Longmonitor: jaarrapport 2025

Liselore Cariot
Annette Scherpenzeel
Marcia Vervloet

NIVEL
Kennis voor betere zorg

LONG FONDS

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.

November 2025

030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2025 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, financieel mogelijk gemaakt door Longfonds, biedt inzicht in hoe mensen met COPD, astma en zeldzame longziekten in Nederland hun situatie ervaren. Het onderzoek levert waardevolle informatie over de ervaringen, wensen en behoeften van deze mensen en belicht voor Longfonds belangrijke thema's, zoals klachten door luchtvervuiling, het nemen van eigen regie en kwaliteit van leven. 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 848 mensen, beschrijft de resultaten van de Longmonitor 2025. We zijn alle mensen met COPD, astma en zeldzame longziekten die de vragenlijst hebben ingevuld zeer dankbaar voor hun genomen tijd.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord **3**

Kernpunten per hoofdstuk **6**

1 Inleiding **8**

2 Leven met een longziekte **9**
2.1 Kenmerken van mensen met longziekten 9
2.2 Ziektelast 12
2.3 Ervaren kwaliteit van leven 13
2.4 Stigma 17

3 Zelf de regie houden **21**
3.1 Gezondheidsvaardigheden 21
3.2 Actieve rol bij de behandeling 22
3.3 Meebeslissen 23

4 Zorggebruik en kwaliteit van zorg **26**
4.1 Gebruik van professionele zorg 26
4.2 Medicatiegebruik en medicatiewissels 27

5 Leefstijl **29**
5.1 Roken 29
5.2 Bewegen 31

6 Gezondheidsklachten door luchtvervuiling **33**
6.1 Ervaren luchtkwaliteit in de woonomgeving 33
6.2 Zorgen over luchtkwaliteit 34
6.3 Ervaren gezondheidseffecten van luchtvervuiling 34

7 Beschouwing **38**

Literatuur **40**

Bijlage A Methoden **42**

Bijlage B Tabellen en figuren **44**

Leeswijzer

Dit rapport bevat, naast de inleiding, vijf hoofdstukken die de resultaten van de Longmonitor 2025 beschrijven. Elk resultatenhoofdstuk begint met een kader met de kernpunten van dat hoofdstuk. Deze kernpunten zijn ook terug te vinden vooraan in dit rapport. We presenteren de resultaten in figuren, waarin voor de leesbaarheid percentages kleiner dan 5% niet zijn weergegeven. We maken, als de aantallen dit toelaten, vergelijkingen tussen mensen met COPD, mensen met astma en mensen met zeldzame longziekten. Ook vergelijken we binnen deze groepen naar de achtergrondkenmerken geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en co-morbiditeit. Voor de groep mensen met een zeldzame longziekte zijn deze uitsplitsingen niet mogelijk vanwege het kleine aantal respondenten. Enkel significante verschillen ($p<0.05$) worden genoemd in de tekst. Het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 7, bevat een beschouwing van de resultaten. Bijlage A geeft de methodologische verantwoording van het onderzoek. Bijlage B bevat per resultaathoofdstuk aanvullende tabellen met uitsplitsingen naar de achtergrondkenmerken.

Kernpunten per hoofdstuk

Hoofdstuk 2: Leven met een longziekte

- 51% van de mensen met COPD ervaart een ernstige ziektelast en 59% van de mensen met astma heeft een slechte symptoomcontrole.
- Ongeveer een derde van de mensen met COPD of astma kreeg de diagnose binnen een jaar na de eerste klachten, terwijl ongeveer 10% de diagnose pas na 10 jaar kreeg.
- 46% van de mensen met COPD en 63% van de mensen met astma beoordeelt de algemene gezondheid als goed tot uitstekend. Minder dan een kwart van de mensen met een zeldzame longziekte geeft ditzelfde oordeel.
- 53% van de mensen met COPD en 69% van de mensen met astma beoordeelt het dagelijks functioneren als goed tot uitstekend, dit is 30% bij mensen met een zeldzame longziekte.
- Mensen met een zeldzame longziekte rapporteren vaker problemen op vier domeinen van kwaliteit van leven (zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak, angst/somberheid) dan mensen met COPD of mensen met astma, behalve op het domein mobiliteit.
- Ongeveer de helft van de mensen met een longziekte ervaart wel eens stigma als gevolg van hun longziekte. Schaamte (onder andere voor hoesten, inhalatorgebruik of het niet kunnen meekomen) en het verbergen van beperkingen door activiteiten anders te plannen zijn aspecten van stigma die mensen met alle longziekten wel eens ervaren.
- Mensen met een zeldzame longziekte ervaren vaker stigmatiserende gevolgen vanwege hun ziekte dan mensen met COPD en mensen met astma.

Hoofdstuk 3: Zelf de regie houden

- Ruim acht op de tien mensen met COPD, astma en zeldzame longziekten voelen zich meestal tot altijd actief betrokken bij hun behandeling.
- Van de mensen met astma hebben degenen met een middelbaar of hoog opleidingsniveau vaker voldoende gezondheidsvaardigheden en voelen zich vaker actief betrokken bij hun behandeling.
- Bijna vier op de vijf mensen met een longziekte beslissen zelf of samen met de zorgverlener, bij ongeveer een op de vijf beslist de zorgverlener.
- Mensen met een longziekte vinden het belangrijk om mee te beslissen. Mensen met COPD vinden dit iets minder belangrijk dan mensen met astma of een zeldzame longaandoening.

Hoofdstuk 4: Zorggebruik en kwaliteit van zorg

- 62% van de mensen met COPD, 56% van de mensen met astma en 65% van de mensen met een zeldzame longziekte heeft in het afgelopen jaar contact gehad met de huisarts. Ook de praktijkondersteuner wordt door mensen met COPD en astma vaker bezocht. Mensen met een zeldzame longziekte hebben daarentegen vaker contact gehad met de longarts (95%) en longverpleegkundige (78%).
- De fysiotherapeut wordt het vaakst door mensen met een zeldzame longziekte bezocht (75%) gevolgd door mensen met COPD (41%) en in veel mindere mate door mensen met astma (19%).

- Ongeveer één op de vijf mensen met een zeldzame longziekte heeft in het afgelopen jaar een dag-opname gehad of een nacht in het ziekenhuis doorgebracht.
- Ruim de helft van de mensen die medicijnen op recept gebruiken gaf aan in het afgelopen jaar een medicijnwissel te hebben meegemaakt, onder andere van hun inhalatiemedicatie.
- De meest genoemde reden voor een medicijnwissel was dat het medicijn niet meer verkrijgbaar was (45%), gevolgd door onvoldoende effect van het medicijn (26%) en het wegvallen van de vergoeding (23%).

Hoofdstuk 5: Leefstijl

- 8% van de mensen met een longziekte rookt, voornamelijk mensen met COPD.
- Van de mensen met COPD of astma die roken, ondernamen mensen in het voorgaande jaar gemiddeld 2,8 keer een stoppoging.
- Als reactie op rookstopadvies heeft het merendeel van de rokers één of meerdere stoppogingen ondernomen, met wisselend succes.
- Eén op de drie mensen met een longziekte kreeg van een arts of verpleegkundige het advies om meer te gaan bewegen.
- Mensen met COPD bewegen het minst (13% sport of beweegt niet), terwijl mensen met astma of een zeldzame longziekte vaker actief zijn. Veel mensen met een longziekte sporten binnenshuis, en begeleiding door een fysiotherapeut komt vooral voor bij mensen met een zeldzame longziekte (53%).

Hoofdstuk 6: Gezondheidsklachten door luchtvervuiling

- Mensen met een longziekte beoordelen de luchtkwaliteit in hun woonplaats of woonwijk gemiddeld met een 6,5 op een schaal van 1 tot 10.
- Onder mensen met COPD of astma beoordelen mannen de luchtkwaliteit beter dan vrouwen.
- Luchtvervuilingsbronnen die de meeste klachten geven zijn roken op openbare plekken, vuurwerk en vreugdevuren, houtstook in de buitenlucht en wegverkeer.
- Meer dan 80% van de mensen met een longziekte heeft wel eens last van hoesten, benauwdheid, geprikkelde slijmvliezen en/of een verminderde longfunctie door luchtvervuiling.
- Om klachten door luchtvervuiling te verminderen, nemen de meeste mensen met een longziekte maatregelen, zoals binnen blijven, meer medicijnen nemen of naar een andere plek of ruimte gaan. Eén op de tien onderneemt geen actie als er klachten optreden.

1 Inleiding

De Nivel Longmonitor brengt jaarlijks de 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.

De centrale vraag van het onderzoek met de Longmonitor is: “Hoe is het gesteld met de leefsituatie van mensen met een longziekte in Nederland?” Daarbij gaat het zowel om het in kaart brengen van de bestaande situatie als om het onderzoeken van de wensen, behoeften en ervaringen van mensen met een longziekte op dit gebied. De trends en ontwikkelingen over de tijd worden eens in de zoveel tijd onderzocht en gerapporteerd in een trendrapport. In de tussenliggende jaren wordt een jaarrapport, zoals deze, gepubliceerd.

Dit jaarrapport beschrijft hoe het in 2025 gaat met mensen met een longziekte. Het beschrijft de ziektelast en kwaliteit van leven die zij ervaren, de zorg die ze ontvangen, ervaringen met medicijnwissels, de betrokkenheid bij hun behandeling, hun leefstijlgewoonten en de impact van luchtvervuiling in de buitenlucht. Dit zijn onderwerpen dit elk jaar terugkomen. Aan de Longmonitor 2025 is een extra onderwerp toegevoegd, namelijk de mate van ervaren stigma als gevolg van de longziekte. Een verdieping op deze resultaten is te vinden in een apart factsheet getiteld ‘Ervaren stigma door mensen met een longziekte’, dat gelijktijdig gepubliceerd is met dit rapport.

Het 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. Dit jaarrapport is daarmee voor Longfonds, die de Longmonitor financieel mogelijk maakt, een belangrijke bron om hun beleid vorm te geven en te evalueren.

2 Leven met een longziekte

Kernpunten

- 51% van de mensen met COPD ervaart een ernstige ziektelast en 59% van de mensen met astma heeft een slechte symptoomcontrole.
- Ongeveer een derde van de mensen met COPD of astma kreeg de diagnose binnen een jaar na de eerste klachten, terwijl ongeveer 10% de diagnose pas na 10 jaar kreeg.
- 46% van de mensen met COPD en 63% van de mensen met astma beoordeelt de algemene gezondheid als goed tot uitstekend. Minder dan een kwart van de mensen met een zeldzame longziekte geeft ditzelfde oordeel.
- 53% van de mensen met COPD en 69% van de mensen met astma beoordeelt het dagelijks functioneren als goed tot uitstekend, dit is 30% bij mensen met een zeldzame longziekte.
- Mensen met een zeldzame longziekte rapporteren vaker problemen op vier domeinen van kwaliteit van leven (zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn / ongemak, angst / somberheid) dan mensen met COPD of mensen met astma, behalve op het domein mobiliteit.
- Ongeveer de helft van de mensen met een longziekte ervaart wel eens stigma als gevolg van hun longziekte. Schaamte (onder andere voor hoesten, inhalatorgebruik of het niet kunnen meekomen) en het verbergen van beperkingen door activiteiten anders te plannen zijn aspecten van stigma die mensen met alle longziekten wel eens ervaren.
- Mensen met een zeldzame longziekte ervaren vaker stigmatiserende gevolgen vanwege hun ziekte dan mensen met COPD en mensen met astma.

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 2025 hebben ingevuld (tabel 2.1).

Mensen met COPD

De groep deelnemers aan de Longmonitor 2025 met COPD bestaat uit iets meer mannen (52%) dan vrouwen (48%) en is grotendeels (83%) 65 jaar of ouder. Geen van de deelnemers met COPD is jonger dan 45 jaar. 38% is laag opgeleid en 25% is hoogopgeleid. Bijna vier op de vijf (78%) heeft naast COPD ook nog een andere aandoening. Wat betreft regio wonen er minder mensen met COPD in de Longmonitor in Noord-Nederland. In vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking wonen er meer mensen met COPD in de Longmonitor in Zuid-Nederland en minder in West-Nederland. Ook wonen deelnemers met COPD vaker in sterk stedelijke gebieden en dit percentage ligt een stuk hoger dan in de algemene bevolking, terwijl het aandeel in niet sterk stedelijke gebieden lager is.

Mensen met astma

Twee derde van de deelnemers met astma aan de Longmonitor 2025 is vrouw (66%). 10% van de mensen met astma is jonger dan 45 jaar en 48% is 65 jaar of ouder. Bijna de helft (48%) heeft een middelbaar opleidingsniveau en 36% is hoogopgeleid. 60% van de mensen met astma in de Longmonitor heeft nog een andere aandoening. De verdeling van deelnemers met astma is wat

betreft regio een afspiegeling van de Nederlandse bevolking. Wel wonen deelnemers met astma vaker in sterk stedelijke gebieden en juist minder vaak in niet-stedelijke gebieden in vergelijking met de algemene bevolking.

Mensen met een zeldzame longziekte

Net als bij astma is de meerderheid van de deelnemers met een zeldzame longziekte in de Longmonitor 2025 vrouw (68%). De meerderheid (60%) is 65 jaar en ouder en enkel 10% is jonger dan 45 jaar. De groep mensen met een zeldzame longziekte is relatief hoog opgeleid; bijna de helft (46%) heeft een HBO of universitaire opleiding gevolgd. De regionale verdeling van de deelnemers met een longziekte komt grotendeels overeen met die van de Nederlandse bevolking; alleen in Noord-Nederland is het aandeel deelnemers met een longziekte lager ten opzichte van de Nederlandse bevolking. Er wonen minder mensen met een longziekte in niet-stedelijke gebieden ten opzichte van de algemene Nederlandse bevolking. Er zijn geen panelgegevens beschikbaar over andere ziekten (co-morbiditeit) die mensen naast een zeldzame longziekte hebben.

Tabel 2.1 Kenmerken van mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte die de vragenlijst van de Longmonitor 2025 hebben ingevuld

	Kenmerken COPD (N=274-280)[1]	Kenmerken astma (N=431-487)[1]	Kenmerken zeldzame longziekten (N=70-81)
	%	%	%
Geslacht			
man	52	34	32
vrouw	48	66	68
Leeftijd			
15 t/m 44 jaar	0	12	10
45 t/m 64 jaar	17	44	33
65 jaar en ouder	83	44	57
Opleiding			
laag (t/m LBO)	38	16	11
middel	37	48	43
hoog (HBO / universiteit)	25	36	46
Regio			
Noord-Nederland	1	4	1
Oost-Nederland	29	29	19
West-Nederland	37	42	53
Zuid-Nederland	33	25	27
Stedelijkheid			
Zeer sterk stedelijk	14	16	19
Sterk stedelijk	41	46	33
Matig stedelijk	21	16	20
Weinig stedelijk	16	16	21
Niet stedelijk	8	6	7
Co-morbiditeit			
geen co-morbiditeit	22	40	
co-morbiditeit	78	60	

[1] Er is spreiding in de aantallen door beperkte achtergrondgegevens van deelnemers die de vragenlijst hebben ingevuld via de open link (N= 65). Van een aantal respondenten vanuit het panel zijn geen gegevens beschikbaar over opleidingsniveau (N= 8).

Van de deelnemers aan de Longmonitor die ook deel uitmaken van het grotere panel NPCG, is de diagnose gesteld door de arts bekend. Deze diagnose is gebruikt om de drie groepen te vormen (zoals in tabel 2.1 weergegeven en in het rapport gebruikt om vergelijkingen te maken). Daarnaast is in de vragenlijst ook aan de mensen zelf gevraagd welke (long)aandoeningen zij hebben. Deze zelfgerapporteerde aandoeningen worden weergegeven in tabel 2.2. Mensen konden hierbij meerdere aandoeningen aankruisen, waardoor het totaal aantal hoger uitkomt dan in tabel 2.1. Astma is de meest voorkomende zelfgerapporteerde longziekte onder de respondenten, gevolgd door COPD. Zeldzame longziekten die mensen zelf rapporteren zijn bronchiëctasieën of longfibrose, en een enkele keer pulmonale hypertensie, sarcoïdose, alpha-1 of CHD.
Mensen die zelf rapporteren astma te hebben, geven aan dat zij deze diagnose al 23 jaar hebben (mediaanwaarde)[1]. Mensen met COPD hebben de diagnose daarentegen relatief korter; bij hen ligt de mediaan op 10 jaar.

Tabel 2.2 Zelfgerapporteerde longziekten van deelnemers aan de Longmonitor 2025 en aantal jaar dat men de diagnose heeft

Deelnemers met de ziekte[1]			Aantal jaar dat men de diagnose heeft[2]		
	Aantal	%	Gemiddeld	Mediaan	Bereik
Astma	502	59	27	23	0-92
COPD	322	38	15	10	0-80
Ernstig astma	86	10	17	10	1-73
Longfibrose	45	5	11	6	2-70
Andere aandoeningen	65	8	16	8	1-57
Bronchiëctasieën	56	7	25	16	1-70
Pulmonale hypertensie	12	1	9	7	0-30
Sarcoïdose	9	1	20	23	5-39
Alpha-1	4	0,5	10	7	1-25
CHD	3	0	39	50	1-65

[1] Er kunnen meerdere ziekten aangekruist worden. [2] Omdat het om zelf gerapporteerde jaren sinds diagnose gaat, kunnen mensen een hoog aantal jaar invullen, bijvoorbeeld om aan te geven dat zij de diagnose 'altijd' al hebben gehad. Wanneer het aantal jaar dat men de diagnose heeft hoger is dan de leeftijd van die persoon, is deze waarde als ongeldig beschouwd.

Voor de meeste longziekten geldt dat mensen rapporteren dat zij de diagnose vaak binnen een jaar na de eerste klachten kregen. Ongeveer een derde van de mensen met astma, ernstig astma of COPD rapporteerden binnen één jaar gediagnosticeerd te zijn. Bijna 80% van de mensen met longfibrose kreeg de diagnose binnen twee jaar na het ontstaan van de klachten. Aan de andere kant zijn er ook mensen bij wie het stellen van de diagnose aanzienlijk langer duurde. Zo ontving 11% van de mensen met bronchiëctasieën en 8% van de mensen met astma pas na vijf tot tien jaar een diagnose. Bij meer dan 10% van de mensen met astma of ernstig astma en bij 9% van de mensen met COPD duurde het zelfs langer dan tien jaar voordat zij een diagnose kregen.

[1] 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.

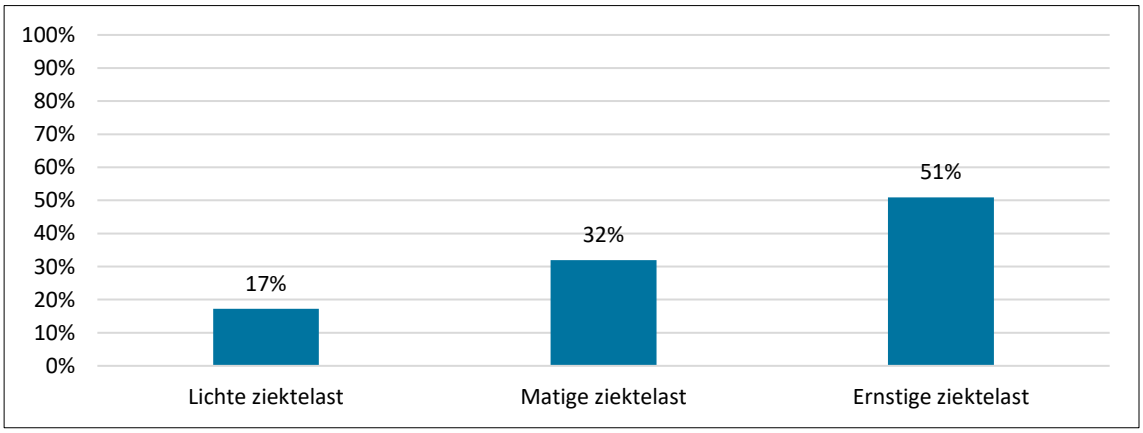
Tabel 2.3 Tijd tussen de eerste klachten en diagnose per longziekte, in percentages

	< 1 jaar	1 jaar	2 jaar	3 jaar	4 jaar	5 - 10 jaar	> 10 jaar	Weet ik niet	Nooit officiële diagnose
				%					
Astma	32	9	6	3	2	8	12	26	2
COPD	31	11	6	3	1	7	9	27	4
Ernstig astma	36	12	9	5	1	7	13	17	0
Longfibrose	56	11	11	2	4	4	2	9	0
Andere aandoeningen	25	5	11	6	2	6	17	20	8
Bronchiëc-tasieën	27	13	7	5	4	11	9	20	4
Pulmonale hypertensie	25	25	25	8	0	8	0	8	0
Sarcoïdose	56	22	11	0	0	0	0	11	0
Alpha-1	0	25	0	0	0	25	25	25	0
CHD	0	0	0	0	0	0	67	33	0

2.2 Ziektelast

De ernst van de ziektelast van COPD kan worden uitgedrukt in een indexscore met behulp van de Clinical COPD Questionnaire (CCQ)[2]. In 2025 heeft 51% van de mensen met COPD een ernstige en 32% van de mensen en matige ziektelast volgens de CCQ (figuur 2.1). Mensen met een matige tot ernstige ziektelast verschillen niet significant qua achtergrondkenmerken van mensen met een lichte ziektelast (tabel 2.1, bijlage B).

