



Bevolkingstrends

Astma en COPD in beeld

2016 | 03

**Annelies Boerdam
Kim Knoops**

Inhoud

- 1. Inleiding 3**
- 2. Databronnen en onderzoeksmethode 4**
- 3. Resultaten 7**
 - 3.1 Luchtwegaandoeningen, gezondheid en leefstijl 7
 - 3.2 Astma, COPD en andere gezondheidsmetingen 9
 - 3.3 Astma, COPD en leefstijl 10
 - 3.4 Astma, COPD en zorggebruik 12
 - 3.5 Astma en COPD als doodsoorzaak 15
- 4. Samenvatting 16**
- 5. Discussie 16**
- Literatuur 17

Astma en COPD zijn chronische longziekten die een behoorlijke invloed op de gezondheid en de kwaliteit van leven hebben. Bijna 6 procent van de bevolking rapporteert aan astma te leiden en bijna 5 procent aan COPD. Mensen met astma of COPD voelen zich minder gezond, hebben vaker psychische klachten en kampen vaak met andere chronische aandoeningen. Ook zijn er verschillen in leefstijlfactoren bij mensen met astma of COPD en mensen zonder deze aandoeningen. Een bezoek aan de huisarts of specialist en gebruik van medicatie komt vaak voor bij patiënten met deze chronische longaandoeningen.

1. Inleiding

Astma en COPD vormen samen de zogenaamde obstructieve longziekten. Astma is een chronische ontsteking van de luchtwegen, die samen gaat met een vernauwing en een verhoogde prikkelbaarheid van de luchtwegen. Het kan ontstaan op elke leeftijd, waarbij erfelijke aanleg vaak een belangrijke rol speelt. Astmapatiënten hebben meestal last van benauwdheid of een piepende ademhaling. Ook hoesten en vermoeidheid komen vaak voor. De klachten treden op in aanvallen van korte of langere duur, vaak veroorzaakt door een allergische reactie (Volksgezondheid.info, 2016a). COPD staat voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease en is een chronische vernauwing van de luchtwegen en/of aantasting van het elastische longweefsel. Onder COPD vallen zowel emfyseem als chronische bronchitis. Deze aandoeningen zijn vaak veroorzaakt door roken, waarbij een deel van de longblaasjes is beschadigd. Vooral mensen die veel en langere tijd hebben gerookt, lopen een groter risico op het krijgen van COPD. Ook meeroken kan een oorzaak zijn. Volgens de site volksgezondheid.info (2016b) veroorzaakt roken 85 procent van de gevallen van COPD. Daarnaast spelen erfelijke aanleg en luchtverontreiniging een rol. De ziekte ontstaat pas op latere leeftijd en is onomkeerbaar; de ontsteking van de luchtwegen is niet of nauwelijks terug te draaien. Mensen met COPD zijn regelmatig benauwd, hoesten vaak langdurig en geven slijm op. Ook kunnen ze zich minder goed inspannen doordat ze vaak en snel moe zijn (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2015).

Voor de behandeling van astma of COPD is deskundigheid nodig van onder andere de huisarts en longarts of -verpleegkundige. Naast medicijnen en medische behandelingen krijgen patiënten met astma of COPD vaak advies op het gebied van leefstijl. Stoppen met roken is één van de belangrijkste aanbevelingen aan mensen met astma of COPD nadat ze gediagnosticeerd zijn. Mensen met astma die (blijven) roken hebben meer klachten en reageren minder goed op de behandeling met medicijnen. COPD ontstaat vaak door jarenlang roken. Mensen met COPD die (blijven) roken hebben meer last van luchtwegklachten, grotere longfunctieafwijkingen en een meer progressief verloop van de ziekte. Daarnaast krijgen mensen met astma of COPD het advies om voldoende te bewegen. Onderzoek heeft aangetoond dat iedere vorm van bewegen bij deze chronische ziekten een positief effect kan hebben (Baan, 2012).

Mensen met astma of COPD krijgen ook vaak een voedingsadvies. Dit advies is in de meeste gevallen gericht op gewichtsverlies of gewichtstoename (Baan, 2012).

Astma en COPD zorgen voor hoge zorgkosten; in de top tien van ziekten met de hoogste uitgaven in 2011 staan astma en COPD op de negende plaats (RIVM, 2014). In 2011 ging het om 1,5 miljard euro. Dat komt neer op 1,7 procent van de totale zorgkosten in Nederland. In dit artikel geeft CBS een beeld van het vóórkomen van astma en COPD, het verband tussen astma en COPD, de relatie met andere gezondheidskenmerken en leefstijl, en het zorggebruik van mensen met deze aandoeningen, voor zover bekend in de statistieken van CBS. Ten slotte wordt ingegaan op astma en COPD als doodsoorzaak.

