

# Longmonitor jaarrapport 2024

Annette Scherpenzeel  
Laura Schackmann  
Liselore Cariot



**NIVEL**  
Kennis voor betere zorg



Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

December 2024

ISBN 978-94-6122-883-3

030 272 97 00

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

[www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook 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

De Nivel Longmonitor, mogelijk gemaakt door financiële steun van Longfonds, biedt inzicht in hoe mensen met COPD, astma en zeldzame longziekten in Nederland hun situatie ervaren. Het onderzoek levert waardevolle informatie over de wensen en behoeften van deze mensen en belicht voor Longfonds belangrijke thema's, zoals klachten door luchtvervuiling, digitalisering van de zorg, en het nemen van eigen regie. Het is een belangrijk instrument om het beleid van Longfonds vanuit het perspectief van mensen vorm te geven en te evalueren.

De Longmonitor verzamelt gegevens via vragenlijsten onder mensen met een longziekte. Dit jaarrapport, gebaseerd op de antwoorden van meer dan 800 panelleden, beschrijft de resultaten van de Longmonitor 2024.

We zijn alle panelleden met COPD, astma en zeldzame longziekten zeer dankbaar dat zij hun ervaringen en opvattingen met ons hebben gedeeld. Met elkaar kunnen we ervoor zorgen dat de behoeften van mensen met een longziekte steeds meer centraal komen te staan.

De auteurs

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Kernpunten</b>	<b>6</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>8</b>
<b>2 Leven met een longziekte</b>	<b>9</b>
2.1 Kenmerken van mensen met longziekten	9
2.2 Ziektebelasting	11
2.3 Ervaren kwaliteit van leven	13
<b>3 Zelf de regie houden</b>	<b>17</b>
3.1 Actieve rol bij de behandeling	17
3.2 Meebeslissen	18
<b>4 Zorggebruik en kwaliteit van zorg</b>	<b>23</b>
4.1 Gebruik van professionele zorg	23
4.2 Medicatiegebruik en medicatiewissels	25
4.3 Digitale zorg	26
4.4 Vertrouwen in de zorg	31
<b>5 Leefstijl</b>	<b>33</b>
5.1 Roken	33
5.2 Bewegen	35
<b>6 Behoeft aan lotgenotencontact</b>	<b>37</b>
<b>7 Gezondheidsklachten door luchtvervuiling</b>	<b>38</b>
7.1 Buitenlucht	38
7.2 Binnenlucht	42
<b>8 Beschouwing</b>	<b>47</b>
<b>Literatuur</b>	<b>48</b>
<b>Bijlage A Methoden</b>	<b>49</b>
<b>Bijlage B Tabellenboek</b>	<b>51</b>

## Leeswijzer

Het rapport geeft de resultaten van de Longmonitor 2024 in zes hoofdstukken (hoofdstuk 2 t/m 7). In hoofdstuk 8, *Beschouwing*, kijken we terug op de resultaten in een beknopte algemene beschouwing. Een samenvatting van de kernpunten uit ieder hoofdstuk vindt u voorin het rapport. Bijlage A bevat een methodologische verantwoording van het beschreven onderzoek.

### Aandachtspunten

- Mensen met longziekten vullen jaarlijks de Longmonitor-vragenlijst in en doen daarnaast mee aan de zorg- en participatievragenlijsten van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG). In dit rapport worden gegevens gepresenteerd uit zowel de Longmonitor-vragenlijst als de zorgvragenlijst van 2024.
- Waar mogelijk vergelijken we de gegevens van mensen met COPD, astma en zeldzame longziekten. Voor enkele analyses was dit echter niet mogelijk, omdat voor de groep met zeldzame longziekten niet alle benodigde gegevens beschikbaar waren.
- De resultaten worden in elk hoofdstuk gepresenteerd in de vorm van grafieken. Bijlage B bevat bijbehorende tabellen met gedetailleerde cijfers, uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en comorbiditeit. Deze tabellen bevatten alleen gegevens over mensen met COPD en astma; de groep met zeldzame longziekten in het panel is te klein om een verdere uitsplitsing te maken.
- Voor sommige grafieken is geen bijbehorende tabel opgenomen in bijlage B. Dit betreft vragen waarbij de antwoordcategorieën niet konden worden samengevoegd, terwijl het aantal respondenten per antwoordcategorie te klein was om op te splitsen naar type longziekte en demografische variabelen.
- In de grafieken en tabellen worden percentages of aantallen kleiner dan 5 niet weergegeven.

# Kernpunten

## Hoofdstuk 2: Leven met een longziekte

- 78% van de mensen met COPD ervaart een matige tot ernstige ziektelast en 63% van de mensen met astma heeft een slechte of zeer slechte symptoomcontrole.
- Tussen de 50% en 60% van de mensen met COPD of astma beoordeelt hun gezondheid als goed tot uitstekend; dit is 38% bij de mensen met een zeldzame longziekte. Een soortgelijk verschil is zichtbaar in het dagelijks functioneren.
- Mensen met zeldzame longziekten ervaren meer problemen op vijf domeinen van kwaliteit van leven dan mensen met COPD of astma.
- Mensen met COPD of astma hebben een hogere ziektelast en een lagere kwaliteit van leven als zij gezondheidszorg hebben of afhankelijk zijn van een ziekte-uitkering.

## Hoofdstuk 3: Zelf de regie houden

- Mensen met chronische longziekten voelen zich vaak betrokken bij hun behandeling.
- Mensen waarbij voornamelijk zorgverleners de beslissingen nemen met betrekking tot hun behandeling en controle, hechten zelf minder waarde aan gezamenlijke besluitvorming.
- Om mee te kunnen beslissen bij keuzes in de behandeling is er behoefte aan duidelijke, begrijpelijke informatie en transparantie over behandelopties.
- Ook een luisterend arts is van belang om zelf regie te houden, evenals voldoende tijd voor overleg, een vast aanspreekpunt en samenwerking tussen zorgverleners.

## Hoofdstuk 4: Zorggebruik en kwaliteit van zorg

- Huisartsen en praktijkondersteuners zijn veel bezochte zorgverleners door mensen met chronische longziekten.
- Longartsen worden vaker bezocht door mensen met zeldzame longziekten dan door mensen met COPD of astma.
- Driekwart van de mensen met een zeldzame longziekte komt in verband met hun longziekte bij de fysiotherapeut.
- Inhalatie-medicatiewissels komen regelmatig voor bij mensen met longziekten, vaak omdat het medicijn niet verkrijgbaar is of niet meer vergoed wordt, maar ook om medische redenen.
- Mensen met chronische longziekten, vooral degenen met een zeldzame longziekte, gebruiken vaak digitale bronnen zoals websites, apps en wearables voor gezondheidsinformatie.
- De bekendheid en het gebruik van Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (PGO's) zijn laag, maar gebruikers zouden deze mogelijk wel willen gebruiken om hun gegevens in te zien en te delen met hun zorgverleners.
- Er is een duidelijke vraag naar meer digitale zorg bij longziekten, vooral hoger opgeleiden hebben er meer behoefte aan en zij ontvangen digitale zorg ook al vaker.
- Mensen met chronische longziekten hebben vertrouwen in de huidige zorg, maar het vertrouwen in de toekomst van de zorg ligt lager, vooral bij mensen met zeldzame longziekten en mensen jonger dan 45 jaar.

## Hoofdstuk 5: Leefstijl

- In 2024 rookt 8% van alle mensen met chronische longziekten, met duidelijk hogere percentages onder mensen met COPD.
- Rookstopadvies wordt vaker gegeven aan mensen met COPD dan aan mensen met astma, meestal zonder begeleiding of enkel met ondersteuning van medicijnen of nicotinevervangers.
- Rokers met een longziekte gebruiken vooral tabaksproducten en weinig e-sigaretten.
- Ongeveer de helft van de mensen met COPD, astma of zeldzame longziekten beweegt zelfstandig. Thuis sporten is populair, terwijl fysiotherapeutische begeleiding meer voorkomt bij zeldzame longziekten.

## Hoofdstuk 6: Behoeftte aan lotgenotencontact

- De meeste mensen met COPD en astma hebben geen behoefte aan contact met lotgenoten, vrouwen met COPD hebben er wel iets meer behoefte aan dan mannen met COPD.
- Onder mensen met zeldzame longziekten is er relatief meer interesse in lotgenotencontact.

## Hoofdstuk 7: Gezondheidsklachten door luchtvervuiling

- Mensen met chronische longziekten beoordelen de luchtkwaliteit in hun woonplaats of woonwijk gemiddeld met een 6,8 op een schaal van 1 tot 10. De luchtkwaliteit in hun woning beoordelen ze gemiddeld met een 8,0.
- Luchtvervuiling door roken op openbare plekken staat bovenaan als oorzaak van klachten, gevolgd door vuurwerk en vreugdevuren, houtstook buiten en wegverkeer.
- Klachten door luchtvervuiling omvatten hoesten, benauwdheid, geprikkelde slijmvliezen en verminderde longfunctie.
- 85% van de mensen met een longziekte neemt zelf verschillende maatregelen om klachten door luchtvervuiling van de buitenlucht te voorkomen, zoals binnen blijven (42%), vaker medicijnen nemen (35%) en er rekening mee houden bij het ventileren van het huis (26%).
- De meest voorkomende mogelijke bronnen van slechte luchtkwaliteit binnenshuis zijn koken op gas, tocht en houtkachels, pelletkachels of open haarden.
- Koken op een gasfornuis, koken zonder afzuigkap, schimmelvorming, tocht, roken (tabaksproducten of e-sigaretten/vapes) in huis komen allemaal vaker voor bij mensen met een longziekte die in een sociale huurwoning wonen dan bij degenen in een koopwoning.
- Minder dan de helft van de mensen met een longziekte neemt maatregelen om de luchtkwaliteit binnenshuis te verbeteren. Maatregelen omvatten vooral ventileren, het gebruik van een afzuigkap en minder gebruik van (geur)kaarsen of luchtverfrissers.

# 1 Inleiding

De Nivel Longmonitor brengt jaarlijks zorg- en leefsituatie van mensen met longziekten in kaart. Chronische longziekten zoals COPD, astma en zeldzame ziekten zoals longfibrose, pulmonale hypertensie of sarcoïdose, hebben een grote impact op de kwaliteit van leven. Ze veroorzaken ademhalingsproblemen, hoesten, vermoeidheid en beperkingen in fysieke activiteit, wat dagelijkse activiteiten kan belemmeren.

Om de paar jaar verschijnt een trendrapport op basis van de Longmonitoregevens; de laatste trendrapportage verscheen in 2023 (Scherpenzeel et al., 2023). In de tussentijdse jaren publiceren we jaarrapportages zoals dit rapport.

Het rapport belicht hoe het in 2024 gaat met mensen met een longziekte. Het beschrijft de ziektelast en kwaliteit van leven die zij ervaren, de zorg die ze ontvangen, de betrokkenheid bij hun behandeling en hun gebruik van digitale zorg. Daarnaast is dit jaar specifiek gekeken naar de invloed van sociaaleconomische factoren - financiële situatie, wonen en werk - op ervaren ziektelast en kwaliteit van leven. Ook biedt het rapport inzicht in leefstijlgewoonten, zoals bewegen en roken, en de impact van luchtvervuiling in de buitenlucht en ongezonde binnenlucht.

In de volgende hoofdstukken presenteren we de resultaten van alle vragen die in de Longmonitor van 2024 gesteld zijn. We vergelijken de groepen met COPD, astma en zeldzame ziekten en analyseren daarnaast verschillen op basis van geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en comorbiditeit. Ons doel is dat dit rapport bijdraagt aan meer inzicht in de ervaringen en behoeften van mensen met longziekten en als leidraad dient voor maatregelen om hun situatie te verbeteren.



## 2 Leven met een longziekte

### Samenvatting

- 78% van de mensen met COPD ervaart een matige tot ernstige ziektelast en 63% van de mensen met astma heeft een slechte of zeer slechte symptoomcontrole.
- Tussen de 50% en 60% van de mensen met astma of COPD beoordeelt hun gezondheid als goed tot uitstekend, dit is 38% bij de mensen met een zeldzame longziekte. Een soortgelijk verschil is zichtbaar in het dagelijks functioneren.
- Mensen met zeldzame longziekten ervaren meer problemen op de vijf EQ-5D-domeinen van kwaliteit van leven dan mensen met astma of COPD.
- Mensen met COPD of astma hebben een hogere ziektelast en een lagere kwaliteit van leven als zij geldzorgen hebben of afhankelijk zijn van een ziekte-uitkering.

We beschrijven de kenmerken van mensen met longziekten die aan de Longmonitor meedoen en laten zien hoe zij hun gezondheid, ziektelast en kwaliteit van leven ervaren.

### 2.1 Kenmerken van mensen met longziekten

Op basis van een aantal demografische variabelen geven we een beschrijving van de mensen met astma, COPD of een zeldzame longziekte die de Longmonitor 2024 hebben ingevuld (tabel 2.1).

#### Mensen met COPD

De groep deelnemers aan de Longmonitor van 2024 met COPD bestaat voor 55% uit mannen. Ruim vier op de vijf is 65 jaar of ouder. Mensen met COPD zijn over het algemeen laag opgeleid (37%), terwijl 22% een hbo of universitaire opleiding heeft. Driekwart van de mensen met COPD heeft naast COPD nog een andere chronische ziekte. De verdeling van mensen met COPD in de Longmonitor is wat betreft stedelijkheid een afspiegeling van de bevolking van Nederland; wat betreft regio wonen er iets meer mensen met COPD in Zuid-Nederland en iets minder in West-Nederland dan in de algemene bevolking. Dit kan te maken hebben met regionale variaties in leeftijdssamenstelling van de bevolking.

#### Mensen met astma

De groep deelnemers aan de Longmonitor van 2024 met astma bestaat voor bijna twee derde uit vrouwen. Een relatief kleine groep (11%) is jonger dan 45 jaar, terwijl 46% ouder is dan 64 jaar. Bijna een op de vijf mensen met astma is laag opgeleid (alleen lagere school of beroepsonderwijs); een derde heeft een hbo of universitaire opleiding. Zes op de tien mensen met astma heeft daarnaast nog een andere chronische ziekte. De verdeling van mensen met astma in de Longmonitor is wat betreft regio en stedelijkheid een afspiegeling van de algemene bevolking van Nederland.

#### Mensen met een zeldzame longziekte

De groep deelnemers in het Longmonitor-panel met een zeldzame longziekte bestaat, net als bij astma, uit meer vrouwen dan mannen. Qua leeftijdsverdeling lijken zij ook meer op deelnemers met astma dan op deelnemers met COPD: 55% is 65 jaar of ouder. De groep is relatief hoog opgeleid, slecht 9% heeft alleen lagere school of beroepsonderwijs, terwijl 44% een hbo of universitaire

opleiding heeft. Er zijn geen panelgegevens beschikbaar over andere ziekten die mensen naast een zeldzame longziekte hebben. De verdeling van mensen met zeldzame longziekten in de Longmonitor 2024 is wat betreft regio en stedelijkheid een afspiegeling van de algemene bevolking van Nederland.

Tabel 2.1 Kenmerken van mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte in 2024

	Kenmerken COPD (N= 294-298)	Kenmerken astma (N= 434-441)	Kenmerken zeldzame longziekten (N= 80)
	%	%	%
<b>Geslacht</b>			
man	55	38	40
vrouw	45	62	60
<b>Leeftijd</b>			
15 t/m 44 jaar	0	11	5
45 t/m 64 jaar	16	44	40
65 jaar en ouder	84	46	55
<b>Opleiding</b>			
laag (t/m LBO)	37	18	9
middel	41	47	48
hoog (HBO / universiteit)	22	36	44
<b>Regio</b>			
Noord-Nederland	2	5	13
Oost-Nederland	25	21	19
West-Nederland	34	49	45
Zuid-Nederland	39	26	24
<b>Stedelijkheid</b>			
Zeer sterk stedelijk	8	12	14
Sterk stedelijk	29	37	29
Matig stedelijk	27	18	23
Weinig stedelijk	26	23	28
Niet stedelijk	10	9	8
<b>Comorbiditeit</b>			
geen comorbiditeit	24	40	
comorbiditeit	76	60	

De meerderheid van de deelnemers aan de Longmonitor heeft astma of COPD (tabel 2.2). Daarnaast zijn er groepen met longfibrose, bronchiëctasieën, pulmonale hypertensie en sarcoïdose. Slechts enkele hebben Alpha-1 of CHD.

Veel mensen met astma hebben al 23 jaar een diagnose (mediaanwaarde)<sup>1</sup>, en kregen deze vaak één tot enkele jaren na de eerste klachten. Bij ernstige astma is de tijd tot de diagnose meestal twee jaar. Zij hebben vaak al tien jaar een diagnose. Bij beide typen astma is echter veel variatie in zowel de duur van de diagnose als in de tijd tussen de eerste klachten en de diagnose, wat kan oplopen tot tientallen jaren. Daarom ligt het gemiddelde aantal jaren hoger dan de mediaanwaarde.

<sup>1</sup> We gebruiken hier de mediaanwaarden omdat enkele gevallen waarbij de diagnoseduur of de tijd tussen de eerste klachten en de diagnose tientallen jaren bedragen, het gemiddelde sterk beïnvloeden. Zowel de gemiddelde- en mediaanwaarde zijn te vinden in tabel 2.2.

Bij mensen met COPD duurt het over het algemeen één tot twee jaar voordat zij na de eerste klachten een diagnose krijgen (mediaanwaarde twee jaar). Ook deze tijd kan sterk variëren, met enkele gevallen waarin dit tientallen jaren kan bedragen, tot uitschieters van 50 jaar. Voor de zeldzame longziekten is het beeld gevarieerd. Longfibrose, sarcoïdose en alpha-1 lijken relatief snel gediagnosticeerd te worden, namelijk één tot twee jaar na de eerste klachten, terwijl het bij bronchiëctasieën vaak vier jaar nodig is voor de diagnose.

*Tabel 2.2 Longziekten van deelnemers aan de Longmonitor 2024, aantal jaar sinds diagnose en tijd tussen eerste klachten en diagnose*

	Deelnemers met de ziekte <sup>1</sup>		Aantal jaar dat men de diagnose heeft			Jaren tussen eerste klachten en diagnose		
	Aantal	%	Gemiddeld	Mediaan	Bereik	Gemiddeld	Mediaan	Bereik
Astma	490	49	27	23	0-86	6	1	0-73
COPD	333	34	16	10	1-85	5	2	1mnd-50j
Ernstig astma	149	15	19	10	0-75	9	2	0-73
Longfibrose	89	9	5	4	1-24	2	1	0-12
Andere ziekte	84	8	20	10	6mnd-75j	3	1	0-30
Bronchiëctasieën	49	5	17	10	1-69	8	4	3mnd-35j
Pulmonale hypertensie	24	2	9	5	1-28	4	2	2mnd-20j
Sarcoïdose	15	2	18	20	4-40	2	0	4mnd-8j
Alpha-1	3	0	22	20	15-31	1	1	1-1
CHD	1	0	60	60	60	0		

<sup>1</sup> Er kunnen meerdere ziekten aangekruist worden.

## 2.2 Ziektelast

De ernst van de ziektelast van COPD kan worden uitgedrukt in een indexscore met behulp van de Clinical COPD Questionnaire (CCQ)<sup>2</sup>. In 2024 heeft 78% van de mensen met COPD een matige of ernstige ziektelast volgens de CCQ schaal. Als indicatie voor de ernst van astma wordt vaak gekeken naar de mate waarin symptomen van astma medisch gezien onder controle zijn. Dit kan worden uitgedrukt in een indexscore met behulp van de Asthma Control Questionnaire (ACQ)<sup>3</sup>. Van de mensen met astma heeft 63% een slechte of zeer slechte symptoomcontrole volgens de ACQ schaal. Voor mensen met een zeldzame longziekte is geen gevalideerde schaal beschikbaar voor het meten van hun ziektelast, daarom is deze groep in deze paragraaf buiten beschouwing gelaten.

We hebben onderzocht hoe de ernst van klachten bij COPD en astma (CCQ indexscore bij COPD en ACQ indexscore bij astma) samenhangt met financiële situatie, werkstatus (betaald werk, ziekte-uitkering of pensioen), en problemen met de luchtkwaliteit thuis. Daarbij hebben we ook geslacht, leeftijd en opleidingsniveau meegenomen. Dit is uitgevoerd door de twee indexscores van ernst van

<sup>2</sup> De CCQ index wordt in de Longmonitor gemeten met de Clinical COPD Questionnaire (CCQ, Van der Molen et al., 2003). De CCQ score loopt van 0 tot 6. In de praktijk worden de categorieën matige (CCQ-score 1-2) en ernstige (CCQ-score  $\geq 2$ ) ziektelast vaak samengenomen als indicator voor verhoogde ziektelast en als uitgangspunt voor behandeling.

<sup>3</sup> De mate van astmacontrole wordt in de Longmonitor gemeten met een Nederlandse versie van de Asthma Control Questionnaire (ACQ, Juniper et al., 1999; Nederlandse vertaling Nieuwenhof et al., 2006). De ACQ score loopt van 0 tot 36.

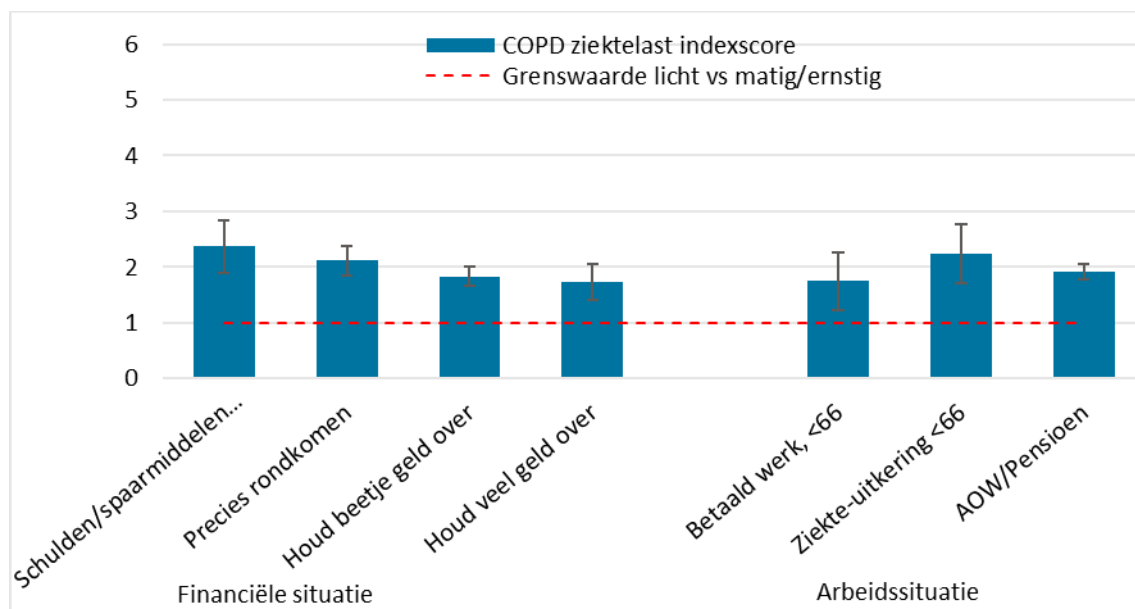
de ziektelast als uitkomstmaat te nemen in een regressiemodel met de genoemde sociaaleconomische en persoonskenmerken als factoren<sup>4</sup>.

### Samenhang tussen ziektelast, financiële situatie en arbeidssituatie

Figuur 2.1 en 2.2 tonen de samenhang van ziektelast met financiële situatie en arbeidssituatie. Voor zowel mensen met COPD als astma geldt dat degenen die schulden moeten maken of hun spaarmiddelen moeten aanspreken, meer last hebben van hun ziekte dan degenen die (net) rondkomen of geld overhouden ( $p < 0,05$ ). Voor mensen met astma is de ziektelast bovendien significant hoger bij degenen met een ziekte-uitkering vergeleken met degenen die betaald werk hebben of met pensioen zijn ( $p < 0,05$ ). Dit verband werd bij mensen met COPD niet gevonden, aangezien de meerderheid van deze groep ouder is en vaak al met pensioen.

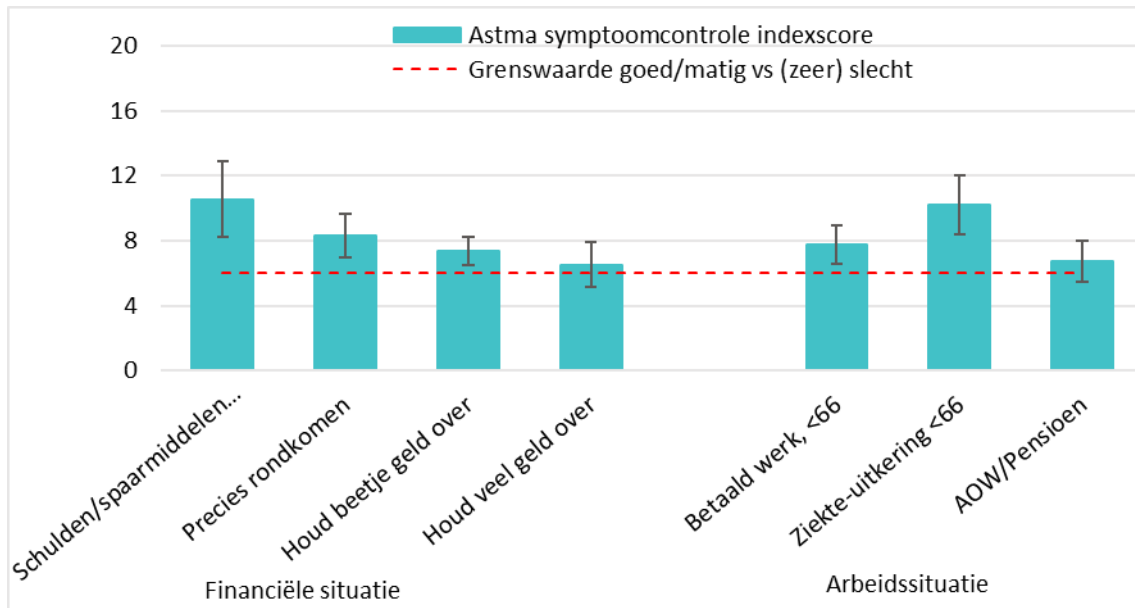
Er zijn dus duidelijk sociaaleconomische verschillen in de ziektelast van mensen met COPD en astma, waarbij een ernstige ziektelast, een ziekte-uitkering en geldzorgen elkaar lijken te versterken.