Figuur 2.1 Mate van ziektelast van mensen met COPD op basis van de CCQ indexscore (N=279)

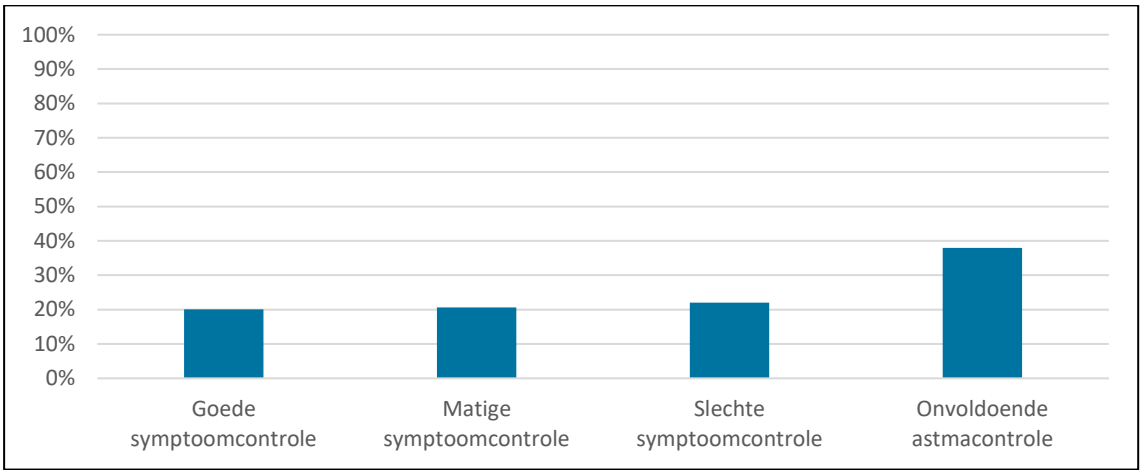


Als indicatie voor de ernst van astma wordt vaak gekeken naar de mate waarin symptomen van astma medisch gezien onder controle zijn. Dit kan worden uitgedrukt in een indexscore met behulp

[2] De ziektelast COPD wordt in de Longmonitor gemeten met de Clinical COPD Questionnaire (CCQ, Van der Molen et al., 2003). De gemiddelde CCQ score loopt van 0 tot 6. In de praktijk worden de categorieën matige (CCQ-score 1-2) en ernstige (CCQ-score ≥ 2) ziektelast vaak samengenomen als indicator voor verhoogde ziektelast en als uitgangspunt voor behandeling.

van de Asthma Control Questionnaire (ACQ)[3]. Van de mensen met astma heeft 38% volgens de ACQ-score onvoldoende astmacontrole (figuur 2.2). Mensen met een middelbaar of hoger opleidingsniveau hebben significant vaker een goede symptoomcontrole vergeleken met mensen met een lager opleidingsniveau (tabel 2.1, bijlage B).

Figuur 2.2 Mate van symptoomcontrole van mensen met astma op basis van de ACQ score (n=484)



Voor mensen met een zeldzame longziekte bestaat geen gevalideerde schaal voor het meten van ziektelast, daarom is deze groep in deze paragraaf buiten beschouwing gelaten.

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-schaal: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn / ongemak en angst / somberheid.

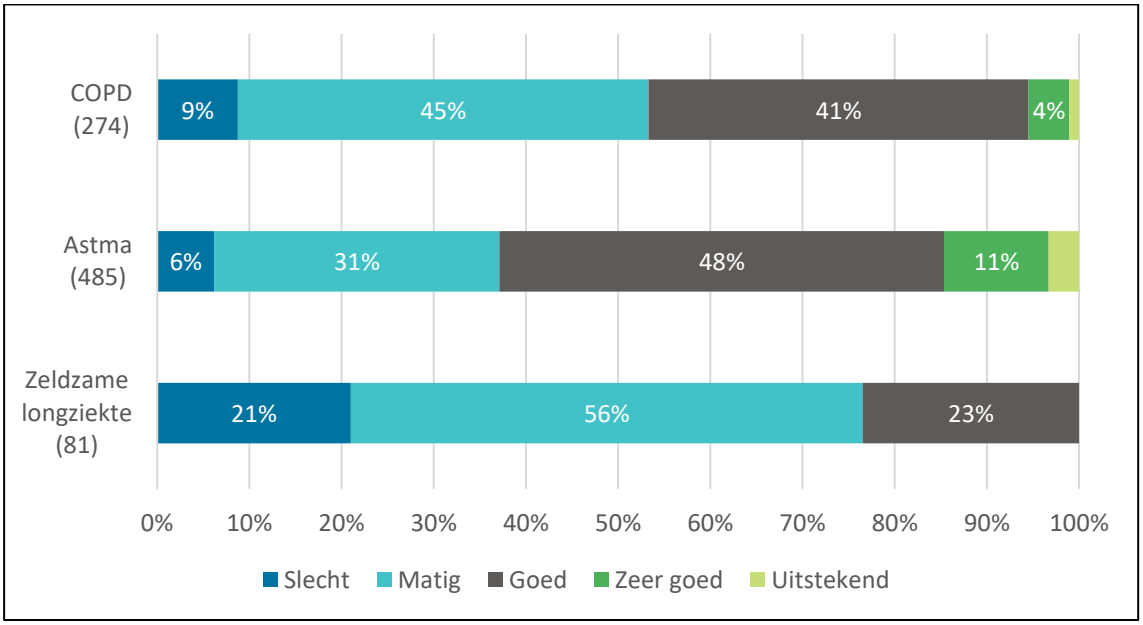
Subjectieve gezondheid

Ruim de helft (54%) van de mensen met COPD beoordeelt hun gezondheid als slecht of matig (figuur 2.3). Onder mensen met astma ligt dit percentage lager, op 37%. Bij mensen met een zeldzame longziekte is dit juist aanzienlijk hoger: 77% beoordeelt de eigen gezondheid als slecht of matig. Mensen met astma beoordelen hun gezondheid het meest positief, 63% ervaart deze als goed tot uitstekend.

Tabel 2.2 in bijlage B toont dat mensen met COPD met een hoger opleidingsniveau vaker hun gezondheid als goed tot uitstekend beoordelen (59%) dan mensen met een laag (41%) of middel (43%) opleidingsniveau. Mensen met astma die nog een andere chronische ziekte hebben (comorbiditeit) beoordelen hun gezondheid minder vaak als goed tot uitstekend (63%) dan degenen zonder andere ziekten (79%). Er zijn geen significante verschillen naar andere achtergrondkenmerken in beide groepen.

[3] De mate van astmacontrole wordt in de Longmonitor gemeten met de Asthma Control Questionnaire (ACQ, Juniper et al., 1999; van den Nieuwenhof et al., 2006). De gemiddelde ACQ score loopt van 0 tot 6. Deze wordt gecategoriseerd in goede symptoomcontrole (ACQ-score <0,5), matige symptoomcontrole (ACQ-score 0,5-1), slechte symptoomcontrole (ACQ-score 1-1,5), onvoldoende astmacontrole (ACQ-score >1.5).

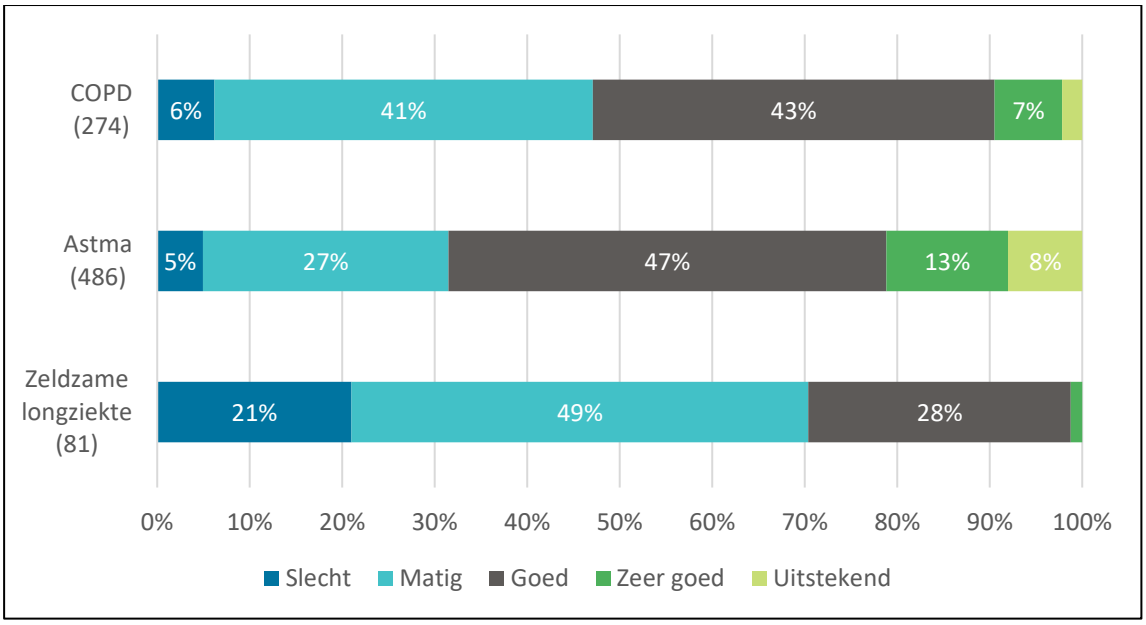
Figuur 2.3 Percentage mensen met astma, COPD of een zeldzame longziekte dat zelf rapporteert een slechte, matige, goede, zeer goede of uitstekende gezondheid te hebben



Functioneren in het dagelijks leven

53% van de mensen met COPD en 69% van de mensen met astma geven aan dat zij goed tot uitstekend functioneren in huis, op het werk en in de vrije tijd (figuur 2.4). Voor mensen met een zeldzame longziekte ligt dat percentage een stuk lager, namelijk op 30%. Binnen de groep mensen met COPD geven hoger opgeleiden significant vaker aan goed tot uitstekend te functioneren (69%) dan mensen met een laag of middelbaar opleidingsniveau (resp. 43% en 51%) (tabel 2.3, bijlage B). Mensen met astma die nog een andere chronische ziekte hebben (co-morbiditeit) geven minder vaak aan goed tot uitstekend te kunnen functioneren (71%) dan degenen zonder andere ziekten (82%).

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

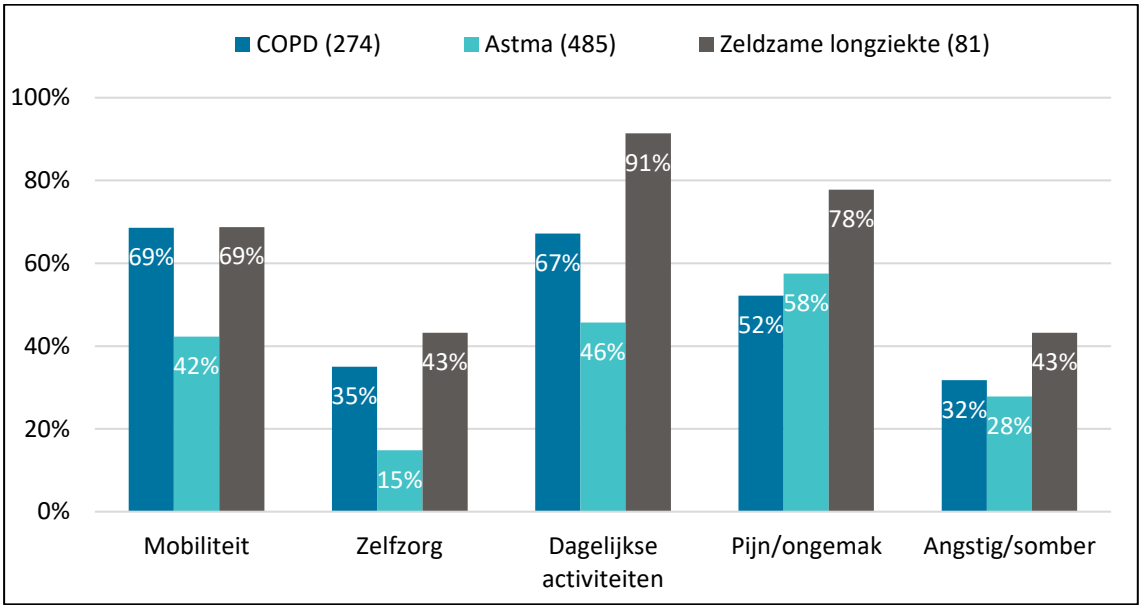


Problemen op de vijf domeinen van kwaliteit van leven

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[4]: *mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn / ongemak en angstig / somber*.

Mensen met een zeldzame longziekte rapporteren vaker problemen op de verschillende domeinen dan mensen met COPD of mensen met astma, op mobiliteit na (figuur 2.5). Op dit domein ervaren zij evenveel problemen als mensen met COPD. De minste problemen worden door alle drie de groepen ervaren op de domeinen 'zelfzorg' en 'angst / somberheid'.

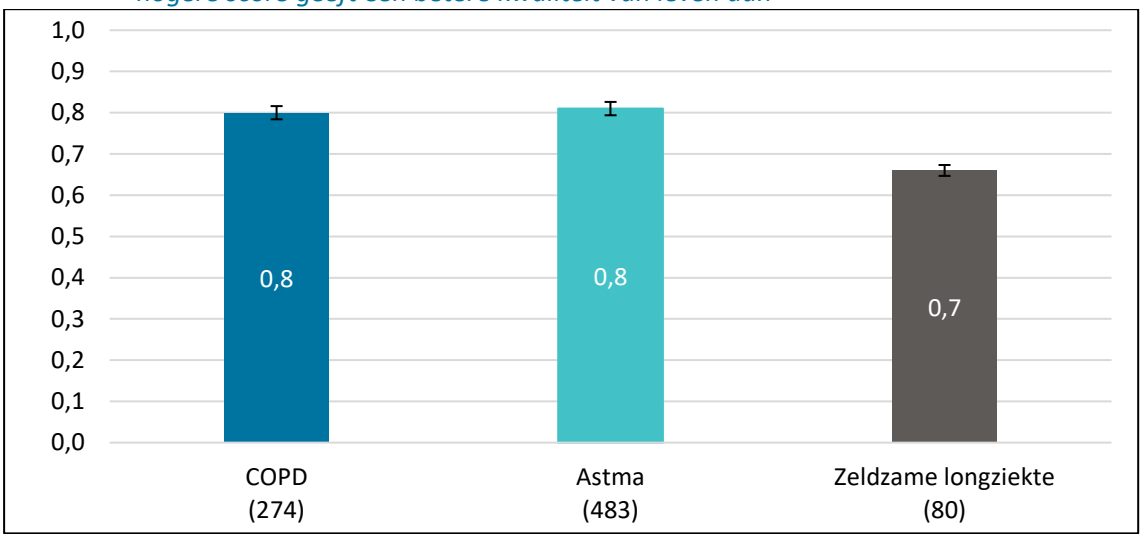
Figuur 2.5 Percentage mensen met astma, COPD of een zeldzame longziekte dat problemen ervaart op verschillende domeinen van kwaliteit van leven volgens de EQ-5D



Gekeken naar de gemiddelde score op de EQ-5D index, zien we dat mensen met een zeldzame longziekte een minder goede kwaliteit van leven hebben dan mensen met COPD en mensen met astma (figuur 2.6). Ook als we kijken naar achtergrondkenmerken zien we verschillen. Binnen de groep mensen met COPD rapporteren ouderen (65-plussers) en hoger opgeleiden een significant hogere kwaliteit van leven dan mensen jonger dan 65 en mensen met een laag of middelbaar opleidingsniveau (tabel 2.4, bijlage B). Binnen de groep mensen met astma zien we een significant hogere kwaliteit van leven onder hoog opgeleiden en een significant lagere kwaliteit van leven onder mensen met een andere chronische ziekte (co-morbiditeit).
Daarnaast zien we dat naar mate mensen een hogere ziektelast hebben, zij ook een lagere kwaliteit van leven hebben. Dit geldt zowel voor mensen met COPD als voor mensen met astma.

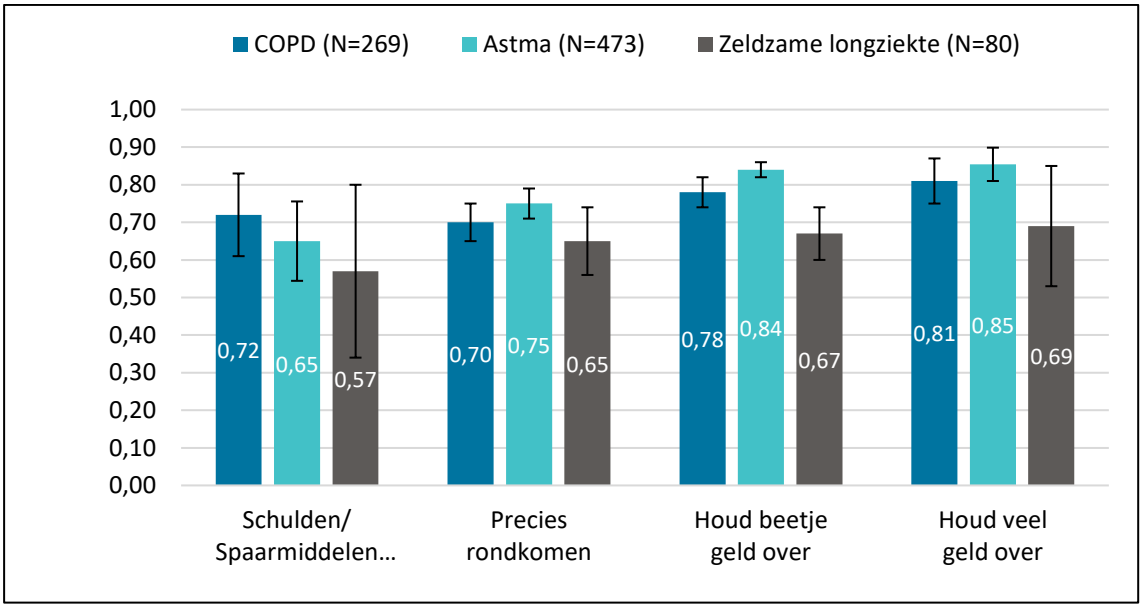
[4] De EQ-5D-5L (www.euroqol.org) is een vragenlijst die bestaat uit vijf vragen, die allen een domein van kwaliteit van leven meten. De vragen worden gemeten op een 5-puntsschaal, lopend van geen problemen tot extreme problemen.

Figuur 2.6 Gemiddelde score op de EQ-5D index[5] als maat voor gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven voor mensen met een longziekte, met 95% betrouwbaarheidsinterval. Een hogere score geeft een betere kwaliteit van leven aan



Mensen met COPD en astma die geld overhouden lijken daarnaast een betere kwaliteit van leven te hebben dan mensen die geldzorgen hebben (figuur 2.7).

Figuur 2.7 Gemiddelde score op de EQ-5D index[6] als maat voor gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven voor mensen met een longziekte naar financiële situatie, met 95% betrouwbaarheidsinterval. Een hogere score geeft een betere kwaliteit van leven aan

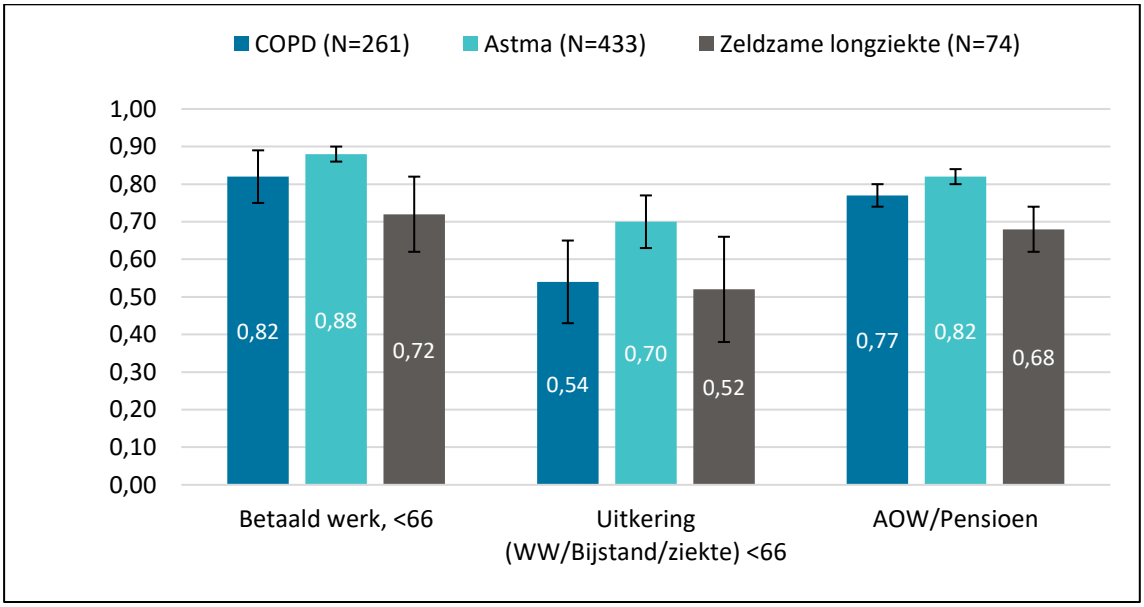


[5] Met de antwoorden op de vijf domeinen van de EQ-5D kan een totale indexscore van kwaliteit van leven berekend worden. Deze indexscore wordt geconstrueerd aan de hand van EQ-5D-referentiewaarden voor de Nederlandse bevolking die bepaald zijn door Versteegh et al (2016) en loopt van -0,44 tot 1, waarbij een score van -0,44 staat voor de slechtst denkbare gezondheidstoestand en 1 voor de best denkbare gezondheidstoestand.