2. Databronnen en onderzoeksmethode

Enquêtegegevens

De Gezondheidsenquêtes van 2014 en 2015 van CBS vormen de basis voor de schatting van het percentage mensen met astma en COPD. De resultaten van beide enquêtes zijn samengevoegd. Op deze wijze is het aantal respondenten voldoende om onderscheid te kunnen maken naar verschillende achtergrondkenmerken.

Gezondheidsenquête

De Gezondheidsenquête is een jaarlijks onderzoek onder de niet-institutionele Nederlandse bevolking van 0 jaar of ouder met als doel een beeld te geven over gezondheid, medische consumptie, leefstijl en preventief gedrag. De Gezondheidsenquête 2014 telde ongeveer 9,5 duizend respondenten, in 2015 ongeveer 9,4 duizend.

In 2014 en 2015 stonden in de enquête de volgende vragen over astma en COPD:

- Heeft of had u/uw kind in de afgelopen 12 maanden astma?
- Heeft of had u/uw kind in de afgelopen 12 maanden COPD, chronische bronchitis, longemfyseem?

Voor kinderen jonger dan 12 jaar heeft een van de ouders of verzorgers de vragen beantwoord. Dit onderzoek levert een schatting op voor de totale bevolking in Nederland, maar ook voor mannen en vrouwen, verschillende leeftijdsgroepen en herkomstgroepen. Informatie over herkomst komt uit de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) en is aan de Gezondheidsenquête gekoppeld.

Mensen met een lage sociaaleconomische status hebben vaker gezondheidsproblemen dan mensen in de hogere statusgroepen (Mackenbach, 2012). Zowel inkomen als opleiding kunnen worden gebruikt als indicator van sociaaleconomische status. Beide indicatoren zijn gebruikt om de samenhang tussen sociaaleconomische status en astma of COPD weer te geven. Bij opleiding gaat het om de bevolking van 25 jaar of ouder, omdat mensen jonger dan 25 hun opleiding nog vaak niet voltooid hebben. De volgende vijf opleidingsgroepen zijn onderscheiden: basisonderwijs, vmbo/mbo1/avo onderbouw, havo/vwo/mbo, hbo/wo bachelor en wo/master/doctor. Gegevens over inkomen zijn gekoppeld vanuit fiscale bronnen. Het gaat hier om het gestandaardiseerd inkomen; dit is het besteedbaar inkomen

gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden. Het gestandaardiseerd inkomen is daarmee een maat voor de welvaart van (de leden van) een huishouden. In de analyses van dit artikel is dit inkomen ingedeeld in kwintielgroepen ofwel 20%-inkomensgroepen.

Omdat in de Gezondheidsenquête ook vragen staan over andere gezondheidsindicatoren (zoals ervaren gezondheid, psychische gezondheid en chronische aandoeningen) en leefstijlfactoren, kon ook de samenhang tussen astma/COPD en andere gezondheidsindicatoren en tussen astma/COPD en leefstijlfactoren onderzocht worden.

Om de relatie tussen astma/COPD en andere chronische aandoeningen te onderzoeken, is een variabele 'minstens 1 andere chronische ziekte' geconstrueerd. Iemand valt in die categorie als hij/zij aangeeft minstens 1 van de volgende chronische aandoeningen te hebben of hebben gehad in het afgelopen jaar: suikerziekte, beroerte, hartinfarct, kanker, migraine, hartaandoening, darmstoornissen, gewrichtsontsteking, gewrichtsslijtage, rugaandoening en hoge bloeddruk. Van deze aandoeningen is bekend dat ze een belangrijke invloed hebben op de kwaliteit van leven of tot de dood kunnen leiden. Deze aandoeningen zijn ook geselecteerd voor de berekening van de CBS-statistieken over levensverwachting zonder chronische ziektes. Voor mensen met astma is COPD ook meegenomen als chronische ziekte, en omgekeerd. Deze variabele is afgeleid voor alle personen van 0 jaar en ouder.

Om een indicatie te krijgen van de psychische gezondheid is gebruik gemaakt van de Mental Health Inventory (MHI). De 'Mental Health Inventory 5' ofwel 'MHI-5' is een internationale standaard voor een specifieke meting van de psychische gezondheid, bestaande uit 5 vragen die steeds betrekking hebben op hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde. Gevraagd is:

1. Voelde u zich erg zenuwachtig?
2. Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?
3. Voelde u zich kalm en rustig?
4. Voelde u zich neerslachtig en somber?
5. Voelde u zich gelukkig?