*Figuur 2.1 Gemiddelde score op de CCQ-index als maat voor ziektelast voor mensen met COPD, naar financiële situatie en arbeidssituatie, met 95% betrouwbaarheidsinterval. Een hogere score duidt op een ernstigere ziektelast*



<sup>4</sup> De resultaten van dit regressiemodel zijn eerder gepubliceerd in Scherpenzeel & Vervloet (2024).

Figuur 2.2 Gemiddelde score op de ACQ index als maat voor symptoomcontrole voor mensen met astma, naar financiële situatie en arbeidssituatie, met 95% betrouwbaarheidsinterval. Een hogere score duidt op een slechtere symptoomcontrole



## 2.3 Ervaren kwaliteit van leven

De Longmonitor meet de ervaren kwaliteit van leven door te vragen naar zelfbeoordeling van gezondheid, functioneren in huis, op het werk en in de vrije tijd, en hoeveel problemen men ervaart op de vijf domeinen van de EQ-5D<sup>5</sup>-schaal: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn / ongemak en angst / somberheid.

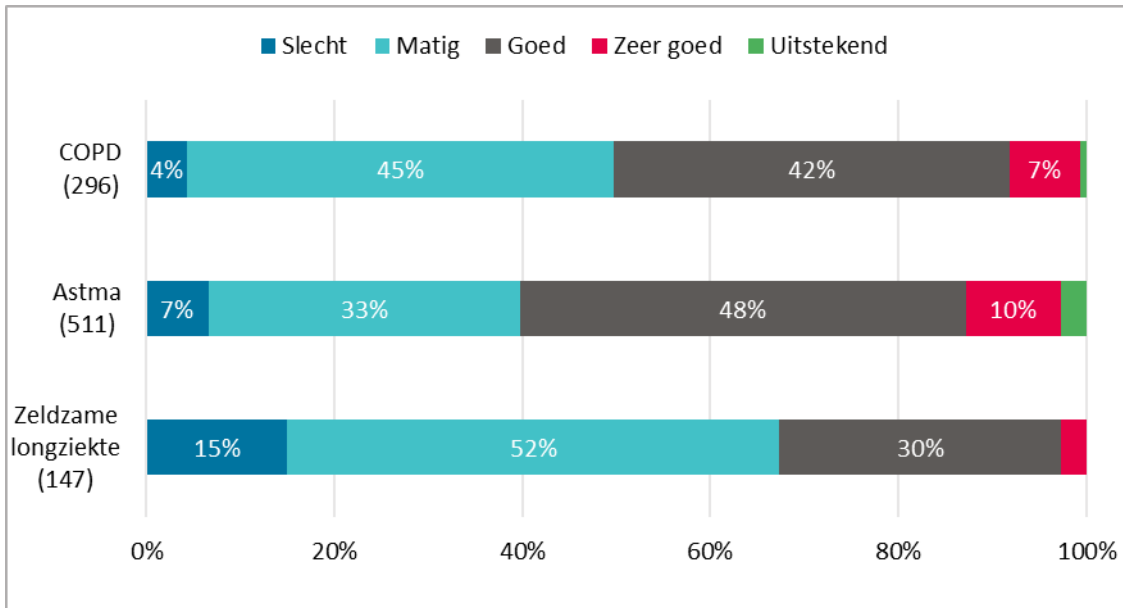
### Subjectieve gezondheid

In 2024 beoordeelde 51% van de mensen met COPD de eigen gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend (figuur 2.3). Bij mensen met astma ligt dit percentage iets hoger, op 60%. Bij mensen met een zeldzame longziekte ligt dit flink wat lager, slechts 33% beoordeelt de eigen gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend.

Tabel 2.3 in de bijlage toont dat mensen met astma tussen 15 en 44 jaar hun gezondheid veel vaker als goed tot uitstekend beoordelen (85%) dan mensen boven de 45 jaar (66% tot 69%). Ook zien we dat mensen met astma die nog een andere chronische ziekte hebben (comorbiditeit) hun gezondheid minder vaak als goed tot uitstekend beoordelen (63%) dan degenen zonder andere ziekten (79%). Deze significante verschillen zien we bij mensen met COPD niet.

<sup>5</sup> De EQ-5D-5L ([www.euroqol.org](http://www.euroqol.org)) is een vragenlijst die bestaat uit vijf vragen, die allen een domein van kwaliteit van leven meten. De vragen worden gemeten op een 5-puntsschaal, lopend van geen problemen tot extreme problemen. Er bestaan diverse schalen om kwaliteit van leven te meten, in de longmonitor gebruiken we de EQ-5D-5L omdat deze al sinds 2015 in de trendanalyses opgenomen is.

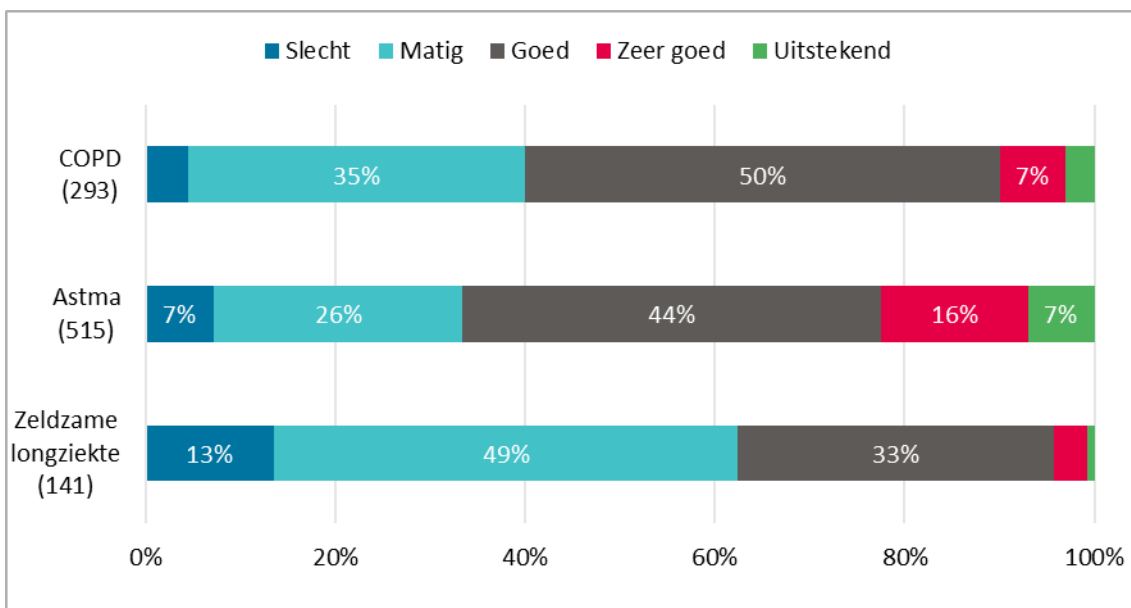
*Figuur 2.3 Percentage mensen met astma, COPD of een zeldzame longziekte dat in 2024 een slechte, matige, goede, zeer goede of uitstekende subjectieve gezondheid heeft*



### Functioneren in het dagelijks leven

In 2024 gaf 60% van de mensen met COPD, 67% van de mensen met astma en 38% van de mensen met een zeldzame longziekte aan goed, zeer goed of uitstekend te functioneren in hun dagelijks leven (figuur 2.4). Bij COPD verschilt het percentage niet tussen mannen en vrouwen, leeftijdsgroepen, opleidingsniveaus of het hebben van één of meerdere ziekten (comorbiditeit). Bij astma zien we wel enkele significante verschillen: mensen tussen de 15 en 44 jaar functioneren bijna allemaal goed tot uitstekend (94%), terwijl dat bij mensen boven de 45 drie kwart is (tabel 2.4, bijlage). Ook functioneren mensen in deze groep met een middel of hoog opleidingsniveau vaker goed tot uitstekend (rond de 80%) dan mensen met een laag opleidingsniveau (63%).

*Figuur 2.4 Percentage mensen met astma, COPD of een zeldzame longziekte dat in 2024 zegt slecht, matig, goed, zeer goed of uitstekend te functioneren in huis, op het werk en in de vrije tijd*

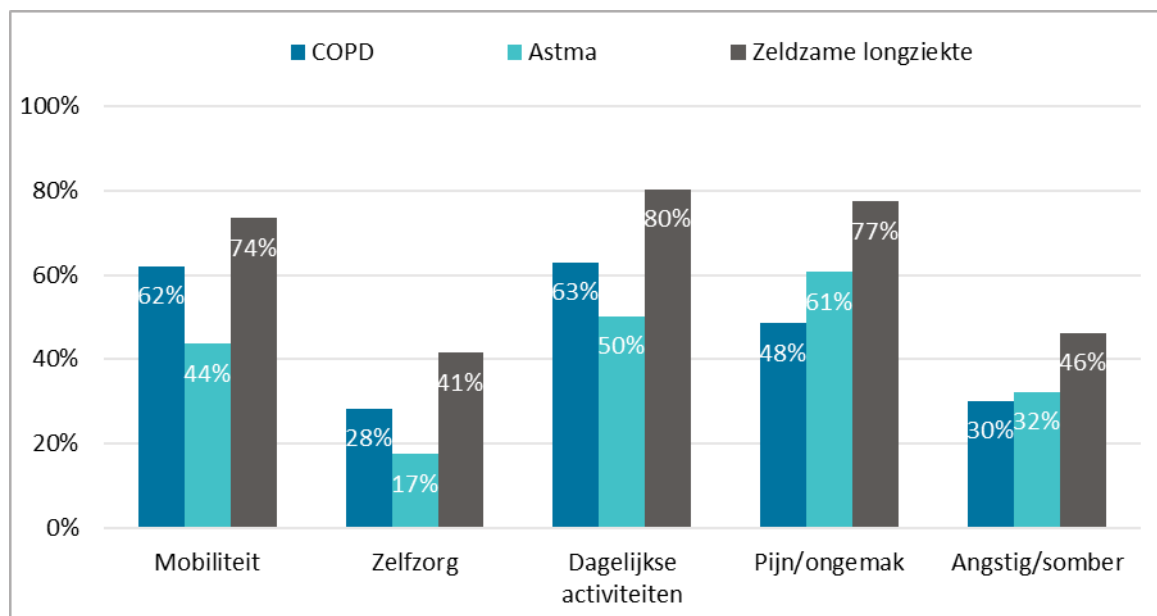


## Problemen op de vijf kwaliteit van leven-domeinen

Naast de zelfbeoordeling van gezondheid en functioneren, wordt kwaliteit van leven ook gemeten aan de hand van problemen op de vijf domeinen van de EQ-5D-schaal: *mobiliteit*, *zelfzorg*, *dagelijkse activiteiten*, *pijn / ongemak* en *angst / somberheid*.

Bij alle groepen worden de meeste problemen gerapporteerd op de domeinen *dagelijkse activiteiten* en *pijn of ongemak*, en de minste problemen op de domeinen *zelfzorg* en *angst of somberheid* (figuur 2.5). Mensen met zeldzame longziekten ervaren op alle domeinen een aanzienlijk lagere kwaliteit van leven ten opzichte van de andere groepen. Vooral op de domeinen *mobiliteit* (74%), *dagelijkse activiteiten* (80%) en *pijn of ongemak* (77%) ervaart een groter deel van hen problemen (significant,  $p < 0,05$ ). Mensen met COPD hebben ook significant vaker dan mensen met astma problemen met *mobiliteit* (62%), *zelfzorg* (41%) en *dagelijkse activiteiten* (63%).

Figuur 2.5 Percentage mensen met astma, COPD of een zeldzame longziekte dat in 2024 problemen ervaart op verschillende domeinen van kwaliteit van leven volgens de EQ-5D



## Samenhang tussen kwaliteit van leven en sociaaleconomische situatie

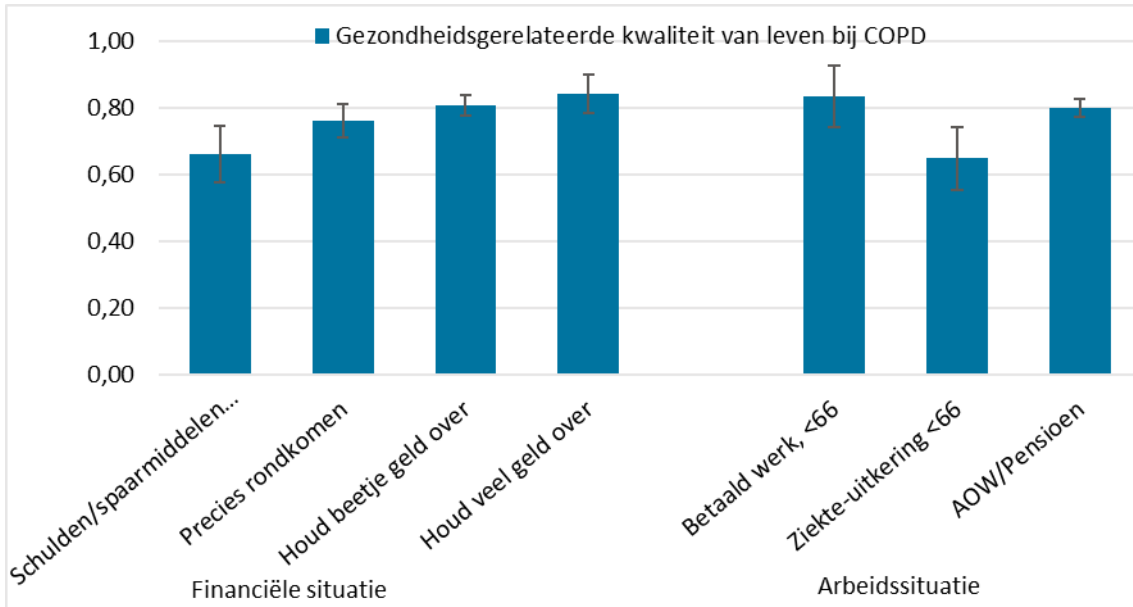
Met de antwoorden op de vijf domeinen van de EQ-5D kan een totale indexscore van kwaliteit van leven berekend worden. Deze indexscore wordt geconstrueerd aan de hand van EQ-5D-referentiewaarden voor de Nederlandse bevolking die bepaald zijn door Versteegh et al (2016)<sup>6</sup> en loopt van -0,44 tot 1, waarbij een score van -0,44 staat voor de slechtst denkbare gezondheidstoestand en score 1 voor de best denkbare gezondheidstoestand. We hebben de relatie tussen deze index van kwaliteit van leven als uitkomstmaat en de factoren - financiële situatie en het hebben van betaald werk, een ziekte-uitkering of pensioen - geschat in een regressiemodel.

Figuur 2.6 en 2.7 tonen de samenhang van de EQ-5D indexscore voor mensen met COPD en astma met hun financiële situatie en arbeidssituatie. Mensen met COPD lijken hier kwetsbaarder dan mensen met astma, omdat geldzorgen bij hen samengaan met een lagere kwaliteit van leven. Als zij schulden moeten maken of hun spaarmiddelen moeten aanspreken hebben ze een significant lagere kwaliteit van leven dan als ze net rondkomen of geld overhouden (figuur 2.6,  $p < 0,05$ ). Zij hebben dan vaker problemen met dagelijkse activiteiten en mobiliteit, en ze kampen vaker met pijn of ongemak. Bij mensen met astma is dit verschil niet te zien (figuur 2.7). Zowel bij COPD als astma hebben

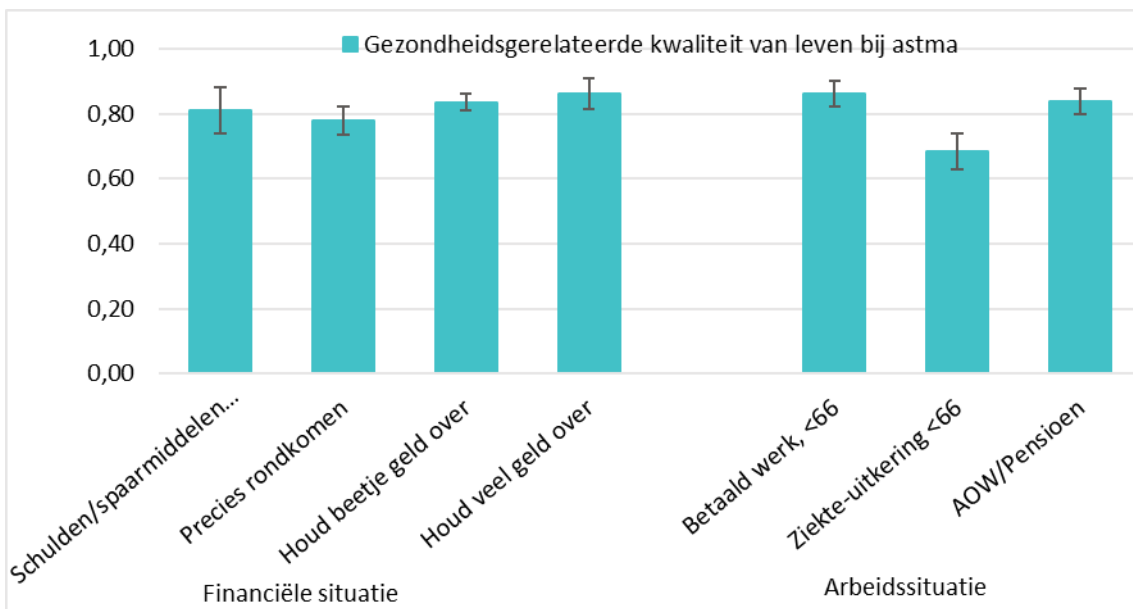
<sup>6</sup> Versteegh et al Dutch tariff for the five level version of EQ-5D. Value in Health. March 2016.

mensen met een ziekte-uitkering een significant lagere kwaliteit van leven dan mensen met betaald werk of ouderen die met pensioen zijn (figuur 2.6 en 2.7,  $p < 0,05$ ).

*Figuur 2.6 Gemiddelde score op de EQ-5D index als maat voor gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven voor mensen met COPD, naar financiële situatie en arbeidssituatie, met 95% betrouwbaarheidsinterval. Een hogere score geeft een betere kwaliteit van leven aan*



*Figuur 2.7 Gemiddelde score op de EQ-5D index als maat voor gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven voor mensen met astma naar financiële situatie en arbeidssituatie, met 95% betrouwbaarheidsinterval. Een hoge score geeft een betere kwaliteit van leven aan.*





## 3 Zelf de regie houden

### Samenvatting

- Mensen met COPD, astma en zeldzame longziekten voelen zich vaak betrokken bij hun behandeling.
- Mensen waarbij voornamelijk de zorgverlener de beslissingen neemt met betrekking tot hun behandeling en controle, hechten zelf minder waarde aan gezamenlijke besluitvorming.
- Om mee te kunnen beslissen, hebben mensen behoefte aan duidelijke, begrijpelijke informatie en transparantie over behandelopties.
- Ook een luisterende arts is van belang om zelf regie te houden, evenals voldoende tijd voor overleg, een vast aanspreekpunt en samenwerking tussen zorgverleners.

In dit hoofdstuk geven we de actuele cijfers voor een aantal kenmerken die belangrijk zijn voor eigen regie van de patiënt: een actieve rol en meebeslissen. Er zijn grote verschillen in hoe mensen met een longziekte hun 'eigen regie' voeren (Heijmans et al., 2022). Velen bespreken eigen wensen over hun behandeling bijvoorbeeld met een zorgverlener en beslissen mee, terwijl anderen een minder actieve rol in hun ziekte en behandeling aannemen.

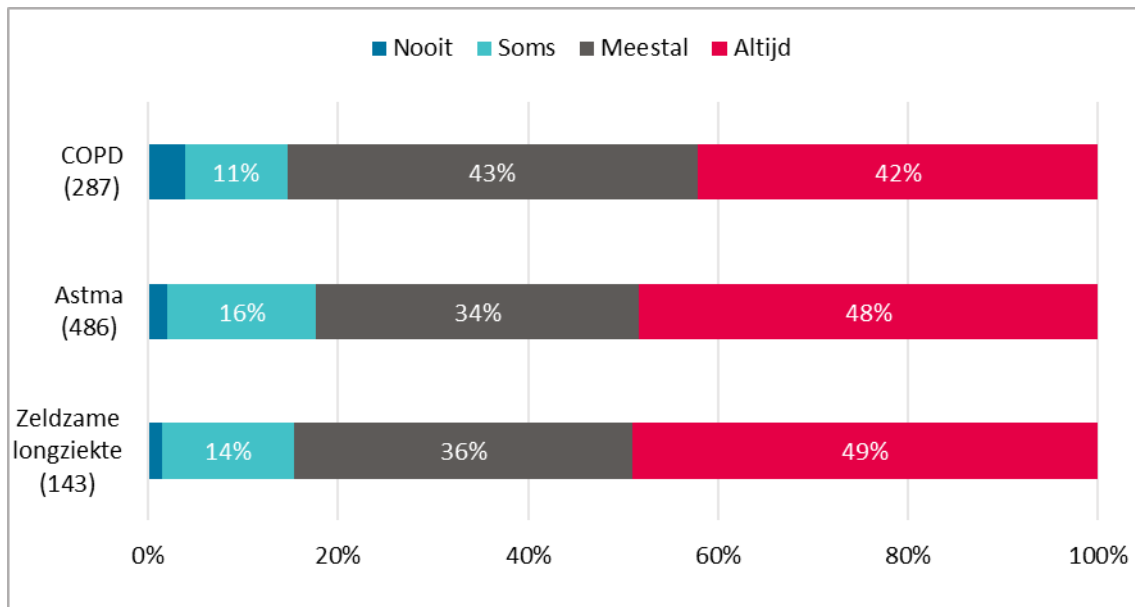
### 3.1 Actieve rol bij de behandeling

De mate waarin iemand zich actief betrokken voelt bij de behandeling is een belangrijke graadmeter voor zelfmanagement en eigen regie (Heijmans, Willems, & Scherpenzeel, 2022).

#### Betrokkenheid bij de behandeling

In 2024 geeft 85% van de mensen met COPD, 82% van de mensen met astma en 85% van de mensen met een zeldzame longziekte aan zich meestal of altijd betrokken te voelen bij de behandeling of controles van hun longziekte (figuur 3.1). Het percentage mensen met COPD of astma dat zich bij de behandeling of controles betrokken voelt verschilt niet tussen mannen en vrouwen, leeftijdsgroepen, opleidingsniveaus of tussen mensen met één chronische ziekte of meerdere ziekten (tabel 3.1, bijlage).

Figuur 3.1 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat zich in 2024 nooit, soms, meestal of altijd actief betrokken voelt bij de behandeling of controles die zij krijgen voor hun longziekte



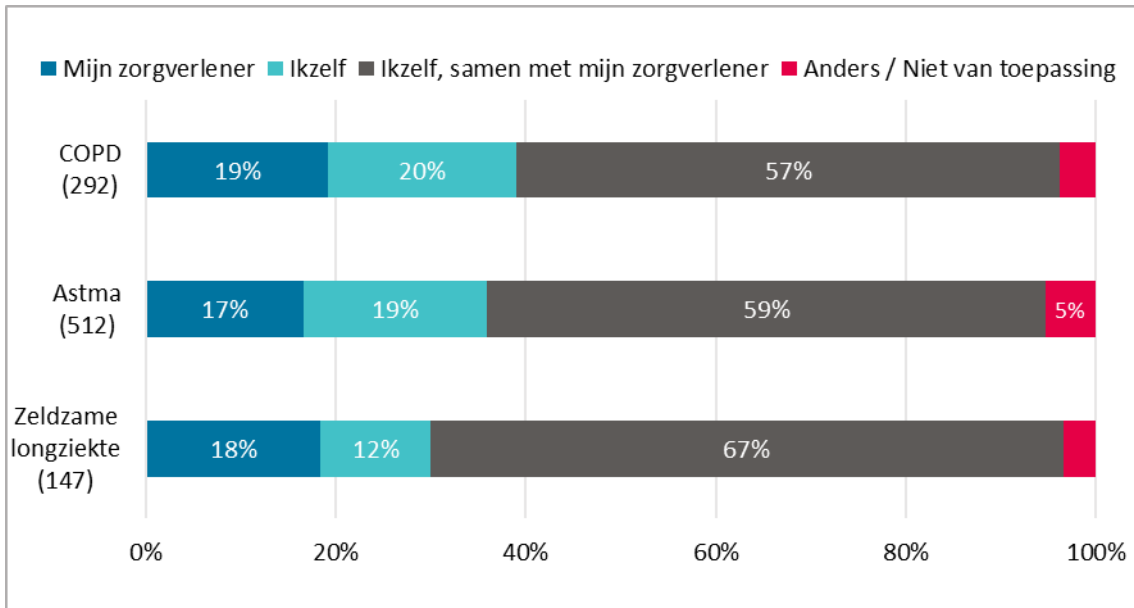
## 3.2 Meebeslissen

Uit eerdere resultaten van de Longmonitor (Heins, Spreeuwenberg & Heijmans, 2019) weten we dat bij actieve betrokkenheid vooral gedacht wordt aan passieve vormen van betrokkenheid zoals geïnformeerd worden en behandelopties aangereikt krijgen, terwijl ook een actievere vorm van betrokkenheid, namelijk samen beslissen, van belang is.