[6] 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) en loopt van -0,44 tot 1, waarbij een score van -0,44 staat voor de slechtst denkbare gezondheidstoestand en 1 voor de best denkbare gezondheidstoestand.

Ook mensen met een uitkering, ongeacht de longziekte, ervaren een lagere kwaliteit van leven dan mensen met betaald werk of mensen met AOW of pensioen (figuur 2.8).

Figuur 2.8 Gemiddelde score op de EQ-5D index[3] als maat voor gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven voor mensen met een longziekte naar arbeidssituatie, met 95% betrouwbaarheidsinterval. Een hoge score geeft een betere kwaliteit van leven aan



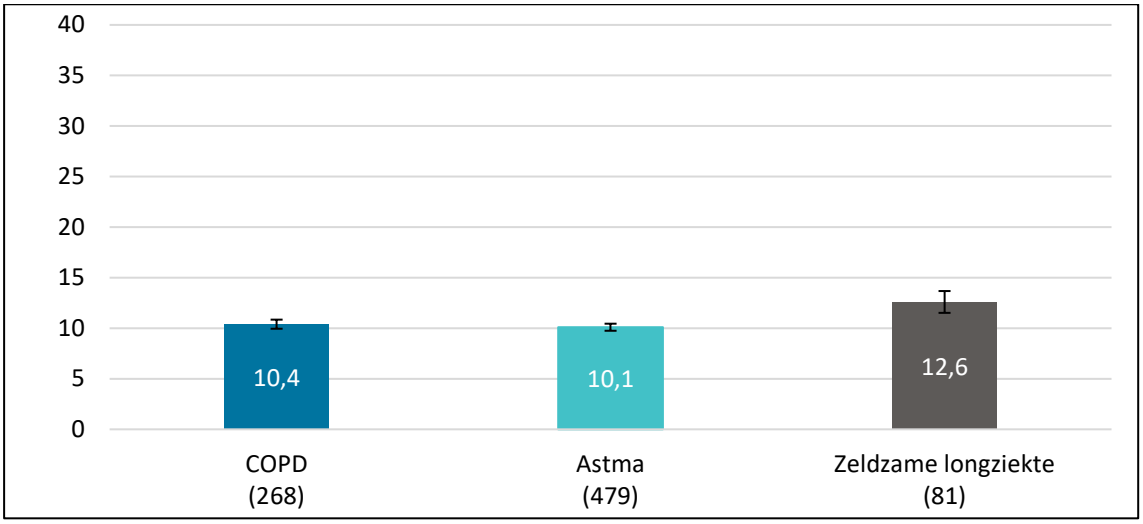
2.4 Stigma

In de Longmonitor 2025 is aandacht besteed aan ervaren stigma van mensen met een longziekte. Dit is uitgevraagd met behulp van de 8-item Stigma Scale for Chronic Illness (SSCI)[7]. Deze schaal heeft een ruw scorebereik tussen de 8 (geen stigma ervaren) en 40 (maximaal stigma ervaren).
De gemiddelde score op de SSCI-8 voor de totale groep van mensen met een longziekte is 10,4 (95% BI: 10,2-10,7), waarmee het lijkt dat stigma relatief weinig wordt ervaren. Uitgesplitst naar longziekte zien we dat het gemiddelde voor mensen met COPD op 10,4 ligt, voor mensen met astma op 10,1 en voor mensen met een zeldzame longziekte op 12,6 (figuur 2.9). Mensen met een zeldzame longziekte ervaren significant vaker stigma gemeten met de SSCI-8 dan mensen met COPD of astma.

Binnen de groep mensen met COPD verschilt de gemiddelde score niet naar achtergrondkenmerken. Wel zien we bij astma, dat mensen met een andere chronische aandoening (co-morbiditeit) een significant hogere score hebben, dus meer stigma ervaren, dan mensen zonder co-morbiditeit (tabel 2.5 in Bijlage B).

[7] De 8-item Stigma Scale for Chronic Illness (SSCI-8, Molina et al. 2013) is door het onderzoeksteam in samenspraak met Longfonds uit het Engels vertaald naar goed begrijpelijke items. De somscore van deze schaal loopt van 8 tot 40, waarbij een hogere score een hogere mate van ervaren stigma aangeeft. Deze somscore is berekend voor mensen die alle items hadden beantwoord.

Figuur 2.9 Gemiddelde score met 95% betrouwbaarheidsinterval op de 8-item Stigma Scale for Chronic Illness (SSCI) voor mensen met COPD (n=268), astma (n=479) en een zeldzame longziekte (n=81)



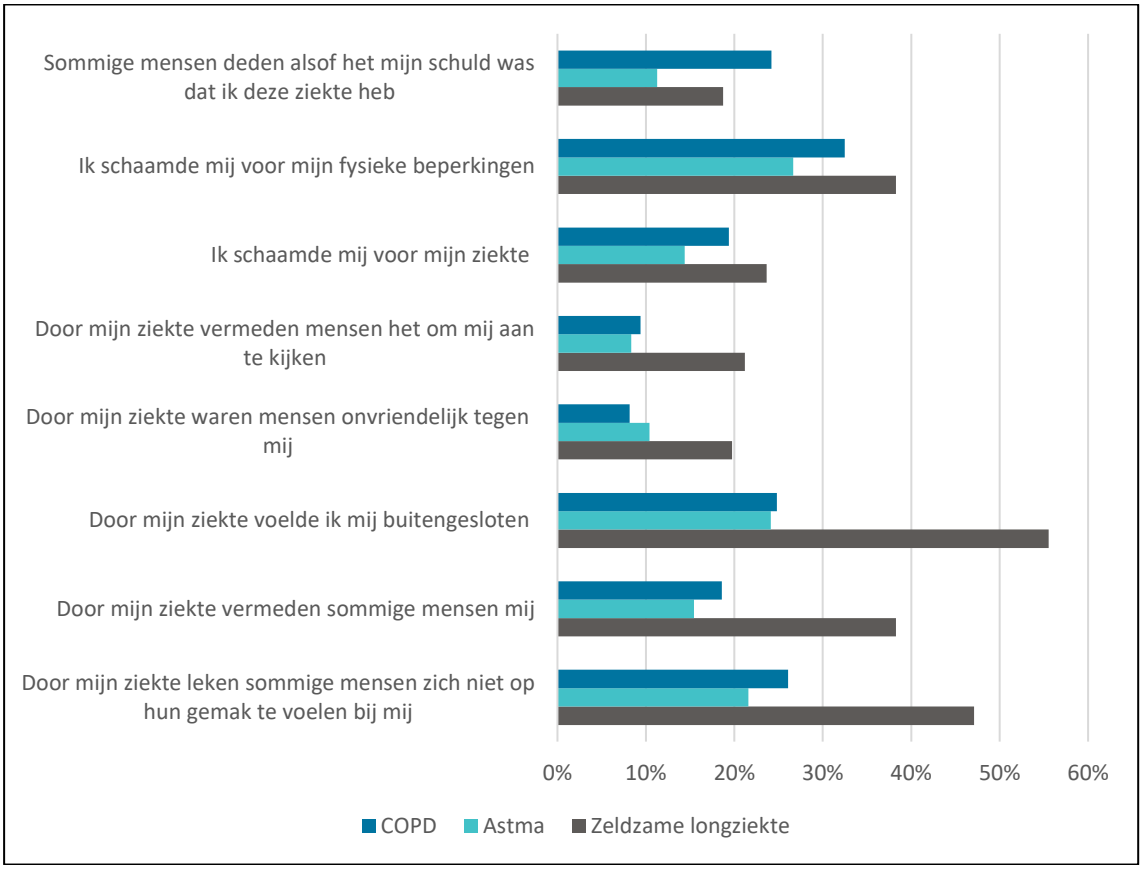
Naast de somscore tonen we ook de percentages per item van de SSCI, uitgesplitst naar longziekte, om te laten zien in hoeverre mensen met COPD, astma en een zeldzame longziekte *wel eens* specifieke stigmatiserende gevolgen heeft ervaren van hun longziekte (figuur 2.10). In bijlage B, figuren B1 t/m B3 tonen we percentages per item per antwoordcategorie (van nooit ervaren tot altijd ervaren).

Binnen de groep mensen met een zeldzame longziekte valt op dat meer mensen aangeven stigmatiserende gevolgen te hebben ervaren dan mensen met astma of COPD. Zo geeft 56% aan zich wel eens buitengesloten te voelen, 47% wel eens te hebben ervaren dat anderen zich niet op hun gemak voelden bij hen en 38% zich wel eens schaamden voor hun fysieke beperkingen. Ook gaf 38% van de mensen met een zeldzame longziekte aan wel eens het gevoel te hebben dat anderen hen vermeden vanwege hun ziekte.

Voor mensen met COPD geldt dat schaamte voor fysieke beperkingen het vaakst wel eens wordt ervaren (door 32%), gevolgd door het gevoel dat anderen zich niet op hun gemak voelen bij hen (26%) en het zich wel eens buitengesloten voelen (25%). Bijna een kwart van de mensen met COPD geeft daarnaast aan wel eens het gevoel te hebben dat sommige mensen deden dat het hun eigen schuld was dat ze een longziekte hadden. Voor mensen met astma geeft 27% aan zich wel eens te schamen voor hun fysieke beperkingen, 24% zich wel eens buitengesloten voelde, en 22% te hebben ervaren dat sommige mensen zich niet op hun gemak voelden bij hen.

Voor de totale groep mensen met een longziekte geldt overigens dat 51% nooit stigma ervaart. Uitgesplitst naar longziekte blijkt dat van de mensen met COPD 46% aangeeft nooit stigma te ervaren. Dit percentage ligt voor mensen met astma op 59%, en voor mensen met een zeldzame longziekte op 25%.

Figuur 2.10 Percentages mensen met COPD, astma en een zeldzame longziekte die op de losse items van de SSCI-8 aangeven dat dit zelden, soms, vaak of altijd het geval was



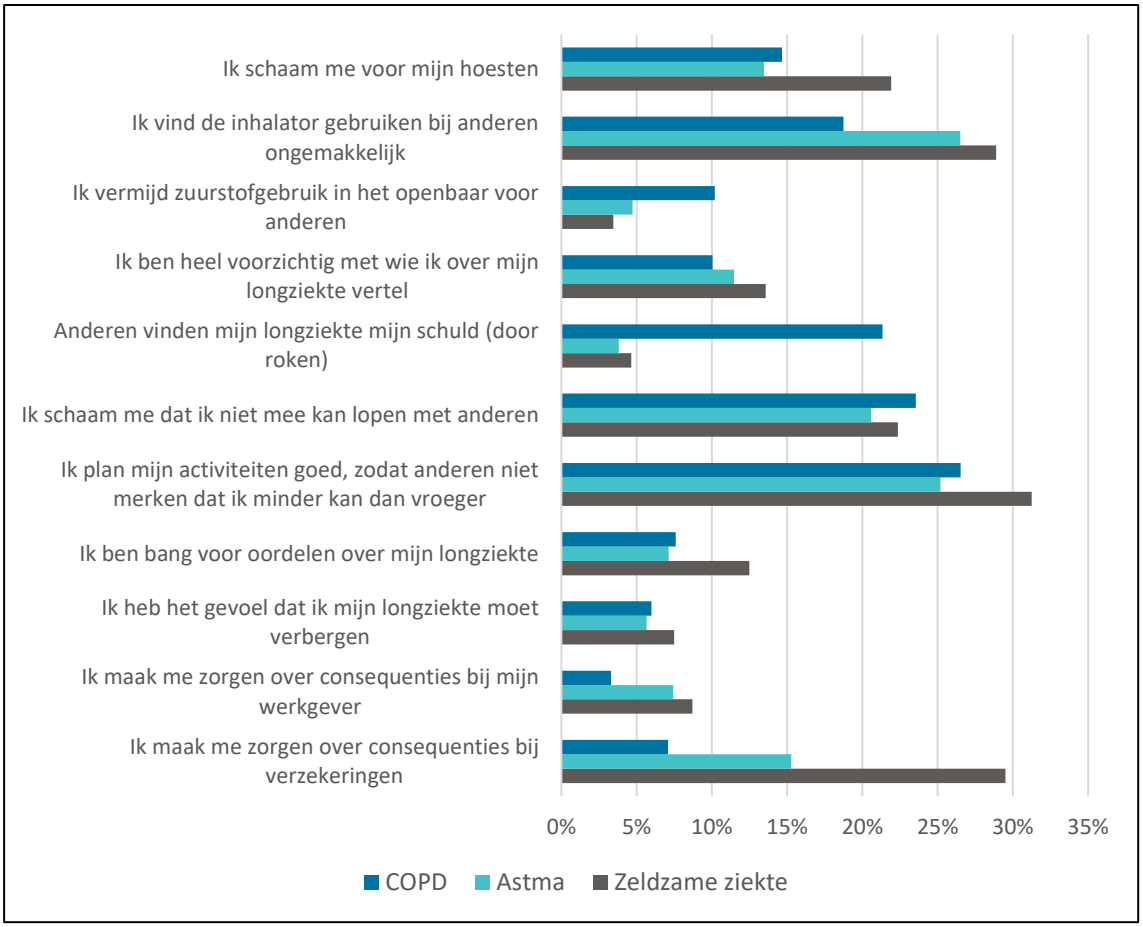
Stigma is ook gemeten met een aangepaste versie van de COPD-related Stigma Scale (COPDSS)[8]. Elf items uit deze schaal zijn meegenomen in de vragenlijst. Gezien er geen valide somscore berekend kan worden door deze selectie, tonen we de uitkomsten per item (figuur 2.11). Mensen die aangaven dat de stelling voor hen niet van toepassing is, zijn niet meegenomen in deze percentages. Deze niet-van-toepassing percentages verschillen sterk tussen de items, zo geeft 8% van de mensen aan dat schaamte bij het hoesten voor hen niet van toepassing is, tot 56% van de mensen bij zorgen over consequenties bij de werkgever. In bijlage B, figuren B4 t/m B6 tonen we percentages per item per antwoordcategorie (van helemaal eens tot helemaal oneens en de niet-van-toepassing categorie).

Bij mensen met een zeldzame longziekte liggen de percentages bij bijna alle stellingen hoger dan bij mensen met COPD of astma. Er zijn een aantal stellingen die eruit springen wat betreft de ervaring van stigma bij mensen met een longziekte. Het vaakst wordt aangegeven dat activiteiten goed worden gepland, zodat anderen niet merken dat ze minder kunnen dan vroeger (26%). Ook voor schaamte om tijdens het lopen niet mee te kunnen komen met anderen geldt dat dit relatief vaak voorkomt bij alle longziekten (22%). Als je kijkt naar de longdiagnosegroepen, geeft meer dan één vierde van de mensen met astma (27%) en een zeldzame longaandoening (29%) aan dat zij het ongemakkelijk vinden om de inhalator te gebruiken in het bijzijn van anderen. Ruim drie op de 10 mensen met een zeldzame longaandoening (31%) geeft ook aan dat zij zich zorgen maken over de

[8] De COPD-related Stigma Scale (COPDSS, Woo et al. 2023) is een schaal oorspronkelijk bestaande uit 28 items. Door het onderzoeksteam in samenspraak met Longfonds is een selectie gemaakt van elf items en zijn de items omgeschreven zodat deze gesteld kunnen worden aan alle mensen met een longziekte in plaats van alleen mensen met COPD. Ook is een niet van toepassing antwoordcategorie toegevoegd.

consequenties als hun verzekering weet dat zij een longziekte hebben. Bij COPD speelt het gevoel dat de ziekte ‘eigen schuld’ is door roken een rol (21%). Voor alle longziekten geldt dat mensen relatief weinig aangeven hun ziekte te moeten verbergen (6%), zich zorgen te maken over de consequenties bij de werkgever (6%) of zuurstofgebruik in het openbaar te vermijden (7%).

Figuur 2.11 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat het eens is met de stellingen over hoe zij zich voelen en hoe zij behandeld worden vanwege hun longziekte. De stellingen komen uit de aangepaste COPD Stigma Scale (COPDSS)



3 Zelf de regie houden

Kernpunten

- Ruim acht op de tien mensen met COPD, astma en zeldzame longziekten voelen zich meestal tot altijd actief betrokken bij hun behandeling.
- Van de mensen met astma hebben degenen met een middelbaar of hoog opleidingsniveau vaker voldoende gezondheidsvaardigheden en voelen zich vaker actief betrokken bij hun behandeling.
- Bijna vier op de vijf mensen met een longziekte beslissen zelf of samen met de zorgverlener, bij ongeveer een op de vijf beslist de zorgverlener.
- Mensen met een longziekte vinden het belangrijk om mee te beslissen. Mensen met COPD vinden dit iets minder belangrijk dan mensen met astma of een zeldzame longaandoening.

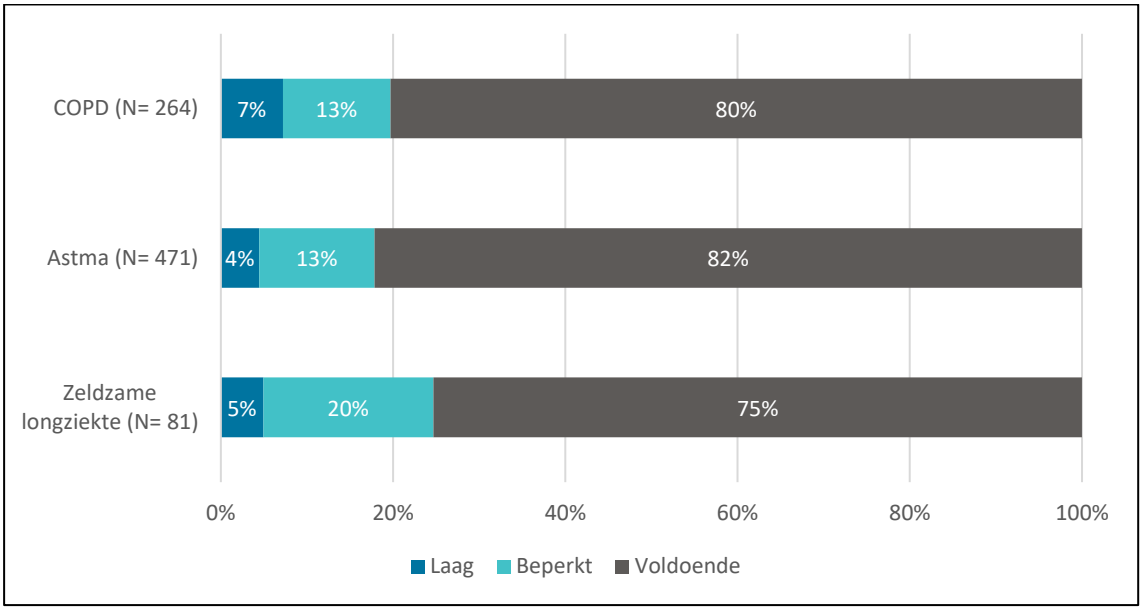
3.1 Gezondheidsvaardigheden

Het kunnen vinden, begrijpen en toepassen van gezondheidsinformatie wordt ook wel *gezondheidsvaardigheden* genoemd. Binnen de Longmonitor zijn gezondheidsvaardigheden gemeten met de vragenlijst HLS-EU Q16[9]. Deze vragenlijst maakt een onderscheid tussen mensen die onvoldoende, beperkte en voldoende gezondheidsvaardigheden hebben.

Meer dan driekwart van de mensen met een longziekte heeft voldoende gezondheidsvaardigheden (figuur 3.1). Dit is hoger dan in de algemene Nederlandse bevolking, waar juist blijkt dat één op de drie mensen beperkte gezondheidsvaardigheden heeft (Heijmans et al. 2024). Het aantal mensen met lage of beperkte gezondheidsvaardigheden is het hoogst onder mensen met een zeldzame longaandoening (25%). Mensen met astma met een middel of hoog opleidingsniveau hebben significant vaker voldoende gezondheidsvaardigheden in vergelijking met mensen met astma met een laag opleidingsniveau (tabel 3.1, bijlage).

[9] De European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q-16) bestaat uit 16 items om de mate van gezondheidsvaardigheden in kaart te brengen (Sørensen et al. 2012; Nederlandse vertaling Fransen et al. 2014).