Op basis van scores die zijn toegekend aan de mogelijke antwoordcategorieën (voortdurend-meestal-vaak-soms-zelden-nooit) kan per persoon een somscore berekend worden die ligt tussen 0 (zeer ongezond) en 100 (perfect gezond). Van personen van 12 jaar of ouder die minder dan 60 scoren op de MHI wordt gezegd dat zij psychisch ongezond zijn.

Op basis van de Gezondheidsenquête is het niet goed mogelijk een trend te laten zien voor het aandeel mensen met astma en het aandeel met COPD omdat er in 2014 een herontwerp van de gezondheidsenquête plaatsgevonden heeft. Hierbij werden er twee afzonderlijke vragen opgenomen naar astma en COPD: 'Heeft of had u in de afgelopen 12 maanden astma?' en 'Heeft of had u in de afgelopen 12 maanden COPD, chronische bronchitis, longemfyseem?'. Tot 2014 bevatte de Nederlandse Gezondheidsenquête slechts één enkele vraag naar longziekten: 'Heeft of had u in de afgelopen 12 maanden astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA?'. Hiervan zijn cijfers beschikbaar over de periode 2001 tot en met 2013 en daaruit bleek dat het aandeel dat 'ja' antwoordde op deze vraag nauwelijks is veranderd.

Bij de analyse over de relatie tussen astma/COPD en leefstijl, is gekeken naar de volgende aspecten van leefstijl: roken (huidige rokers, ex-rokers en nooit rokers), lichamelijke activiteit (geheel, gedeeltelijk of niet voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond bewegen) en overgewichtsklasse (geen overgewicht, matig overgewicht of ernstig overgewicht).

In de analyse naar verschillen in achtergrondkenmerken, gezondheidskenmerken en leefstijlfactoren tussen mensen met astma of COPD en mensen zonder astma of COPD, is eerst gekeken naar ieder achtergrondkenmerk, gezondheidskenmerk of leefstijlfactor afzonderlijk in relatie tot astma of COPD. Vervolgens is met een variantieanalyse onderzocht of de resultaten veranderden na correctie voor verschillen in de andere achtergrondkenmerken. Zo zijn met behulp van variantieanalyse de verschillen in de gezondheidsindicatoren en verschillen in leefstijlfactoren tussen mensen met astma of COPD en mensen zonder deze aandoeningen gecorrigeerd voor verschillen in geslacht, leeftijd, herkomst, inkomen of opleiding. Dit is eerst gedaan met een correctie voor geslacht, leeftijd, herkomst en inkomen. Daarna volgde een analyse met een correctie voor verschillen in geslacht, leeftijd, herkomst en opleiding. Daar waar correctie voor inkomen en opleiding tot dezelfde veranderingen leidden, zijn de resultaten alleen voor inkomen weergegeven. Dit is gedaan omdat opleiding alleen voor de leeftijdsgroep van 25 jaar en ouder beschikbaar is.

Registergegevens

Het zorggebruik van mensen met astma of COPD en gegevens over doodsoorzaken zijn onderzocht met statistieken die zijn gebaseerd op registraties. Het gaat achtereenvolgens om huisartsbezoek, contact met longarts, ziekenhuisopnamen, geneesmiddelengebruik en sterfte.

Het aantal mensen dat met de ziekte astma of COPD bekend is bij de eigen huisarts in een bepaald jaar, is afgeleid uit de statistiek met diagnosegegevens van huisartsen. De cijfers betreffen een ziekte-episode, die start bij het eerste contact hiervoor met de huisarts (dat kan al jaren eerder zijn geweest) en duurt totdat kan worden aangenomen dat de ziekte over is. Omdat astma en COPD worden beschouwd als chronische ziektes, wordt een ziekte-episode in dit geval niet meer afgesloten. De diagnoseclassificatie is op basis van de International Classification of Primary Care (ICPC-1), met respectievelijk de code R96 voor astma en R91 en R95 voor COPD (inclusief chronische bronchitis en longemfyseem). In de loop van 2016 komen de cijfers beschikbaar op StatLine. De gegevens zijn gebaseerd op de NIVEL Zorgregistraties Eerstelijns. Ze zijn gebaseerd op ruim 500 huisartspraktijken.