### Samen beslissen

77% van de mensen met COPD, 78% van de mensen met astma en 79% van de mensen met een zeldzame longziekte geeft aan zelf of samen met hun zorgverlener beslissingen te nemen over de behandelkeuzes die gemaakt worden (figuur 3.2), oftewel ruim driekwart van alle mensen met een chronische longziekte beslist zelf of samen met hun zorgverlener. De percentages voor mensen met COPD of astma verschillen niet naar demografische kenmerken (tabel 3.2, bijlage B).

Figuur 3.2 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat in 2024 zelf of samen met hun zorgverlener beslissingen neemt in de behandeling of controles voor hun longziekte

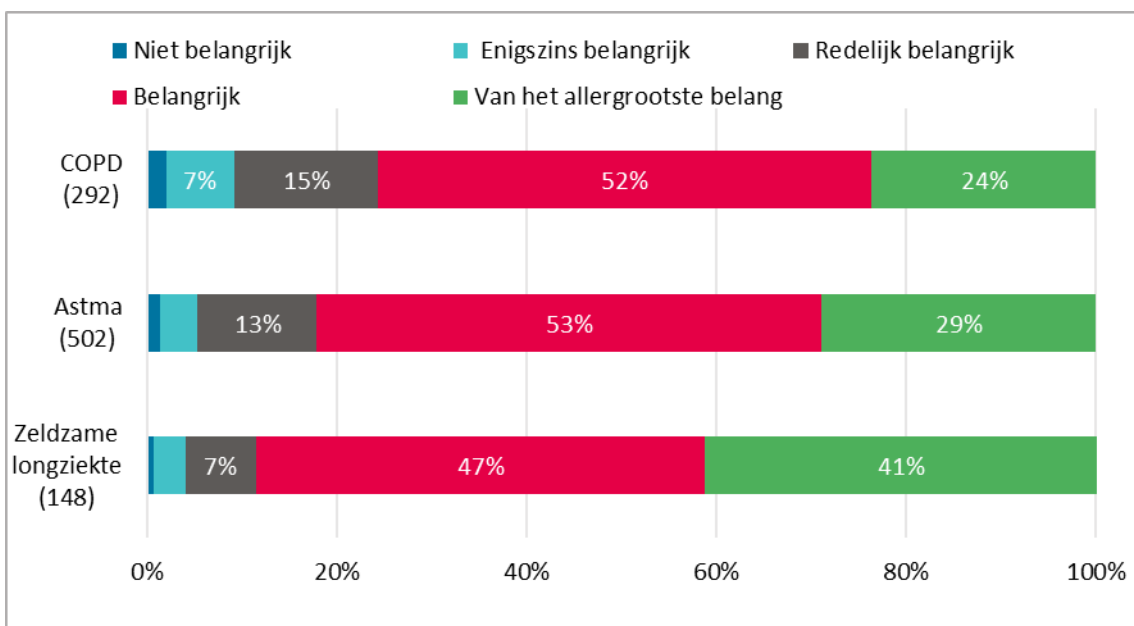


### Belang van samen beslissen

De meeste mensen vinden het ofwel belangrijk ofwel van het allergrootste belang om mee te kunnen beslissen over hun behandeling (figuur 3.3). Vooral mensen met een zeldzame longziekte vinden dit van het allergrootste belang (significant verschil ten opzichte van mensen met COPD of astma,  $p < 0,05$ ).

Daarnaast blijkt bij mensen met COPD dat vrouwen dit vaker belangrijk of van het allergrootste belang vinden (93%) dan mannen (84%) en dat bijna alle hoogopgeleiden (98%) dit belangrijk vinden, terwijl dit bij laag- of middelbaar opgeleiden respectievelijk 83% en 88% is (tabel 3.3, bijlage).

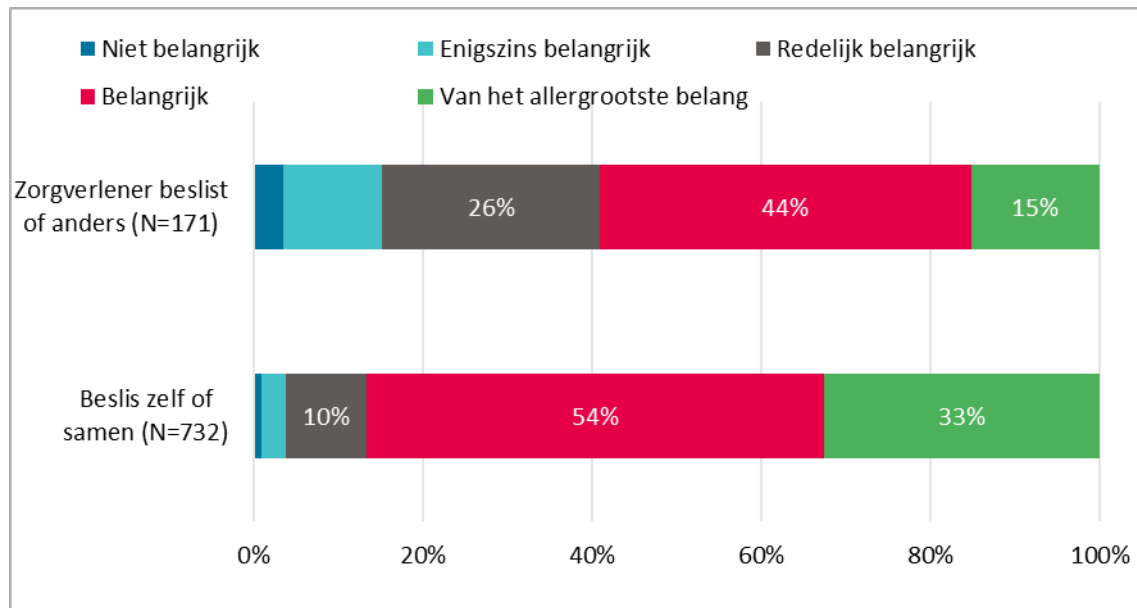
Figuur 3.3 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat het in 2024 belangrijk of niet belangrijk vindt om mee te beslissen



### Overeenstemming belang en daadwerkelijk samen beslissen

Figuur 3.4 laat zien dat mensen die aangeven dat vooral de zorgverlener beslist over de keuzes die gemaakt worden bij hun behandeling en controle, ook minder belang hechten aan het mee kunnen beslissen. Zij vinden dit redelijk belangrijk (26%) of belangrijk (44%), terwijl mensen die wel zelf of samen met de zorgverlener de keuzes maken dit belangrijk (54%) of van het allergrootste belang (33%) vinden.

*Figuur 3.4 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat het in 2024 belangrijk of niet belangrijk vindt om mee te beslissen, uitgesplitst naar of hun zorgverlener de keuzes maakt of zij zelf of samen met de zorgverlener*



### Behoeften om beter mee te kunnen beslissen bij keuzes in de behandeling

We hebben respondenten de open vraag gesteld wat hen zou helpen om beter mee te kunnen beslissen over de keuzes die gemaakt worden in hun behandeling. Ongeveer een derde van de mensen die de vraag invulden gaf aan dat dit niet van toepassing was zonder verdere reden, of dat zij het niet wisten. De andere open antwoorden hebben we gecodeerd en thematisch samengevat. Ter illustratie citeren we bij ieder thema een of enkele antwoorden die respondenten geven. De citaten komen uit 450 gecodeerde open antwoorden.

Een vijfde van de mensen was tevreden met hoe het momenteel gaat; vaak schreven zij daarbij dat zij momenteel al meebeslissen.

*“Op dit moment niet, zit in beginstadium en wordt zeer goed begeleidt door de longarts. Bij elke controle/onderzoek wordt rustig uitleg gegeven en ook waarom er een onderzoek plaats moet vinden. “*

*“Ik woon in een verpleeghuis en heb hele goede afspraken met de verpleeghuisarts. De regie ligt bij mij. Ik krijg palliatieve zorg.”*

*“Nvt mijn zorgverlener en ikzelf communiceren goed. Ik ben [leeftijd] en weet heel goed zelf wanneer het slecht gaat en wanneer ik medicatie nodig heb en dat weet gelukkig mijn zorgverlener ook.”*

De behoeften die de andere respondenten beschreven kunnen in drie hoofdthema's samengevat worden:

- **Informatie en communicatie:** de meest genoemde behoefte is het krijgen van voldoende informatie of voorlichting over behandelopties, inclusief de voor- en nadelen van verschillende behandelingen of van niet behandelen. Daarnaast werd betere uitleg in begrijpelijke taal en transparantie vaak genoemd.

*“Als er meerdere mogelijkheden wordt uitgelegd. met voor - en nadelen van de behandeling zelf en de consequenties op langere termijn”*

*“Duidelijke uitleg waarom er weer medicijnen bij moeten en wat mij in de toekomst te wachten staat”*

*“Dat het gesprek met de arts inhoud heeft op waarom het bv minder goed gaat. En samen kunnen kijken naar oplossingen of samen een conclusie trekken dat iets is zoals het is. Maar nu is daar geen tijd voor. En is iets een ja of een nee”*

Een kleine groep van 16 mensen gaf aan dat zij vertrouwen op de kundigheid van de arts, en liever een passieve rol aannemen.

*“Niet zo veel; de medici zijn specialisten op dat gebied dat laat ik graag aan ze over; zo ga ik ook niet aan mijn auto rommelen , dan ga ik naar de garage”*

- **Meer betrokkenheid en afstemming:** veel respondenten benadrukken dat het zou helpen als de arts beter zou luisteren naar de patiënt, meer zou kijken naar de specifieke situatie en de patiënt serieus moet nemen. Dit werd 48 keer genoemd. Dit draagt bij aan een gevoel van betrokkenheid en vertrouwen.

*“Dat er goed naar me wordt geluisterd. Wat mijn klachten zijn en waardoor de klachten verergeren”*

*“Dat er apart wordt gekeken naar de situatie van de persoon en niet van je zit in een rolstoel dus je bent anders en kunt niet mee doen aan bepaalde behandelingen voor het verbeteren van kwaliteit van leven”*

*“Wat ik zou willen, door gezond te leven, meer te sporten van de medicatie af te komen. Hier wordt echter anders over gedacht bij de arts, dat vind ik jammer. Ik zou hierin willen testen, of met minder medicatie mijn longen niet achteruit gaan of zelfs beter worden.”*

- **Structuur en ondersteuning:** respondenten noemen verder de behoefte aan voldoende tijd, frequent overleg, periodieke evaluaties of controles, een vast contactpersoon en betere samenwerking tussen artsen.

*“In het algemeen voel ik mij alleen met mijn aandoening; wat mij echt zou helpen is (bijvoorbeeld) een vaste contactpersoon (bv de longverpleegkundige) die ik bv elke maand standaard even kan bellen. Dat zou mij enorm helpen met mijn beperkingen.”*

*“Een luisterend oor in de vorm van een praktijkondersteuner astma. Aantal jaren gebruik van kunnen maken 1x per jaar. Was erg prettig, van de één op de andere dag was ze er niet meer. Niet over geïnformeerd.”*

Een paar keer werd nog genoemd dat patiënten zelf goed voorbereid op een consult moeten verschijnen en dat zorgverleners goed bereikbaar en toegankelijk moeten zijn.

*“Ik ben goed geïnformeerd en vraag veel aan de longarts. Daardoor heb ik geen extra wensen. Voor mensen die minder goed zich informeren of kunnen informeren is er de longverpleegkundige die kan helpen. Het is niet alleen aan de zorgverleners, je bent als patiënt ook zelf verantwoordelijk voor je situatie, qua verdiepen in de materie.”*

*“Niets, want ik ben hier goed in. In het algemeen heeft een patiënt van de arts informatie en opties nodig. Ik stel altijd voor een gesprek met een behandelaar een lijst op met vragen die ik per se beantwoord wil hebben.”*

## 4 Zorggebruik en kwaliteit van zorg

### Samenvatting

- Huisartsen en praktijkondersteuners zijn veel bezochte zorgverleners door mensen met chronische longziekten.
- Longartsen worden vaker bezocht door mensen met zeldzame longziekten dan door mensen met COPD of astma.
- Driekwart van de mensen met een zeldzame longziekte komt in verband met hun longziekte bij de fysiotherapeut.
- Inhalatie-medicatiewissels komen regelmatig voor bij mensen met longziekten, vaak omdat het medicijn niet verkrijgbaar is of niet meer vergoed wordt, maar ook om medische redenen.
- Mensen met chronische longziekten, vooral degenen met een zeldzame ziekte, gebruiken vaak digitale bronnen zoals websites, apps en wearables voor gezondheidsinformatie.
- De bekendheid en het gebruik van Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (PGO's) zijn laag, maar gebruikers zouden deze mogelijk wel willen gebruiken om hun gegevens in te zien en te delen met hun zorgverleners.
- Er is een duidelijke vraag naar meer digitale zorg bij longziekten, vooral hoger opgeleiden hebben er meer behoefte aan en zij ontvangen digitale zorg ook al vaker.
- Mensen met chronische longziekten hebben nog wel vertrouwen in de huidige zorg, maar het vertrouwen in de toekomst van de zorg ligt lager, vooral bij mensen met zeldzame longziekten en mensen jonger dan 45 jaar.

### 4.1 Gebruik van professionele zorg

In deze paragraaf tonen we het zorggebruik van mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte in 2024. We kijken hierbij naar de contacten die mensen hadden met de huisarts, praktijkondersteuner, longarts, longverpleegkundige en fysiotherapeut of opnames die mensen hadden in een ziekenhuis of revalidatiecentrum *in verband met hun longziekte*.

#### Huisarts en praktijkondersteuner

Begin 2024 gaf 61% van de mensen met COPD, 54% van mensen met astma en 76% van de mensen met een zeldzame longziekte aan in de voorgaande 12 maanden ten minste één keer contact te hebben gehad met de huisarts in verband met hun longziekte (figuur 4.1). Daarnaast had 67% van de mensen met COPD, 46% van mensen met astma en 30% van de mensen met een zeldzame longziekte contact met de praktijkondersteuner. Deze percentages verschillen niet naar demografische kenmerken van mensen met COPD of astma (tabel 4.1, bijlage).

#### Longarts en longverpleegkundige

Wat betreft gespecialiseerde zorg had 53% van de mensen met COPD, 41% van mensen met astma en bijna alle mensen met een zeldzame longziekte (95%) ten minste één keer contact met de longarts, en respectievelijk 31%, 35% en 75% met de longverpleegkundige (figuur 4.1). Ook deze percentages verschillen niet naar demografische kenmerken van mensen met COPD of astma (tabel 4.2, bijlage).

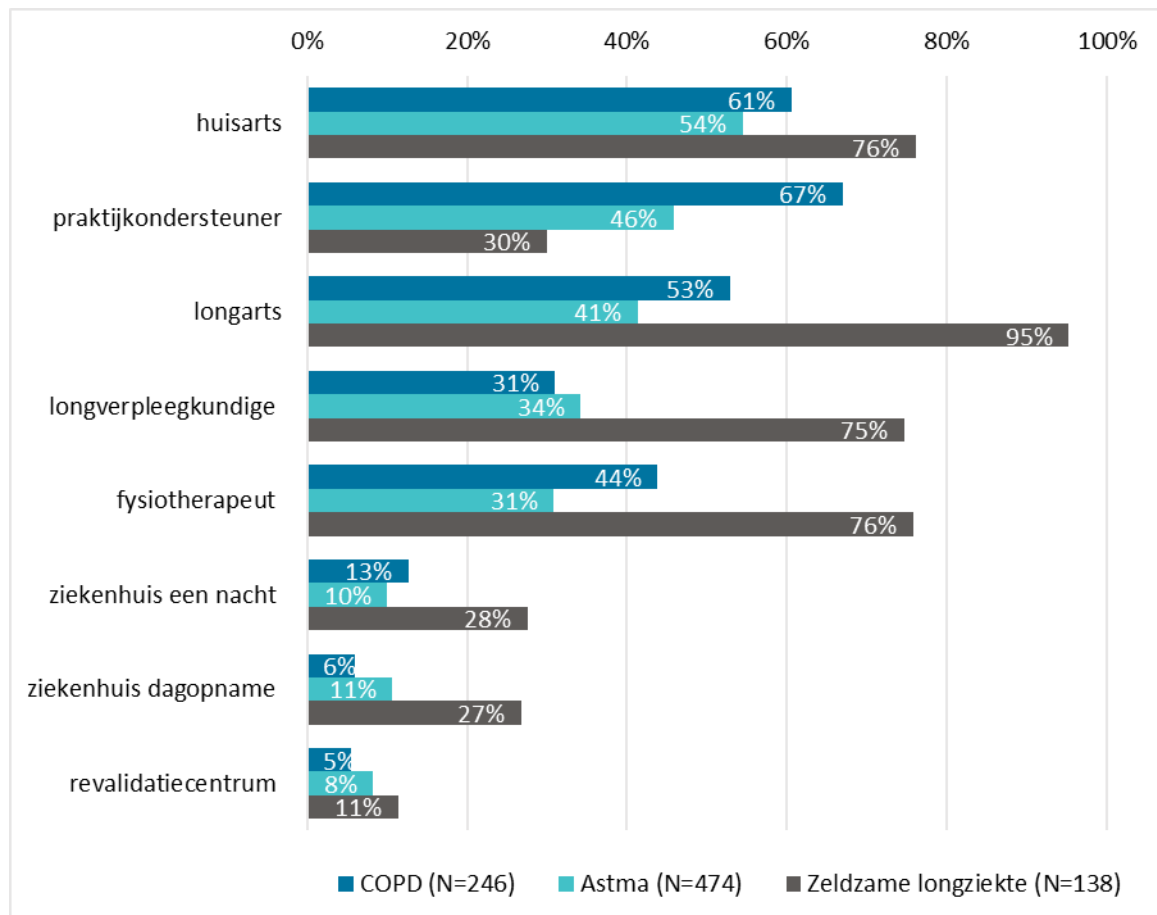
## Fysiotherapeut

In totaal gaf 44% van de mensen met COPD aan dat zij in de voorafgaande 12 maanden contact hadden met de fysiotherapeut in verband met hun longziekte. Bij mensen met astma was dit 31% en bij mensen met een zeldzame longziekte 76%. Bij mensen met astma is dit voor vrouwen hoger (27%) dan voor mannen (14%) en daarnaast zien we een leeftijdseffect (tabel 4.3, bijlage). Degenen van 65 jaar of ouder gingen namelijk significant vaker (30%) naar de fysiotherapeut dan degenen tussen de 15 en 44 jaar (7%) en degenen tussen 45 en 64 jaar (19%). Deze verschillen zien we niet bij mensen met COPD.

## Opname en revalidatie

Een klein aantal mensen met COPD of astma is in een ziekenhuis opgenomen geweest in verband met hun longziekte, voor een nacht of langer (10% tot 13%) of voor een dagopname (6% tot 11%). Ook het aantal dat contact had met een revalidatiecentrum was klein (5% tot 8%). Voor mensen met een zeldzame longziekte zijn de percentages hoger: ruim een kwart van hen is in een ziekenhuis opgenomen geweest in verband met hun longziekte en één op de tien had contact met een revalidatiecentrum. Deze percentages zijn te klein om verder uit te splitsen naar demografische kenmerken.

Figuur 4.1 Percentage mensen met astma, COPD of een zeldzame longziekte dat in 2024 in verband met hun longziekte contact had met huisarts, praktijkondersteuner, longarts, longverpleegkundige en fysiotherapeut of een opname had in een ziekenhuis of revalidatiecentrum





Met uitzondering van de praktijkondersteuner geldt voor alle bovenstaande zorgverleners dat het percentage mensen met een zeldzame longziekte dat contact had met de zorgverlener significant hoger is dan het percentage mensen met COPD of astma.

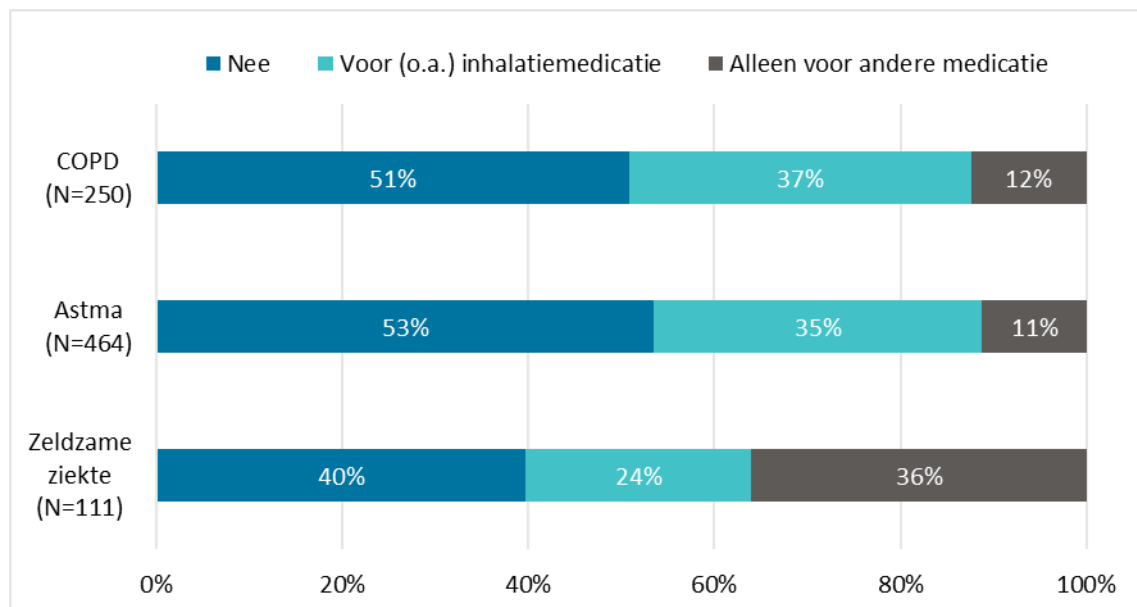
## 4.2 Medicatiegebruik en medicatiewissels

De meeste mensen met een chronische longziekte gebruiken langdurig medicatie. In 2024 gaf 95% van de mensen met COPD en 99% van de mensen met astma aan dat ze een inhaler of puffer gebruiken. Voor mensen met een zeldzame longziekte is dit 46%, maar 83% van hen gebruikt wel medicatie op recept.

### Medicatiewissels in het afgelopen jaar

Van deze medicijngebruikers gaf in totaal 49% aan dat zij in het afgelopen jaar één of meerdere medicatiewissels hebben meegemaakt. Als we alleen naar inhalatiemedicatie kijken, heeft 37% van de mensen met COPD, 35% van de mensen met astma en 24% van de mensen met een zeldzame longziekte een dergelijke wissel meegemaakt (figuur 4.2). Dit percentage verschilt niet significant tussen mensen met COPD of astma noch tussen mannen en vrouwen, leeftijdsgroepen, opleidingsniveaus of tussen mensen met één chronische ziekte of meerdere ziekten (tabel 4.4 bijlage). Mensen met een zeldzame longziekte hebben in vergelijking met hen wel significant minder vaak een wisseling van inhalatiemedicatie en vaker een wisseling van een ander medicijn meegemaakt.

Figuur 4.2 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat in het afgelopen jaar<sup>7</sup> één of meerdere wissels in medicijnen heeft meegemaakt



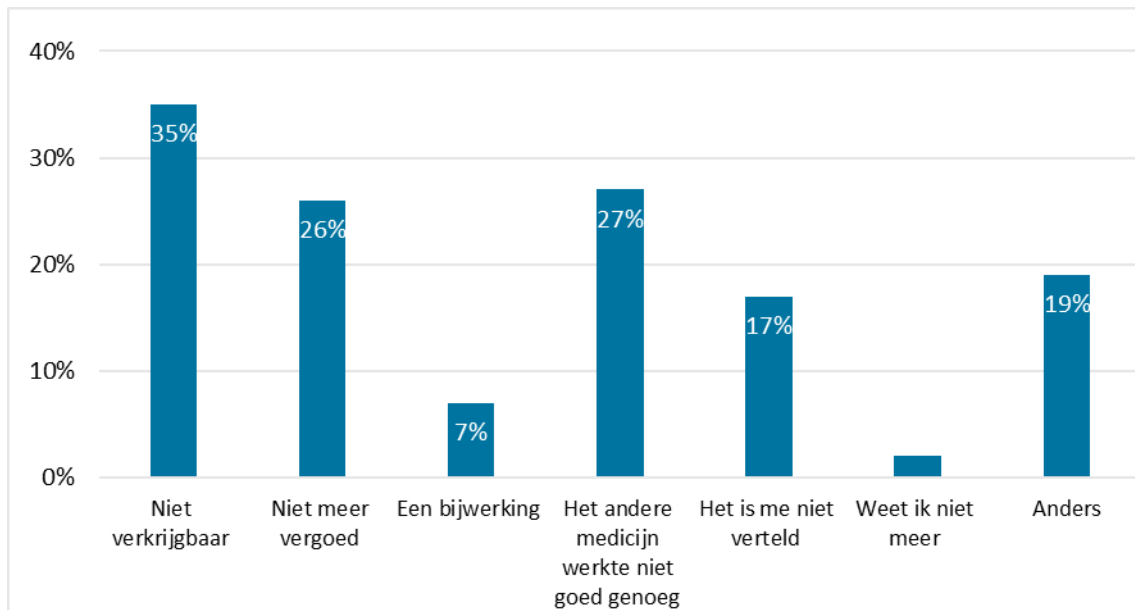
### Reden van medicatiewissel

Een medicatiewissel kan verschillende medische of niet-medische redenen hebben. In de Longmonitor 2024 noemen mensen met een longziekte het vaakst een niet-medische reden voor de wisseling in hun inhalatiemedicatie (35%), namelijk dat het medicijn dat ze eerder gebruikten niet

<sup>7</sup> De vraag ging over "afgelopen jaar". De vragenlijst is van februari t/m april 2024 afgenomen, dus "afgelopen jaar" omvat een groot deel van 2023.

verkrijgbaar was (figuur 4.3). Een andere niet-medische reden is dat het inhalatiemedicijn niet meer vergoed wordt; dit geeft een kwart (26%) van de mensen met een wissel aan als reden. Een vergelijkbaar percentage (27%) geeft een medische reden: het andere inhalatiemedicijn werkte niet goed genoeg. Bij 17% van de mensen is de reden voor de wissel niet verteld. De mensen die ‘anders’ aankruisten gaven soms een medische reden aan, zoals bijvoorbeeld zwangerschap, gestopt zijn met roken, advies van zorgverlener. Een enkeling gaf aan dat alleen het merk of de dosis veranderd was of dat men van apotheek gewisseld was. De meeste mensen vulden hier echter niets in.