Figuur 3.1 Percentage mensen COPD, astma of een zeldzame longziekte dat lage, beperkte of voldoende gezondheidsvaardigheden heeft

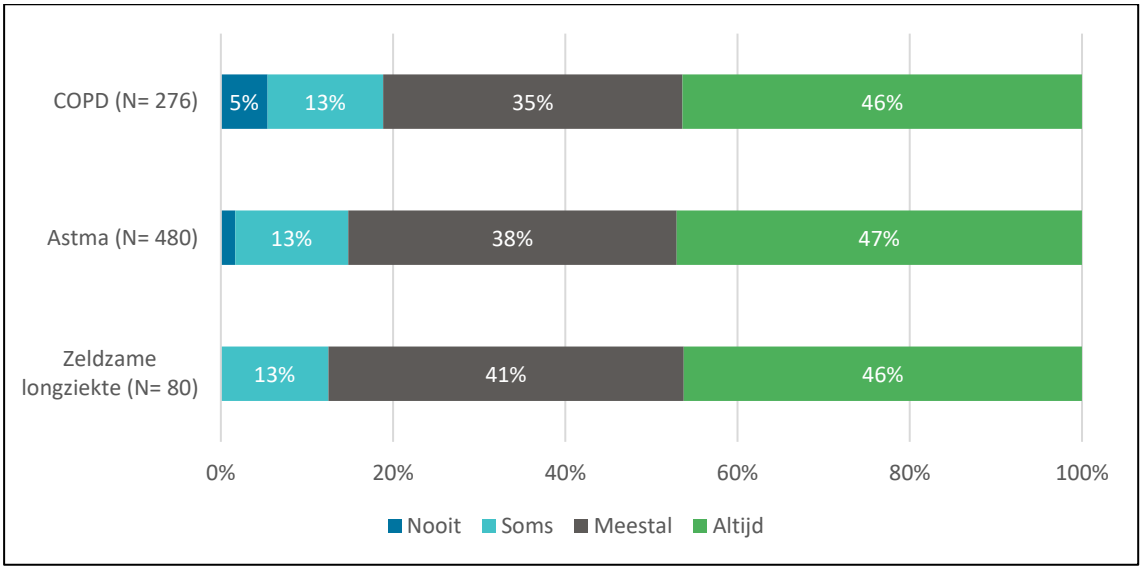


3.2 Actieve rol bij de behandeling

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

Ongeveer 81% van de mensen met COPD, 85% van de mensen met astma en 87% van de mensen met een zeldzame longziekte geeft aan zich meestal of altijd betrokken te voelen bij de behandeling of controles van hun longziekte (figuur 3.2). Onder mensen met COPD of astma voelen degenen met een middelbaar of hoog opleidingsniveau zich vaker actief betrokken bij hun behandeling dan mensen met een laag opleidingsniveau (tabel 3.2, bijlage). Er zijn geen duidelijke verschillen in betrokkenheid op basis van geslacht, leeftijd of het hebben van één of meerdere aandoeningen.

Figuur 3.2 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat zich nooit, soms, meestal of altijd actief betrokken voelt bij de behandeling of controles die zij krijgen voor hun longziekte



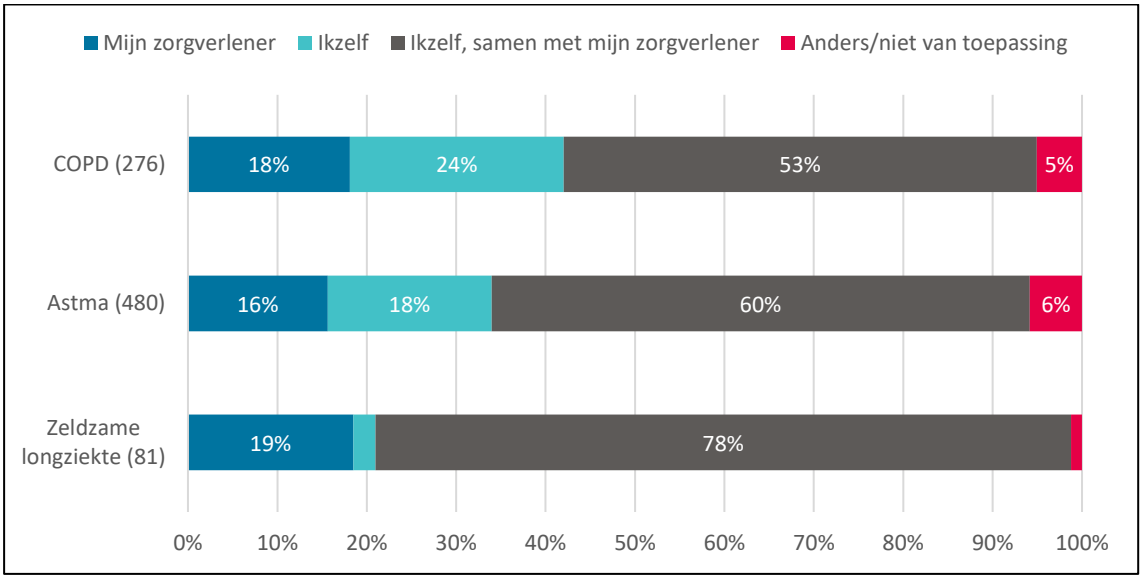
3.3 Meebeslissen

Uit eerdere resultaten van de Longmonitor (Heins et al., 2019) weten we dat bij 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 80% 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 3.3). Dit betekent dat een deel van de mensen met een longziekte niet meebeslist, namelijk 18% van de mensen met COPD, 16% van de mensen met astma en 19% van de mensen met een zeldzame longziekte.
Binnen de groep mensen met COPD nemen degenen met een middelbaar opleidingsniveau significant vaker zelf of samen met hun zorgverlener beslissingen dan degenen met een laag of hoog opleidingsniveau (tabel 3.3, bijlage).

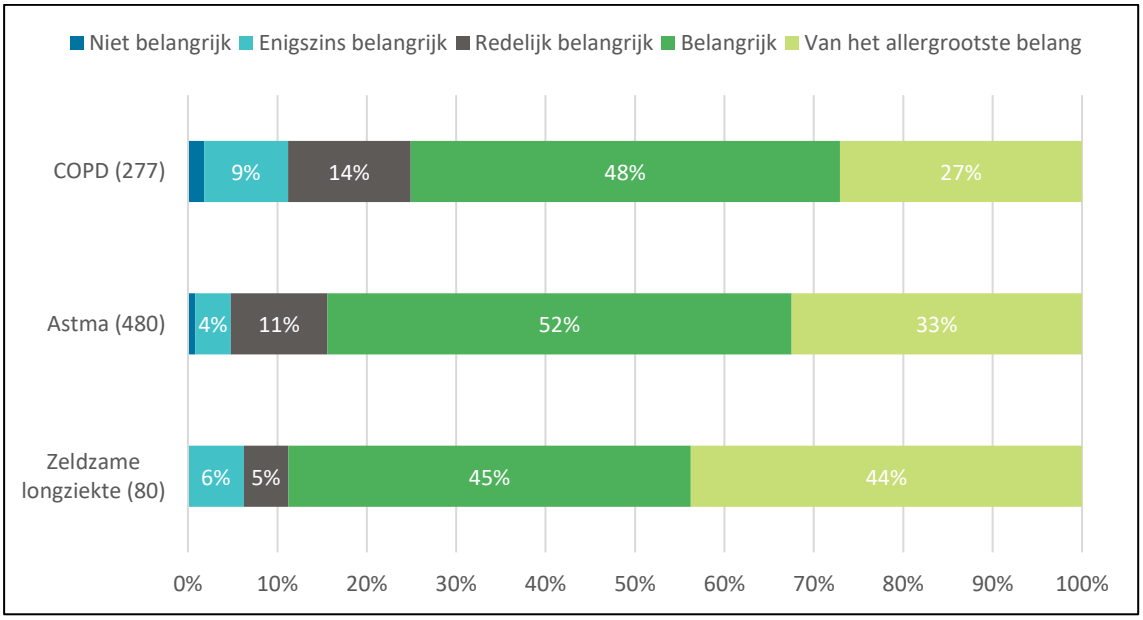
Figuur 3.3 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat zelf of samen met hun zorgverlener beslissingen neemt in de behandeling of controles voor hun longziekte



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 3.4). In de groep mensen met een zeldzame longaandoening liggen deze percentages het hoogst: 89% vindt het belangrijk of van het allergrootste belang om mee te beslissen. Van de mensen met COPD vindt slechts 11% het niet of enigszins belangrijk. Tabel 3.4 in de bijlage toont dat mensen met astma die een hoog opleidingsniveau hebben, het vaker belangrijk vinden om mee te beslissen dan mensen met astma met een middel of laag opleidingsniveau.

Figuur 3.4 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat het al dan niet belangrijk vindt om mee te beslissen

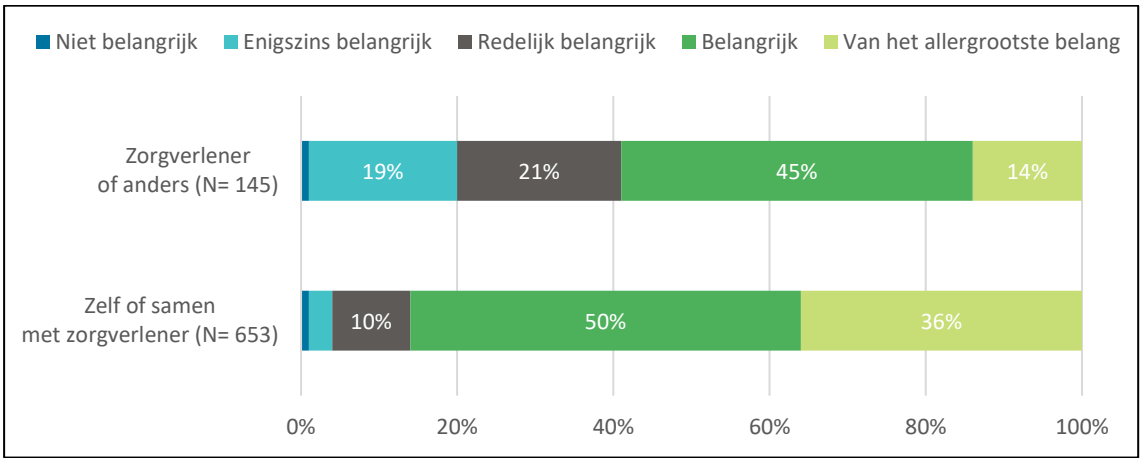


Overeenstemming tussen belang en daadwerkelijk samen beslissen

Figuur 3.5 laat zien dat mensen die aangeven dat vooral de zorgverlener beslist over de keuzes die gemaakt worden bij hun behandeling of controle, het vaker niet tot redelijk belangrijk vinden (41%)

dan mensen die wel zelf of samen met de zorgverlener de keuzes maken (14%). Toch is er ook een grote groep die het wel belangrijk (45%) of van het allergrootste belang (14%) vindt om mee te beslissen, terwijl de zorgverlener de keuzes maakt.

Figuur 3.5 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat het in 2025 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



4 Zorggebruik en kwaliteit van zorg

Kernpunten

- 62% van de mensen met COPD, 56% van de mensen met astma en 65% van de mensen met een zeldzame longziekte heeft in het afgelopen jaar contact gehad met de huisarts. Ook de praktijkondersteuner wordt door mensen met COPD en astma vaker bezocht. Mensen met een zeldzame longziekte hebben daarentegen vaker contact gehad met de longarts (95%) en longverpleegkundige (78%).
- De fysiotherapeut wordt het vaakst door mensen met een zeldzame longziekte bezocht (75%) gevolgd door mensen met COPD (41%) en in veel mindere mate door mensen met astma (19%).
- Ongeveer één op de vijf mensen met een zeldzame longziekte heeft in het afgelopen jaar een dagopname gehad of een nacht in het ziekenhuis doorgebracht.
- Ruim de helft van de mensen die medicijnen op recept gebruiken gaf aan in het afgelopen jaar een medicijnwissel te hebben meegemaakt, onder andere van hun inhalatiemedicatie.
- De meest genoemde reden voor een medicijnwissel was dat het medicijn niet meer verkrijgbaar was (45%), gevolgd door onvoldoende effect van het medicijn (26%) en het wegvallen van de vergoeding (23%).

4.1 Gebruik van professionele zorg

Figuur 4.1 laat het zorggebruik van mensen met een longziekte zien, waarbij zorggebruik is uitgevraagd als tenminste eenmaal contact met de aangegeven zorgverleners of zorginstellingen in de afgelopen twaalf maanden.

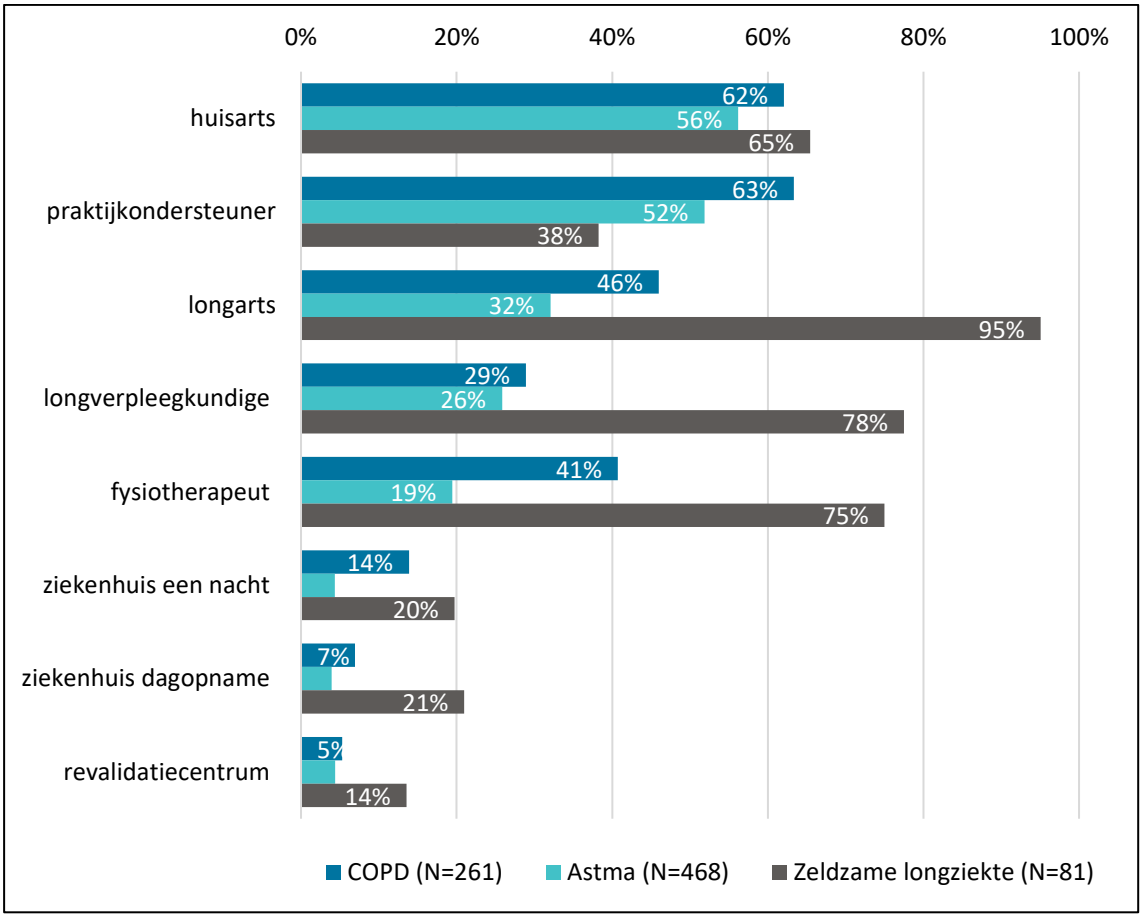
Ruim zes op de tien mensen met COPD hadden contact met de huisarts of de praktijkondersteuner. Bijna de helft van de mensen had contact met de longarts, vier op de tien mensen met de fysiotherapeut en bijna drie op de tien met de longverpleegkundige. Een overnachting in het ziekenhuis of een dag opname was bij resp. 14% en 7% van de mensen met COPD het geval. Vijf procent had contact met een revalidatiecentrum.

Voor de mensen met astma geldt dat 56% aangeeft contact te hebben gehad met de huisarts, en 52% met de praktijkondersteuner. Bijna een derde van de mensen had contact met de longarts, ruim een kwart met de longverpleegkundige. Ongeveer een vijfde van de mensen met astma had contact met de fysiotherapeut. Een klein deel van de mensen gaf aan een nacht in het ziekenhuis te hebben doorgebracht, een dagopname te hebben gehad of contact met een revalidatiecentrum te hebben gehad.

Van de mensen met een zeldzame longziekte gaf 95% aan contact te hebben gehad met de longarts, en ruim driekwart met de longverpleegkundige. Contact met de fysiotherapeut werd door driekwart van de mensen aangegeven. Daarnaast had bijna twee derde van de mensen contact met de huisarts en bijna vier op de tien met de praktijkondersteuner. Ongeveer een vijfde van de mensen met een zeldzame longziekte bracht een nacht in het ziekenhuis door of had een dagopname. Tot slot geeft 14% aan contact met het revalidatiecentrum te hebben gehad.

Gekeken naar achtergrondkenmerken zien we dat er geen verschillen zijn in contact met de huisartspraktijk (de huisarts of praktijkondersteuner) en ook geen verschillen in contact met de longarts of longverpleegkundige voor mensen met COPD en mensen met astma (tabellen 4.1 en 4.2, bijlage B). Alleen voor het contact met de fysiotherapeut zien we binnen de groep mensen met COPD dat mensen met ook één of meerdere andere chronische ziekten (co-morbiditeit) significant vaker contact hebben gehad in het afgelopen jaar dan mensen zonder co-morbiditeit (tabel 4.3 bijlage B).

Figuur 4.1 Percentage mensen met astma, COPD of een zeldzame longziekte dat in de afgelopen 12 maanden in verband met hun longziekte contact had met huisarts, praktijkondersteuner, longarts, longverpleegkundige en fysiotherapeut of een opname had in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

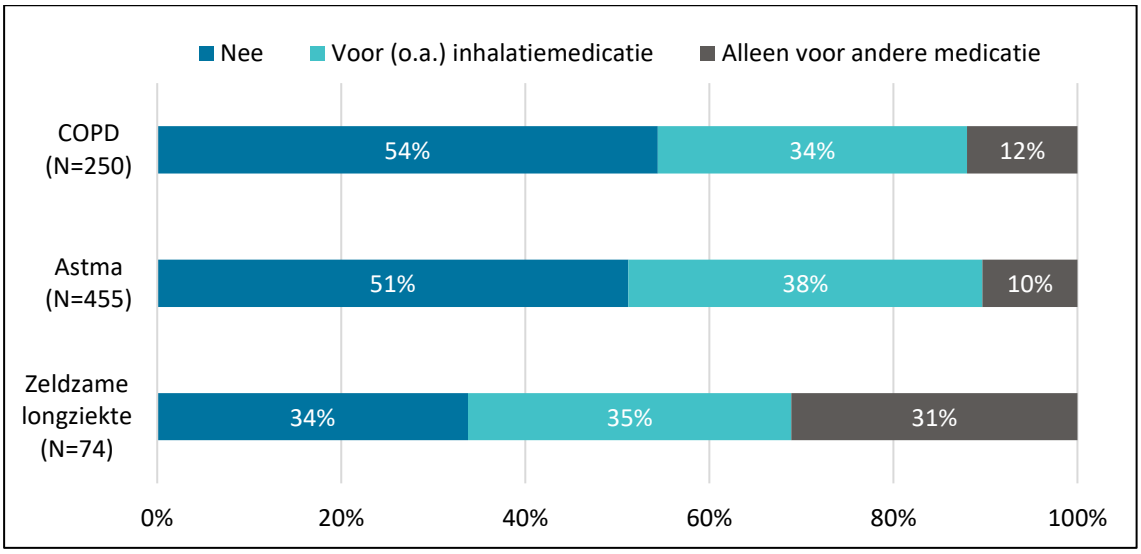


4.2 Medicatiegebruik en medicatiewissels

De meeste mensen met een longziekte geeft aan medicijnen op recept te gebruiken: 94% van de mensen met COPD of met een zeldzame longziekte en 96% van de mensen met astma. Van de mensen die medicijnen op recept gebruiken, gebruikt vrijwel iedereen met COPD (97%) en astma (98%) een inhalator of puffer, tegenover 64% van de mensen met een zeldzame longziekte. Van de mensen die medicijnen op recept gebruiken, gaf 51% aan in het afgelopen jaar een medicijnwissel te hebben meegemaakt. In 37% van de gevallen ging het daarbij om wisseling in onder andere inhalatiemedicatie. Bij 13% betrof de wissel een ander medicijn dan de inhalatiemedicatie.