Het aandeel personen dat voor astma of COPD contact heeft gehad met een longarts komt uit de CBS-statistiek Medisch specialistische zorg. Deze statistiek bevat het aantal behandelingen (Diagnose Behandeling Combinaties, DBC's) binnen de medisch specialistische somatische zorg zoals beschreven in het basispakket van de zorgverzekering. Met het onderscheid in behandelsetting kon het aandeel poliklinische behandelingen afgeleid worden. Voor de cijfers in dit artikel is uitgegaan van de diagnose LG2 Astma/COPD binnen het specialisme Longgeneeskunde.

De statistiek Ziekenhuisopnamen levert cijfers over ziekenhuisopnamen voor astma of COPD (klinische opnamen en dagopnamen) in algemene, academische en categorale ziekenhuizen, met uitzondering van de revalidatie-, epilepsie- en astmacentra. Het is gebaseerd op de Landelijke Medische Registratie (LMR) van ziekenhuisopnamen van Dutch Hospital Data

(Utrecht). De cijfers geven de hoofddiagnose weer, ofwel de diagnose die bij ontslag wordt beschouwd als de voornaamste reden van opname in het ziekenhuis. Voor dit artikel is uitgegaan van de volgende diagnoses: VTV-code 8.4 COPD en VTV-code 8.5 astma (met achterliggende ICD9-codes voor COPD: 490–492, 496 en voor astma: 493). Gegevens over ziekenhuisopnamen voor astma en COPD zijn voor een langere periode beschikbaar. Om een goede vergelijking te kunnen maken in de tijd en bijvoorbeeld rekening te houden met de vergrijzing, is figuur 3.6 gebaseerd op gestandaardiseerde cijfers, die uitgaan van de leeftijds- en geslachtsopbouw van de bevolking van het jaar 2000.

De CBS-statistiek over geneesmiddelengebruik geeft aan hoeveel personen er medicijnen verstrekt kregen voor astma en COPD samen (een onderscheid tussen de ziekten is hier niet mogelijk). Het gaat hier om het aandeel personen aan wie gedurende het verslagjaar geneesmiddelen voor astma of COPD zijn verstrekt die vergoed worden uit de verplichte basisverzekering voor geneeskundige zorg. Geneesmiddelen die aan opgenomen personen in ziekenhuizen (ziekenhuiszorg) en verpleeghuizen (AWBZ) worden verstrekt, zijn niet inbegrepen. Verstrekte geneesmiddelen aan personen in verzorgingshuizen zijn wel inbegrepen. De geneesmiddelen zijn op basis van de artikelcodes ingedeeld naar ATC-klasse (anatomisch, therapeutisch, chemisch), waaronder de categorie R03 Middelen bij astma/ COPD.

Het aantal overledenen aan astma of COPD komt uit de doodsoorzakenstatistiek van CBS. Dit is een registratie op wettelijke basis van doodsoorzaken van alle overleden inwoners van Nederland. In de doodsoorzakenstatistiek gaat het om de onderliggende, de primaire, doodsoorzaak. Dat is de ziekte of de gebeurtenis waarmee de aaneenschakeling van gebeurtenissen die tot de dood leidde, startte. Voor astma en COPD is uitgegaan van de doodsoorzaakcodes J45 en J46 voor astma en J40 tot en met J44 voor COPD, volgens de lijst van 'drie-teken categorieën' van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD, 10e revisie) van de World Health Organization (WHO).

3. Resultaten

3.1 Luchtwegaandoeningen, gezondheid en leefstijl

In 2014/2015 antwoordde bijna 6 procent van de Nederlandse bevolking positief op de vraag: 'Heeft of had u in de afgelopen 12 maanden astma?' die werd gesteld in de Gezondheidsenquête van CBS. Omgerekend naar bevolkingsaantallen komt dit neer op bijna 920 duizend mensen per jaar. Bijna 5 procent antwoordde 'ja' op de vraag: 'Heeft of had u in de afgelopen 12 maanden COPD, chronische bronchitis, longemfyseem?'. Dat zijn ongeveer 760 duizend mensen per jaar. Ruim 27 procent van de mensen met astma gaf aan ook COPD te hebben. Omgekeerd gaf ruim 33 procent van de mensen met COPD aan astma te hebben. Vrouwen gaven iets vaker aan dat ze astma hadden; ruim 6 procent tegen bijna 5 procent bij mannen. Ook rapporteerden vrouwen iets vaker aan COPD te lijden of COPD te hebben gehad in de 12 maanden voorafgaand aan de Gezondheidsenquête; ruim 5 procent tegenover ruim 4 procent van de mannen. COPD komt meer voor op hogere leeftijd, terwijl het percentage mensen met astma nauwelijks verschilt tussen leeftijdsgroepen. Het percentage kinderen

met astma van 0 tot 4 jaar is iets lager dan het percentage bij mensen van 16 tot 50 jaar. Uit variantieanalyse blijkt dat het verschil in COPD tussen mannen en vrouwen kan worden verklaard door leeftijd. Vrouwen zijn gemiddeld wat ouder.