Figuur 4.3 Redenen voor wissel van inhalatiemedicatie die mensen met longziekten aangeven



Noot: Meerdere antwoorden waren mogelijk.

### 4.3 Digitale zorg

In deze paragraaf kijken we naar het gebruik van digitale zorg door mensen met chronische longziekten. De gegevens hiervoor komen uit de E-Health module die was opgenomen in de zorgvragenlijst van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten van voorjaar 2024<sup>8</sup>. Deze zorgvragenlijst is ook afgenomen onder panelleden met longziekten die aan de Longmonitorvragenlijst deelnamen. We kijken naar het gebruik van apps, wearables en websites voor gezondheidsinformatie, het gebruik van PGO's en de zorg die digitaal wordt ontvangen en gewenst wordt om digitaal te ontvangen.

#### Gebruik van websites, apps en wearables met gezondheidsinformatie

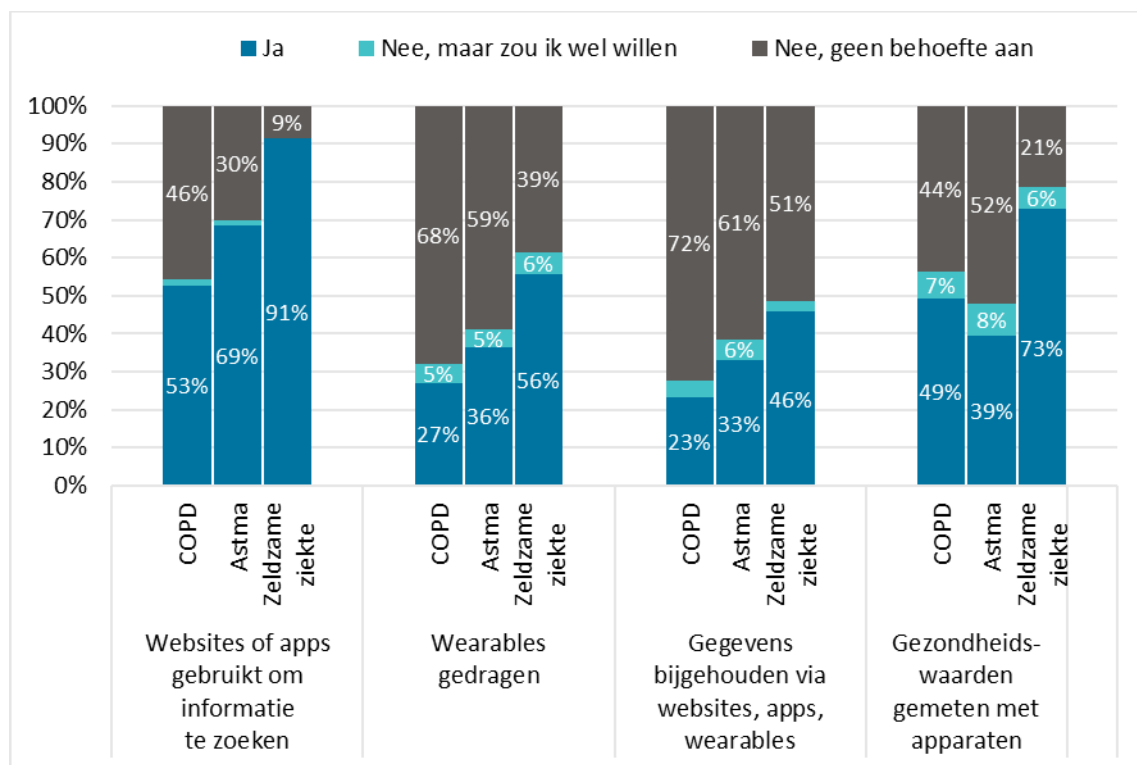
Een groot deel van de mensen met een longziekte raadpleegt websites en apps om gezondheidsinformatie te vinden. 53% van de mensen met COPD, 69% van de mensen met astma en zelfs 91% van de mensen met een zeldzame longziekte gebruikt zulke informatiebronnen (figuur 4.4). Wearables, oftewel draagbare technologie, worden iets minder vaak gebruikt: 27% van de mensen met COPD, 36% van de mensen met astma en 56% van mensen met een zeldzame longziekte maakt

<sup>8</sup> E-Healthmonitor 2022: Stand van zaken digitale zorg, Vaart, van den, et al. (2023). Gegevens worden gerapporteerd met toestemming van de onderzoekers van de E-Healthmonitor.

hier gebruik van. Vergelijkbare percentages zien we voor het bijhouden van gegevens via websites, apps en wearables.

Mensen met een zeldzame ziekte maken van ieder van de digitale informatiebronnen significant meer gebruik dan mensen met COPD en astma ( $p < 0.05$ ). Zo meten mensen met een zeldzame longziekte vaker hun gezondheidswaarden met apparaten (73%) dan mensen met COPD (49%) of astma (39%). Er is ook een verband met leeftijd en opleidingsniveau: 65-plussers en laagopgeleide mensen met COPD of astma maken significant minder gebruik van websites, apps en wearables dan mensen tussen de 15 en 64 jaar en middelbaar- of hoogopgeleiden (zie bijlage B). Binnen de groep met COPD maken mannen minder gebruik van deze digitale middelen dan vrouwen.

*Figuur 4.4 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat in 2024 websites, apps en wearables gebruikte in verband met hun gezondheid of behandeling*



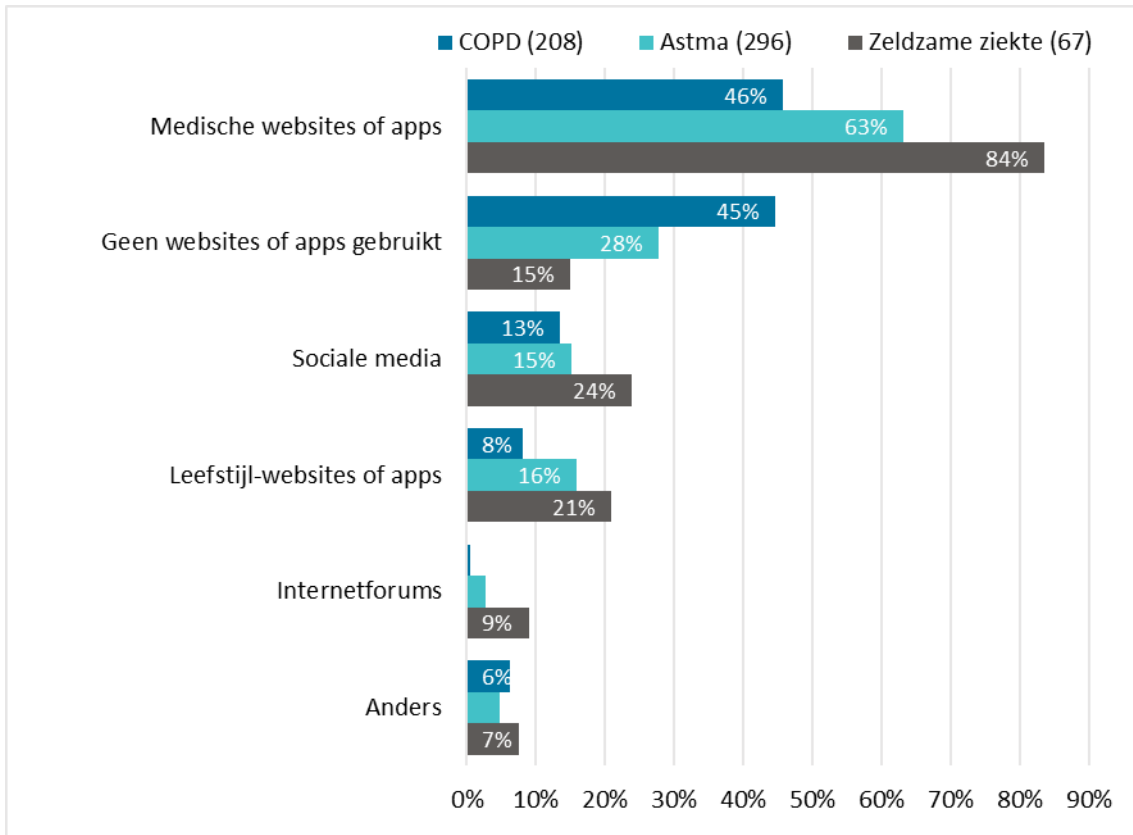
Noot: Meerdere antwoorden waren mogelijk.

### Soorten digitale platforms die worden gebruikt

Na de vraag of men wel eens websites, apps of wearables gebruikte in verband met de gezondheid, volgde een vraag om in meer detail aan te geven welk soort websites en apps men dan geraadpleegd had. Figuur 4.5 laat zien dat dit vooral medische websites en apps zijn: 46% van de mensen met COPD, 63% van de mensen met astma en 84% van de mensen met een zeldzame ziekte zoekt naar gezondheidsinformatie via deze kanalen. Social media en leefstijlwebsites of -apps worden minder vaak bezocht, namelijk door tussen de 8% en 24%. Internetforums worden door mensen met COPD en astma nauwelijks gebruikt, terwijl bijna één op de tien mensen met een zeldzame ziekte hier wél gebruik van maakt.

Bij de antwoordcategorie “anders” gaven vijftien mensen aan Google of een andere zoekmachine te gebruiken en vier mensen aan dat zij de website van Longfonds raadplegen.

Figuur 4.5 Websites en apps die mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte in 2024 gebruikten om informatie op te zoeken over hun gezondheid of behandeling, antwoordopties geordend van meest tot minst gebruikt in de totale groep



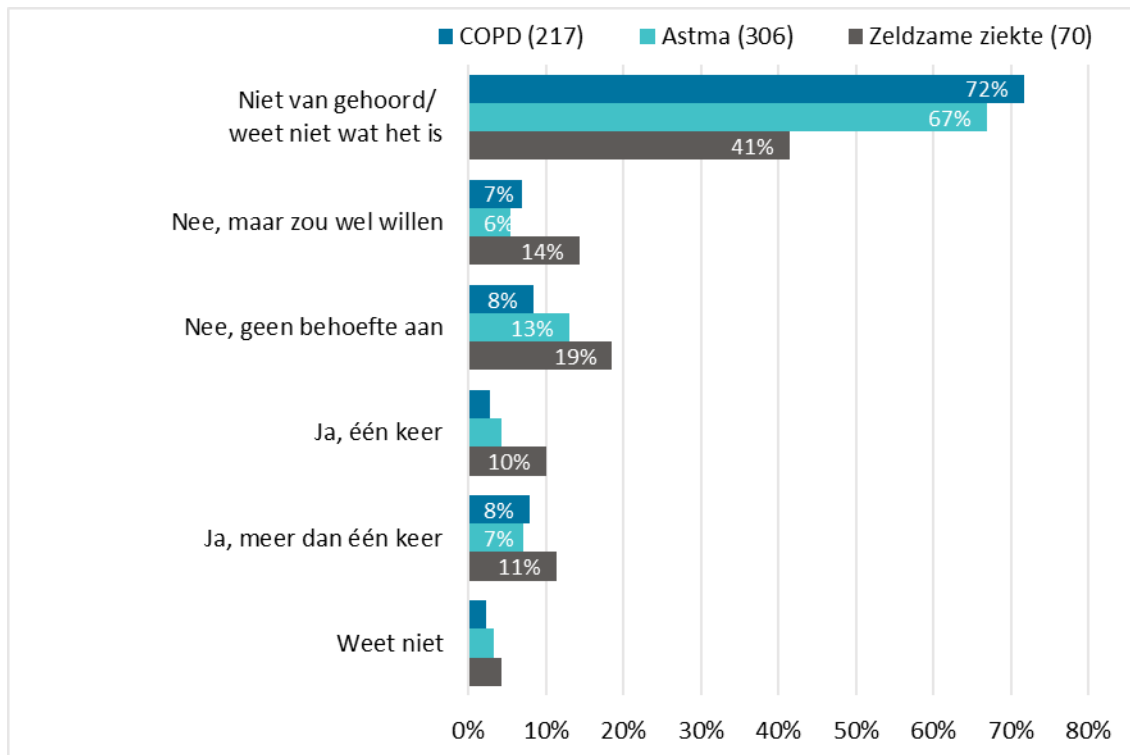
Noot: Meerdere antwoorden waren mogelijk.

### Gebruik van PGO's

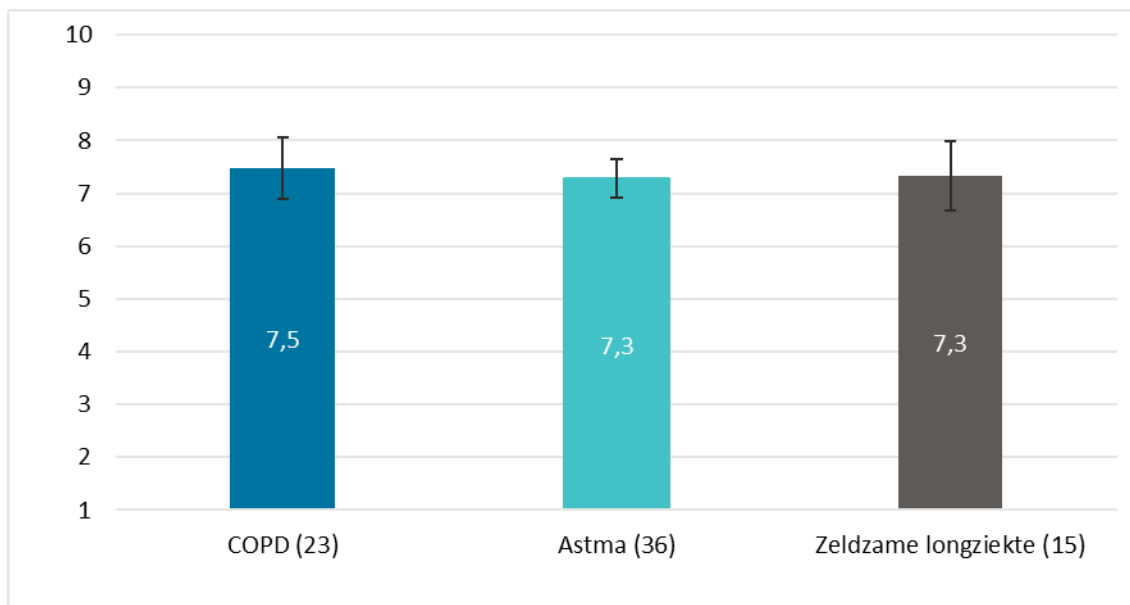
Een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) is een door de patiënt gekozen app of website waarmee hij of zij zelf gezondheidsgegevens van verschillende zorgverleners kan verzamelen, eigen gegevens kan toevoegen en deze kan delen met anderen. PGO's zijn nog relatief onbekend onder mensen met COPD en astma: respectievelijk 72% en 67% heeft er nooit van gehoord of weet niet precies wat een PGO is (figuur 4.6). Onder mensen met een zeldzame longziekte is de bekendheid iets hoger: 41% is onbekend met het PGO, wat significant lager is dan onder mensen met COPD of astma ( $p < 0,05$ ).

Ongeveer één op de tien mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte heeft één of meerdere keren een PGO gebruikt. Tussen de 6% en 14% heeft het nog niet gebruikt maar zou dat wel willen, terwijl 8% tot 19% aangeeft geen behoefte te hebben aan een PGO. Deze percentages zijn vergelijkbaar tussen de drie groepen met longziekten. Gebruikers van een PGO beoordelen hun tevredenheid met gemiddeld een score tussen de 7,3 en een 7,5 (figuur 4.7).

Figuur 4.6 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat in 2024 weet wat een PGO is, er gebruik van gemaakt heeft, of dat zou willen



Figuur 4.7 Gemiddelde tevredenheid van mensen met longziekten en mensen met andere chronische ziekte met het PGO dat ze gebruikte in 2024, op een schaal van 1 tot 10

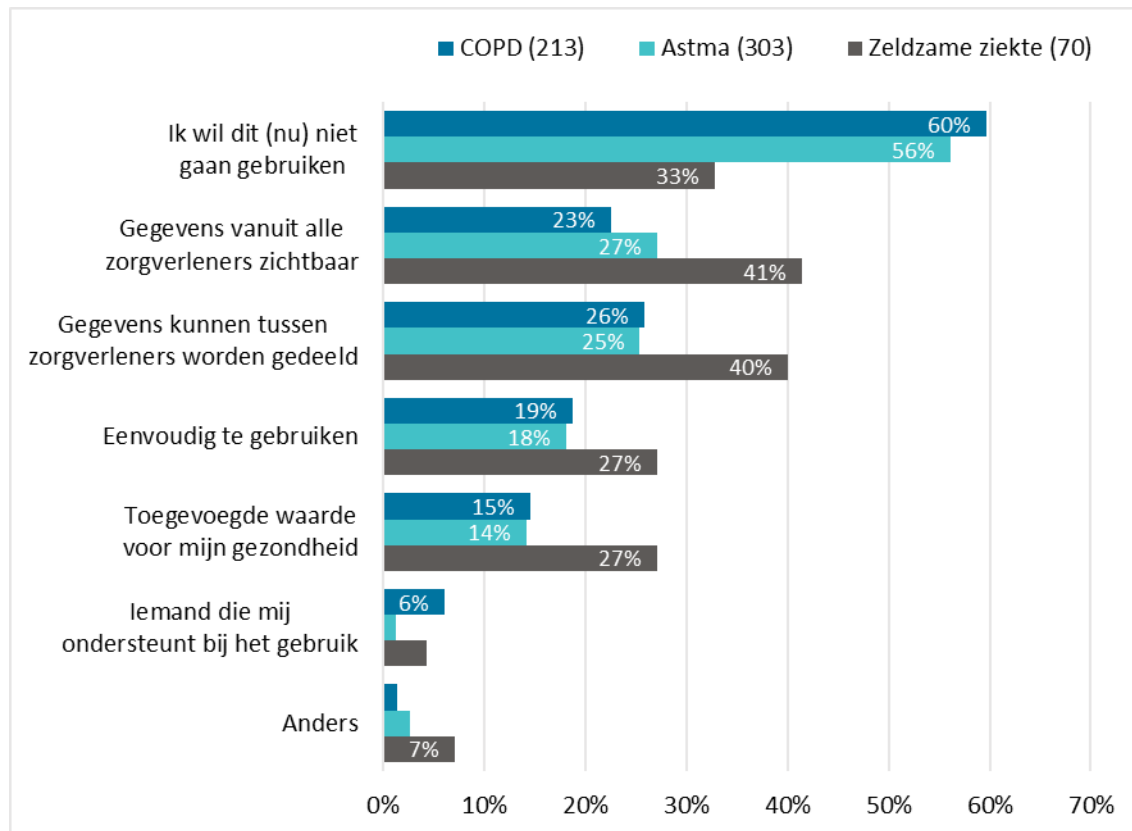


### Motivatie en redenen om een PGO wel of niet te gebruiken

In totaal geeft 60% van de mensen met COPD, 56% van de mensen met astma, en 33% van de mensen met een zeldzame longziekte aan voorlopig geen PGO te willen gaan gebruiken (figuur 4.8). Voor degenen die dat wél willen, namelijk 25% tot 27% van de mensen met COPD of astma en 40% van de mensen met een zeldzame longziekte, zijn de meest belangrijkste redenen de mogelijkheid om gegevens vanuit alle zorgverleners in te zien en te delen tussen zorgverleners. Daarnaast geeft 14% tot 19% van de mensen met COPD of astma en 27% van de mensen met een zeldzame

longziekte aan dat het gebruiksgemak en de toegevoegde waarde voor hun gezondheid belangrijk zijn. Er is niet veel behoefte aan ondersteuning: in de COPD-groep geeft nog 6% dit wel nodig te hebben; bij de andere twee groepen speelt dit nog minder. In de categorie “anders” werd enkele keren genoemd dat de gegevensbescherming en vertrouwelijkheid goed geregeld moeten zijn.

*Figuur 4.8 Wat hebben mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte nodig om een PGO te gaan gebruiken / wat heeft ervoor gezorgd dat ze een PGO zijn gaan gebruiken, antwoordopties geordend van meest tot minst gekozen in de totale groep*



Noot: Meerdere antwoorden waren mogelijk.

### Mensen die zorgonderdelen al digitaal ontvangen of zouden willen ontvangen

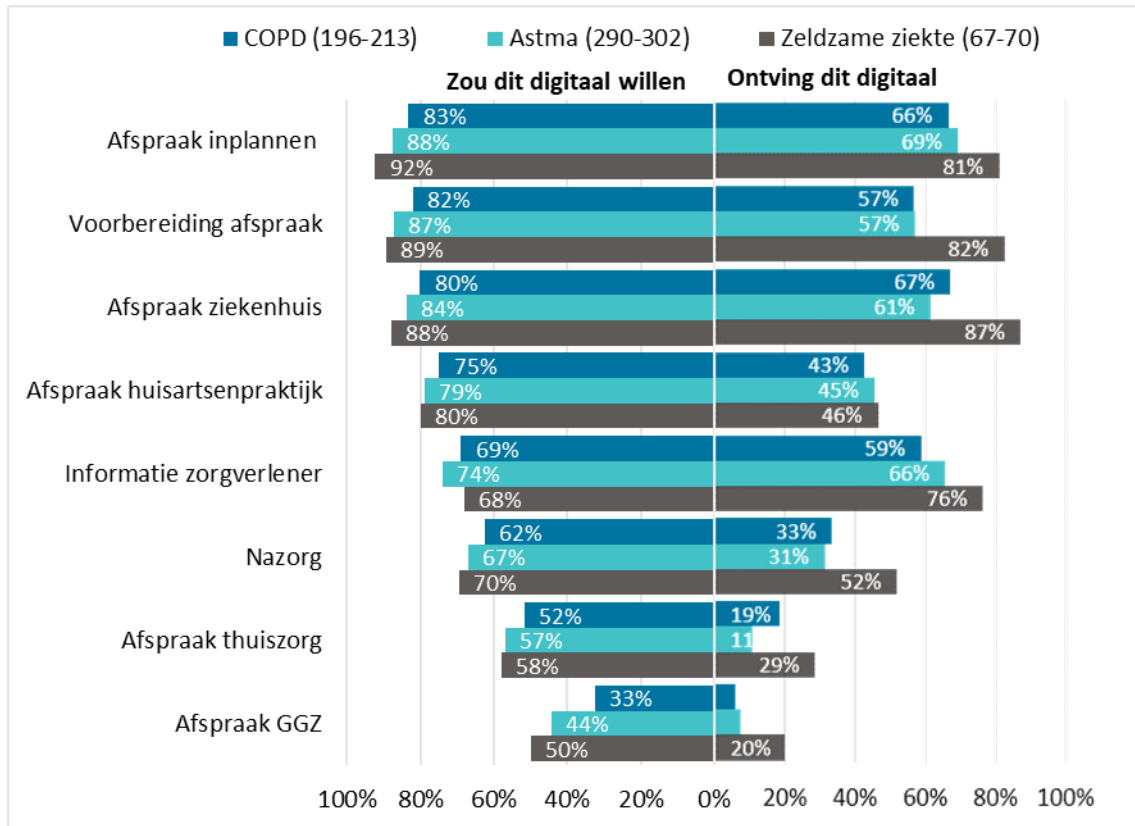
Mensen met een longziekte hebben veel behoefte aan digitale zorg (figuur 4.9). Bij bijna alle zorgonderdelen is het percentage mensen dat digitale zorg zou willen ontvangen hoger dan het percentage dat digitale zorg al ontvangt<sup>9</sup>. Mensen met een zeldzame longziekte hebben in 2024 significant vaker digitale zorg ontvangen dan mensen met COPD of astma ( $p < 0,05$ ).

Middelbaar- en hoogopgeleide mensen met COPD of astma willen niet alleen meer digitale zorg, ze ontvangen dit ook daadwerkelijk vaker dan laagopgeleiden ( $p < 0,05$ , zie bijlage B). Onder mensen met COPD willen 65-plussers minder vaak digitale zorg dan mensen tussen de 45 en 64 jaar.

De zorgonderdelen die het meest geschikt lijken voor digitalisering zijn het inplannen van afspraken, de voorbereiding van afspraken, ziekenhuisafspraken, en huisartsafspraken, informatie van de zorgverlener en nazorg. Er lijkt minder behoefte te zijn aan een digitale vorm van thuiszorgafspraken en GGZ-afspraken, hoewel ook hier meer mensen aangeven dit digitaal te willen ontvangen dan er daadwerkelijk al ontvangen.