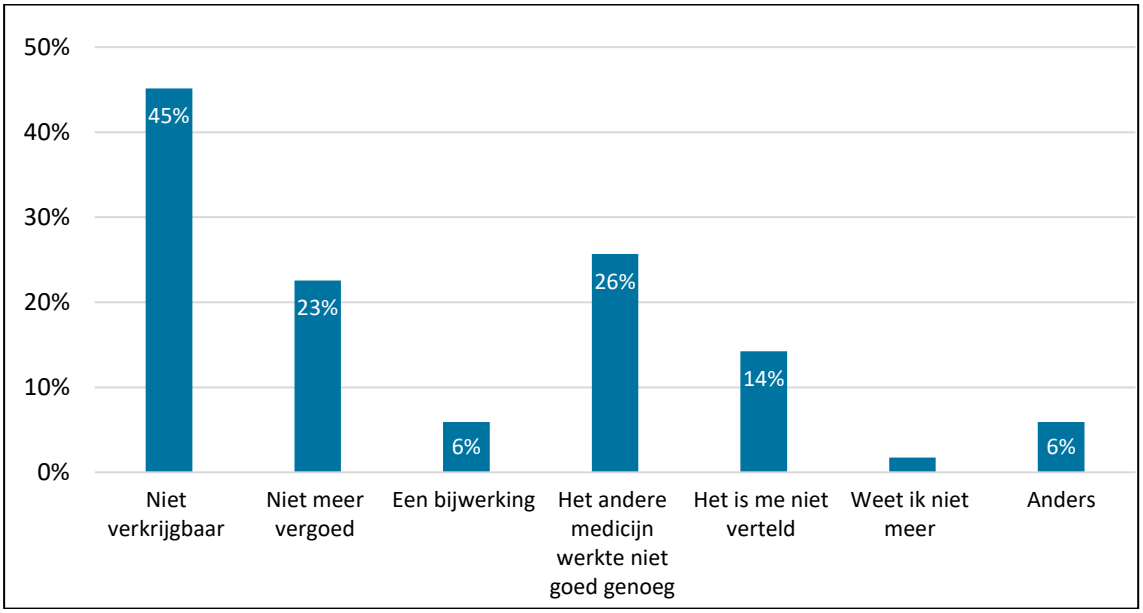
Uitgesplitst naar longziekte (figuur 4.2), zien we dat 34% van de mensen met COPD, 38% van de mensen met astma en 35% van de mensen met een zeldzame longziekte aangeeft een wissel van hun inhalatiemedicatie te hebben meegemaakt. Binnen de groep mensen met COPD zijn hierin geen verschillen naar achtergrondkenmerken te zien (tabel 4.4, bijlage B). Binnen de groep mensen met astma zien we dat vrouwen vaker aangeven gewisseld te zijn dan mannen en mensen met een middelbaar opleidingsniveau minder vaak dan mensen met een laag of hoog opleidingsniveau (tabel 4.4, bijlage B).

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



De meest genoemde reden voor de wissel is dat het medicijn niet verkrijgbaar was (45%), gevolgd door onvoldoende effect (26%) en het wegvallen van de vergoeding (23%) (figuur 4.3). Ongeveer 14% van de mensen gaf aan dat de reden hen niet verteld is.

Figuur 4.3 Redenen voor wissel van inhalatiemedicatie die mensen met longziekten aangeven (meer antwoorden mogelijk)



5 Leefstijl

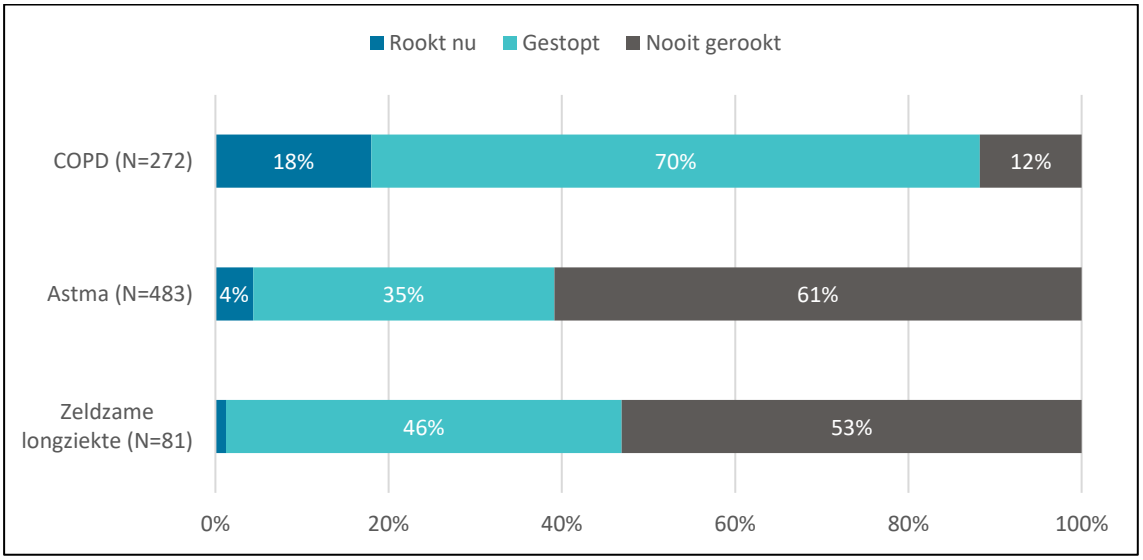
Kernpunten

- 8% van de mensen met een longziekte rookt, voornamelijk mensen met COPD.
- Van de mensen met COPD of astma die roken, ondernamen mensen in het voorgaande jaar gemiddeld 2,8 keer een stoppoging.
- Als reactie op rookstopadvies heeft het merendeel van de rokers één of meerdere stoppogingen ondernomen, met wisselend succes.
- Een op de drie mensen met een longziekte kreeg van een arts of verpleegkundige het advies om meer te gaan bewegen.
- Mensen met COPD bewegen het minst (13% sport of beweegt niet), terwijl mensen met astma of een zeldzame longziekte vaker actief zijn. Veel mensen met een longziekte sporten binnenshuis, en begeleiding door een fysiotherapeut komt vooral voor bij mensen met een zeldzame longziekte (53%).

5.1 Roken

In 2025 rookte in totaal 8% van de deelnemende mensen met een longziekte. Van de totale groep heeft 44% nooit gerookt, terwijl 47% gerookt heeft maar gestopt is. Onder mensen met COPD heeft slechts 12% nooit gerookt en is 70% gestopt met roken (figuur 5.1). Meer dan de helft van de mensen met astma of een zeldzame longziekte heeft nooit gerookt (respectievelijk 61% en 53%).
Onder mensen met astma of een zeldzame longziekte rookt respectievelijk slechts 4% en 1%. De grootste groep rokers zijn mensen met COPD (18%).

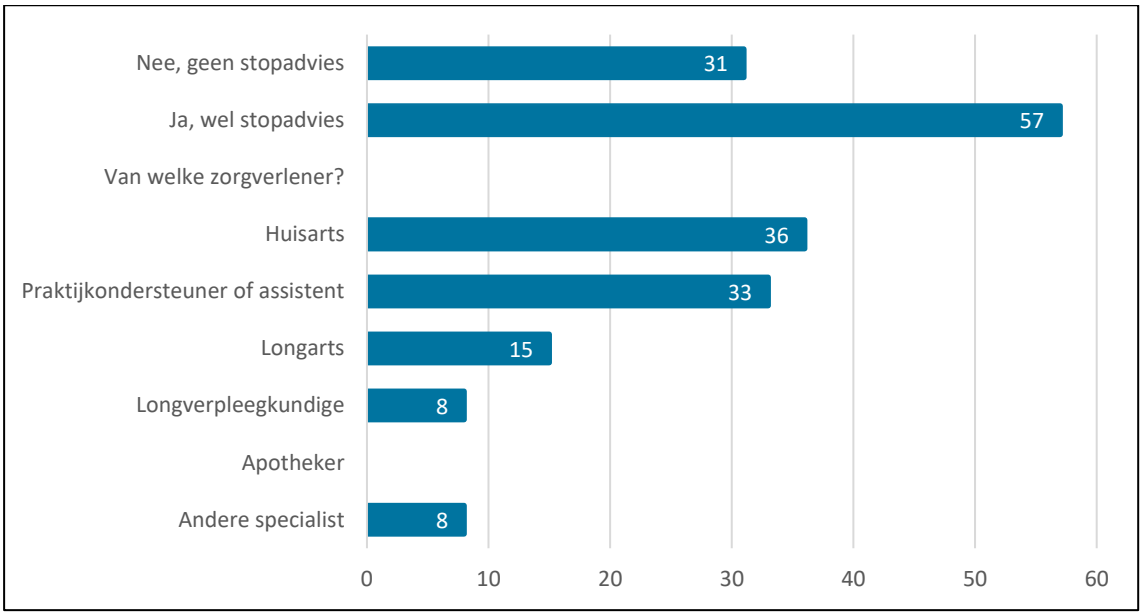
Figuur 5.1 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat in 2025 rookt, ooit heeft gerookt maar gestopt is, of nooit gerookt heeft



Ruim de helft (59%) van de rokers met COPD of astma had in het voorgaande jaar één of meer stoppogingen ondernomen, gemiddeld 2,8 keer in dat jaar. Mensen met COPD die rookten kregen in

het afgelopen jaar vaker een stopadvies (67%) dan mensen met astma die rookten (58%). Omdat er van de mensen met een zeldzame longaandoening maar 1% rookt, is deze groep buiten beschouwing gelaten. In totaal kregen 57 mensen een stopadvies, vooral van de huisarts (N= 36) of praktijkondersteuner/assistent (N= 33), figuur 5.2. Een aantal keer werd stopadvies gegeven door de longarts, longverpleegkundige of een andere specialist. 31 mensen kregen in de afgelopen twaalf maanden geen stopadvies van een zorgverlener. Toch zijn er uit deze groep negen mensen zelfstandig gestopt (zonder stopadvies).

Figuur 5.2 Aantal mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat in de afgelopen 12 maanden wel of geen rookstopadvies kreeg en zo ja, van welke zorgverlener(s)



Reactie op stopadvies

Aan de 57 respondenten die een advies hebben gekregen om te stoppen met roken, is gevraagd om te beschrijven wat zij met dit advies hebben gedaan. Bijvoorbeeld of zij het advies hebben opgevolgd, of het stoppen is volgehouden en of zij hulp hebben gezocht bij het stoppen met roken. Het merendeel heeft een of meerdere stoppogingen ondernomen, met wisselende successen. Sommigen gebruikten professionele hulp of een online programma. Hiervan geven zes respondenten aan dat zij momenteel gestopt zijn.

"Ik heb vorig jaar een online stoppen met roken gedaan. Daar ben ik mee gestopt. Probeer het liever zelf."

"Gestopt en niet volgehouden. Medicijnen van de huisarts gebruikt. Nicorette zuigtabletten gebruikt."

"6 maanden geleden gestopt met roken en tot nu toe volgehouden. 3 mnd. pleisters geplakt."

Zeven respondenten geven aan dat zij niets met het rookstopadvies hebben gedaan.

> *"Ben nu 72 en rook al vanaf mijn 25. Af en toe moet ik een paar dagen antibiotica, dan knap ik weer op."*
>
> *"Rook al meer dan 50 jaar dan is het niet makkelijk om te stoppen en al helemaal niet als je alleen bent, rook 8-10 sigaretten p/d."*

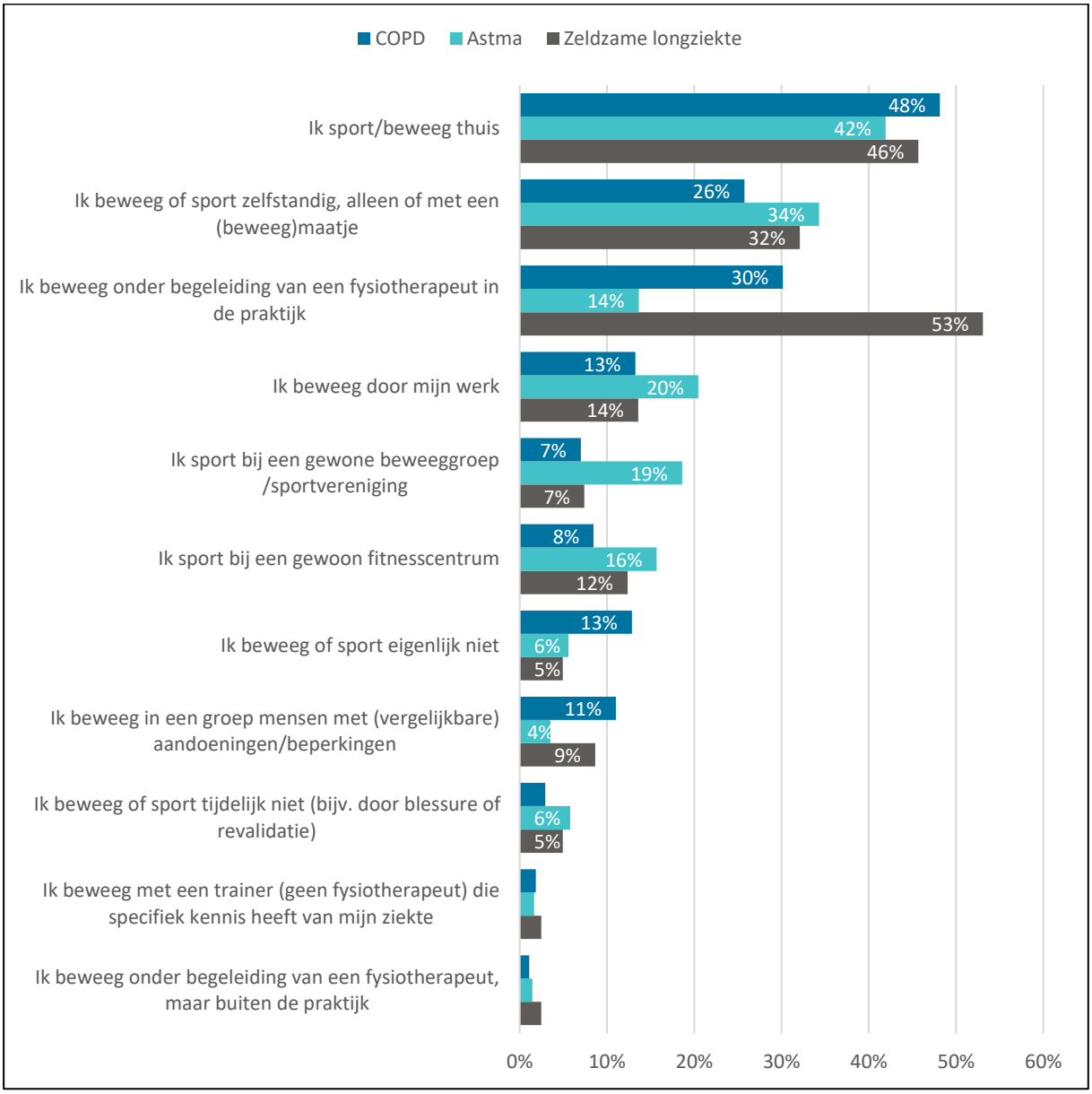
Vier respondenten geven aan dat zij zijn gaan minderen met roken, of dat zij roken op gelegenheden of sporadisch.

> *"Het is erg sporadisch als ik wel eens rook. Meestal met zorgen of verdriet. (overlijden van mijn man en mijn tweelingzus). Die ik erg mis."*

5.2 Bewegen

In totaal heeft 32% van alle mensen met een longziekte in het afgelopen jaar het advies gekregen van een arts of verpleegkundige om meer te gaan bewegen. Dit percentage ligt bij mensen met COPD iets hoger (37%) dan bij mensen met astma (29%) of een zeldzame longaandoening (31%). Het percentage mensen dat niet sport of beweegt is dan ook het hoogst bij mensen met COPD (13%), vergeleken met mensen met astma (6%) of een zeldzame longaandoening (5%). Ongeveer de helft van alle mensen met een longziekte sport of beweegt binnenshuis. Meer dan de helft van de mensen met een zeldzame longziekte sport onder begeleiding van een fysiotherapeut in diens praktijk (53%), voor mensen met COPD of astma is dit respectievelijk 30% en 14%. Bewegen buiten de praktijk onder begeleiding van een fysiotherapeut gebeurt nauwelijks. Een vijfde van de mensen met astma sport bij een gewone beweeggroep of sportvereniging, terwijl mensen met COPD of een zeldzame longziekte dit minder doen (beiden 7%).
Tussen de 5% en 13% geeft aan 'eigenlijk niet te bewegen of sporten'. Deze groep hebben we uitgesplitst naar achtergrondvariabelen in tabel 5.2 in bijlage B. Hieruit blijkt dat het mensen met een longziekte significant vaker niet bewegen of sporten wanneer zij te maken hebben met een co-morbiditeit.

Figuur 5.3 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat een vorm van beweging of sport uitoefent



6 Gezondheidsklachten door luchtvervuiling

Kernpunten

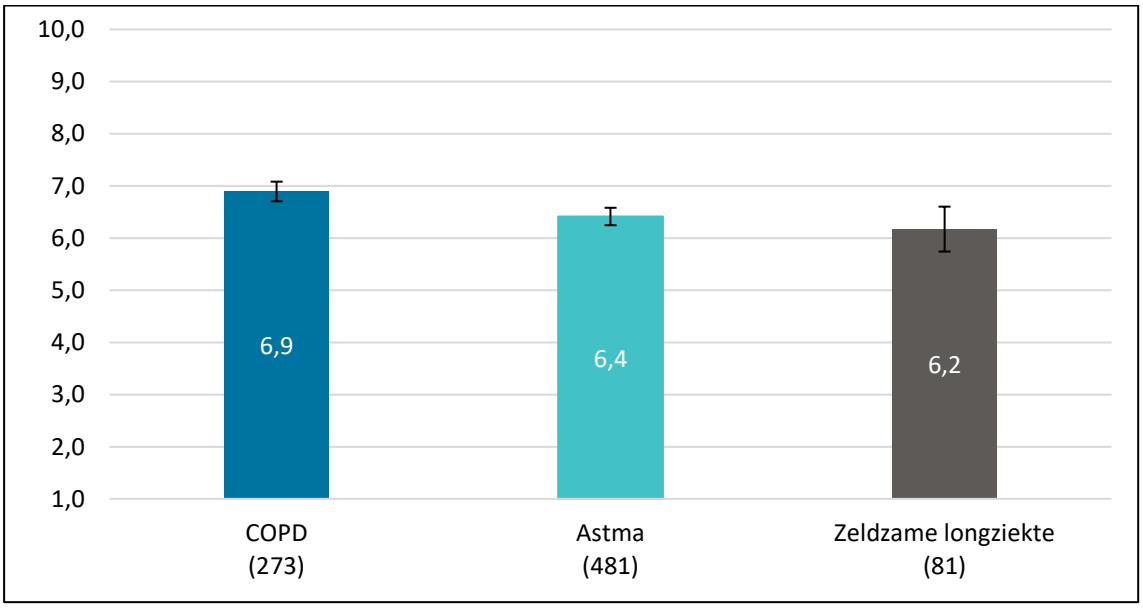
- Mensen met een longziekte beoordelen de luchtkwaliteit in hun woonplaats of woonwijk gemiddeld met een 6,5 op een schaal van 1 tot 10.
- Onder mensen met COPD of astma beoordelen mannen de luchtkwaliteit hoger dan vrouwen.
- Luchtvervuilingsbronnen die de meeste klachten geven zijn roken op openbare plekken, vuurwerk en vreugdevuren, houtstook van de buitenlucht en wegverkeer.
- Meer dan 80% van de mensen met een longziekte heeft wel eens last van hoesten, benauwdheid, geprikkelde slijmvliezen en/of een verminderde longfunctie door luchtvervuiling.
- Om klachten door luchtvervuiling te verminderen, nemen mensen met een longziekte maatregelen, zoals binnen blijven, meer medicijnen nemen of naar een andere plek of ruimte gaan. Eén op de tien onderneemt niets als er klachten optreden.

6.1 Ervaren luchtkwaliteit in de woonomgeving

Luchtkwaliteit

Gemiddeld beoordelen mensen met een longziekte de luchtkwaliteit in hun woonplaats of woonwijk met een 6,5 op een schaal van 1 tot 10. Mensen met COPD beoordelen de luchtkwaliteit significant beter (6,9) dan mensen met astma (6,4) en mensen met een zeldzame longziekte (6,2) (figuur 6.1). Bij zowel mensen met COPD als bij mensen met astma beoordelen mannen de luchtkwaliteit beter (7,1 en 6,9) dan vrouwen (6,7 en 6,4), te zien in tabel 6.1 in de bijlage.