Meer niet-westerse allochtonen dan autochtonen gaven aan astma te hebben: bijna 8 procent tegen ruim 5 procent. Niet-westerse allochtonen rapporteerden daarentegen minder vaak COPD dan westerse allochtonen of autochtonen. Uit de variantieanalyse blijkt dat dit verschil in COPD kan worden verklaard door leeftijd; niet-westerse allochtonen zijn jonger dan westerse allochtonen en autochtonen.

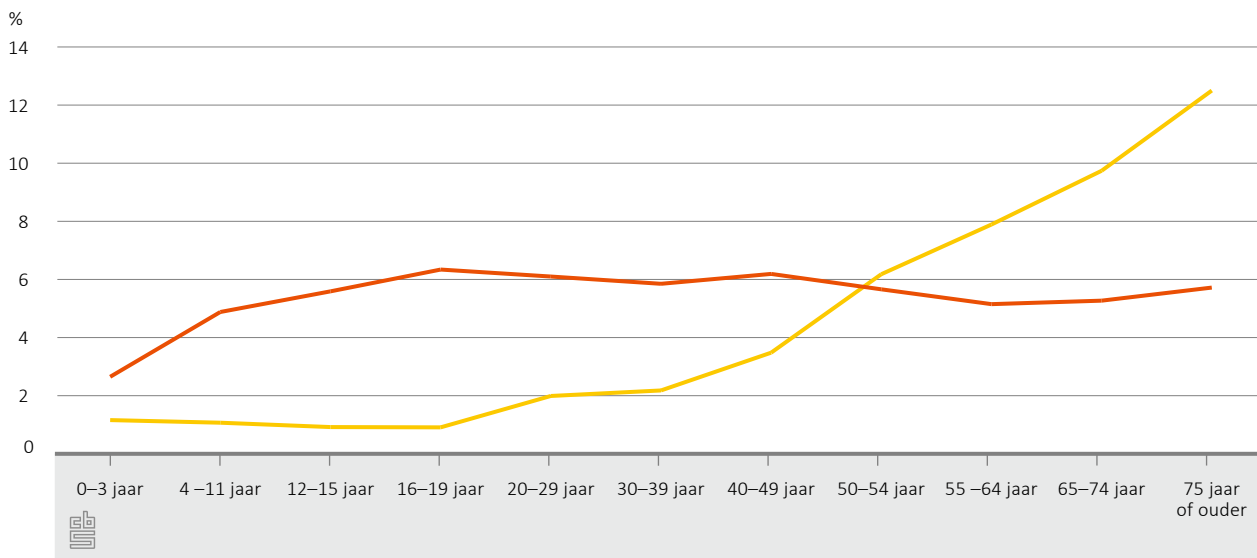
Bij mensen met alleen basisonderwijs als hoogst behaalde opleiding, kwam astma bijna twee keer zo vaak voor als bij mensen die wetenschappelijk onderwijs, een master of doctorsgraad behaalden. COPD werd ook minder vaak gerapporteerd bij mensen met een hogere opleiding dan bij mensen met alleen basisonderwijs (ruim 2 procent tegenover bijna 13 procent). Deze verschillen veranderen nauwelijks wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in leeftijd, geslacht en herkomst. Ruim 8 procent van de mensen met een gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen in de laagste inkomensgroep rapporteerde astma tegenover ruim 4 procent in de hoogste inkomensgroep. Voor COPD was het verschil tussen de tweede laagste inkomensgroep en de hoogste inkomensgroep het grootst; bijna 7 procent tegenover ruim 3 procent. Correctie voor verschillen in geslacht, leeftijd en herkomst verandert dit beeld niet.

