sulfasalazine
- Andere klassieke reumaremmers (bijvoorbeeld azathioprine, Ciclosporine, goud of leflunomide (Arava))
- Adalimumab (Humira), certolizumab pegol (Cimzia), etanercept (Benepali, Enbrel), golimumab (Simponi) of infliximab (Inflectra, Flixabi, Remicade, Remsima)
- Andere biologicals (zoals bijvoorbeeld abatacept (Orencia), anakinra (Kineret), rituximab (Mabthera) of tocilizumab (Roactemra)) Prednison/ Depo- medrol (Corticosteroiden)
- Geen

## Deel 2: Introductie voorkeuren voor medicijnen

In het volgende deel van de vragenlijst worden steeds 2 medicijnen voor de behandeling van reumatoïde artritis weergegeven. Dit zijn niet altijd bestaande medicijnen. Het kan dus een verzonnen medicijn zijn. De medicijnen hebben verschillende eigenschappen. Wij willen u vragen om op basis van deze eigenschappen aan te geven welk medicijn uw voorkeur heeft.

### Voorkeuren voor medicijnen

13. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welke medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Injectie in been of buik	Injectie in been of buik
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	0,5% kans	Geen verhoogde kans
Toedieningsfrequentie	Maandelijks	Dagelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	Geen verhoogde kans	1% kans
Kans dat het medicijn aanslaat	80% kans	80% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 1 week	Werkt na 12 weken
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	0,1% kans	0.5% kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welke medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Infuus	Tabletten/Capsules
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	0,5% kans	Geen verhoogde kans
Toedieningsfrequentie	Dagelijks	Dagelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	1% kans	1% kans
Kans dat het medicijn aanslaat	40% kans	80% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 1 week	Werkt na 12 weken
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	Geen verhoogde kans	0.5% kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welke medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Tabletten/Capsules	Tabletten/Capsules
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	Geen verhoogde kans	0,5% kans
Toedieningsfrequentie	Wekelijks	Maandelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	0.1% kans	Geen verhoogde kans
Kans dat het medicijn aanslaat	80% kans	60% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 12 weken	Werkt na 12 weken
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	0.1% kans	Geen verhoogde kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welke medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Tabletten/Capsules	Injectie in been of buik
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	Geen verhoogde kans	1% kans
Toedieningsfrequentie	Dagelijks	Maandelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	Geen verhoogde kans	0.1% kans
Kans dat het medicijn aanslaat	40% kans	80% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 6 weken	Werkt na 6 weken
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	0.5% kans	Geen verhoogde kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welke medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Tabletten/Capsules	Injectie in been of buik
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	Geen verhoogde kans	0,5% kans
Toedieningsfrequentie	Dagelijks	Dagelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	Geen verhoogde kans	0.1% kans
Kans dat het medicijn aanslaat	80% kans	40% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 1 week	Werkt na 12 weken
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	Geen verhoogde kans	0.5% kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welke medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Injectie in been of buik	Injectie in been of buik
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	1% kans	1% kans
Toedieningsfrequentie	Maandelijks	Dagelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	1% kans	1% kans
Kans dat het medicijn aanslaat	40% kans	80% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 1 week	Werkt na 6 weken
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	0.1% kans	0.1% kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welke medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Infuus	Injectie in been of buik
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	1% kans	Geen verhoogde kans
Toedieningsfrequentie	Wekelijks	Dagelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	1% kans	Geen verhoogde kans
Kans dat het medicijn aanslaat	40% kans	40% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 12 weken	Werkt na 1 week
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	0.5% kans	Geen verhoogde kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welke medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Tabletten/Capsules	Tabletten/Capsules
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	1% kans	1% kans
Toedieningsfrequentie	Wekelijks	Dagelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	Geen verhoogde kans	Geen verhoogde kans
Kans dat het medicijn aanslaat	60% kans	40% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 1 week	Werkt na 1 week
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	Geen verhoogde kans	0.5% kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welke medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Infuus	Injectie in been of buik
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	0,5% kans	Geen verhoogde kans
Toedieningsfrequentie	Maandelijks	Dagelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	Geen verhoogde kans	Geen verhoogde kans
Kans dat het medicijn aanslaat	60% kans	80% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 12 weken	Werkt na 12 weken
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	0.1% kans	0.1% kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welke medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Infuus	Infuus
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	1% kans	0,5% kans
Toedieningsfrequentie	Wekelijks	Wekelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	1% kans	0.1% kans
Kans dat het medicijn aanslaat	60% kans	40% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 6 weken	Werkt na 12 weken
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	0.1% kans	0.5% kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



23. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welke medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Tabletten/Capsules	Infuus
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	Geen verhoogde kans	Geen verhoogde kans
Toedieningsfrequentie	Dagelijks	Wekelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	Geen verhoogde kans	Geen verhoogde kans
Kans dat het medicijn aanslaat	40% kans	60% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 12 weken	Werkt na 12 weken
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	0.5% kans	0.5% kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welke medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Tabletten/Capsules	Tabletten/Capsules
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	1% kans	Geen verhoogde kans
Toedieningsfrequentie	Dagelijks	Dagelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	1% kans	Geen verhoogde kans
Kans dat het medicijn aanslaat	40% kans	80% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 1 week	Werkt na 1 week
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	Geen verhoogde kans	Geen verhoogde kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welke medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Infuus	Tabletten/Capsules
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	0,5% kans	Geen verhoogde kans
Toedieningsfrequentie	Wekelijks	Dagelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	Geen verhoogde kans	1% kans
Kans dat het medicijn aanslaat	40% kans	80% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 6 weken	Werkt na 12 weken
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	0.1% kans	0.1% kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Als u uit deze 2 medicijnen kon kiezen, welke medicijn heeft dan uw voorkeur?

Klik op het bolletje onder het medicijn van uw voorkeur:

	Medicijn 1	Medicijn 2
Toedieningsvorm	Tabletten/Capsules	Injectie in been of buik
Kans op ernstige infecties (met als gevolg ziekenhuisopname en/of het stoppen van uw reumaremmers)	0,5% kans	Geen verhoogde kans
Toedieningsfrequentie	Wekelijks	Wekelijks
Kans op hogere leverwaarden dan normaal	0.1% kans	0.1% kans
Kans dat het medicijn aanslaat	60% kans	80% kans
Duur tot merkbaar effect medicijn	Werkt na 1 week	Werkt na 12 weken
Kans op het krijgen van kanker (goed behandelbare huidkanker)	Geen verhoogde kans	0.1% kans
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Moeilijkheid van de vragenlijst

27. Zou u op een schaal van 1 tot 10 aan kunnen geven hoe moeilijk of makkelijk u deze keuze vragen vond? (1 = zeer makkelijk en 10 = zeer moeilijk)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

### Deel 3: Opvattingen over geneesmiddelen

Wij willen u nu graag een aantal vragen stellen over hoe u persoonlijk denkt over de medicijnen die aan u voorgeschreven zijn. Hieronder staan een aantal uitspraken die andere mensen ooit gedaan hebben over hun medicijnen. Wilt u aangeven in hoeverre u het eens of oneens bent met deze uitspraken door het bolletje aan te klikken dat het beste uw mening weergeeft. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Wij zijn benieuwd naar uw persoonlijke mening.

28. Op het moment hangt mijn gezondheid af van mijn medicijnen.

- Helemaal niet mee eens
- Niet mee eens
- Geen duidelijke mening
- Mee eens
- Helemaal mee eens

29. Ik maak me zorgen over het feit dat ik medicijnen moet nemen.

- Helemaal niet mee eens
- Niet mee eens
- Geen duidelijke mening
- Mee eens
- Helemaal mee eens

30. Mijn leven zou erg moeilijk zijn zonder medicijnen.

- Helemaal niet mee eens
- Niet mee eens
- Geen duidelijke mening
- Mee eens
- Helemaal mee eens

31. Soms maak ik me zorgen over de effecten die mijn medicijnen op de lange termijn kunnen hebben.
- Helemaal niet mee eens
  - Niet mee eens
  - Geen duidelijke mening
  - Mee eens
  - Helemaal mee eens
32. Zonder mijn medicijnen zou ik heel ziek zijn.
- Helemaal niet mee eens
  - Niet mee eens
  - Geen duidelijke mening
  - Mee eens
  - Helemaal mee eens
33. Ik ben onvoldoende op de hoogte van wat mijn medicijnen doen.
- Helemaal niet mee eens
  - Niet mee eens
  - Geen duidelijke mening
  - Mee eens
  - Helemaal mee eens
34. Mijn toekomstige gezondheid hangt af van mijn medicijnen.
- Helemaal niet mee eens
  - Niet mee eens
  - Geen duidelijke mening
  - Mee eens
  - Helemaal mee eens
35. Mijn medicijnen ontwrichten mijn leven.
- Helemaal niet mee eens
  - Niet mee eens
  - Geen duidelijke mening
  - Mee eens
  - Helemaal mee eens
36. Soms ben ik bang dat ik té afhankelijk zal worden van mijn medicijnen.
- Helemaal niet mee eens
  - Niet mee eens
  - Geen duidelijke mening
  - Mee eens
  - Helemaal mee eens
37. Mijn medicijnen voorkomen dat ik verder achteruit ga.
- Helemaal niet mee eens
  - Niet mee eens
  - Geen duidelijke mening
  - Mee eens
  - Helemaal mee eens