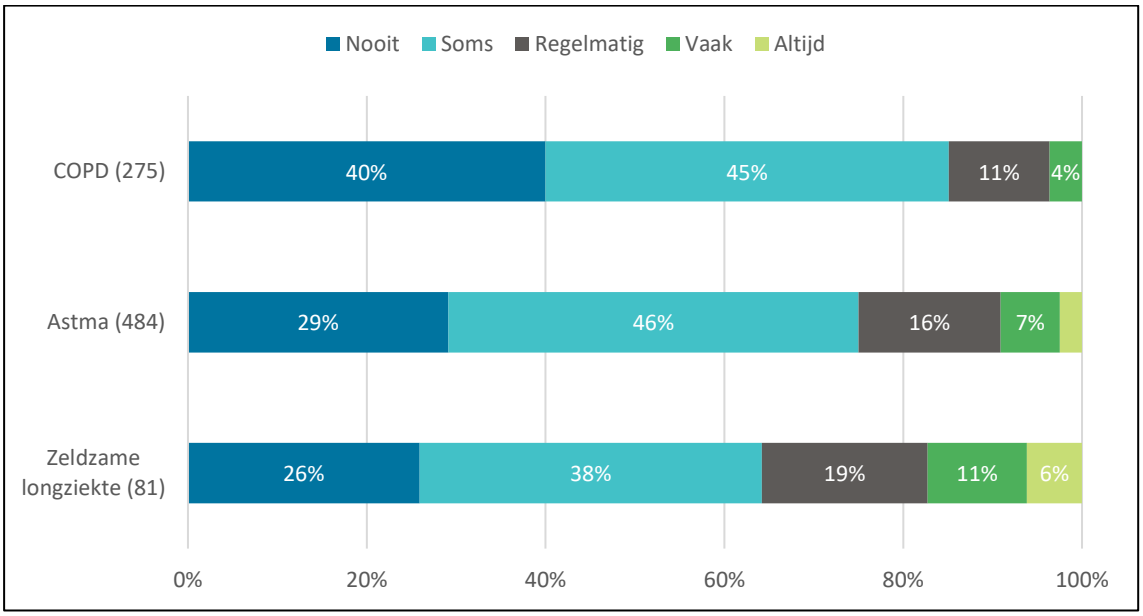
Figuur 1.1 Gemiddelde beoordeling van de luchtkwaliteit in de woonplaats / woonwijk door mensen met astma, COPD of een zeldzame longziekte op een schaal van 1 tot en met 10, met betrouwbaarheidsinterval



6.2 Zorgen over luchtkwaliteit

Figuur 6.2 geeft de mate weer waarin mensen zich zorgen maken over de luchtkwaliteit in de woonplaats of woonwijk. Mensen met COPD maken zich over het algemeen minder zorgen over de luchtkwaliteit dan mensen met astma of een zeldzame longziekte. 40% van de mensen met COPD maakt zich daar nooit zorgen over en slechts 15% regelmatig, vaak of altijd. Tegenover de 29% van de mensen met astma die zich nooit zorgen maakt over de luchtkwaliteit in de buurt, maakt 25% zich daar wel regelmatig, vaak of zelfs altijd zorgen over.
Dit percentage ligt nog hoger onder mensen met een zeldzame longziekte: een derde van deze groep maakt zich regelmatig, vaak of altijd zorgen over de luchtkwaliteit in de woonplaats of woonwijk. Mensen met astma met een middelbaar of hoog opleidingsniveau maken zich vaker zorgen om de luchtkwaliteit (respectievelijk 71% en 72%) dan mensen met astma met een laag opleidingsniveau (57%), zie tabel 6.2 in de bijlage.

Figuur 6.2 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat zich zorgen maakt over de luchtkwaliteit in de woonplaats / woonwijk

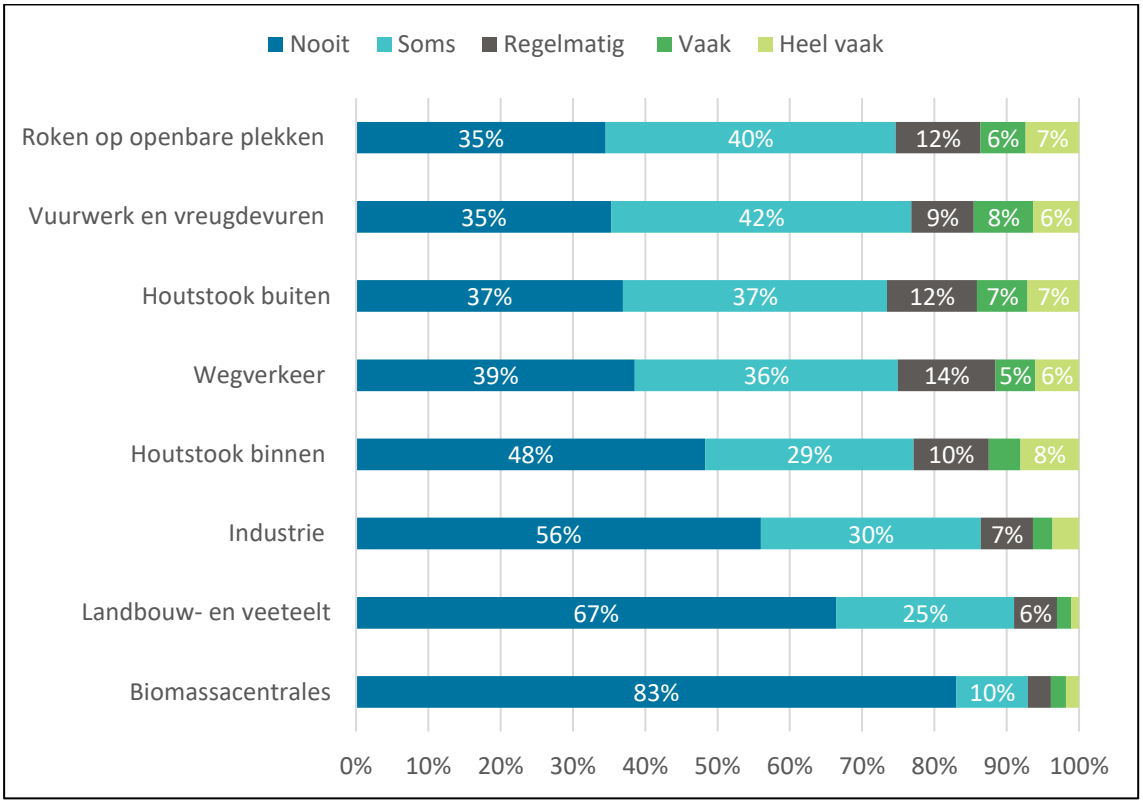


6.3 Ervaren gezondheidseffecten van luchtvervuiling

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 (vuurkorven en barbecues), vuurwerk en vreugdevuren, en wegverkeer (figuur 6.3). Sinds 2024 wordt ook roken op openbare plekken als bron van luchtvervuiling meegenomen. 65% van de mensen met een longziekte ervaart soms tot heel vaak klachten door deze rook. Daarnaast geeft 52% van de mensen met een longziekte aan soms tot heel vaak klachten te ervaren door houtstook binnenshuis, zoals houtkachels en open haarden. Dit betreft bijvoorbeeld houtstook in de woning van de buren. De bronnen van luchtvervuiling die relatief gezien het minst vaak tot klachten leiden, zijn de industrie, landbouw en veeteelt, en biomassacentrales. Een verklaring hiervoor kan zijn dat lang niet iedereen in de buurt van dergelijke bronnen woont. Er zijn geen significante verschillen gevonden wat betreft achtergrondkenmerken.

Figuur 6.3 Percentage mensen met een longziekte dat aangeeft dat een bron van luchtvervuiling bij hen in de afgelopen maanden zorgde voor gezondheidsklachten (N=818-828)

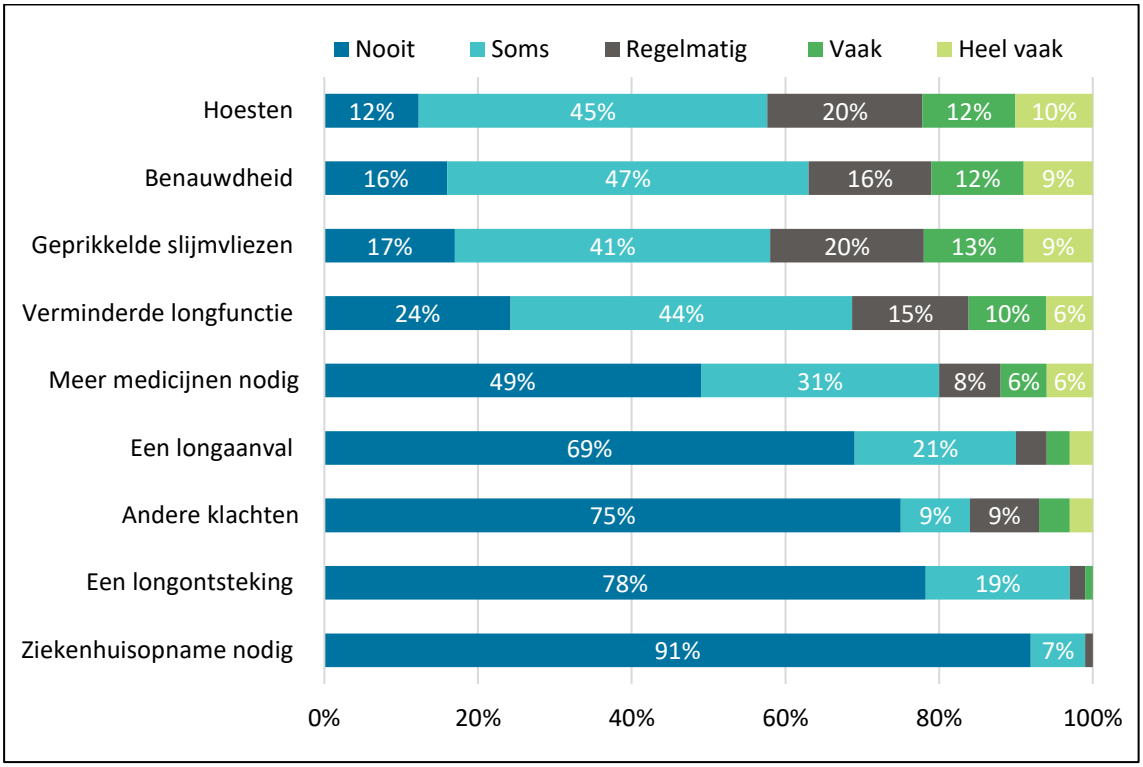


Soorten gezondheidsklachten

Aan mensen met een longziekte is gevraagd hoe vaak zij door luchtvervuiling last hebben van verschillende gezondheidsklachten. Slechts 24 mensen met een longziekte (2,8%) hebben nooit last van één van deze klachten door luchtvervuiling, waaronder zestien mensen met COPD en acht mensen met astma. De meest ervaren gezondheidsklachten door luchtvervuiling bij mensen met een longziekte zijn hoesten, benauwdheid en geprikkelde slijmvliezen; minimaal 83% van de deelnemers heeft soms tot heel vaak last van deze klachten (figuur 6.4).

Ook heeft ongeveer driekwart van de mensen met een longziekte soms, regelmatig, vaak of heel vaak te maken met een verminderde longfunctie door luchtvervuiling. Ongeveer 51% heeft ten gevolge van de klachten meer medicijnen nodig, en bij 9% was er een ziekenhuisopname nodig. Daarnaast ervaart ruim een kwart van de mensen met een longziekte nog andere gezondheidsklachten door luchtvervuiling, zoals slapeloosheid, hoofdpijn, allergische klachten en gevoelens van angst. Bij vrouwen met astma treden er vaker gezondheidsklachten op door luchtvervuiling (55%), dan bij mannen met astma (39%). Hetzelfde geldt voor mensen met astma in de leeftijd van jonger dan 44 jaar. Deze groep ervaart dit significant vaker dan 45 plussers (tabel 6.4, bijlage).

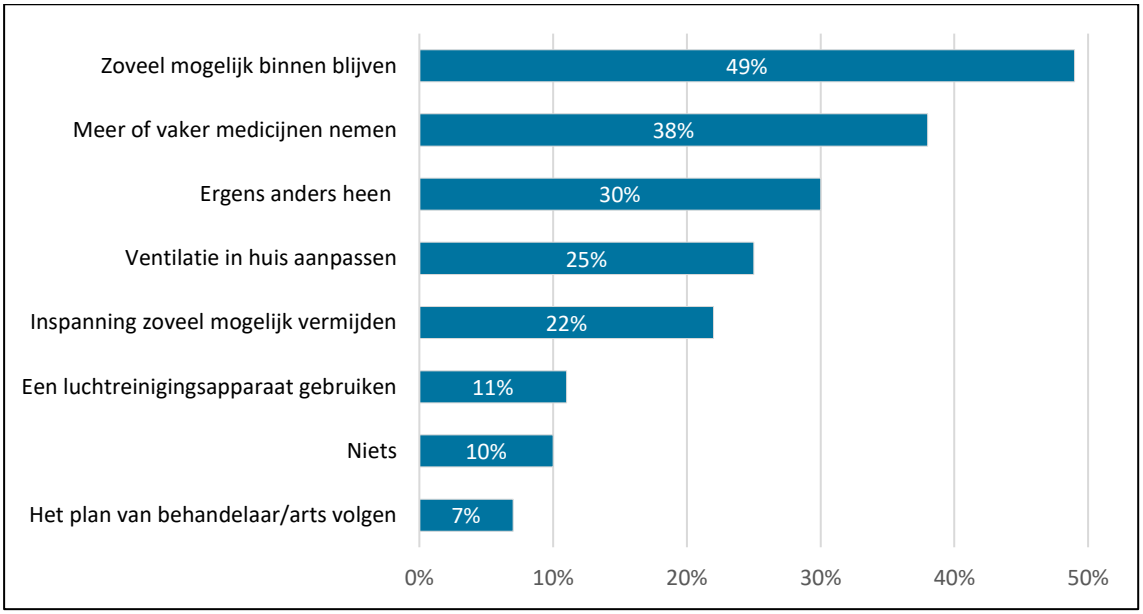
Figuur 6.4 Percentage mensen met een longziekte dat een gezondheidsklacht aangeeft die door luchtvervuiling optreedt (N=802-820)



Eigen maatregelen tegen gezondheidsklachten

Als mensen met een longziekte gezondheidsklachten ervaren door luchtvervuiling, nemen zij zelf verschillende maatregelen (figuur 6.5). Zo blijft bijna de helft (49%) dan zoveel mogelijk binnen. Ruim een derde (38%) gebruikt vaker of meer medicijnen en drie op de tien mensen (30%) kiest ervoor om ergens anders heen te gaan (weg van de luchtvervuiling). Een kwart past de ventilatie in huis aan, bijvoorbeeld door roosters en ramen te sluiten of het ventilatiesysteem uit te zetten. Daarnaast vermijdt 22% van de mensen met een longziekte zoveel mogelijk inspanning. Eén op de tien (11%) van de mensen gebruikt een luchtreinigingsapparaat. 7% volgt het plan van de behandelaar / arts. Eén op de tien geeft aan geen maatregelen te nemen als er gezondheidsklachten optreden door luchtvervuiling. Er zijn geen significante verschillen gevonden met betrekking tot achtergrondkenmerken.

Figuur 6.5 Percentage mensen met een longziekte dat maatregelen neemt als er gezondheidsklachten door luchtvervuiling optreden, geordend van meest tot minst gekozen (meerdere antwoorden mogelijk) (N=829)



7 Beschouwing

Uit de Longmonitor 2025 blijkt dat veel mensen met COPD of astma een hoge ziektelast ervaren. De meerderheid van de mensen met een zeldzame longziekte beoordeelt hun gezondheid als matig tot slecht en ervaart aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren. Daarnaast rapporteren mensen met een zeldzame longziekte vaker een lagere kwaliteit van leven dan mensen met COPD of astma. De meerderheid van de mensen met een longziekte voelen zich actief betrokken bij hun behandeling en ervaren gezamenlijke besluitvorming. Luchtvervuiling blijft een belangrijke factor voor gezondheidsklachten.

Voor het eerst is in de Longmonitor onderzocht in welke mate mensen met een longziekte stigma ervaren als gevolg van hun ziekte. Dit is gedaan met twee verschillende meetinstrumenten. De gemiddelde score op de *Stigma Scale for Chronic Illness* (SSCI) schaal onder de deelnemers van de Longmonitor is in vergelijking met andere literatuur vrij laag (10,4 gemiddeld op een schaal van 8 (geen stigma ervaren) tot 40 (ernstig stigma ervaren). Bij neurologische aandoeningen werden scores van 12,1 (ziekte van Parkinson) tot 15,5 (ALS) gevonden (Molina et al. 2013). Ook mensen met chronische pijn scoorden hoger, namelijk 15,5 bij lage rugpijn en 17,2 bij fybromyalgie (Lavefjord et al. 2024). Er lijkt één andere Chinese studie te zijn die ervaren stigma met de SSCI heeft gemeten bij mensen met longziekten: zij vonden een gemiddelde score van 23,5 onder mensen met stabiele COPD (Tian et al 2025). Dit was echter een studie met een specifieke doelgroep in een andere cultuur, wat vergelijkingen met onze populatie lastig maakt. Kijken we naar losse aspecten van ervaren stigma, dan vallen bepaalde aspecten op waarbij mensen met een longziekte wel degelijk stigma ervaren. Dit betreft vooral schaamte, specifiek schaamte voor hoesten, voor inhalatorgebruik waar anderen bij zijn en schaamte om tijdens het lopen niet mee te kunnen komen met anderen. Daarnaast geven mensen met een longziekte aan hun beperkingen te willen verbergen. We zien ook duidelijke verschillen tussen de longziekten in ervaren stigma. Mensen met een zeldzame longziekten ervaren vaker stigmatiserende gevolgen vanwege hun ziekte dan mensen met COPD en mensen met astma. Er is weinig onderzoek gedaan naar stigma bij mensen met een longziekte. Wel is uit onderzoek bekend dat ervaren stigma vaak in verband wordt gebracht met het ervaren van depressieve klachten, angst, stress en verminderd dagelijks functioneren (Rai et al. 2020). Het is daarom belangrijk om aandacht te hebben en houden voor de mate van ervaren stigma van mensen met een longziekte, omdat dit gevolgen kan hebben voor hun fysiek en sociaal functioneren en welbevinden. Meer onderzoek hiernaar is aan te raden.

De meeste deelnemers voelen zich betrokken bij hun behandeling en nemen zelf, of samen met hun zorgverlener, beslissingen over hun behandeling. Dit komt overeen met het eerdere rapport uit 2022 waar eigen regie centraal stond (Heijmans et al. 2022), waarbij nu iets meer mensen met COPD ook aangeven actief te betrokken zijn en vaker mee te beslissen. Mensen met astma of een zeldzame longziekte hechten hierbij iets meer waarde aan gezamenlijke besluitvorming dan mensen met COPD. Ook dit komt overeen met de eerdere bevindingen (Heijmans et al, 2022).

Mensen met een longziekte hebben regelmatig contact met de huisarts of de praktijkondersteuner. We zien dat vooral mensen met een zeldzame longziekte maar ook mensen met COPD vaker contact hebben met een fysiotherapeut dan mensen met astma. Ondanks dat ook mensen met (ernstig) astma baat kunnen hebben bij behandeling door de fysiotherapeut, blijft dit aantal achter, mede vanwege vergoedingsafspraken.

Medicijnwissels komen nog regelmatig voor bij mensen met een longziekte. Dit gebeurt veelal ten gevolge van medicijntekorten. Bijna de helft van de mensen die een wissel meemaakten, gaf dit als reden op. Medicijntekorten kunnen voor mensen met een longziekte leiden tot onzekerheid, misverstanden en risico's op verkeerd medicijngebruik (Schackmann, 2023). Hoewel medicijntekorten op de beleidsagenda staan, is het niet te verwachten dat deze op korte termijn worden opgelost. Aandacht voor de gevolgen van medicijnwissels blijft daarom nodig.

Een klein deel van de mensen met een longziekte rookt (8%), voornamelijk mensen met COPD (18%). Van degenen die roken, ondernamen mensen met COPD of astma in het voorgaande jaar gemiddeld bijna drie stoppogingen, vaak na een advies van de zorgverlener, met wisselend succes. Daarnaast kreeg ongeveer een op de drie mensen met een longziekte het advies van een arts of verpleegkundige om meer te gaan bewegen. Meer aandacht voor beweeggedrag van mensen met een longziekte is wenselijk, omdat dit ook bijdraagt aan hun longfunctie, gezondheid en kwaliteit van leven.

Luchtvervuiling in de woonomgeving heeft op veel mensen met een longziekte invloed en er worden dan ook verschillende maatregelen genomen als er gezondheidsklachten optreden, zoals binnen blijven, meer medicijnen nemen of naar een andere plek gaan. Deze resultaten pleiten, net als in eerdere jaren, nog steeds voor het werken aan rookvrije omgevingen en het terugdringen van luchtvervuiling door vuurwerk, houtstook en wegverkeer.

Beperkingen van het onderzoek

Zoals veel voorkomt in vragenlijst onderzoek kan er sprake zijn van selectiebias. Mensen die de Longmonitor invullen blijken gezondheidsvaardiger dan de algemene bevolking, waarvan ongeveer een derde van beperkte gezondheidsvaardigheden heeft (Heijmans et al. 2024). Het kunnen invullen van een papieren of online vragenlijst vergt bepaalde vaardigheden, waardoor mensen die deze vaardigheden niet hebben daardoor gemist worden. Ook het lid zijn van een panel kan een mogelijke bias geven van mensen die al meer interesse hebben in zorg en gezondheid.
Ook kunnen we niet spreken van een volledig representatieve studiepopulatie wat betreft (achtergrond)kenmerken. Zo weerspiegelt het opleidingsniveau van mensen met een zeldzame longziekte die de Longmonitor hebben ingevuld niet de verdeling in Nederland. Ook is het aantal deelnemers uit Noord-Nederland ondervertegenwoordigd gekeken naar de verdeling van mensen met COPD en astma over Nederland (CBS Statline, geraadpleegd 30 september 2025).