<sup>9</sup> Sommige mensen hebben in mogelijk niet te maken gehad met het maken of hebben van afspraken met zorgverleners in de afgelopen 12 maanden. Daarom hebben we in de analyses de mensen die “niet van toepassing” invulden weggelaten.

Figuur 4.9 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat in 2024 een onderdeel van zorg digitaal ontving (rechts) en percentage dat dit onderdeel digitaal zou willen ontvangen (links). Antwoordopties geordend van meest tot minst gewenst in de totale groep



Noot: De antwoordcategorieën "ja, volledig" en "ja, gedeeltelijk" zijn samengevoegd, degenen die "weet niet / niet van toepassing" invulden zijn weggelaten. Meerdere antwoorden waren mogelijk.

#### 4.4 Vertrouwen in de zorg

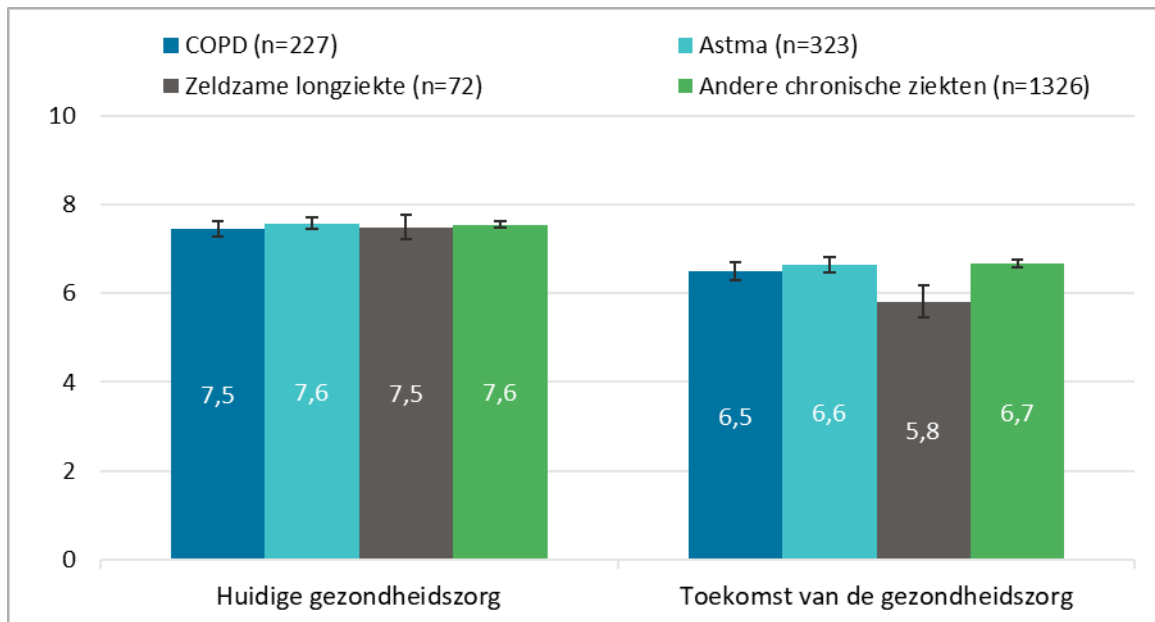
In het voorjaar van 2024 is in de zorgvragenlijst van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten op een schaal van 1 tot 10 gevraagd hoeveel vertrouwen mensen hebben in de huidige en toekomstige gezondheidszorg. De meeste deelnemers aan de Longmonitor van 2024 vulden ook deze vragenlijst in.

Figuur 4.10 toont het vertrouwen van mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte in vergelijking met panelleden met andere chronische ziekten. Alle groepen geven hun vertrouwen in de huidige gezondheidszorg gemiddeld een 7,5, dit verschilt niet naar ziekte. Onder de mensen met astma zien we wel dat dit vertrouwen significant lager is bij vrouwen (7,5) dan bij mannen (7,8) ( $p < 0,05$ ).

Het vertrouwen in de toekomst van de zorg krijgt gemiddeld over alle groepen een 6,5, maar mensen met een zeldzame ziekte hebben significant minder vertrouwen (5,8) dan andere groepen. Tussen de andere groepen onderling verschilt dit vertrouwen niet. Wel is er een effect voor geslacht en leeftijd. Vrouwen met astma hebben gemiddeld minder vertrouwen in de toekomst van de zorg (6,6) dan mannen (7,0), dit is significant ( $p < 0,05$ ). Zie tabel 4.10 in bijlage B.

Bij mensen met COPD geven 65-plussers een significant hoger cijfer (6,6) dan 45- tot 64-jarigen<sup>10</sup> (6,0) ( $p < 0,05$ ). Mensen met astma tussen de 15 en 44 jaar hebben het meeste vertrouwen in de toekomst van de zorg (7,39), hun beoordeling is significant hoger dan mensen met astma van 45 jaar of ouder ( $p < 0,05$ ).

*Figuur 4.10 Gemiddeld vertrouwen in de gezondheidszorg en in de toekomst van de gezondheidszorg van mensen met longziekten en mensen met andere chronische ziekte in 2024, op een schaal van 1 tot 10*



<sup>10</sup> Er nemen bijna geen mensen met COPD jonger dan 45 deel aan de Longmonitor



## 5 Leefstijl

### Samenvatting

- In 2024 rookt 8% van alle mensen met chronische longziekten, met duidelijk hogere percentages onder mensen met COPD.
- Rookstopadvies wordt vaker gegeven aan mensen met COPD dan aan mensen met astma, vaak zonder ondersteuning of met ondersteuning van medicijnen of nicotinevervangers.
- Rokers met een longziekte gebruiken vooral tabaksproducten en weinig e-sigaretten.
- Ongeveer de helft van de mensen met COPD, astma of zeldzame longziekten beweegt zelfstandig. Thuis sporten is populair, terwijl fysiotherapeutische begeleiding meer voorkomt bij zeldzame longziekten.

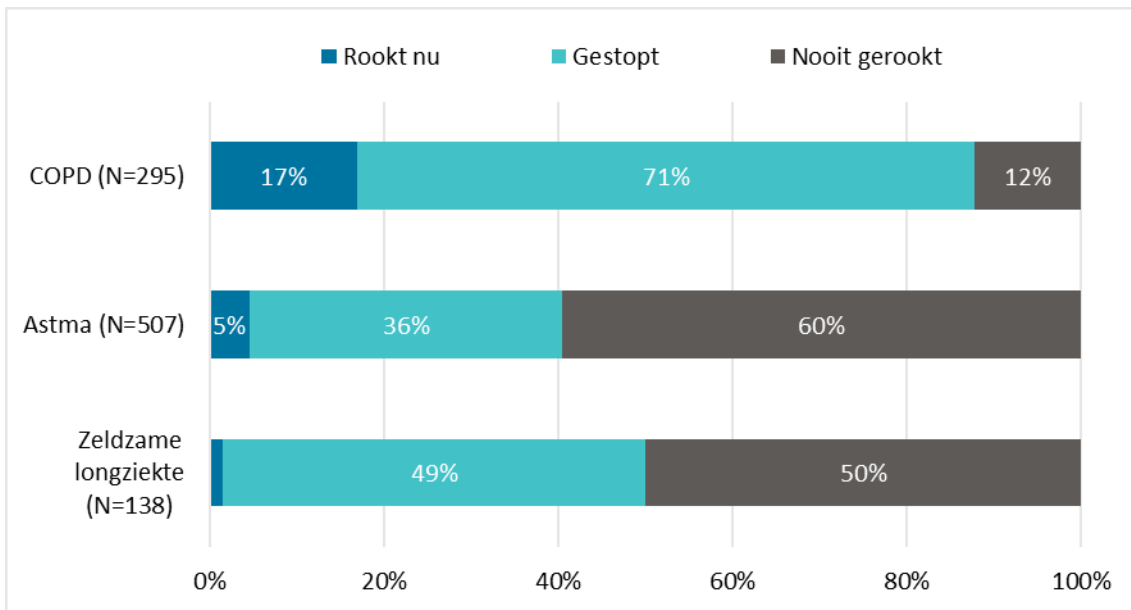
In dit hoofdstuk beschrijven we de leefstijl van mensen met longziekten, met focus op twee specifieke gebieden: roken en bewegen. We bespreken het rookgedrag, inclusief het gebruik van e-sigaretten / vapes, evenals ondersteuning bij stoppogingen. Daarnaast kijken we naar het beweeggedrag en het advies over leefstijlveranderingen.

### 5.1 Roken

In 2024 rookte 8% van de totale groep mensen met chronische longziekten. Dit percentage is hoger onder mensen met COPD (17%, figuur 5.1, significant  $p < 0,05$ ) dan onder mensen met astma (5%) en zeldzame longziekten (1%). Bij hoogopgeleide mensen met COPD is het percentage rokers significant lager (8%) vergeleken met laagopgeleiden (26%) of middelbaar opgeleiden (16%).

In totaal heeft 43% van de totale groep mensen met een longziekte nooit gerookt, terwijl 49% wel gerookt heeft maar gestopt is. Mensen met COPD zijn vaak gestopt met roken (71%), terwijl mensen met astma of een zeldzame longziekte vaker nooit gerookt hebben (respectievelijk 60% en 50%).

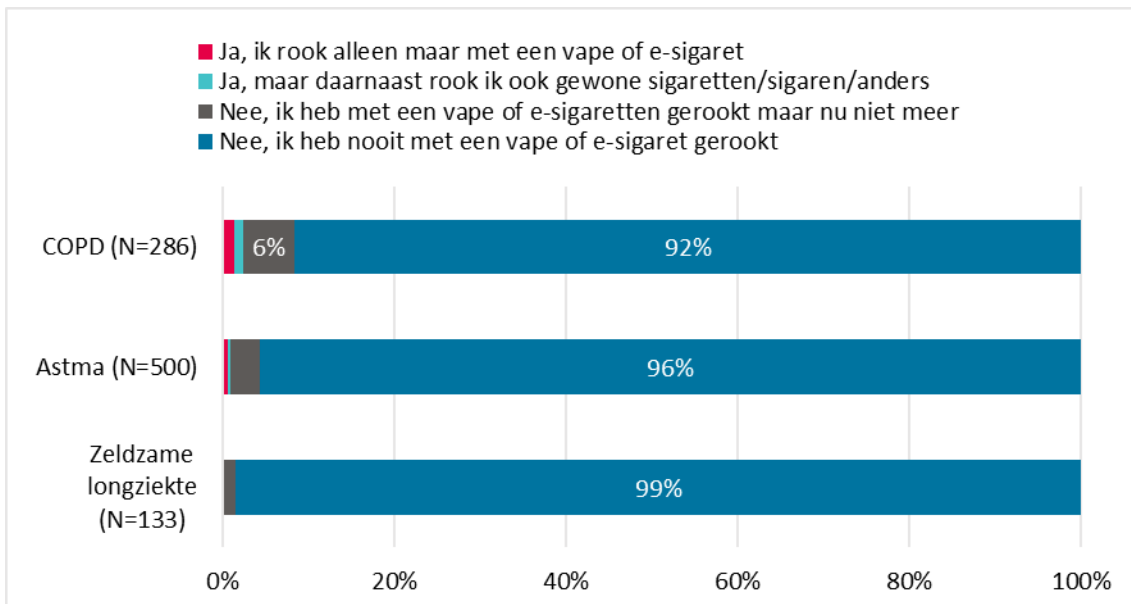
Figuur 5.1 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat in 2024 rookt, gestopt is, of nooit gerookt heeft



### E-sigaretten / vapes in plaats van tabaksproducten

In figuur 5.2 wordt het gebruik van e-sigaretten / vapes weergegeven. De overgrote meerderheid van mensen met een longziekte heeft nooit met een e-sigaret / vape gerookt (tussen 92% en 99%, geen significant verschil tussen de drie groepen). Alleen onder mensen met COPD is er een kleine groep die wel met e-sigaretten / vapes gerookt heeft maar nu niet meer (6%). Slechts drie van de gestopte rokers gaven aan alleen e-sigaretten / vapes te gebruiken.

Figuur 5.2 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat in 2024 e-sigaretten / vapes rookt of gerookt heeft



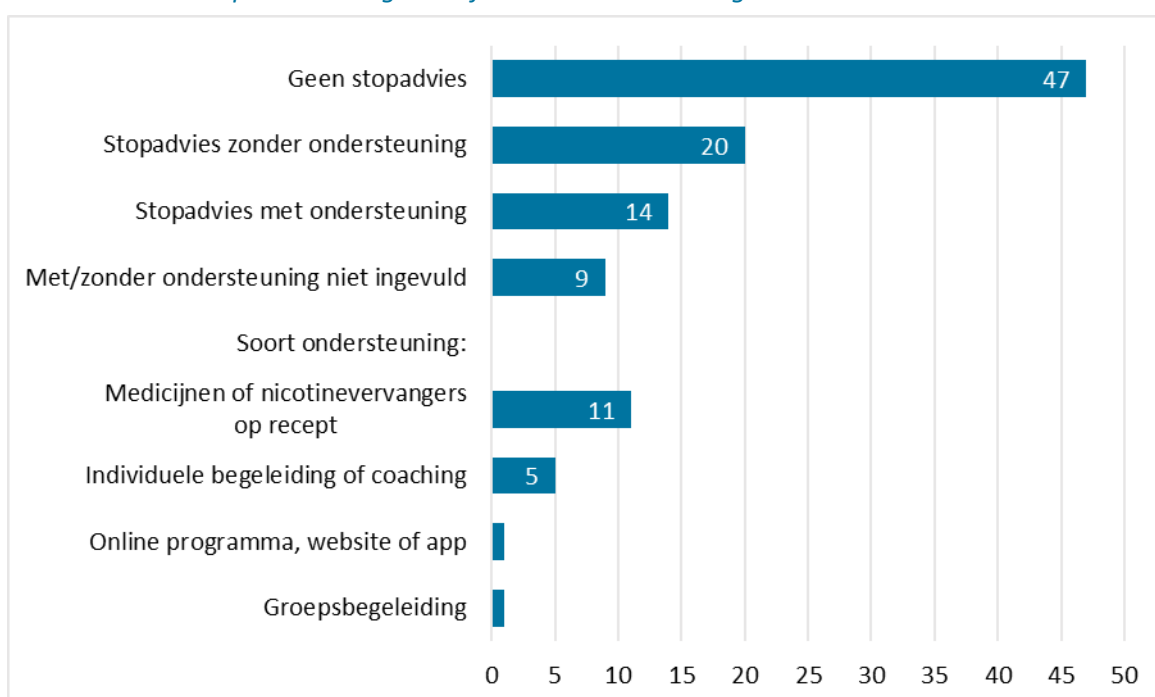
### Stopadvies

Ruim de helft van de rokers met COPD of astma had in het voorgaande jaar één of meer stoppogingen ondernomen, gemiddeld 3,6 keer in dat jaar. Mensen met COPD die rookten kregen

vaker een stopadvies (50%) dan mensen met astma die rookten (36%). In totaal kregen 43 mensen een stopadvies, vooral van praktijkondersteuners (11 keer), huisartsen (9 keer) en longartsen (8 keer). Twee mensen noemden de longverpleegkundige, één noemde een arts zonder specificatie welk type arts en 12 mensen vulden niets in. Van de 43 mensen die een rookstopadvies kregen, ondernamen 28 mensen een stoppoging, waarvan er 10 op het moment van de vragenlijst nog steeds gestopt waren.

Ongeveer de helft van de rokers met een stopadvies (20 van de 43) kreeg geen verdere ondersteuning bij het stopadvies, 14 kregen wel ondersteuning en 9 vulden niet in of ze ondersteuning kregen (figuur 5.1). Degenen die één of meerdere vormen van ondersteuning kregen noemden medicijnen of nicotinevervangers (11), individuele begeleiding of coaching (5), groepsbegeleiding (1), of een online programma, website of app (1).

*Figuur 5.3 Aantal rokende mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat in 2024 een rookstopadvies kreeg met of zonder ondersteuning*

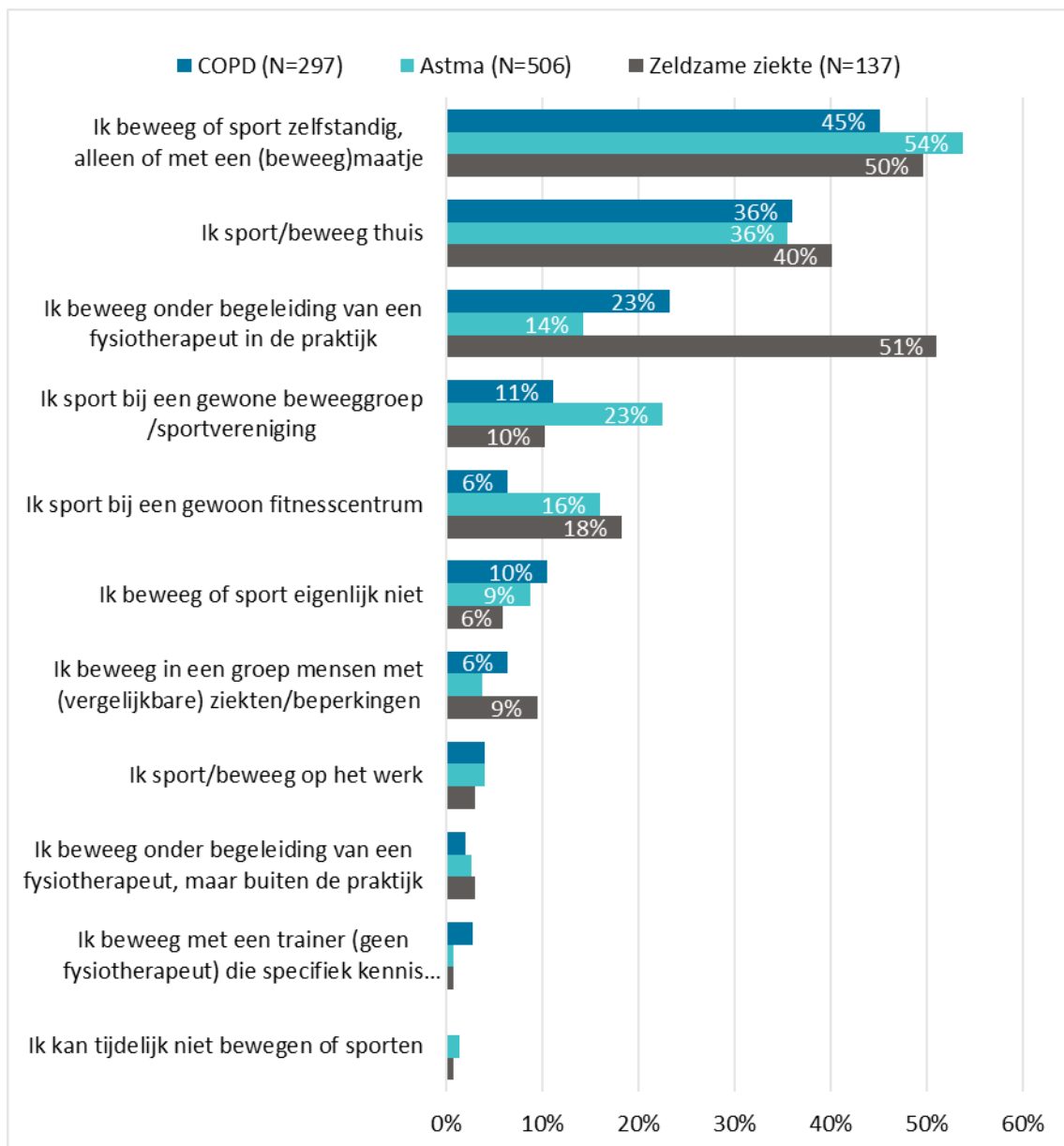


Noot: Meerdere antwoorden waren mogelijk. Dit figuur bevat aantal in plaats van percentage, omdat het aantal erg klein is.

## 5.2 Bewegen

Ongeveer de helft van alle mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte beweegt of sport zelfstandig, alleen of met een beweegmaatje (figuur 5.3). Mensen met een zeldzame longziekte bewegen of sporten ook vaak onder begeleiding van een fysiotherapeut (51%), terwijl dat voor mensen met COPD of astma respectievelijk 23% en 14% is. Thuis sporten en bewegen wordt 36% tot 40% genoemd, waarbij het huishouden doen en tuinieren vaak ook worden meegerekend. Verder zien we dat tussen de 6% en 23% van de mensen sport bij een sportvereniging, beweeggroep of fitnesscentrum, waarbij het fitnesscentrum wat minder wordt bezocht door mensen met COPD. Tussen de 6% en 10% beweegt of sport naar eigen zeggen eigenlijk niet. Deze groep hebben we uitgesplitst naar achtergrondvariabelen in tabel 5.2 in bijlage B. Hieruit bleek dat het percentage niet verschilde tussen mannen en vrouwen, leeftijdsgroepen, opleidingsniveaus of tussen mensen met één chronische ziekte of meerdere ziekten.

Figuur 5.4 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat in 2024 een vorm van beweging of sport uitoefent



Noot: Meerdere antwoorden waren mogelijk.

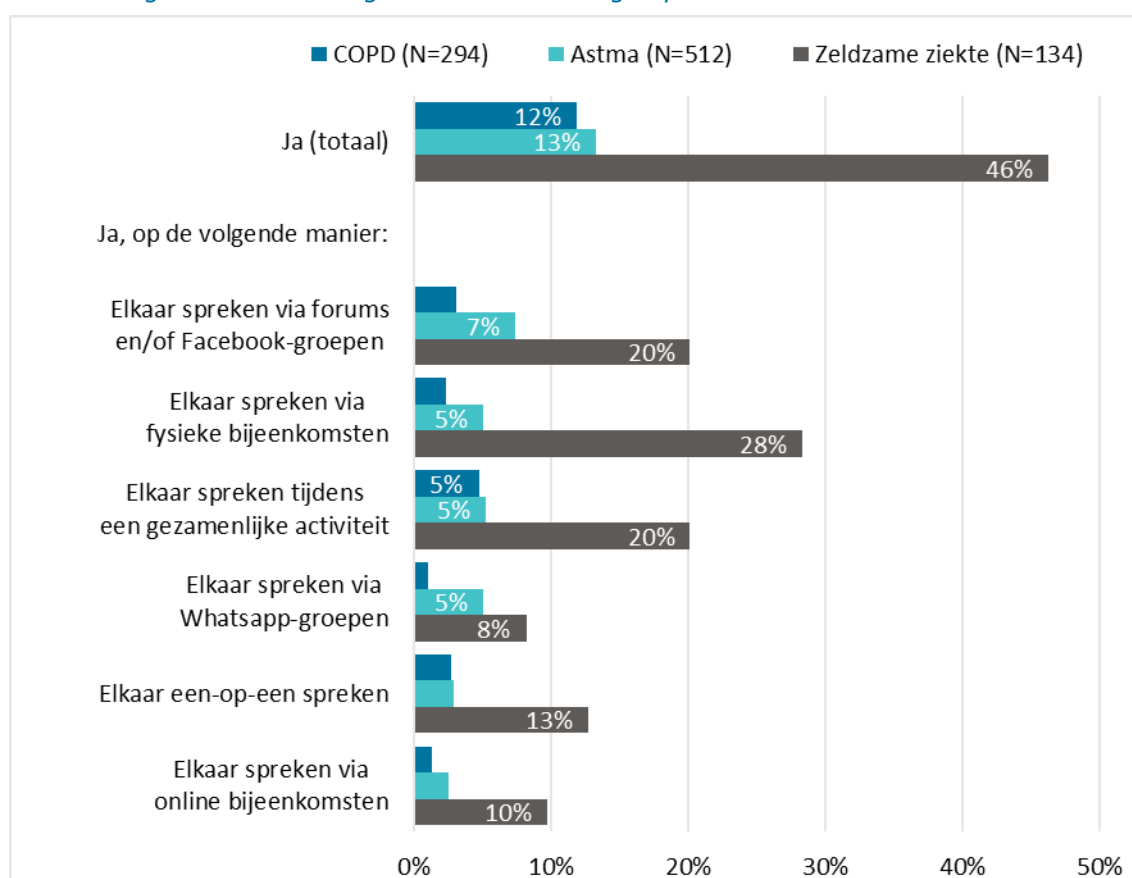
## 6 Behoeftte aan lotgenotencontact

### Samenvatting

- De meeste mensen met COPD en astma hebben geen behoefte aan contact met lotgenoten, vrouwen met COPD hebben er wel iets meer behoefte aan dan mannen met COPD.
- Onder mensen met zeldzame longziekten is er relatief meer interesse in lotgenotencontact.

De Longmonitor 2024 vroeg naar de behoefte aan contact met anderen met een longziekte om ervaringen en kennis uit te wisselen. Weinig mensen met COPD (12%) of astma (13%) hebben hier behoefte aan (figuur 6.1). Vrouwen met COPD hebben iets vaker behoefte aan lotgenotencontact (15%) dan mannen met COPD (6%) (tabel 6.1, bijlage). Mensen met een zeldzame longziekte hebben meer behoefte aan lotgenotencontact. Een kwart van hen zou wel fysieke bijeenkomsten willen bijwonen en één op de vijf heeft behoefte aan online contact via forums of sociale media, of elkaar spreken tijdens een gezamenlijke activiteit. Heel weinig mensen met een longziekte hebben behoefte aan lotgenotencontact via Whatsappgroepen, één-op-één contact of online bijeenkomsten (tussen 1% en 13%, figuur 6.1).

*Figuur 6.1 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat in 2024 behoefte heeft aan een manier van lotgenotencontact. Antwoordopties geordend van meest gekozen tot minst gekozen in de totale groep*



Noot: Meerdere antwoorden waren mogelijk.