3.1.1 Aandeel personen met astma of COPD, 2014/2015

	Astma	COPD
	%	
Totaal	5,5	4,6
Mannen	5,0	4,2
Vrouwen	6,1	5,0
Autochtoon	5,1	4,7
Westers allochtoon totaal	6,2	5,6
Niet-westers allochtoon totaal	7,9	3,3
Opleiding, 25 jaar en ouder		
Basisonderwijs	7,8	12,5
Vmbo,mbo1,avo onderbouw	5,5	7,5
Havo, vwo, mbo	5,9	5,4
Hbo, wo bachelor	5,0	4,3
Wo, master, doctor	4,4	2,5
Inkomen		
1e kwintiel, laagste 20% inkomens	8,3	5,2
2e kwintiel	6,0	7,0
3e kwintiel	5,0	4,8
4e kwintiel	5,0	3,9
5e kwintiel, hoogste 20% inkomens	4,4	3,0

Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

3.1.2 Aandeel personen met astma of COPD naar leeftijd, 2014/2015

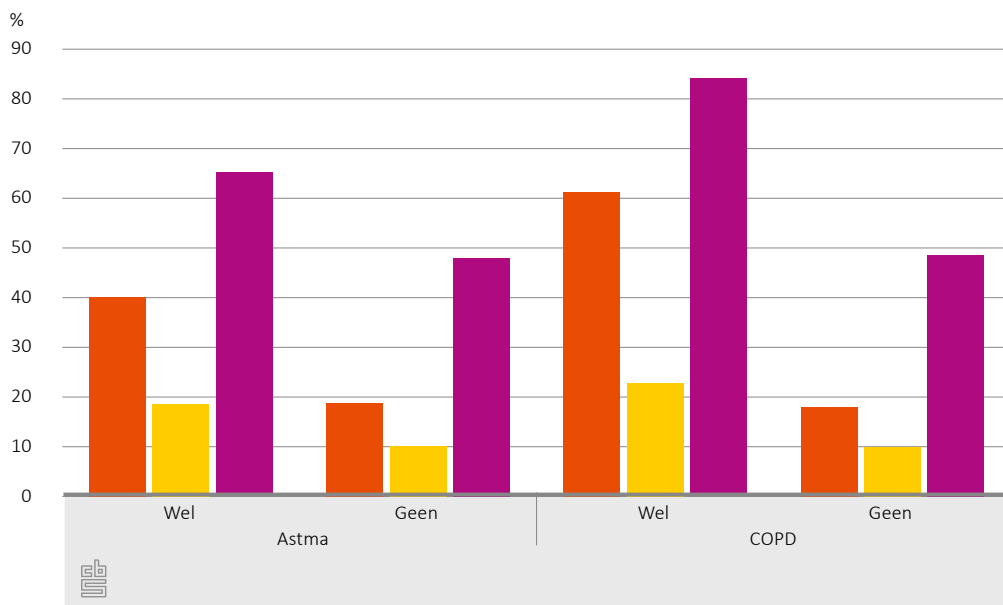


— Astma — COPD
Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

3.2 Astma, COPD en andere gezondheidsmetingen

In 2014/2015 beoordeelde één op de vijf mensen zijn of haar gezondheid als minder dan goed. Onder mensen met astma of COPD ligt dit aandeel echter veel hoger. Ruim 40 procent van de mensen met astma en ruim 61 procent van de mensen met COPD beoordeelden hun gezondheid als minder dan goed. Dit verschil in ervaren gezondheid tussen mensen met

3.2.1 Personen met en zonder astma of COPD naar gezondheidskenmerken, 2014/2015



■ Minder dan goed ervaren gezondheid ■ Psychisch ongezond ■ Andere chronische aandoening
Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

en mensen zonder astma blijft bestaan als er rekening gehouden wordt met verschillen in geslacht, leeftijd, herkomst, opleiding of inkomen. Ook bij COPD blijft het verschil in ervaren gezondheid bestaan na correctie voor achtergrondkenmerken, maar is het minder groot: bijna één op de vijf mensen zonder COPD beoordeelde zijn of haar gezondheid als minder dan goed tegenover ruim de helft van de mensen met COPD (51 procent).

Bijna 11 procent van 12 jaar of ouder voelde zich psychisch ongezond in 2014/2015. Ook dit aandeel is onder astma- en COPD-patiënten hoger. Onder mensen met astma was dit percentage bijna 19 procent, bijna twee maal zo hoog dan bij degenen zonder astma. Ook onder mensen met COPD was dit percentage hoger: bijna 23 procent voelde zich psychisch ongezond tegenover ruim 10 procent van de mensen zonder deze aandoening. Wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in geslacht, leeftijd, herkomst, opleiding of inkomen veranderen de verschillen in psychische gezondheid tussen mensen met astma of COPD en mensen zonder deze aandoeningen nauwelijks.