Literatuur

Heijmans M, Willems A, Scherpenzeel A. Eigen regie over ziekte en zorg: ervaringen van mensen met een chronische longziekte. Utrecht: Nivel, 2022.

Heijmans M, Cariot L, Brabers AEM, Rademakers J. Infografic. Eén op de drie Nederlanders heeft onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden – feiten en cijfers 2023. Utrecht: Nivel, 2024.

Heins MJ, Spreeuwenberg P, Heijmans M. Leven met een longziekte in Nederland: cijfers en trends over de zorg- en leefsituatie van mensen met een longziekte 2018. Utrecht: Nivel, 2019.

Fransen MP, Leenaars KEF, Rowlands G, Weiss BD, Maat HP, Essink-Bot M-L. International application of health literacy measures: Adaptation and validation of the newest vital sign in The Netherlands. Patient Education and Counseling, 2014, 97. 403-309. doi: 10.1016/j.pec.2014.08.017

Juniper EF, O'Byrne PM, Guyatt GH, Ferrie PJ, King DR. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. Eur Respir J. 1999 Oct;14(4):902-7. doi: 10.1034/j.1399-3003.1999.14d29.x.

Lavefjord A, Sundström FTA, Buhrman M, McCracken LM. The role of stigma in health and functioning in chronic pain: Not just catastrophizing. Eur J Pain. 2024 Apr;28(4):620-632. doi: 10.1002/ejp.2207. Epub 2023 Nov 20. PMID: 37985939.

van der Molen T, Willemse BW, Schokker S, ten Hacken NH, Postma DS, Juniper EF. Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. Health Qual Life Outcomes. 2003 Apr 28;1:13. doi: 10.1186/1477-7525-1-13.

Molina Y, Choi SW, Cella D, Rao D. The stigma scale for chronic illnesses 8-item version (SSCI-8): development, validation and use across neurological conditions. Int J Behav Med. 2013 Sep;20(3):450-60. doi: 10.1007/s12529-012-9243-4.

van den Nieuwenhof L, Schermer T, Eysink P, Halet E, van Weel C, Bindels P, Bottema B. Can the Asthma Control Questionnaire be used to differentiate between patients with controlled and uncontrolled asthma symptoms? A pilot study. Fam Pract. 2006 Dec;23(6):674-81. doi: 10.1093/fampra/cml041. Epub 2006 Jul 31.

Rai SS, Syurina EV, Peters RMH, Putri AI, Zweekhorst MBM. Non-Communicable Diseases-Related Stigma: A Mixed-Methods Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 12;17(18):6657. doi: 10.3390/ijerph17186657.

Schackmann L, Vervloet M, van Dijk L, Heringa M, Koster ES. Communication during encounters about medication switching: Self-reported experiences of pharmacy technicians and patients. Explor Res Clin Soc Pharm. 2023 Mar 31;9:100259. doi: 10.1016/j.rcsop.2023.100259.

Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Jan 25;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

Tian X, Yi L, Liu X, Zuo F, Shang H, Zhang J, Ren Y. Relationship Between Social Support, Symptom Burden, Dyspnea, Perceived Stress, Perceived Stigma, Coping Styles, and Psychological Distress in Patients with Stable COPD: A Structural Equation Model. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2025 Jul 3;20:2183-2198. doi: 10.2147/COPD.S521786.

Versteegh MM, Vermeulen KM, Evers SMAA, de Wit GA, Prenger R, Stolk EA. Dutch Tariff for the Five-Level Version of EQ-5D. Value Health. 2016 Jun;19(4):343-52. doi: 10.1016/j.jval.2016.01.003. Epub 2016 Mar 30.

Woo S, Veliz P, Saint Arnault DM, Struble LM, Earl A, Larson JL. Development and preliminary psychometric evaluation of the COPD-related Stigma Scale. Heart Lung. 2023 Sep-Oct;61:22-28. doi: 10.1016/j.hrtlng.2023.04.006. Epub 2023 Apr 19.

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, aselecte 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 aselecte 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 2025 is afgenomen in de periode van 6 februari tot 8 april. De vragenlijst is verstuurd naar 1092 mensen die lid zijn van het Nivel Panel Mensen met een Longziekte en via patiëntenverenigingen aan mensen met een zeldzame longziekten. De vragenlijst is

door 848 mensen helemaal ingevuld. Onder hen waren 783 mensen lid van het Nivel Panel Mensen met een Longziekte (respons: 72%) en 65 van patiëntenverenigingen voor zeldzame longziekten. Van de 848 mensen die de vragenlijst hebben ingevuld, hebben 280 mensen COPD, 487 mensen astma en 81 mensen een zeldzame longziekte.

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 Tabellen en figuren

Deze bijlage bevat aanvullende tabellen per hoofdstuk waarin de resultaten zijn uitgesplitst naar achtergrondkenmerken van mensen met COPD en mensen met astma. De groep mensen met een zeldzame longziekte is te klein om deze uitsplitsing te maken. Significante verschillen (getoetst met alpha < 0.05) in achtergrondkenmerken binnen de groepen zijn dikgedrukt weergegeven.
Voor het onderwerp ervaren stigma zijn tevens aanvullende figuren opgenomen.

Hoofdstuk 2 Leven met een longziekte

Tabel 2.1 Percentage mensen met COPD dat in 2025 een matige of ernstige ziektelast heeft en percentage mensen met astma dat een slechte tot zeer slechte symptoomcontrole heeft, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=268)			Astma (N=417)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	81%	74%	87%	49%	42%	57%
vrouw	83%	77%	90%	58%	52%	64%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar	-	-	-	48%	34%	63%
45 t/m 64 jaar	83%	72%	94%	51%	43%	58%
65 jaar en ouder	82%	77%	87%	60%	53%	67%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	87%	80%	94%	69%	58%	81%
middel	79%	71%	87%	**57%**	50%	64%
hoog (HBO/uni)	81%	71%	90%	**45%**	37%	53%
Comorbiditeit						
geen comorbiditeit	77%	66%	88%	51%	44%	59%
comorbiditeit	84%	79%	88%	57%	51%	63%

Tabel 2.2 Percentage mensen met COPD of astma dat in 2025 een goede, zeer goede of uitstekende subjectieve gezondheid heeft naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=268)			Astma (N=429)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	49%	41%	58%	66%	59%	74%
vrouw	44%	35%	52%	69%	63%	74%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				70%	56%	84%
45 t/m 64 jaar	44%	30%	58%	66%	59%	73%
65 jaar en ouder	47%	41%	54%	69%	63%	75%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	41%	31%	51%	65%	54%	76%
middel	43%	34%	53%	69%	62%	75%
hoog (HBO/uni)	**59%**	48%	71%	68%	61%	76%
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	58%	45%	70%	77%	71%	84%
co-morbiditeit	43%	37%	50%	**61%**	55%	68%

Tabel 2.3 Percentage mensen met COPD of astma dat in 2025 zegt goed, zeer goed of uitstekend te functioneren in huis, op het werk en in de vrije tijd naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=268)			Astma (N=430)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	57%	49%	65%	76%	70%	83%
vrouw	48%	40%	57%	74%	69%	80%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				79%	67%	92%
45 t/m 64 jaar	56%	42%	70%	77%	71%	84%
65 jaar en ouder	52%	46%	59%	73%	66%	79%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	43%	33%	53%	75%	66%	85%
middel	51%	42%	61%	73%	67%	79%
hoog (HBO/uni)	**69%**	59%	80%	78%	72%	85%
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	63%	51%	75%	82%	76%	88%
co-morbiditeit	50%	44%	57%	**71%**	65%	76%

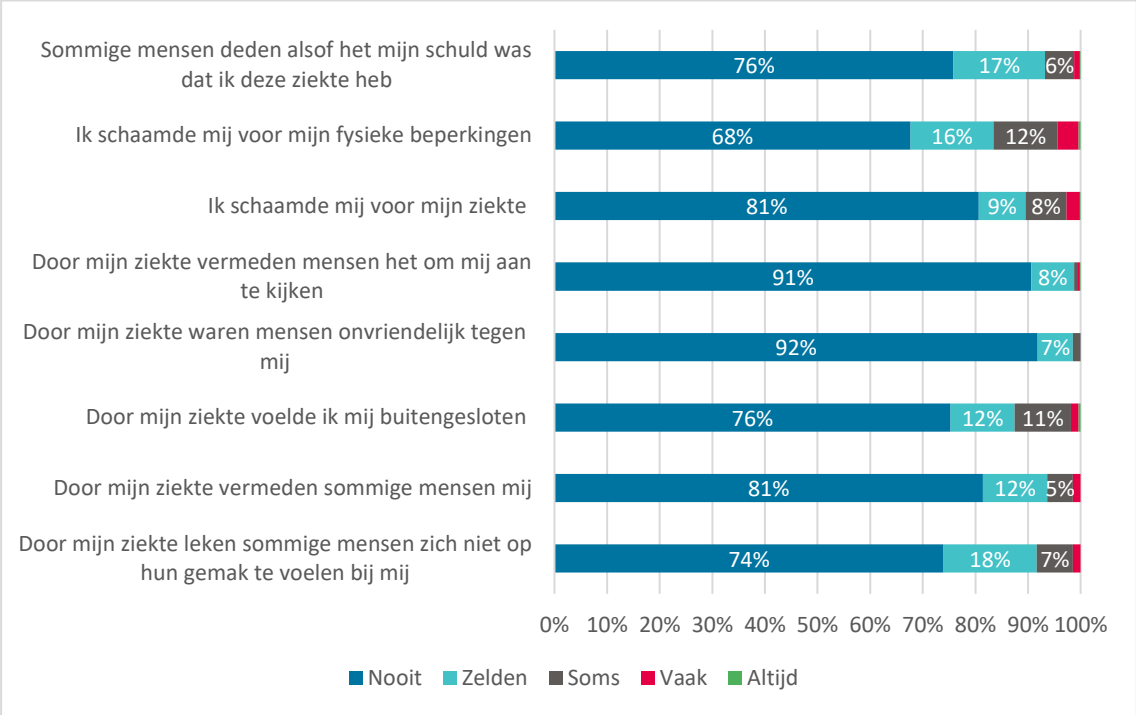
Tabel 2.4 EQ-5D indexscore van mensen met COPD of astma in 2025 naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=268)			Astma (N=427)		
	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	0,8	0,7	0,8	0,9	0,8	0,9
vrouw	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				0,8	0,8	0,9
45 t/m 64 jaar	0,7	0,6	0,7	0,8	0,8	0,9
65 jaar en ouder	**0,8**	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
Opleiding						
laag (t/m LBO)	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7	0,8
middel	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9
hoog (HBO/uni)	**0,8**	0,8	0,9	**0,9**	0,8	0,9
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	0,8	0,7	0,8	0,9	0,8	0,9
co-morbiditeit	0,8	0,7	0,8	**0,8**	0,8	0,8

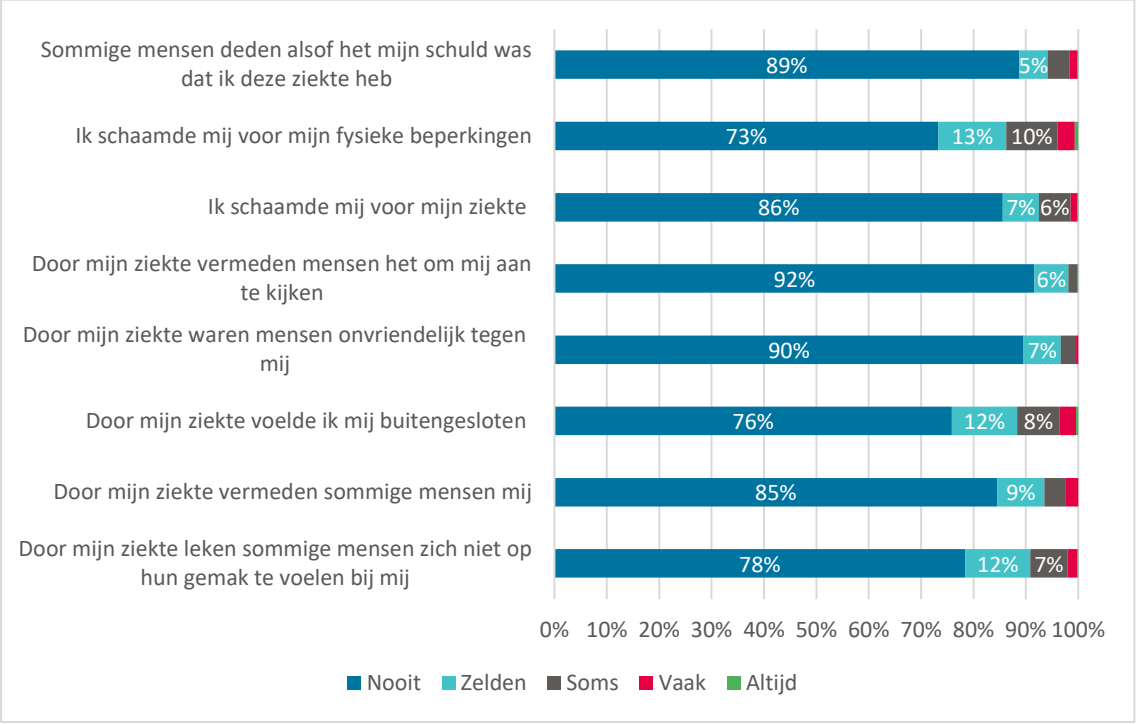
Tabel 2.5 SSCI somscore van mensen met COPD of astma in 2025 naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=262)			Astma (N=423)		
	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	10,5	9,9	11,1	9,1	8,6	9,5
vrouw	10,2	9,6	10,8	9,7	9,3	10,0
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar	11,1	10,1	12,1	9,7	8,8	10,6
45 t/m 64 jaar	10,2	9,7	10,6	9,5	9,1	10,0
65 jaar en ouder	11,1	10,1	12,1	9,3	8,9	9,7
Opleiding						
laag (t/m LBO)	10,7	10,0	11,4	9,3	8,6	10,1
middel	10,3	9,6	11,0	9,5	9,1	10,0
hoog (HBO/uni)	9,9	9,1	10,8	9,4	8,9	9,8
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	10,7	9,8	11,6	8,9	8,5	9,4
co-morbiditeit	10,2	9,8	10,7	**9,8**	9,4	10,2

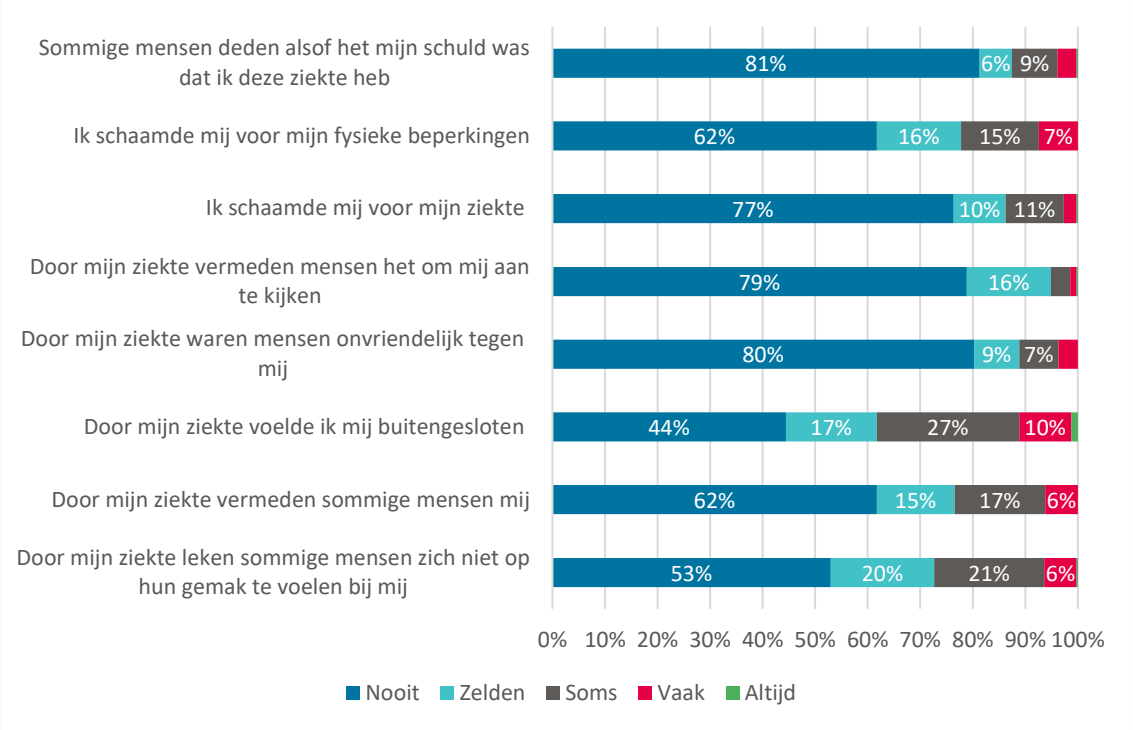
*Figuur B.1 Percentage **mensen met COPD** dat aangeeft gevolgen van hun ziekte te hebben ervaren, gemeten met de Stigma Scale for Chronic Illnesses (SSCI) (N=269-276).*



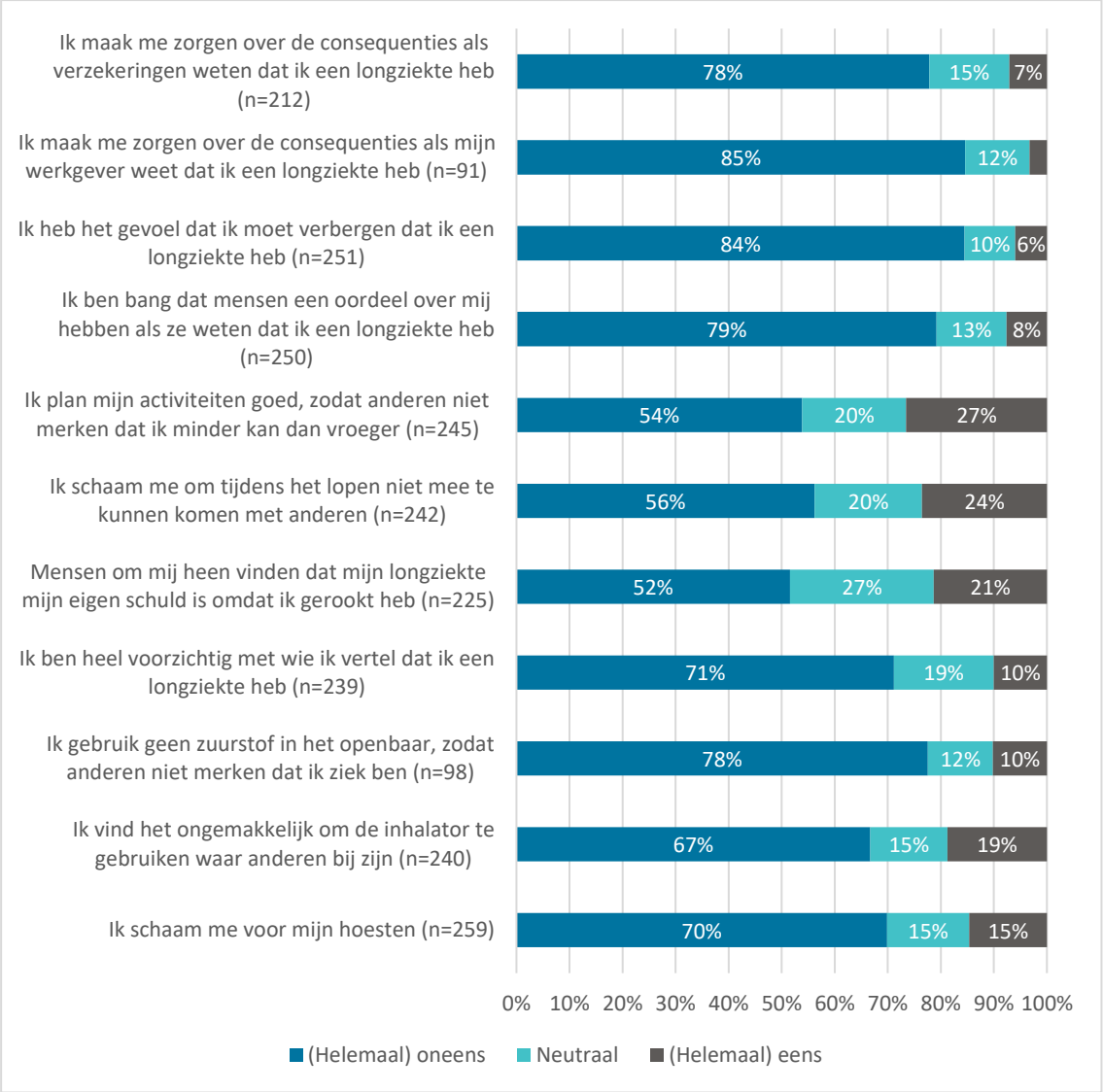
*Figuur B.2 Percentage **mensen met astma** dat aangeeft gevolgen van hun ziekte te hebben ervaren gemeten met de Stigma Scale for Chronic Illnesses (SSCI) (N=479-482).*