## 7 Gezondheidsklachten door luchtvervuiling

### Samenvatting

- Mensen met chronische longziekten beoordelen de luchtkwaliteit in hun woonplaats of woonwijk gemiddeld met een 6,8 op een schaal van 1 tot 10. De luchtkwaliteit in hun woning beoordelen ze gemiddeld met een 8,0.
- Luchtvervuiling door roken op openbare plekken staat bovenaan als oorzaak van klachten, gevolgd door vuurwerk en vreugdevuren, houtstook buiten en wegverkeer.
- Klachten door luchtvervuiling omvatten hoesten, benauwdheid, geprikkelde slijmvliezen en verminderde longfunctie.
- 85% van de mensen met een longziekte neemt zelf verschillende maatregelen om klachten door vervuiling van de buitenlucht te voorkomen, zoals binnen blijven (42%), vaker medicijnen nemen (35%) en er rekening mee houden bij het ventileren van het huis (26%).
- De meest voorkomende mogelijke bronnen van slechte luchtkwaliteit binnenshuis zijn koken op gas, tocht en houtkachels, pelletkachels of open haarden.
- Koken op een gasfornuis, koken zonder afzuigkap, schimmelvorming, tocht, tabaksproducten of e-sigaretten / vapes in huis komen allemaal vaker voor bij mensen met een longziekte die in een sociale huurwoning wonen dan bij mensen in een koopwoning.
- Minder dan de helft van de mensen met een longziekte neemt maatregelen om de luchtkwaliteit binnenshuis te verbeteren. Maatregelen omvatten vooral ventileren, het gebruik van een afzuigkap en minder gebruik van (geur)-kaarsen of luchtverfrissers.

Sinds 2015 wordt in de Longmonitor gevraagd hoe vaak mensen met longziekten in de afgelopen 12 maanden klachten hebben ervaren door luchtvervuiling en welke bronnen hiervoor verantwoordelijk waren. In 2024 zijn hier vragen aan toegevoegd over de kwaliteit van de lucht binnenshuis.

### 7.1 Buitenlucht

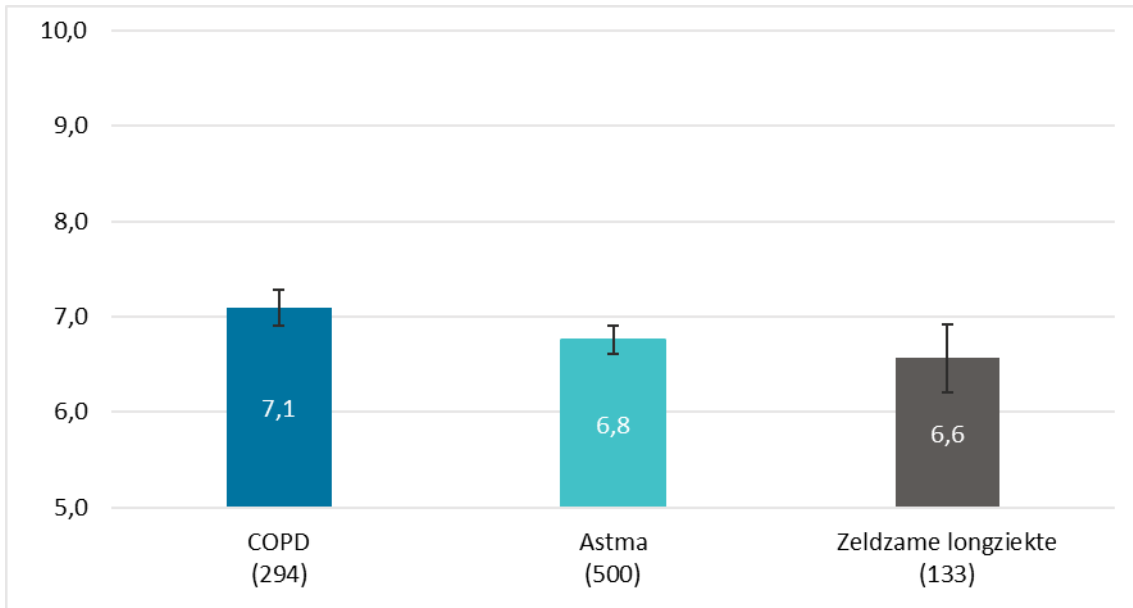
#### Luchtkwaliteit

Gemiddeld beoordelen mensen met longziekten de luchtkwaliteit in hun woonplaats of woonwijk met een 6,8 op een schaal van 1 tot 10 (figuur 7.1). Mensen met COPD beoordelen de luchtkwaliteit iets hoger (7,1) dan mensen met astma (6,8) en mensen met een zeldzame longziekte (6,6) (verschil tussen COPD en de andere twee groepen is significant,  $p < 0,05$ ).

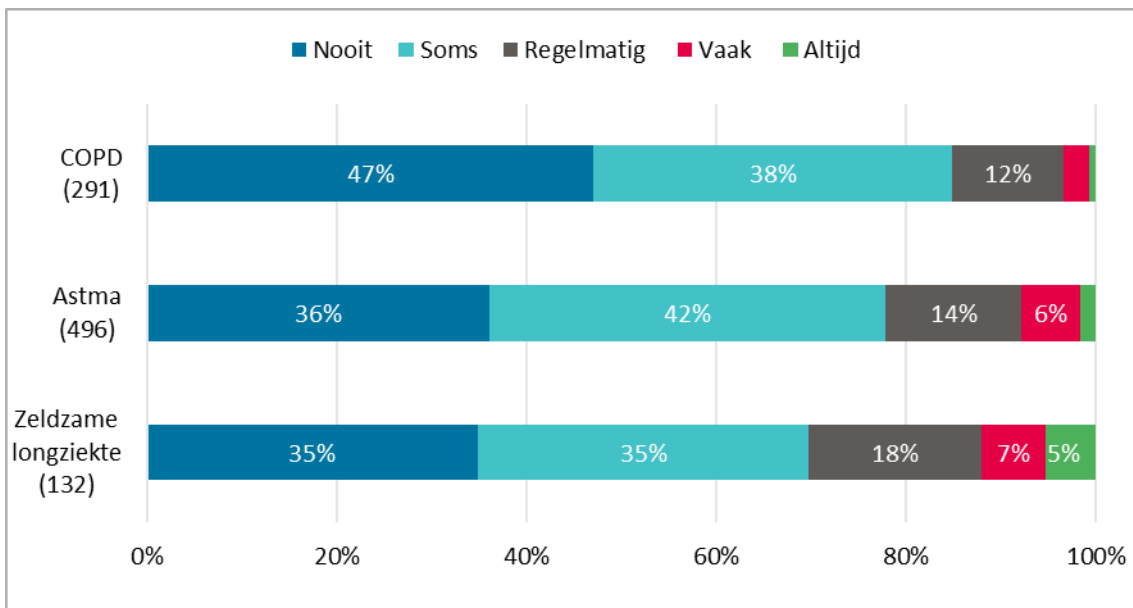
Dit verschil komt ook tot uiting in de mate waarin mensen zich zorgen maken over de luchtkwaliteit in de woonplaats of -wijk: 38% van de mensen met COPD maakt zich hier soms zorgen over en 15% regelmatig, vaak of altijd, terwijl bij mensen met astma of een zeldzame longziekte dit laatste percentage iets hoger ligt: respectievelijk 22% en 30% (figuur 7.2).

Van de mensen met astma beoordelen mannen de luchtkwaliteit gemiddeld hoger (7,3) dan vrouwen (6,8). Mensen met COPD van 65 jaar en ouder geven ook een hoger cijfer (7,3) dan degenen jonger dan 65 jaar (tabel 7.1, bijlage). Voor zowel mensen met astma als met COPD geldt dat degenen met een hoog opleidingsniveau zich vaker zorgen maken (ongeveer 70%) dan degenen met een laag of middelbaar opleidingsniveau (44% tot 58%) (tabel 7.2, bijlage).

Figuur 7.1 Gemiddelde beoordeling van de luchtkwaliteit in de woonplaats / woonwijk in 2024 door mensen met astma, COPD of een zeldzame longziekte op een schaal van 1 tot en met 10, met betrouwbaarheidsinterval



Figuur 7.2 Percentage mensen met astma, COPD of een zeldzame longziekte dat zich in 2024 zorgen maakt over de luchtkwaliteit in de woonplaats / woonwijk

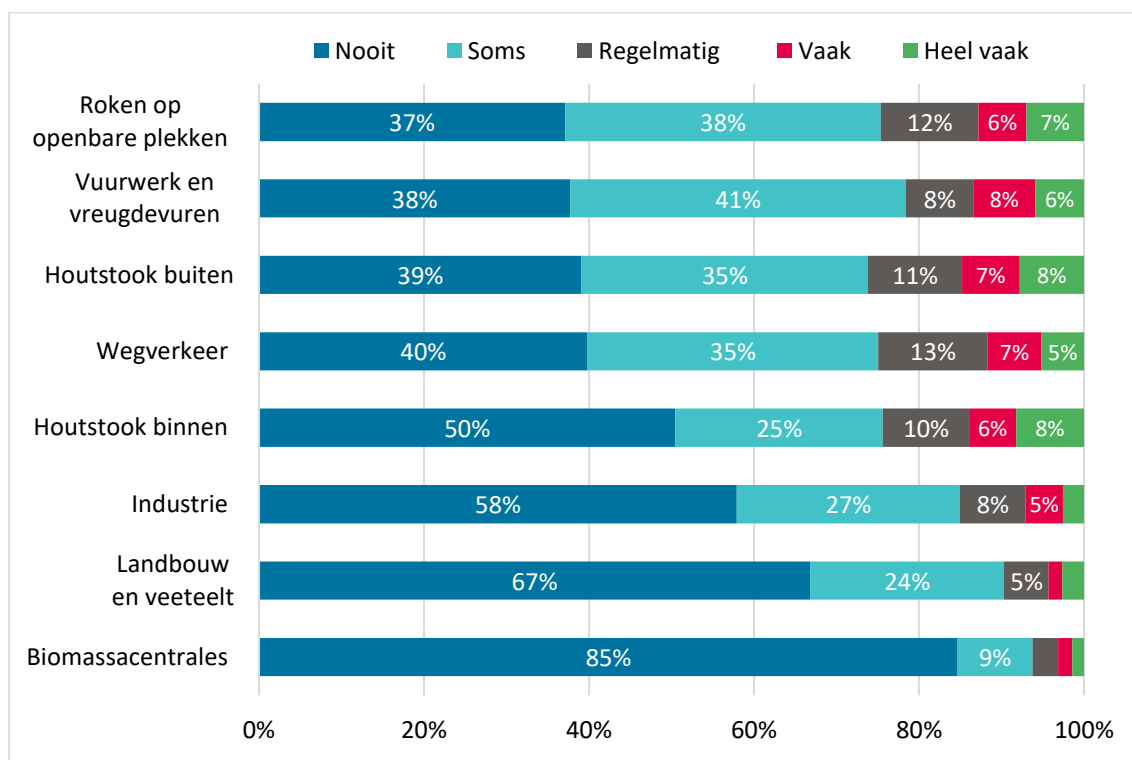


### Luchtvervuilingsbronnen die klachten geven

Luchtvervuiling veroorzaakt al jaren bij ten minste twee derde van de mensen met een longziekte extra gezondheidsklachten (Scherpenzeel & Meijer, 2023). De voornaamste bronnen van deze klachten zijn consistent houtstook in de buitenlucht (vuurkorf en barbecue), vuurwerk en vreugdevuren, en wegverkeer. In de Longmonitor 2024 is roken op openbare plekken als mogelijke bron toegevoegd. Deze bron staat nu bovenaan de lijst van oorzaken van klachten, maar het verschil met de andere meest genoemde bronnen is klein (figuur 7.3). Ruim 60% van de mensen met een chronische longziekte ervaart soms, regelmatig, vaak of heel vaak klachten als gevolg van deze luchtvervuiling.

Er is ook een aanzienlijke groep die klachten ervaart door houtstook binnen (50%), zoals houtkachels en open haarden. Dit kan zowel rook in de omgeving afkomstig van burens betreffen als houtstook in de eigen woning, waar we in het hoofdstuk over binnenlucht verder op ingaan. Industrie, landbouw en veeteelt en biomassacentrales worden minder vaak aangegeven als bronnen van klachten. Een mogelijke reden hiervoor is dat niet iedereen in de buurt van een fabriek, veehouderij of biomassa-centrale woont, terwijl houtstook, verkeer en vuurwerk bijna overal wel aanwezig zijn. De percentages van mensen met COPD en mensen met astma die klachten ervaren door één of meer bronnen van luchtvervuiling verschillen niet significant tussen mannen en vrouwen, leeftijdsgroepen, opleidingsniveaus of tussen mensen met één chronische ziekte of meerdere ziekten (tabel 7.3 bijlage).

*Figuur 7.3 Percentage mensen een longziekte dat in 2024 aangeeft dat een bron van luchtvervuiling bij hen in de afgelopen maanden zorgde voor gezondheidsklachten*



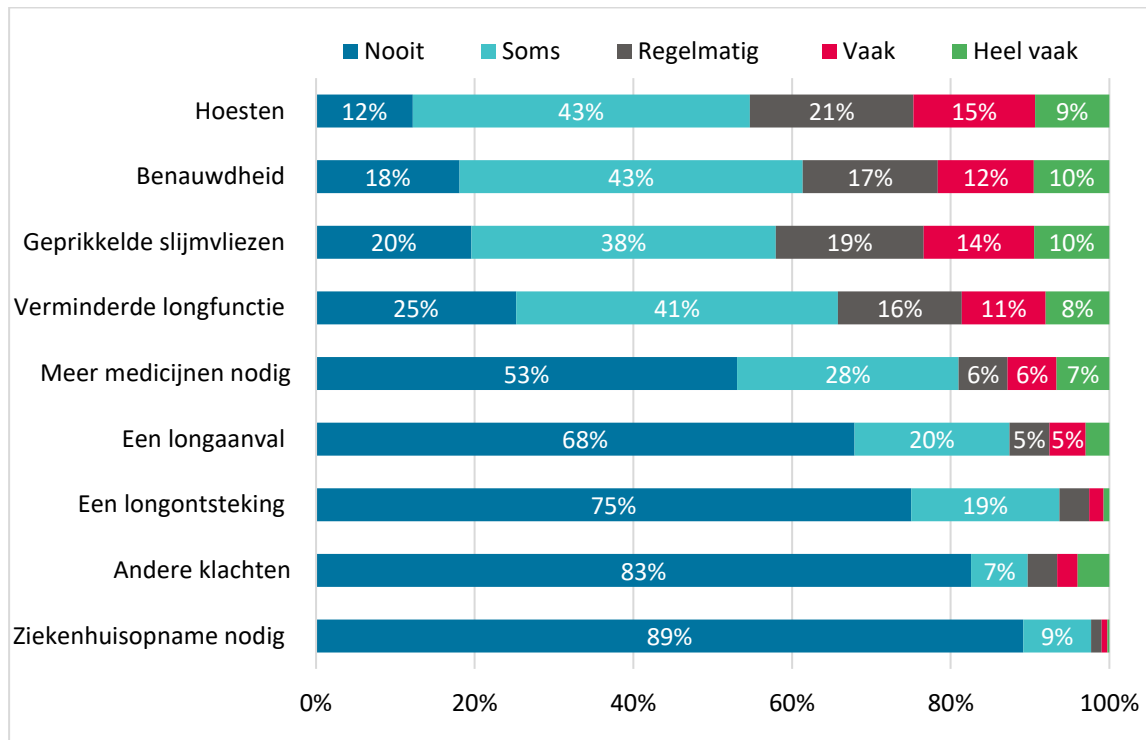
### Soorten gezondheidsklachten

De gezondheidsklachten die mensen met chronische longziekten ervaren door luchtvervuiling zijn, van meest naar minst voorkomend (figuur 7.4): hoesten (88% soms, regelmatig, vaak of heel vaak door luchtvervuiling), benauwdheid (82%), geprikkelde slijmvliezen (80%) en verminderde longfunctie (75%). Bijna de helft van de mensen gebruikt als gevolg hiervan meer medicijnen (47%) of het leidt tot een longaanval (32%) of longontsteking (25%). In 11% van de gevallen was zelfs een ziekenhuisopname nodig.

Er zijn weinig verschillen in de ervaren klachten tussen mensen met COPD, astma en zeldzame longziekten. Mensen jonger dan 65 jaar met COPD of astma geven vaker aan dat ze één of meer van de genoemde gezondheidsklachten krijgen door luchtvervuiling (tabel 7.4). Bij mensen met astma geven vrouwen wat vaker aan dat ze deze gezondheidsklachten hebben, evenals mensen die naast astma nog een andere chronische ziekte hebben.



Figuur 7.4 Percentage mensen met een longziekte dat in 2024 een gezondheidsklacht aangeeft die door luchtvervuiling optreedt

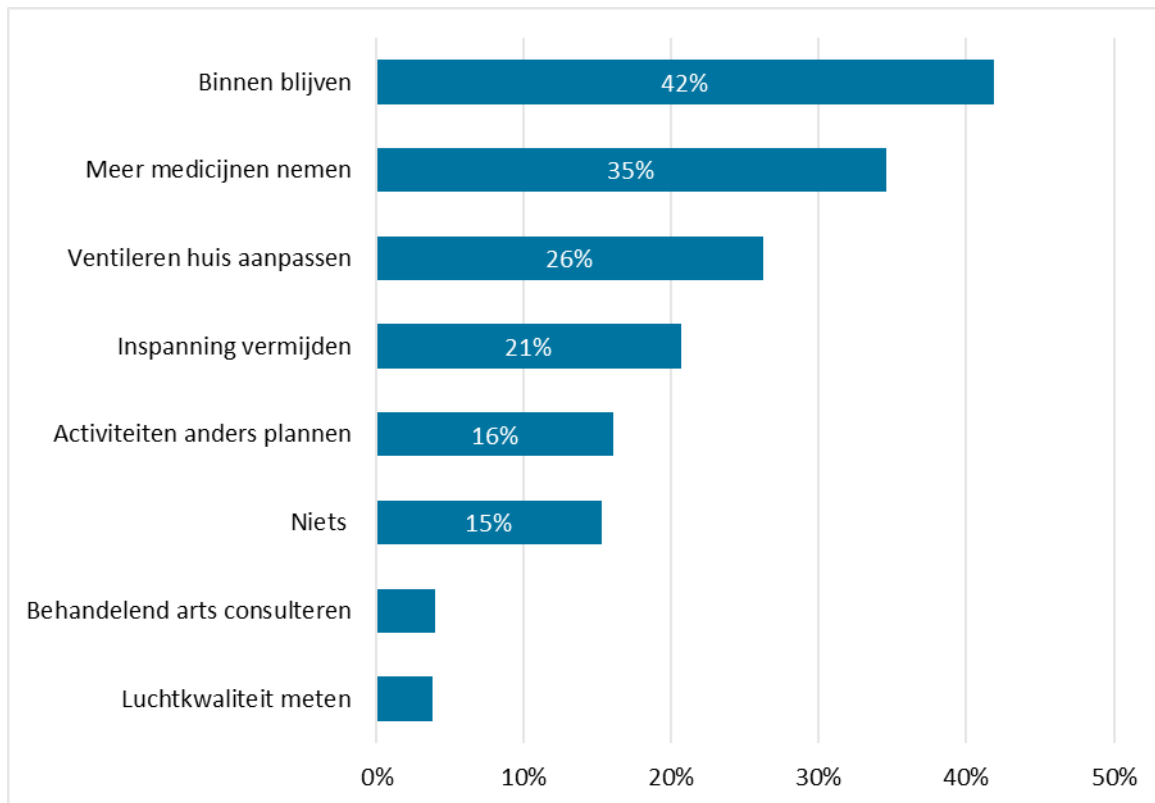


### Eigen maatregelen tegen gezondheidsklachten

Mensen nemen zelf verschillende maatregelen om klachten te voorkomen, zoals binnen blijven (42%), vaker medicijnen nemen (35%), rekening mee houden met luchtvervuiling bij het ventileren van het huis (26%), inspanning vermijden (21%) of activiteiten plannen op momenten dat er minder luchtvervuiling is (16%) (figuur 7.5). Een enkeling consulteert de behandelend arts of meet zelf de luchtkwaliteit om daar rekening mee te houden. Vijftien procent van de mensen met een longziekte geeft aan niets te doen.

Vrouwen met astma nemen vaker maatregelen (66%) dan mannen (56%) (tabel 7.5, bijlage). Er zijn geen andere verschillen tussen mannen en vrouwen, leeftijdsgroepen of tussen mensen met één chronische ziekte of meerdere ziekten.

Figuur 7.5 Percentage mensen met een longziekte dat in 2024 iets doet als er gezondheidsklachten door luchtvervuiling optreden, geordend van meest tot minst gekozen



Noot: Meerdere antwoorden waren mogelijk.

## 7.2 Binnenlucht

### Beoordeling van luchtkwaliteit

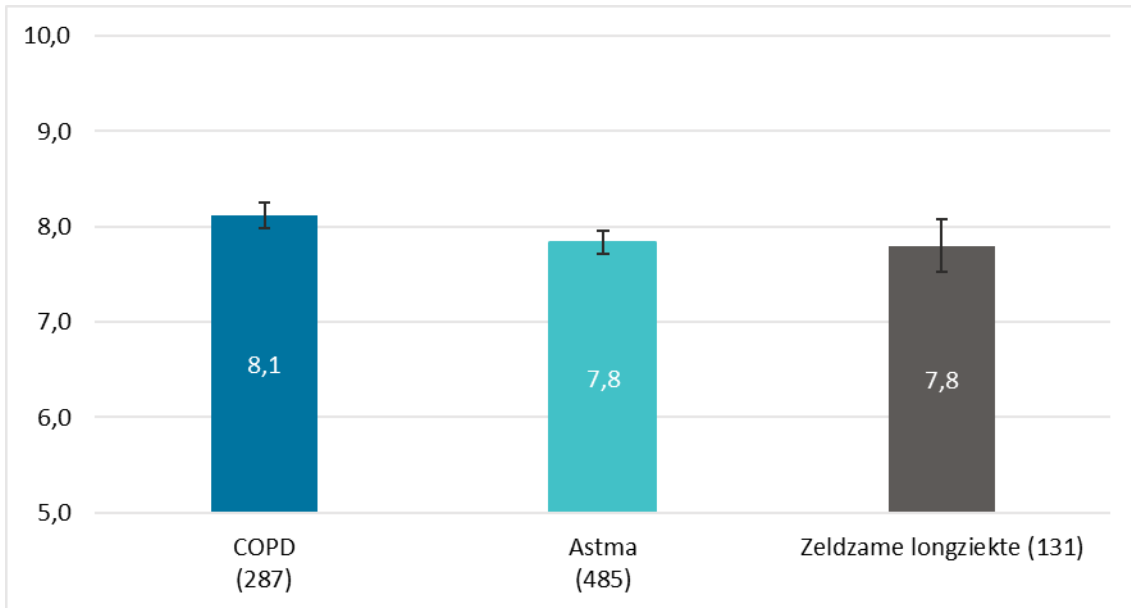
In de Longmonitor van 2024 zijn naast de reguliere trendvragen over de buitenluchtkwaliteit ook vragen gesteld over de luchtkwaliteit binnenshuis. Binnen dit onderdeel kijken we ook of er samenhang is met sociaaleconomische verschillen.

Gemiddeld beoordelen mensen met longziekten de luchtkwaliteit in hun woning als goed, met een gemiddelde score van 8 (figuur 7.6). Mensen met COPD geven een iets hogere score (8,1) dan mensen met astma of een zeldzame longziekte, die beiden gemiddeld een 7,8 geven; dit verschil is klein maar significant ( $p < 0,05$ ).

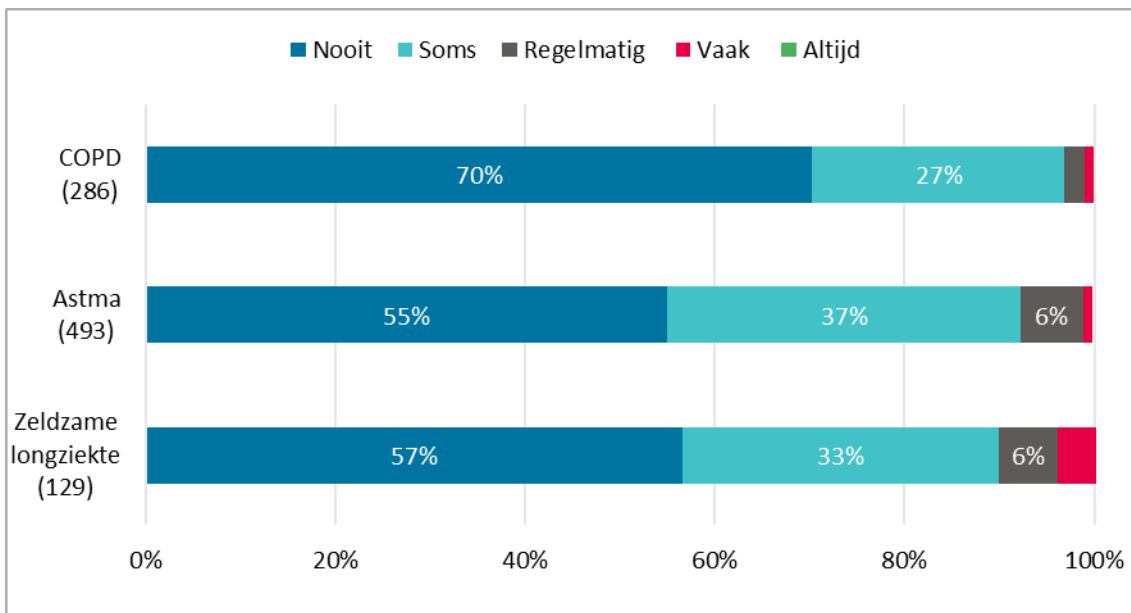
Dit weerspiegelt ook de mate van bezorgdheid: 70% van de mensen met COPD maakt zich nooit zorgen over de luchtkwaliteit in hun woning en 27% soms, tegenover respectievelijk 55% en 35% bij mensen met astma of zeldzame longziekten (figuur 7.7). Mogelijk zijn mensen met COPD zich minder bewust van de gevolgen van ongezonde binnenlucht dan mensen met astma of een zeldzame longziekte, maar het kan ook zijn dat ze er werkelijk minder last van ervaren.