Van de mensen met astma had ruim 65 procent één of meer chronische aandoeningen (anders dan astma) tegenover ruim 48 procent van de mensen zonder astma. Van de mensen met COPD hadden ruim acht op de tien nog één of meer andere chronische aandoeningen tegenover bijna 49 procent van de mensen zonder deze aandoening. Als rekening gehouden wordt met verschillen in achtergrondkenmerken, blijft dit beeld voor astma bestaan. Bij COPD worden de verschillen echter wat kleiner. Zo had, rekening houdend met geslacht, leeftijd, herkomst en inkomen, bijna 70 procent van de mensen met COPD nog een of meer andere chronische aandoeningen tegenover ruim 49 van de mensen zonder COPD.

3.3 Astma, COPD en leefstijl

In 2014/2015 antwoordde ruim 24 procent van de Nederlandse bevolking van 12 jaar of ouder bevestigend op de vraag 'Rookt u wel eens?'. Ruim 29 procent gaf aan niet te roken maar dat in het verleden wel te hebben gedaan (ex-rokers). Ruim 46 procent had nog nooit gerookt. Het percentage rokers, ex-rokers en mensen dat nog nooit gerookt had verschilde niet tussen mensen met astma en mensen zonder astma. Het rookgedrag verschilde echter wel bij mensen met COPD en mensen zonder deze aandoening. Bijna 33 procent van de mensen met COPD rookte in 2014 tegenover bijna 24 procent van de mensen zonder deze aandoening. Ruim 43 procent van de mensen met deze chronische longaandoening had in het verleden gerookt tegenover bijna 29 procent van de mensen zonder COPD. Bijna 24 procent van de mensen met COPD gaf aan nooit gerookt te hebben tegenover bijna 48 procent van de mensen zonder COPD. Na correctie voor verschillen in geslacht, leeftijd, herkomst, opleiding of inkomen veranderde het verschil in aandeel rokers tussen mensen met COPD en mensen zonder COPD nauwelijks. Na correctie voor deze factoren werd het verschil in het aandeel mensen dat nooit gerookt had tussen mensen met COPD en mensen zonder iets kleiner. Ook het verschil in het aandeel ex-rokers tussen mensen met en zonder COPD werd iets kleiner na correctie.

Volgens de Nederlandse Norm Gezond Bewegen was bijna 13 procent van de Nederlandse bevolking van 12 jaar of ouder inactief, ruim bijna 32 procent semi-actief en voldeed bijna 56 procent aan de norm voor gezond bewegen. Van de mensen met astma was bijna 15 procent inactief tegenover ruim 12 procent van de mensen zonder astma. Daarnaast was ruim 22 procent van de mensen met COPD inactief volgens de Nederlandse Norm Gezond

Bewegen (NGB), tegenover bijna 12 procent van de mensen zonder deze aandoening. Voor COPD veranderde dit beeld niet na correctie voor verschillen in achtergrondkenmerken. Na correctie voor de verschillende achtergrondkenmerken zag men geen verschillen meer in het percentage mensen dat inactief was tussen mensen met en mensen zonder astma. Het percentage mensen dat semi-actief of actief was volgens de NGB is hoger bij mensen zonder COPD dan bij mensen met COPD. Het percentage mensen dat actief was, was ook hoger bij mensen zonder COPD wanneer men rekening houdt met achtergrondkenmerken. Het percentage semi-actieve mensen verschilde niet tussen mensen met COPD en mensen zonder COPD na correctie voor achtergrondkenmerken. Het percentage mensen dat actief was, was ook hoger bij mensen zonder astma. Na correctie voor achtergrondkenmerken verdween het verschil in het percentage mensen dat actief was.

Ruim vier op de tien personen van 2 jaar of ouder had in 2014/2015 overgewicht. Bijna 31 procent had matig overgewicht en ruim 11 procent ernstig overgewicht. Mensen met astma hadden vaker overgewicht en ernstig overgewicht dan mensen zonder astma. Bijna 18 procent van de mensen met astma had ernstig overgewicht tegenover ruim 11 procent van de mensen zonder astma. Deze resultaten veranderen nauwelijks wanneer er rekening werd gehouden met verschillen in geslacht, leeftijd, herkomst, opleiding of inkomen.