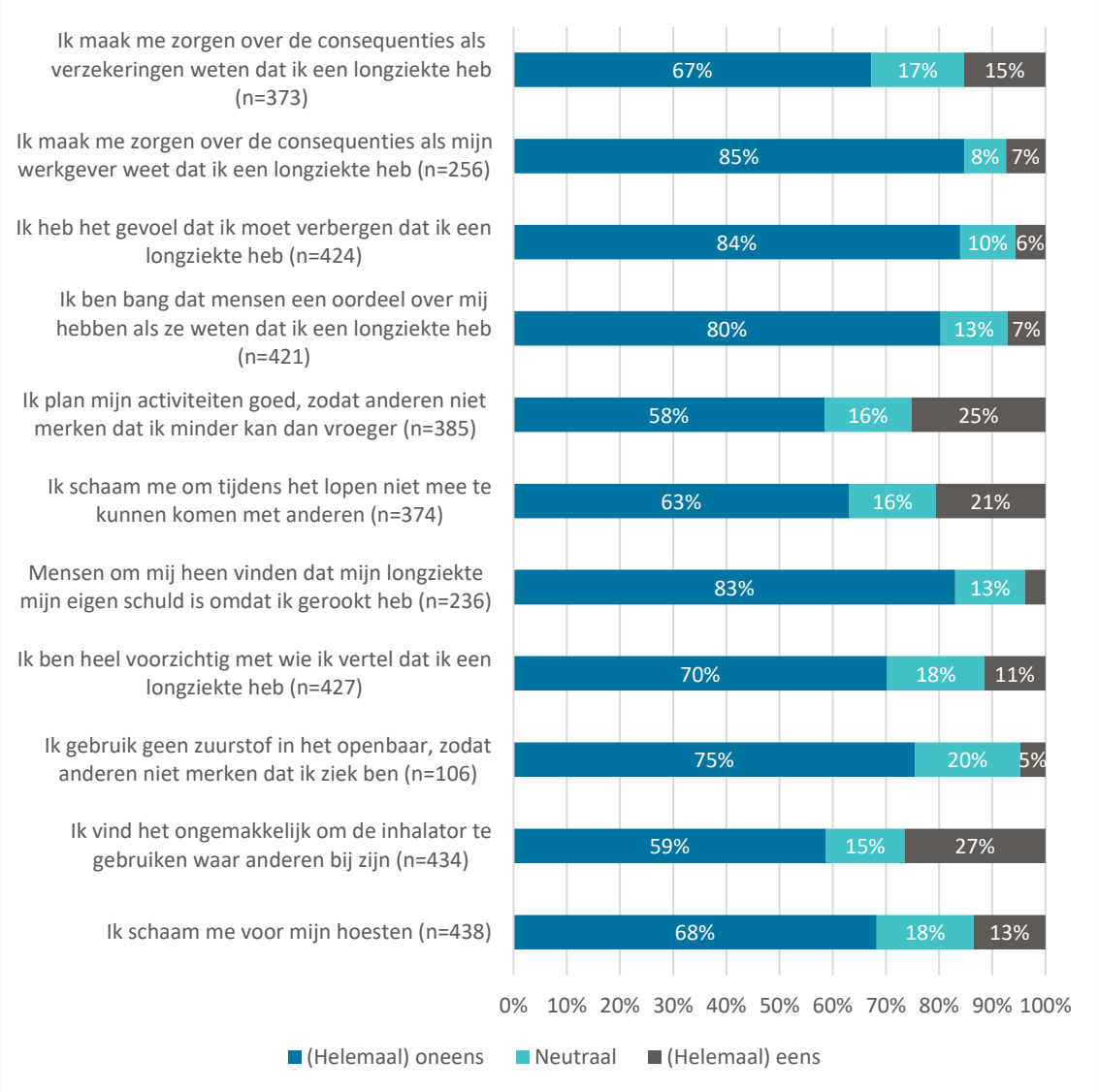
*Figuur B.3 Percentage **mensen met zeldzame longziekte** dat aangeeft gevolgen van hun ziekte te hebben ervaren gemeten met de Stigma Scale for Chronic Illnesses (SSCI) (N=81).*



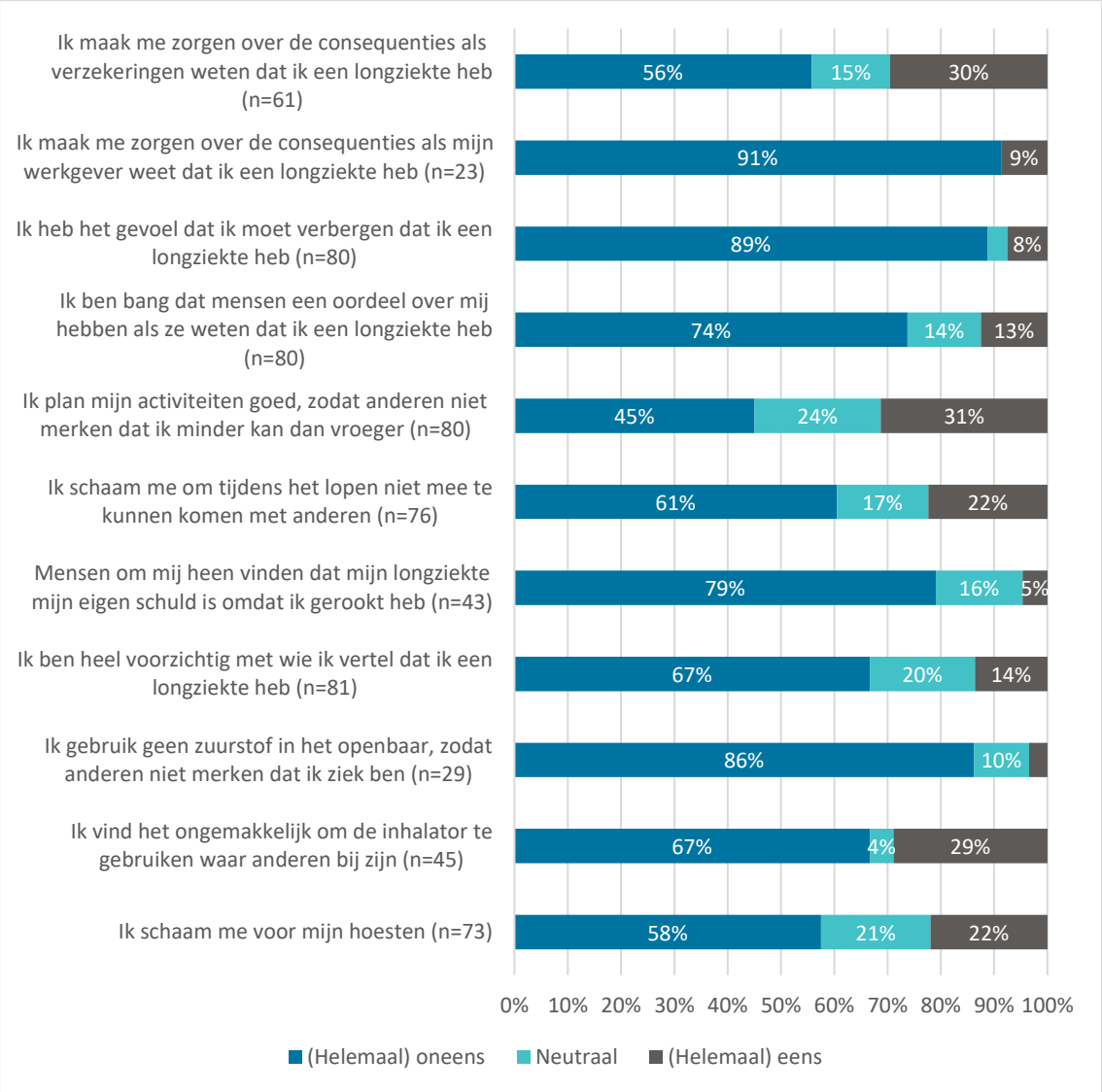
*Figuur B.4. Percentage **mensen met COPD** dat het (helemaal) eens tot (helemaal) oneens is met stellingen over hoe zij zich voelen en behandeld worden vanwege hun ziekte. Gemeten met tien items van de aangepaste COPD Stigma Scale (COPDSS). Mensen voor wie de stelling niet van toepassing was, zijn niet meegenomen.*



*Figuur B.5 Percentage **mensen met astma** dat het (helemaal) eens tot (helemaal) oneens is met stellingen over hoe zij zich voelen en behandeld worden vanwege hun ziekte. Gemeten met tien items van de aangepaste COPD Stigma Scale (COPDSS). Mensen voor wie de stelling niet van toepassing was, zijn niet meegenomen.*



*Figuur B.6 Percentage **mensen met een zeldzame longziekte** dat het (helemaal) eens tot (helemaal) oneens is met stellingen over hoe zij zich voelen en behandeld worden vanwege hun ziekte. Gemeten met tien items van de aangepaste COPD Stigma Scale (COPDSS). Mensen voor wie de stelling niet van toepassing was, zijn niet meegenomen.*



Hoofdstuk 3 Zelf de regie houden

Tabel 3.1 Percentage mensen met COPD of astma dat in 2025 voldoende gezondheidsvaardigheden heeft, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=258)			Astma (N=415)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	82%	75%	88%	82%	77%	88%
vrouw	79%	72%	87%	85%	81%	89%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				83%	71%	95%
45 t/m 64 jaar	84%	73%	94%	87%	82%	92%
65 jaar en ouder	80%	75%	85%	82%	77%	87%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	80%	72%	88%	70%	58%	82%
middel	76%	67%	85%	**85%**	80%	90%
hoog (HBO/uni)	88%	80%	96%	**89%**	84%	94%
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	77%	66%	88%	85%	80%	91%
co-morbiditeit	82%	76%	87%	83%	79%	88%

Tabel 3.2 Percentage mensen met COPD of astma dat zich in 2025 'meestal' of 'altijd' actief betrokken voelt bij de behandeling of controles die zij krijgen voor hun longziekte, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=270)			Astma (N=424)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	81%	74%	87%	88%	83%	93%
vrouw	82%	75%	88%	84%	80%	88%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				86%	75%	97%
45 t/m 64 jaar	74%	62%	87%	85%	79%	90%
65 jaar en ouder	83%	78%	87%	86%	82%	91%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	72%	63%	81%	79%	69%	88%
middel	**85%**	78%	92%	86%	82%	91%
hoog (HBO/uni)	**88%**	81%	96%	88%	82%	93%
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	84%	74%	93%	88%	83%	93%
co-morbiditeit	80%	75%	86%	84%	80%	89%

Tabel 3.3 Percentage mensen met COPD of astma dat in 2025 zelf of samen met hun zorgverlener beslissingen neemt in de behandeling of controles voor hun longziekte, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=258)			Astma (N=399)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	81%	74%	87%	80%	74%	87%
vrouw	79%	72%	86%	83%	78%	88%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				87%	76%	98%
45 t/m 64 jaar	87%	77%	97%	83%	77%	89%
65 jaar en ouder	78%	73%	84%	80%	75%	86%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	73%	64%	82%	77%	67%	87%
middel	**85%**	78%	92%	82%	77%	88%
hoog (HBO/uni)	82%	73%	92%	84%	78%	90%
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	89%	81%	97%	85%	79%	91%
co-morbiditeit	77%	71%	83%	80%	75%	85%

Tabel 3.4 Percentage mensen met COPD of astma dat het in 2025 belangrijk of van het allergrootste belang vindt om mee te beslissen in de behandeling of controles voor hun longziekte, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=271)			Astma (N=424)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	87%	81%	92%	95%	91%	98%
vrouw	91%	86%	96%	95%	92%	97%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				97%	91%	103%
45 t/m 64 jaar	84%	73%	95%	93%	89%	97%
65 jaar en ouder	90%	86%	94%	96%	93%	98%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	85%	78%	92%	91%	84%	98%
middel	90%	84%	96%	93%	90%	97%
hoog (HBO/uni)	93%	87%	99%	**98%**	96%	100%
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	90%	82%	98%	95%	92%	99%
co-morbiditeit	89%	84%	93%	94%	91%	97%

Hoofdstuk 4 Zorggebruik en kwaliteit van zorg

*Tabel 4.1 Percentage mensen met COPD of astma dat in 2025 in verband met hun longziekte contact had met **huisarts of praktijkondersteuner** in de huisartsenpraktijk naar achtergrondkenmerken*

	COPD (N=274)			Astma (N=431)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	85%	79%	91%	73%	66%	80%
vrouw	75%	68%	83%	73%	68%	79%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				71%	58%	85%
45 t/m 64 jaar	80%	69%	91%	73%	67%	80%
65 jaar en ouder	80%	75%	85%	74%	68%	80%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	82%	75%	89%	75%	65%	86%
middel	79%	71%	87%	71%	65%	78%
hoog (HBO/uni)	79%	70%	89%	75%	68%	82%
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	81%	71%	91%	71%	64%	78%
co-morbiditeit	80%	75%	85%	75%	69%	80%

*Tabel 4.2 Percentage mensen met COPD of astma dat in 2025 in verband met hun longziekte contact had met **longarts of longverpleegkundige** naar achtergrondkenmerken*

	COPD (N=274)			Astma (N=429)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	46%	38%	55%	26%	19%	33%
vrouw	41%	32%	50%	29%	24%	34%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				21%	9%	34%
45 t/m 64 jaar	43%	29%	57%	26%	19%	33%
65 jaar en ouder	44%	38%	50%	31%	24%	37%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	44%	34%	54%	29%	18%	39%
middel	44%	34%	54%	28%	22%	34%
hoog (HBO/uni)	43%	32%	55%	27%	20%	34%
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	47%	35%	60%	26%	19%	33%
co-morbiditeit	43%	36%	49%	29%	23%	35%

*Tabel 4.3 Percentage mensen met COPD of astma dat in 2025 in verband met hun longziekte contact had met een **fysiotherapeut**, naar achtergrondkenmerken*

	COPD (N=242)			Astma (N=383)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	42%	32%	51%	12%	7%	17%
vrouw	43%	33%	54%	16%	11%	21%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				5%	0%	11%
45 t/m 64 jaar	51%	34%	69%	14%	8%	19%
65 jaar en ouder	41%	33%	48%	17%	12%	23%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	41%	28%	54%	11%	3%	19%
middel	45%	35%	56%	16%	11%	22%
hoog (HBO/uni)	39%	26%	53%	13%	8%	19%
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	25%	13%	38%	13%	7%	18%
co-morbiditeit	**48%**	40%	56%	15%	11%	20%

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

	COPD (N=245)			Astma (N=399)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	32%	24%	40%	27%	20%	35%
vrouw	36%	27%	44%	**38%**	32%	44%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				40%	24%	55%
45 t/m 64 jaar	45%	30%	60%	33%	26%	41%
65 jaar en ouder	32%	25%	38%	33%	26%	40%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	36%	26%	45%	45%	32%	57%
middel	34%	24%	43%	**31%**	24%	37%
hoog (HBO/uni)	31%	20%	43%	33%	26%	41%
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	40%	26%	53%	31%	24%	38%
co-morbiditeit	32%	26%	39%	36%	30%	42%

Hoofdstuk 5 Leefstijl

Tabel 5.1 Percentage mensen met COPD of astma dat in 2025 rookt, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=266)			Astma (N=427)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	20%	14%	27%	5%	2%	9%
vrouw	16%	10%	23%	4%	2%	7%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				7%	-1%	16%
45 t/m 64 jaar	28%	15%	41%	4%	1%	8%
65 jaar en ouder	16%	12%	21%	4%	1%	7%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	18%	11%	26%	5%	-1%	10%
middel	19%	12%	27%	6%	3%	9%
hoog (HBO/uni)	17%	9%	26%	3%	0%	6%
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	24%	14%	35%	5%	1%	8%
co-morbiditeit	17%	12%	22%	5%	2%	7%

Tabel 5.2 Percentage mensen met COPD, astma of een zeldzame longziekte dat in 2025 niet beweegt of sport, naar achtergrondkenmerken

	COPD, astma en zeldzame longziekten samengenomen (N= 694)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht			
man	9%	6%	12%
vrouw	8%	5%	10%
Leeftijd			
15 t/m 44 jaar	3%	-3%	9%
45 t/m 64 jaar	7%	3%	10%
65 jaar en ouder	9%	7%	12%
Opleiding			
laag (t/m LBO)	11%	6%	15%
middel	7%	4%	10%
hoog (HBO/universiteit)	8%	4%	11%
Co-morbiditeit			
geen co-morbiditeit	4%	2%	7%
co-morbiditeit	**10%**	7%	13%

Hoofdstuk 6 Gezondheidsklachten door luchtvervuiling

Tabel 6.1 Gemiddelde beoordeling van de luchtkwaliteit in de woonplaats/woonwijk in 2025 door mensen met COPD of astma op een schaal van 1 tot en met 10, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=268)			Astma (N=425)		
	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	Gemiddelde score	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	7,1	6,9	7,4	6,9	6,6	7,2
vrouw	**6,7**	6,4	7,0	**6,4**	6,2	6,6
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				6,8	6,3	7,4
45 t/m 64 jaar	7,0	6,6	7,5	6,7	6,5	7,0
65 jaar en ouder	6,9	6,7	7,1	6,4	6,1	6,6
Opleiding						
laag (t/m LBO)	6,9	6,6	7,2	6,6	6,2	7,0
middel	7,0	6,6	7,3	6,7	6,5	6,9
hoog (HBO/uni)	6,9	6,6	7,3	6,4	6,1	6,7
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	6,9	6,5	7,3	6,4	6,1	6,6
co-morbiditeit	6,9	6,7	7,1	**6,7**	6,5	6,9

Tabel 6.2 Percentage mensen met COPD of astma dat zich in 2025 soms, regelmatig, vaak of altijd zorgen maakt over de luchtkwaliteit in de woonplaats / woonwijk, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=269)			Astma (N=428)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	57%	49%	65%	67%	59%	74%
vrouw	62%	54%	70%	71%	65%	76%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				65%	50%	79%
45 t/m 64 jaar	48%	34%	62%	71%	64%	78%
65 jaar en ouder	62%	56%	68%	69%	62%	75%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	58%	49%	68%	57%	45%	69%
middel	53%	43%	63%	**71%**	65%	78%
hoog (HBO/uni)	71%	60%	82%	**72%**	65%	79%
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	59%	47%	71%	71%	64%	78%
co-morbiditeit	60%	53%	66%	68%	62%	74%

Tabel 6.3 Percentage mensen met COPD of astma dat in 2025 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=274)			Astma (N=431)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	38%	30%	47%	39%	32%	47%
vrouw	43%	35%	52%	47%	41%	53%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				47%	32%	62%
45 t/m 64 jaar	47%	33%	62%	45%	38%	52%
65 jaar en ouder	39%	33%	46%	43%	36%	50%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	42%	33%	52%	43%	31%	55%
middel	39%	30%	49%	46%	40%	53%
hoog (HBO/uni)	41%	29%	52%	42%	35%	50%
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	44%	31%	56%	49%	42%	57%
co-morbiditeit	40%	34%	47%	41%	35%	47%

Tabel 6.4 Percentage mensen met COPD of astma dat in 2025 één of meerdere gezondheidsklachten aangeeft die door luchtvervuiling regelmatig tot heel vaak optreedt, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=274)			Astma (N=431)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	38%	30%	46%	39%	31%	46%
vrouw	46%	38%	55%	**55%**	49%	60%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				68%	54%	82%
45 t/m 64 jaar	48%	34%	62%	**45%**	38%	52%
65 jaar en ouder	41%	34%	47%	**48%**	41%	55%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	44%	35%	54%	44%	32%	56%
middel	42%	33%	52%	50%	43%	57%
hoog (HBO/uni)	38%	27%	49%	49%	41%	57%
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	38%	26%	51%	51%	43%	58%
co-morbiditeit	43%	36%	50%	47%	41%	53%

Tabel 6.5 Percentage mensen met COPD of astma dat één of meerdere maatregelen neemt als er gezondheidsklachten door luchtvervuiling optreden, naar achtergrondkenmerken

	COPD (N=274)			Astma (N=431)		
	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens	%	95%-BI ondergrens	95%-BI bovengrens
Geslacht						
man	62%	54%	70%	69%	61%	76%
vrouw	68%	60%	76%	77%	72%	82%
Leeftijd						
15 t/m 44 jaar				77%	65%	90%
45 t/m 64 jaar	68%	54%	82%	74%	67%	80%
65 jaar en ouder	64%	58%	71%	73%	67%	79%
Opleiding						
laag (t/m LBO)	66%	56%	75%	71%	60%	82%
middel	63%	54%	72%	76%	70%	82%
hoog (HBO/uni)	67%	56%	78%	72%	65%	79%
Co-morbiditeit						
geen co-morbiditeit	74%	63%	85%	74%	68%	81%
co-morbiditeit	62%	56%	69%	73%	68%	79%