De gemiddelde beoordeling en bezorgdheid over luchtkwaliteit variëren niet naar geslacht, leeftijdsgroepen of het aantal chronische ziekten (tabel 7.6 en tabel 7.7, bijlage). Er is wel een effect van opleidingsniveau: mensen met een hoog opleidingsniveau maken zich vaker zorgen (41% bij COPD en 51% bij astma) dan mensen met een laag of middelbaar opleidingsniveau (rond 21% bij COPD en rond 35% bij astma).

Figuur 7.6 Gemiddelde beoordeling van de luchtkwaliteit in het eigen huis in 2024 door mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte op een schaal van 1 tot en met 10, met betrouwbaarheidsinterval



Figuur 7.7 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat zich in 2024 zorgen maakt over de luchtkwaliteit in het eigen huis



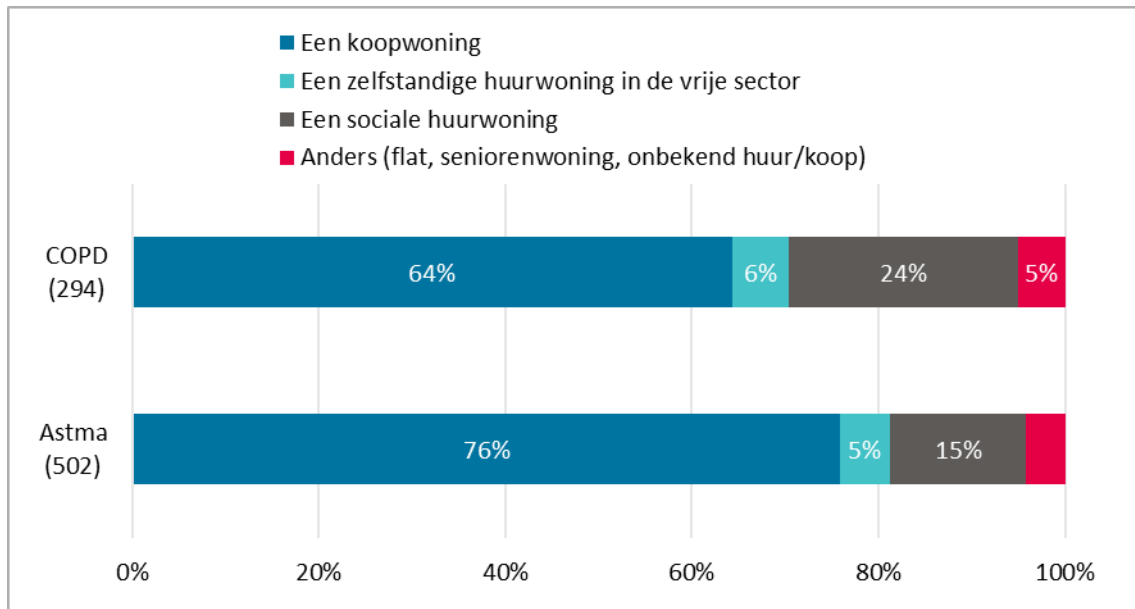
### Luchtkwaliteit naar woningtype

De kwaliteit van de binnenlucht hangt samen met het type woning waar iemand in woont. Bijna twee derde van de mensen met COPD en ongeveer drie kwart van de mensen met astma woont in een koopwoning (figuur 7.8)<sup>11</sup>. Degenen die in een sociale huurwoning wonen rapporteren duidelijk meer

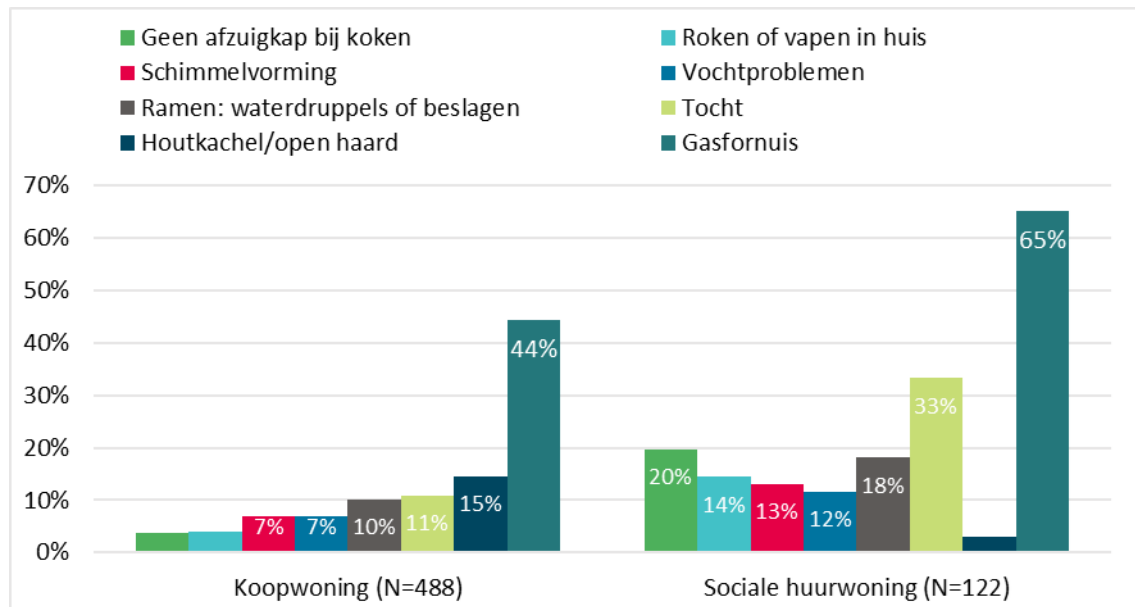
<sup>11</sup> De resultaten in deze paragraaf zijn eerder gepubliceerd in Scherpenzeel & Vervloet (2024). In deze publicatie zijn mensen met een zeldzame longziekte buiten beschouwing gelaten, omdat deze groep te klein was voor de regressiemodellen die daarin gebruikt zijn. We geven hier de eerder gepubliceerde resultaten weer, dus zonder de groep mensen met zeldzame longziekten.

problemen met luchtkwaliteit dan degenen die in een koopwoning wonen (figuur 7.9). Schimmelvorming, tocht, roken (inclusief e-sigaretten / vapes) in huis, koken op een gasfornuis en koken zonder afzuigkap komen significant vaker voor bij mensen die in een sociale huurwoning wonen. Aan de andere kant komt het gebruik van hout- of pelletkachels en open haarden juist vaker voor in koopwoningen (significant verschil,  $p < 0,05$ ).

*Figuur 7.8 Percentage mensen met COPD of astma dat in een koopwoning, particuliere huurwoning of sociale huurwoning woont*



Figuur 7.9 Percentage mensen met COPD of astma dat een bron van problemen met luchtkwaliteit in huis heeft, naar type woning<sup>12</sup>. Bronnen van slechte luchtkwaliteit geordend van minst naar meest genoemd in de groep met koopwoning



Noot: Meerdere antwoorden waren mogelijk. Mensen met een zeldzame longziekte zijn buiten beschouwing gelaten, zie voetnoot 11.

### Bronnen van slechte luchtkwaliteit binnenshuis

Als we kijken naar mogelijke bronnen van slechte luchtkwaliteit binnenshuis, zien we dat tussen de 44% en 65% van de mensen kookt op gas, terwijl tussen de 11% en 33% last heeft van tocht (figuur 7.8). Beide zijn bronnen van ongezonde binnenlucht waar mensen met longziekten beter niet aan blootgesteld kunnen worden. We hebben in een regressiemodel getoetst of de ziektelast van mensen met COPD of astma, zoals gemeten met de CCQ en ACQ indexscores, samenhangen met de bronnen van ongezonde binnenlucht die mensen aangaven<sup>11</sup>. Daarbij werden ook de financiële situatie; het hebben van betaald werk, een ziekte-uitkering of pensioen; geslacht, leeftijd en opleiding meegenomen als controlevariabelen. We vonden in dit model geen directe samenhang tussen de problemen met luchtkwaliteit en de ernst van de ziektelast of de kwaliteit van leven.

### Eigen maatregelen om de binnenhuisluchtkwaliteit te verbeteren

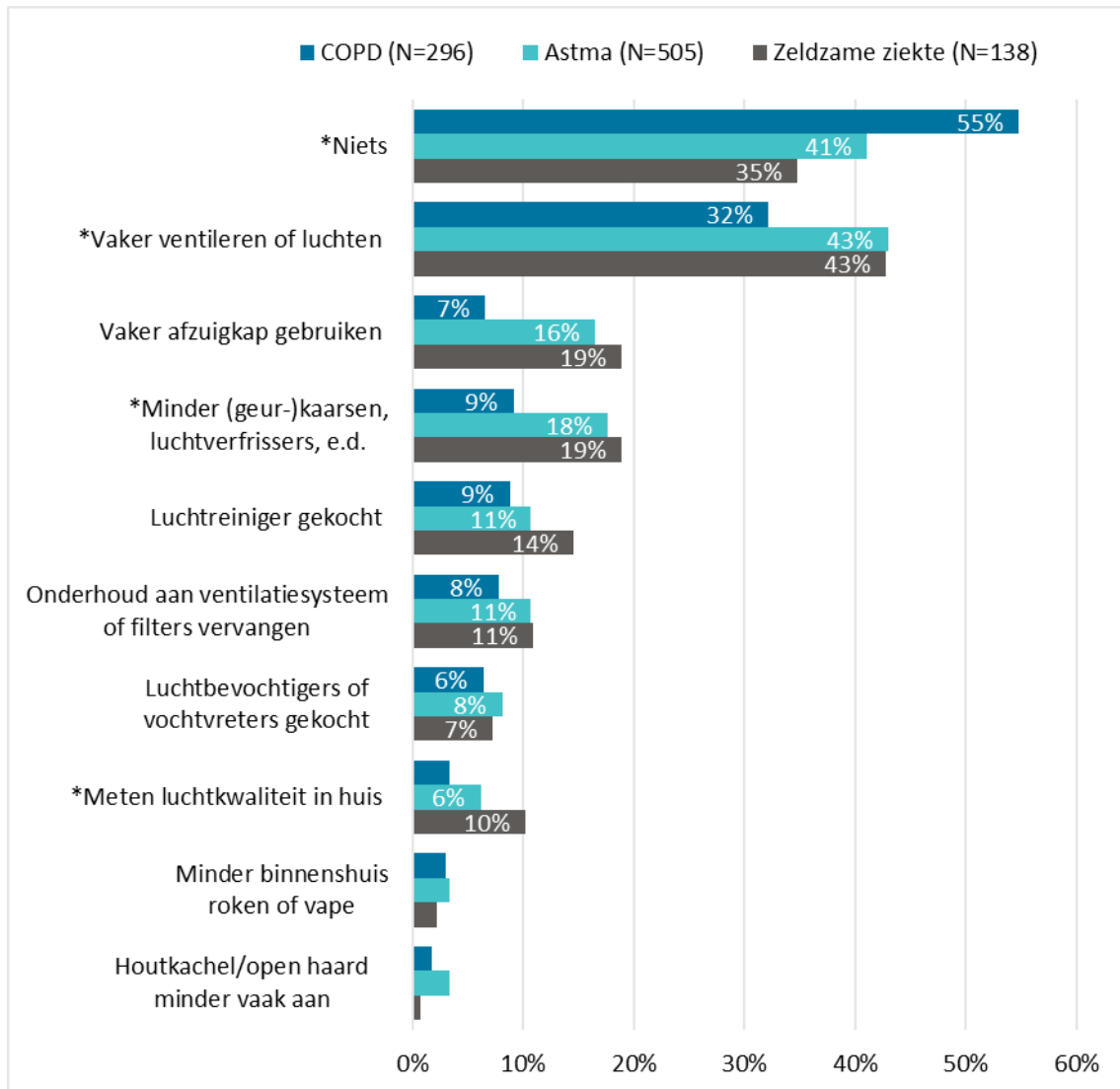
Tot slot hebben we mensen gevraagd of ze in de afgelopen drie maanden iets hebben ondernomen om de luchtkwaliteit in hun woning te verbeteren. Ruim de helft van de mensen met COPD geeft aan niets te hebben gedaan om de binnenlucht te verbeteren (figuur 7.10). Dit aandeel is lager onder mensen met astma (41%) en mensen met een zeldzame longziekte (35%) ten opzichte van de mensen met COPD ( $p < 0,05$ ). Mannen geven significant vaker aan niets te hebben ondernomen dan vrouwen ( $p < 0,05$ , tabel 7.8, bijlage).

Degenen die wel maatregelen nemen, noemen het vaakst ventileren of luchten; dit wordt genoemd door 32% van de mensen met COPD en door 43% van de mensen met astma of een zeldzame longziekte. Andere vaak genoemde maatregelen zijn het gebruiken van de afzuigkap, het minder vaak gebruiken van (geur-)kaarsen, luchtverfrissers en sprays (tussen 7% en 19%), het kopen van een luchtreiniger, luchtbevochtigers of vochtvreters, en onderhoud aan ventilatiesysteem (alle tussen de

<sup>12</sup> Zelfstandige huurwoningen in de vrije sector en andere genoemde woningen zijn hier niet meegenomen omdat de n in deze groepen te klein was om op te splitsen naar de bronnen van slechte luchtkwaliteit.

6% en 19%). Mensen met COPD noemen sommige van deze maatregelen aanzienlijk minder vaak dan mensen met astma of een zeldzame longziekte. Het meten van de luchtkwaliteit in huis wordt relatief weinig gedaan (3% tot 10%) en maatregelen zoals minder binnenshuis roken (inclusief e-sigaretten / vapes) of het minder vaak gebruiken van houtkachels, pelletkachels of open haarden worden bijna niet genoemd.

*Figuur 7.10 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat in 2024 iets doet om de luchtkwaliteit in huis te verbeteren, geordend van meest tot minst gekozen*



Noot: Meerdere antwoorden waren mogelijk.

\* = significant verschil ( $p < 0,05$ ) tussen COPD en astma of zeldzame longziekte.

## 8 Beschouwing

De resultaten van de Longmonitor 2024 laten zien dat mensen met COPD, astma en zeldzame longziekten een aanzienlijke ziektelast hebben en beperkingen ervaren in het dagelijks functioneren. Daarbij komen duidelijke sociaaleconomische verschillen naar voren: mensen met geldzorgen of een ziekte-uitkering ervaren een hogere ziektelast en een lagere kwaliteit van leven dan mensen in betere sociaaleconomische omstandigheden.

Ook tussen de verschillende ziekten zijn opvallende verschillen zichtbaar. Mensen met zeldzame longziekten blijken intensiever gebruik te maken van zorg, meer behoefte te hebben aan informatie en een lagere kwaliteit van leven te ervaren dan mensen met COPD of astma. Aandacht voor de specifieke behoeften van deze groep blijft daarom belangrijk.

De meeste mensen met een longziekte voelen zich actief betrokken bij hun behandeling en hechten waarde aan gezamenlijke besluitvorming met hun zorgverlener. Toch zien zij ruimte voor verbetering in de communicatie en ondersteuning door zorgverleners. Vooral het geven van voldoende informatie en voorlichting, het bieden van voldoende tijd voor overleg, goed luisteren en het hebben van een vast aanspreekpunt worden als belangrijke verbeterpunten genoemd. Dit geeft concrete aanknopingspunten voor verdere verbetering van de zorg.

Daarnaast is er een duidelijke behoefte aan digitale zorg, zoals digitale afspraken met zorgverleners en online afspraken inplannen of voorbereiden. Dit biedt kansen voor verdere innovatie in de zorg, want alle mensen met longziekten die deelnamen aan het onderzoek gaven aan meer behoefte te hebben aan digitale zorg dan zij momenteel ontvangen.

Meer dan de helft van de mensen met COPD of astma die roken, heeft in het voorgaande jaar geprobeerd te stoppen. Slechts een deel van de rokers gaf aan dat zij in het voorgaande jaar een stopadvies van een zorgverlener kregen, al gebeurde dat vaker bij mensen met COPD dan bij mensen met astma. In slechts de helft van de gevallen ging dit stopadvies gepaard met ondersteuning, zoals nicotinevervangers of coaching. Er is dus nog ruimte voor verbetering in het geven van advies en ondersteuning bij het stoppen met roken.

De invloed van luchtvervuiling is een terugkerend thema voor mensen met longziekten, zowel buitenshuis als in hun eigen huis. Hoewel veel mensen zelf maatregelen nemen, zoals binnen blijven, aanpassen van de ventilatie in huis of vaker medicijnen nemen, blijven brede preventieve overheidsmaatregelen nodig. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn het zorgen voor rookvrije omgevingen, het terugdringen van luchtvervuiling door vuurwerk, houtstook en verkeer, en het aanpakken van bronnen van ongezonde binnenlucht zoals koken op gas, tocht en vocht.

Deze bevindingen onderstrepen het belang van zorg die niet alleen rekening houdt met medische behoeften, maar ook met sociaaleconomische omstandigheden en de leefomgeving van mensen met een longziekte. De inzichten uit dit rapport bieden een basis voor beleid dat gericht is op een gezondere leefomgeving, betere ondersteuning en zorg die aansluit bij de behoeften van deze groep.

## Literatuur

- CBO, (2014). Centraal BegeleidingsOrgaan. Zorgmodule zelfmanagement 1.0. Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten. Utrecht: CBO.
- Heijmans, M., Willems, A., Scherpenzeel, A. (2022). Eigen regie over ziekte en zorg: ervaringen van mensen met een chronische longziekte. Utrecht: Nivel.
- Heins, M.J., Spreeuwenberg, P., & Heijmans, M. (2019). Leven met een longziekte in Nederland: cijfers en trends over de zorg- en leefsituatie van mensen met een longziekte 2018. Utrecht: Nivel.
- Juniper, E.F., O'Byrne, P.M., Guvatt, G.H., Ferrie, P.J., King, D.R. (1999). Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. *European Respiratory Journal*; 14(4):902-907.
- Menting, J. (2023). Over het Nationaal Panel Chronisch ziekten en Gehandicapten. Laatste gewijzigd november 2023. <https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nationaal-panel-chronisch-ziekten-en-gehandicapten/over-het-panel>. Geraadpleegd op 11 november 2023.
- Molen T. van der, Willemse, B.W., Schokker, S., Ten Hacken, N.H., Postma, D.S., Juniper, E.F. (2003). Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health and quality of life outcomes*, 28(1): 13.
- Scherpenzeel, A., Bottenheft, E., Keij, S., Spreeuwenberg, P. (2023). Leven met een longziekte in Nederland: cijfers en trends over de zorg- en leefsituatie 2012-2022. Utrecht: Nivel.
- Scherpenzeel, A. & Meijer, M. (2023). Mensen met een longziekte blijven gezondheidsklachten door luchtvervuiling houden. Utrecht: Nivel.
- Scherpenzeel, A., Vervloet, M. (2024). Mensen met geldzorgen hebben meer last van hun longziekte. Utrecht: Nivel.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 1-13.
- Van der Vaart, R., van Tuyl, L. H. D., Versluis, A., Wouters, M. J. M., Van Deursen, L., Standaar, L., ... & Suijkerbuijk, A. W. M. (2023). E-healthmonitor 2022. Stand van zaken digitale zorg. RIVM rapport 2022-0153.
- Versteegh, M. M., Vermeulen, K. M., Evers, S. M., De Wit, G. A., Prenger, R., & Stolck, E. A. (2016). Dutch tariff for the five-level version of EQ-5D. *Value in health*, 19(4), 343-352.
- WHO Guidelines for indoor air quality: dampness and mould (2009), p 63-78. World Health Organization Europe.



# Bijlage A Methoden

## Werving

Sinds 2001 doen er jaarlijks tussen de 700 en 1000 mensen met een chronische longziekte mee aan de Longmonitor. De meeste deelnemers komen uit het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) (Menting, 2023), een landelijk panel dat is opgericht om informatie te verzamelen over de gevolgen van chronische ziekten en beperkingen vanuit het perspectief van patiënten. Het panel bestaat uit ruim 3500 mensen die een medisch vastgestelde chronische lichamelijke ziekte en/of een lichamelijke beperking hebben. Panelleden blijven maximaal vier jaar lid van het NPCG. Jaarlijks wordt een deel van deelnemers van het panel vervangen ter voorkoming van selectieve uitval en veroudering van panelleden.

De deelnemers met een chronische ziekte worden geworven via een tweestapsprocedure. Eerst wordt een landelijke, aselechte steekproef van huisartspraktijken getrokken uit de Nederlandse Database van Huisartspraktijken van het Nivel. Huisartsen krijgen een brief met het verzoek om mensen met een chronische ziekte uit hun praktijk te werven. Bij akkoord helpt opgeleid onderzoekspersoneel van het Nivel bij het selecteren van een aselechte steekproef van een derde van hun patiëntenbestand. Deze steekproef wordt vervolgens gescreend op basis van een vooraf bepaalde lijst van chronische ziekten. De geselecteerden krijgen een informatiebrief, inclusief een verzoek om deel te nemen, en een informed consentformulier van hun huisarts. De mensen die dit ondertekend naar het Nivel sturen worden uitgenodigd voor een intakevragenlijst. Na het invullen van de intakevragenlijst worden zij geregistreerd als panellid van het NPCG.

Panelleden met lichamelijke beperkingen in plaats van chronische ziekten worden geworven uit deelnemers aan nationale enquêtes van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De enquêtes van het CBS omvatten de standaardschaal voor het meten van moeilijkheden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Deze schaal wordt gebruikt als screeningsinstrument om respondenten met matige of ernstige beperkingen te identificeren. De respondenten met een matige of ernstige beperking ontvangen een informatiebrief, inclusief een verzoek om deel te nemen, en een informed consentformulier van het CBS. Mensen die dit ondertekend naar het Nivel sturen volgen verder dezelfde weg naar deelname als de mensen met chronische ziekten. Zodra ze panellid zijn worden er nog enkele medische gegevens opgevraagd bij hun huisarts, mits ze daarvoor ook toestemming hebben gegeven. Mensen met lichamelijke beperkingen die op deze manier geworven zijn en aangeven dat ze ook astma of COPD hebben kunnen ook meedoen aan de Longmonitor.

De werving voor het NPCG levert een beperkt aantal mensen op met een zeldzame longziekte. Daarom nodigen we ieder jaar ook leden van de aan Longfonds geassocieerde patiëntenverenigingen uit om via een open link deel te nemen aan de Longmonitor-vragenlijst. Dit levert veel extra deelnemers met een zeldzame longziekte op.

## Dataverzameling

Panelleden in het NPCG krijgen meerdere keren per jaar vragenlijsten. Panelleden kunnen kiezen of ze de vragenlijst op papier of online invullen. Ieder voorjaar wordt een algemene vragenlijst over zorg afgenomen en in het najaar over participatie. Panelleden met een chronische longziekte krijgen ook de Longmonitor-vragenlijst. De Longmonitor 2024 is afgenomen in de periode van 8 februari tot 19 april. De response onder panelleden was 77%. De vragenlijst is door 940 mensen helemaal ingevuld; 994 mensen hebben minimaal een deel ingevuld. Daarvan hebben 302 mensen COPD,

539 mensen astma en 152 mensen een zeldzame longziekte. Onder hen waren 801 mensen lid van het Nivel Panel Mensen met een Longziekte en 193 van patiëntenverenigingen voor zeldzame longziekten.

Zoals in de paragraaf *Werving* is beschreven, zijn er twee verschillende groepen deelnemers met een zeldzame longziekte: een groep die panellid is geworden via de werving voor het NPCG (groep 1 in tabel A.2) en een groep die meedoet via een open link (groep 2 in tabel A.2). Tabel A.2 laat zien dat de deelnemers die via de open link meedoen geen intakevragenlijst voor het NPCG hebben ingevuld, waardoor we van hen geen achtergrondgegevens hebben. Ook vullen zij geen andere panelvragenlijsten in.

*Tabel A.2 Aantal deelnemers met een zeldzame longziekte met ingevulde intake-, zorg-, en Longmonitor-vragenlijst in 2024*

	Achtergrond-gegevens uit intakevragenlijst (N)	Ingevulde zorgmonitor vragenlijst (N)	Ingevulde Longmonitor-vragenlijst (N)
1. Mensen met zeldzame longziekte in het panel	80	72	80
2. Mensen met zeldzame longziekte via open link	-	-	73
<b>Totaal</b>			153

### Notatie

In dit rapport worden bij veel van de *puntschattingen* van gemiddelden en percentages in de tabellen de uiterste waarden behorend van het 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) weergegeven. Dit interval geeft aan dat we met 95% zekerheid kunnen stellen dat de werkelijke waarde van de populatie binnen de aangegeven grenzen van het interval ligt. Het 95%-BI wordt vermeld bij gegevens die zijn geanalyseerd met multilevel-analyses of bij gegevens die gebaseerd zijn op data van een relatief kleine groep mensen. Het 95%-BI is altijd te vinden in de tabellen in bijlage B, waarnaar in de tekst wordt verwezen.

## Bijlage B Tabellenboek

In dit tabellenboek vindt u aanvullende gegevens bij de hoofdstukken.

De tabellen zijn per hoofdstuk weergegeven. In de tabellen geven we zowel de puntschattingen als 95%-betrouwbaarheidsintervallen weer (zie de methode beschrijving in bijlage A). Bij significante verschillen tussen subgroepen, getoetst met een alfa van kleiner dan 0.05, is het resultaat voor de subgroep die significant afwijkt van de referentiegroep, **vet** gedrukt.

De groep met een zeldzame longziekte is in het tabellenrapport niet meegenomen, omdat deze te klein is voor uitsplitsing naar achtergrondkenmerken.

## Hoofdstuk 2 Leven met een longziekte

Tabel 2.3 *Percentage mensen met COPD dat in 2024 een matige of ernstige ziektelast heeft en percentage mensen met astma dat een slechte tot zeer slechte symptoomcontrole heeft, naar achtergrondkenmerken, arbeidsmarktpositie en financiële situatie*

	COPD (N=248)			Astma (N=351)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	78%	72%	85%	50%	41%	58%
vrouw	78%	70%	86%	58%	52%	64%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar	-	-	-	36%	22%	51%
45 t/m 64 jaar	76%	62%	89%	<b>57%</b>	50%	65%
65 jaar en ouder	79%	73%	84%	<b>58%</b>	51%	66%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	75%	67%	84%	62%	49%	75%
middel	82%	75%	90%	49%	42%	57%
hoog (HBO/uni)	76%	65%	87%	60%	52%	68%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	69%	57%	81%	49%	41%	57%
comorbiditeit	<b>81%</b>	76%	87%	<b>60%</b>	53%	67%
<b>Financiële situatie</b>						
Schulden / gebruik spaarmiddelen	90%	77%	100%	71%	54%	88%
kan precies rondkomen	83%	74%	93%	66%	55%	76%
houd beetje geld over	74%	67%	82%	55%	48%	62%
houd veel geld over	76%	62%	89%	<b>38%</b>	26%	50%

Tabel 2.4 *Percentage mensen met COPD of astma dat in 2024 een goede, zeer goede of uitstekende subjectieve gezondheid heeft naar achtergrondkenmerken*

	COPD (N=284)			Astma (N=400)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	49%	41%	57%	70%	62%	77%
vrouw	55%	46%	63%	69%	64%	75%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				85%	74%	96%
45 t/m 64 jaar	49%	34%	63%	<b>66%</b>	59%	73%
65 jaar en ouder	52%	46%	59%	<b>69%</b>	62%	76%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	57%	47%	66%	66%	56%	77%
middel	44%	35%	54%	73%	67%	79%
hoog (HBO/uni)	57%	44%	69%	67%	59%	74%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	54%	42%	65%	79%	73%	86%
comorbiditeit	51%	44%	58%	<b>63%</b>	57%	69%

Tabel 2.5 *Percentage mensen met COPD of astma dat in 2024 zegt goed, zeer goed of uitstekend te functioneren in huis, op het werk en in de vrije tijd naar achtergrondkenmerken*

	COPD (N=280)			Astma (N=400)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	60%	53%	68%	79%	73%	85%
vrouw	64%	56%	72%	74%	69%	79%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				94%	85%	100%
45 t/m 64 jaar	60%	46%	74%	<b>73%</b>	67%	80%
65 jaar en ouder	63%	56%	69%	<b>75%</b>	69%	81%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	66%	58%	75%	63%	52%	73%
middel	53%	44%	63%	<b>77%</b>	71%	83%
hoog (HBO/uni)	71%	59%	82%	<b>82%</b>	76%	89%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	71%	60%	81%	85%	79%	91%
comorbiditeit	59%	53%	66%	<b>71%</b>	65%	76%

Tabel 2.6 EQ-5D indexscore van mensen met COPD of astma in 2024 naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=267)			Astma (N=375)		
	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9
vrouw	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				0,9	0,8	1,0
45 t/m 64 jaar	0,7	0,7	0,8	<b>0,8</b>	0,8	0,8
65 jaar en ouder	0,8	0,8	0,8	<b>0,8</b>	0,8	0,8
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)						
middel	0,8	0,7	0,8	0,8	0,7	0,8
hoog (HBO/uni)	0,8	0,7	0,8	<b>0,8</b>	0,8	0,9
<b>Comorbiditeit</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>0,9</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>0,9</b>
geen comorbiditeit	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8	0,9
comorbiditeit	0,8	0,7	0,8	<b>0,8</b>	0,8	0,8

## Hoofdstuk 3 Zelf de regie houden

Tabel 3.1 *Percentage mensen met COPD of astma dat zich in 2024 'meestal' of 'altijd' actief betrokken voelt bij de behandeling of controles die zij krijgen voor hun longziekte, naar achtergrondkenmerken*

	COPD (N=274)			Astma (N=375)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	83%	77%	89%	84%	78%	90%
vrouw	88%	82%	93%	78%	73%	84%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				82%	70%	94%
45 t/m 64 jaar	80%	68%	92%	80%	73%	86%
65 jaar en ouder	86%	82%	91%	81%	75%	87%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	82%	75%	90%	73%	62%	85%
middel	84%	77%	91%	81%	76%	87%
hoog (HBO/uni)	92%	86%	99%	83%	76%	89%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	90%	83%	97%	83%	77%	89%
comorbiditeit	84%	79%	89%	79%	74%	84%

Tabel 3.2 *Percentage mensen met COPD of astma dat in 2024 zelf of samen met hun zorgverlener beslissingen neemt in de behandeling of controles voor hun longziekte, naar achtergrondkenmerken*

	COPD (N=279)			Astma (N=399)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	79%	72%	85%	80%	73%	86%
vrouw	81%	74%	88%	85%	80%	89%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				87%	77%	98%
45 t/m 64 jaar	83%	72%	95%	81%	75%	87%
65 jaar en ouder	79%	74%	84%	84%	79%	89%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	76%	67%	84%	75%	65%	86%
middel	81%	74%	89%	83%	77%	88%
hoog (HBO/uni)	83%	73%	92%	87%	81%	92%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	88%	81%	96%	82%	76%	88%
comorbiditeit	<b>77%</b>	71%	82%	84%	79%	88%

Tabel 3.3 *Percentage mensen met COPD of astma dat het in 2024 belangrijk of van het allergrootste belang vindt om mee te beslissen in de behandeling of controles voor hun longziekte, naar achtergrondkenmerken*

	COPD (N=232)			Astma (N=391)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	84%	78%	91%	95%	91%	99%
vrouw	<b>93%</b>	89%	98%	94%	91%	97%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				92%	82%	100%
45 t/m 64 jaar				95%	91%	99%
65 jaar en ouder	88%	84%	92%	94%	91%	97%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	83%	75%	91%	86%	78%	95%
middel	88%	81%	94%	<b>95%</b>	91%	98%
hoog (HBO/uni)	<b>98%</b>	94%	100%	<b>99%</b>	96%	100%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	87%	78%	96%	97%	94%	100%
comorbiditeit	89%	84%	93%	93%	90%	96%



## Hoofdstuk 4 Zorggebruik en kwaliteit van zorg

Tabel 4.1 *Percentage mensen met COPD of astma dat in 2024 in verband met hun longziekte contact had met huisarts of praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk naar achtergrondkenmerken*

	COPD (N=293)			Astma (N=429)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	76%	70%	83%	61%	54%	69%
vrouw	69%	62%	77%	63%	57%	69%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				55%	40%	69%
45 t/m 64 jaar	68%	54%	81%	62%	54%	69%
65 jaar en ouder	74%	69%	80%	65%	58%	72%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	76%	68%	84%	65%	53%	76%
middel	68%	60%	76%	60%	53%	67%
hoog (HBO/uni)	78%	68%	88%	64%	56%	72%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	79%	69%	88%	60%	53%	68%
comorbiditeit	71%	65%	77%	63%	57%	69%

Tabel 4.2 *Percentage mensen met COPD of astma dat in 2024 in verband met hun longziekte contact had met longarts of longverpleegkundige naar achtergrondkenmerken*

	COPD (N=293)			Astma (N=429)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	35%	28%	43%	25%	18%	32%
vrouw	40%	31%	48%	28%	23%	34%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				16%	5%	28%
45 t/m 64 jaar	45%	31%	59%	25%	19%	31%
65 jaar en ouder	36%	30%	42%	31%	25%	38%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	35%	26%	44%	31%	21%	41%
middel	41%	32%	49%	27%	21%	33%
hoog (HBO/uni)	34%	23%	46%	25%	18%	32%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	30%	19%	40%	24%	17%	30%
comorbiditeit	40%	33%	46%	29%	24%	35%

Tabel 4.3 Percentage mensen met COPD of astma dat in 2024 in verband met hun longziekte contact had een fysiotherapeut, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=184)			Astma (N=311)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	42%	32%	51%	14%	8%	20%
vrouw	43%	33%	54%	<b>27%</b>	20%	33%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				7%	0%	15%
45 t/m 64 jaar	51%	34%	69%	19%	13%	26%
65 jaar en ouder	41%	33%	48%	<b>30%</b>	21%	38%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	41%	28%	54%	26%	13%	38%
middel	45%	35%	56%	18%	12%	24%
hoog (HBO/uni)	39%	26%	53%	24%	17%	32%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	25%	13%	38%	17%	11%	24%
comorbiditeit	<b>48%</b>	40%	56%	24%	18%	30%

Tabel 4.4 Percentage mensen met COPD of astma dat in het afgelopen jaar een wissel in inhalatiemedicijnen heeft meegemaakt naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=237)			Astma (N=363)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	35%	26%	43%	30%	22%	38%
vrouw	38%	29%	47%	31%	25%	37%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				33%	18%	48%
45 t/m 64 jaar	40%	26%	55%	26%	19%	33%
65 jaar en ouder	35%	29%	42%	35%	27%	43%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	37%	27%	48%	28%	17%	40%
middel	43%	34%	53%	32%	24%	39%
hoog (HBO/uni)	23%	12%	34%	31%	23%	39%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	37%	24%	50%	28%	21%	35%
comorbiditeit	36%	29%	43%	33%	26%	39%

Tabel 4.5 Percentage mensen met een chronische longziekte dat verkrijgbaarheid als reden aangeeft voor medicatiewissel, naar achtergrondkenmerken

COPD, astma en zeldzame ziekten samengenomen (N= 209)			
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>			
man	26%	17%	35%
vrouw	26%	18%	33%
<b>Leeftijd</b>			
15 t/m 44 jaar	29%	2%	56%
45 t/m 64 jaar	34%	21%	46%
65 jaar en ouder	22%	15%	29%
<b>Opleiding</b>			
laag (t/m LBO)	33%	21%	46%
middel	25%	16%	33%
hoog (HBO/universiteit)	21%	10%	31%
<b>Comorbiditeit</b>			
geen comorbiditeit	20%	10%	30%
comorbiditeit	28%	21%	36%

Tabel 4.6 Percentage mensen met COPD of astma dat één of meerdere websites, apps en wearables gebruikte in verband met hun gezondheid of behandeling, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=214)			Astma (N=375)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	62%	54%	70%	76%	68%	83%
vrouw	<b>75%</b>	66%	83%	81%	76%	86%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				96%	88%	104%
45 t/m 64 jaar	85%	73%	96%	85%	78%	91%
65 jaar en ouder	<b>63%</b>	57%	70%	<b>72%</b>	64%	79%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)						
middel	51%	40%	61%	58%	45%	70%
hoog (HBO/uni)	<b>72%</b>	63%	82%	<b>84%</b>	78%	90%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	56%	43%	69%	74%	66%	82%
comorbiditeit	<b>84%</b>	<b>74%</b>	<b>93%</b>	<b>86%</b>	<b>80%</b>	<b>93%</b>
geen comorbiditeit	56%	43%	69%	74%	66%	82%
comorbiditeit	70%	64%	77%	82%	77%	87%

Tabel 4.7 Percentage mensen met COPD of astma dat één of meerdere onderdelen van zorg digitaal ontving, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=191)			Astma (N=264)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	82%	75%	89%	79%	71%	88%
vrouw	78%	69%	87%	83%	78%	89%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				84%	68%	100%
45 t/m 64 jaar	87%	76%	98%	79%	72%	87%
65 jaar en ouder	78%	72%	85%	84%	78%	91%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	72%	62%	83%	62%	46%	77%
middel	82%	73%	90%	<b>85%</b>	79%	91%
hoog (HBO/uni)	<b>88%</b>	79%	97%	<b>88%</b>	81%	94%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	73%	60%	87%	81%	73%	88%
comorbiditeit	82%	76%	88%	83%	77%	89%

Tabel 4.8 Percentage mensen met COPD of astma dat één of meerdere onderdelen van zorg digitaal zou willen ontvangen, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=209)			Astma (N=293)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	89%	81%	96%	94%	90%	99%
vrouw	89%	82%	97%	93%	90%	97%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				94%	83%	100%
45 t/m 64 jaar	97%	91%	100%	94%	90%	99%
65 jaar en ouder	86%	80%	93%	93%	89%	97%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	83%	73%	92%	84%	73%	95%
middel	93%	88%	99%	<b>95%</b>	91%	98%
hoog (HBO/uni)	100%			<b>97%</b>	93%	100%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	76%	61%	92%	98%	95%	100%
comorbiditeit	<b>92%</b>	87%	97%	<b>91%</b>	86%	95%

Tabel 4.9 Gemiddeld vertrouwen in de huidige gezondheidszorg van mensen met astma of COPD in 2024, op een schaal van 1 tot 10, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=218)			Astma (N=303)		
	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	7,6	7,4	7,8	7,8	7,6	8,0
vrouw	7,3	7,0	7,5	<b>7,5</b>	7,3	7,6
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				7,8	7,3	8,2
45 t/m 64 jaar	7,2	6,8	7,6	7,5	7,3	7,7
65 jaar en ouder	7,5	7,3	7,7	7,6	7,4	7,8
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)						
middel	7,3	7,0	7,6	7,4	7,1	7,8
hoog (HBO/uni)	7,5	7,2	7,8	7,7	7,5	7,9
<b>Comorbiditeit</b>	<b>7,7</b>	<b>7,3</b>	<b>8,0</b>	<b>7,5</b>	<b>7,3</b>	<b>7,7</b>
geen comorbiditeit	7,2	6,9	7,6	7,6	7,3	7,8
comorbiditeit	7,5	7,3	7,7	7,6	7,4	7,8

Tabel 4.10 Gemiddeld vertrouwen in de toekomst van de gezondheidszorg van mensen met astma of COPD in 2024, op een schaal van 1 tot 10, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=219)			Astma (N=301)		
	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	6,6	6,3	6,9	7,0	6,7	7,3
vrouw	6,3	6,0	6,7	<b>6,5</b>	6,3	6,7
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				7,4	6,8	7,9
45 t/m 64 jaar	6,0	5,5	6,5	<b>6,4</b>	6,2	6,7
65 jaar en ouder	<b>6,6</b>	6,4	6,9	<b>6,7</b>	6,4	6,9
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)						
middel	6,4	6,1	6,7	6,6	6,2	7,0
hoog (HBO/uni)	6,4	6,1	6,8	6,8	6,6	7,1
<b>Comorbiditeit</b>	<b>6,8</b>	<b>6,4</b>	<b>7,2</b>	<b>6,5</b>	<b>6,2</b>	<b>6,7</b>
geen comorbiditeit	6,1	5,7	6,6	6,6	6,4	6,9
comorbiditeit	6,6	6,4	6,9	6,7	6,4	6,9

## Hoofdstuk 5 Leefstijl

Tabel 5.1 Percentage mensen met astma of COPD dat in 2024 rookt, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=292)			Astma (N=512)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	20%	14%	27%	7%	3%	11%
vrouw	15%	9%	21%	5%	2%	7%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				7%	0%	15%
45 t/m 64 jaar	25%	12%	37%	6%	2%	9%
65 jaar en ouder	16%	12%	21%	5%	1%	8%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	26%	17%	34%		0%	8%
middel	16%	9%	23%	7%	3%	11%
hoog (HBO/uni)	8%		14%		1%	8%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	25%	14%	35%	6%	2%	9%
comorbiditeit	16%	11%	20%	5%	2%	8%

Tabel 5.2 Percentage mensen met astma, COPD of een zeldzame longziekte dat in 2024 niet beweegt of sport, naar achtergrondkenmerken

COPD, astma en zeldzame longziekten samengenomen (N= 687)			
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>			
man	10%	7%	13%
vrouw	9%	6%	12%
<b>Leeftijd</b>			
15 t/m 44 jaar	8%	0%	18%
45 t/m 64 jaar	10%	6%	14%
65 jaar en ouder	9%	6%	12%
<b>Opleiding</b>			
laag (t/m LBO)	13%	8%	18%
middel	8%	5%	12%
hoog (HBO/universiteit)	8%	4%	11%
<b>Comorbiditeit</b>			
geen comorbiditeit	8%	4%	11%
comorbiditeit	10%	7%	13%

## Hoofdstuk 6 Behoeftte aan lotgenotencontact

Tabel 6.1 *Percentage mensen met COPD of astma in 2024 dat geen behoefte heeft aan lotgenotencontact, naar achtergrondkenmerken*

	COPD (N=281)			Astma (N=406)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	94%	90%	97%	95%	92%	99%
vrouw	<b>85%</b>	79%	92%	95%	92%	98%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				94%	87%	100%
45 t/m 64 jaar	92%	85%	100%	95%	91%	98%
65 jaar en ouder	90%	86%	93%	96%	93%	98%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	92%	86%	97%	91%	83%	98%
middel	90%	85%	96%	95%	92%	98%
hoog (HBO/uni)	87%	79%	95%	97%	95%	100%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	91%	85%	98%	95%	91%	98%
comorbiditeit	90%	85%	94%	95%	93%	98%

## Hoofdstuk 7 Gezondheidsklachten door luchtvervuiling

Tabel 7.1 Gemiddelde beoordeling van de luchtkwaliteit in de woonplaats / woonwijk in 2024 door mensen met COPD of astma op een schaal van 1 tot en met 10, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=281)			Astma (N=397)		
	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	7,3	7,0	7,5	7,3	7,1	7,6
vrouw	7,0	6,7	7,3	<b>6,8</b>	6,6	7,0
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				7,1	6,6	7,5
45 t/m 64 jaar	6,5	6,1	7,0	7,1	6,8	7,3
65 jaar en ouder	<b>7,3</b>	7,1	7,5	7,0	6,7	7,2
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	7,2	6,9	7,5	7,0	6,7	7,4
middel	7,2	7,0	7,5	7,0	6,8	7,3
hoog (HBO/uni)	6,9	6,5	7,3	7,0	6,7	7,2
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	7,2	6,8	7,6	7,0	6,8	7,3
comorbiditeit	7,1	6,9	7,3	7,0	6,8	7,2

Tabel 7.2 Percentage mensen met COPD of astma dat zich in 2024 soms, regelmatig, vaak of altijd zorgen maakt over de luchtkwaliteit in de woonplaats / woonwijk, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=279)			Astma (N=395)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	51%	43%	59%	54%	46%	62%
vrouw	52%	44%	61%	63%	57%	69%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				52%	37%	67%
45 t/m 64 jaar	55%	40%	69%	58%	51%	66%
65 jaar en ouder	51%	45%	57%	63%	56%	70%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	48%	39%	58%	47%	35%	60%
middel	44%	35%	53%	58%	51%	65%
hoog (HBO/uni)	<b>71%</b>	60%	82%	<b>68%</b>	60%	75%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	43%	31%	54%	58%	51%	66%
comorbiditeit	55%	48%	61%	61%	54%	67%



Tabel 7.3 Percentage mensen met COPD of astma dat in 2024 aangeeft dat één of meer bronnen van luchtvervuiling bij hen in de afgelopen maanden regelmatig tot vaak zorgde(n) voor gezondheidsklachten, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=293)			Astma (N=429)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	30%	23%	38%	36%	29%	44%
vrouw	34%	26%	42%	42%	37%	48%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				34%	20%	48%
45 t/m 64 jaar	42%	28%	56%	44%	36%	51%
65 jaar en ouder	30%	24%	36%	38%	31%	45%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	27%	19%	36%	30%	19%	40%
middel	32%	24%	40%	43%	36%	50%
hoog (HBO/uni)	40%	28%	52%	42%	34%	49%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	36%	25%	47%	36%	29%	43%
comorbiditeit	31%	25%	37%	43%	37%	49%

Tabel 7.4 Percentage mensen met COPD of astma dat in 2024 één of meerdere gezondheidsklachten aangeeft die door luchtvervuiling regelmatig tot heel vaak optreedt, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=293)			Astma (N=429)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	37%	30%	44%	35%	28%	43%
vrouw	39%	31%	47%	<b>48%</b>	42%	53%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				61%	47%	75%
45 t/m 64 jaar	59%	45%	73%	48%	41%	55%
65 jaar en ouder	<b>34%</b>	28%	40%	<b>35%</b>	28%	41%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	36%	27%	45%	49%	38%	61%
middel	37%	29%	46%	42%	35%	48%
hoog (HBO/uni)	43%	31%	55%	42%	34%	50%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	30%	20%	40%	35%	28%	42%
comorbiditeit	40%	34%	47%	<b>48%</b>	42%	55%

Tabel 7.5 Percentage mensen met COPD of astma dat één of meerdere maatregelen neemt als er gezondheidsklachten door luchtvervuiling optreden, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=293)			Astma (N=429)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	58%	51%	66%	56%	48%	64%
vrouw	52%	44%	61%	<b>66%</b>	60%	72%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				67%	53%	81%
45 t/m 64 jaar	60%	46%	74%	64%	57%	71%
65 jaar en ouder	55%	49%	61%	60%	53%	67%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	52%	43%	61%	64%	53%	75%
middel	54%	45%	63%	64%	57%	70%
hoog (HBO/uni)	65%	54%	77%	60%	52%	68%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	46%	35%	58%	64%	57%	72%
comorbiditeit	59%	52%	65%	61%	55%	67%

Tabel 7.6 Gemiddelde beoordeling van de luchtkwaliteit in het eigen huis in 2024 door mensen met COPD of astma op een schaal van 1 tot en met 10, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=274)			Astma (N=385)		
	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	8,1	7,9	8,2	8,0	7,8	8,2
vrouw	8,2	8,0	8,4	7,9	7,7	8,1
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar	7,9	7,5	8,2	7,6	7,2	8,0
45 t/m 64 jaar	8,2	8,0	8,3	8,0	7,8	8,2
65 jaar en ouder				8,0	7,8	8,2
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	8,1	7,9	8,4	7,9	7,6	8,3
middel	8,2	7,9	8,4	8,1	7,9	8,3
hoog (HBO/uni)	8,1	7,8	8,3	7,8	7,6	8,0
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	8,0	7,7	8,2	7,9	7,7	8,1
comorbiditeit	8,2	8,0	8,3	7,9	7,8	8,1

Tabel 7.7 Percentage mensen met COPD of astma dat zich in 2024 soms, regelmatig, vaak of altijd zorgen maakt over de luchtkwaliteit in het eigen huis, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=275)			Astma (N=395)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	32%	24%	39%	39%	31%	47%
vrouw	26%	19%	34%	43%	37%	50%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				51%	36%	66%
45 t/m 64 jaar	39%	24%	53%	42%	35%	49%
65 jaar en ouder	27%	22%	33%	39%	32%	47%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	21%	13%	29%	31%	19%	42%
middel	29%	21%	38%	38%	31%	45%
hoog (HBO/uni)	<b>41%</b>	29%	53%	<b>51%</b>	43%	60%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	28%	18%	39%	39%	32%	47%
comorbiditeit	29%	23%	36%	43%	37%	50%

Tabel 7.8 Percentage mensen met COPD of astma dat in een koopwoning woont naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=281)			Astma (N=398)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	68%	61%	75%	79%	72%	85%
vrouw	60%	52%	68%	74%	69%	79%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				73%	60%	86%
45 t/m 64 jaar	68%	55%	81%	80%	74%	86%
65 jaar en ouder	64%	58%	70%	73%	67%	79%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	49%	40%	59%	45%	33%	58%
middel	<b>69%</b>	61%	78%	<b>79%</b>	73%	85%
hoog (HBO/uni)	<b>82%</b>	73%	92%	<b>86%</b>	81%	92%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	74%	64%	85%	79%	73%	86%
comorbiditeit	<b>61%</b>	55%	68%	74%	69%	79%

Tabel 7.9 Percentage mensen met COPD of astma dat tenminste één bron van slechte luchtkwaliteit heeft in huis, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=282)			Astma (N=403)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	69%	62%	77%	67%	59%	74%
vrouw	72%	64%	80%	67%	61%	73%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				85%	74%	95%
45 t/m 64 jaar	70%	57%	84%	<b>65%</b>	58%	72%
65 jaar en ouder	71%	65%	76%	<b>65%</b>	57%	72%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	73%	65%	81%	71%	60%	81%
middel	70%	62%	79%	69%	62%	75%
hoog (HBO/uni)	67%	55%	78%	63%	55%	71%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	80%	70%	89%	68%	61%	76%
comorbiditeit	68%	61%	74%	66%	60%	72%

Tabel 7.10 Percentage mensen met COPD of astma dat niet geprobeerd heeft om de luchtkwaliteit in huis te verbeteren, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=283)			Astma (N=401)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
<b>Geslacht</b>						
man	62%	55%	70%	55%	47%	63%
vrouw	<b>47%</b>	38%	56%	<b>41%</b>	35%	47%
<b>Leeftijd</b>						
15 t/m 44 jaar				35%	21%	50%
45 t/m 64 jaar	50%	35%	64%	49%	42%	57%
65 jaar en ouder	57%	50%	63%	46%	39%	54%
<b>Opleiding</b>						
laag (t/m LBO)	55%	45%	64%	47%	35%	59%
middel	60%	51%	69%	49%	42%	56%
hoog (HBO/uni)	49%	37%	61%	43%	35%	50%
<b>Comorbiditeit</b>						
geen comorbiditeit	56%	44%	68%	50%	42%	58%
comorbiditeit	55%	49%	62%	44%	38%	50%