Ook mensen met COPD hebben vaker (matig) overgewicht en ernstig overgewicht dan mensen zonder deze aandoening. Ongeveer 6 op de tien mensen met deze aandoening had overgewicht tegen ongeveer 4 op de tien mensen zonder deze aandoening. Dit verschil is iets kleiner als er rekening wordt gehouden met verschillen in geslacht, leeftijd, herkomst, opleiding of inkomen. Zo had na correctie ruim 49 procent van de mensen met COPD overgewicht tegenover ruim 42 procent van de mensen zonder deze aandoening. Na correctie voor achtergrondkenmerken veranderde het verschil in het percentage mensen met COPD niet tussen mensen met en mensen zonder ernstig overgewicht. Het verschil in matig overgewicht tussen mensen met COPD en zonder verdween na correctie, en kan dus volledig verklaard worden door verschillen in geslacht, leeftijd, herkomst, opleiding of inkomen.

3.3.1 Personen met en zonder astma of COPD naar kenmerken van de leefstijl, 2014/2015

	Wel astma	Geen astma	Wel COPD	Geen COPD
	%			
Roken (12 jaar of ouder)				
Rokers	22,5	24,5	32,8	23,9
Ex-rokers	28,2	29,4	43,3	28,5
Nooit gerookt	49,3	46,1	23,9	47,5
Overgewicht				
Overgewicht	48,8	42,0	60,7	41,4
Matig overgewicht	31,1	30,9	38,6	30,5
Ernstig overgewicht	17,7	11,1	22,0	11,0
Bewegen (norm gezond bewegen, 12 jaar of ouder)				
Inactief	14,9	12,4	22,1	12,0
Semi-actief	33,4	31,6	25,6	32,1
Actief	51,7	56,0	52,2	55,9

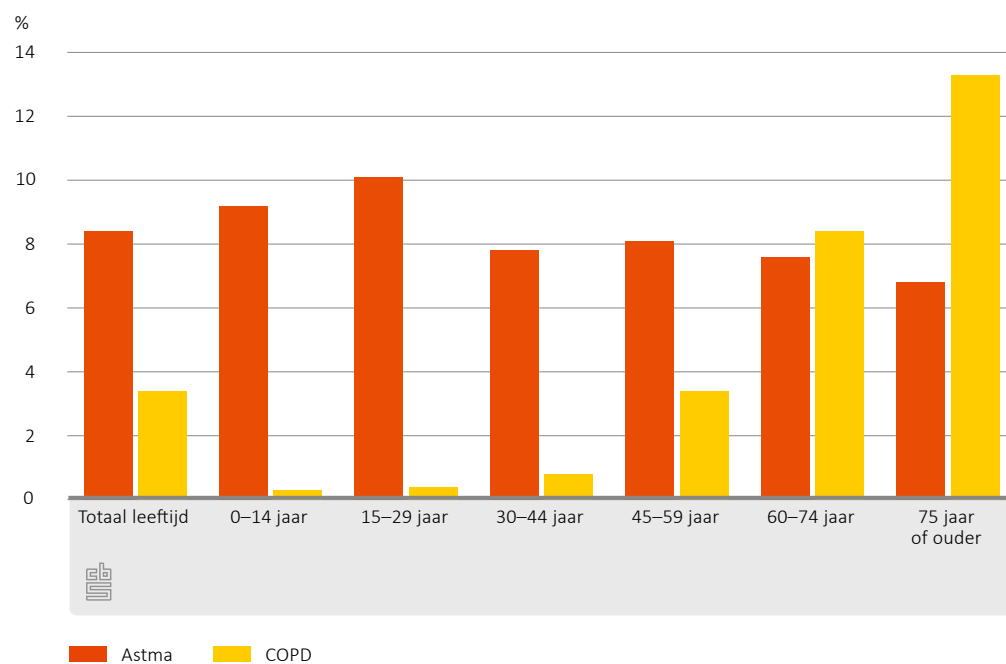
Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

3.4 Astma, COPD en zorggebruik

In 2013 was van 8,4 procent van alle mensen in Nederland bij de eigen huisarts bekend dat ze astma hadden. Voor COPD lag dit aandeel op 3,4 procent. Dit betekent dat de huisarts weet dat die patiënten deze aandoening hebben: ze hebben er in het verleden contact over opgenomen met de huisarts en de huisarts heeft niet aangegeven dat de aandoening niet meer aanwezig is. Deze cijfers komen uit de registraties van huisartsen en verschillen van die van de Gezondheidsenquête waarin mensen zelf rapporteren over hun gezondheid. Daaruit bleek dat bijna 6 procent astma en bijna 5 procent COPD had op moment van enquêteren in 2014/2015 of in de 12 maanden daarvoor.

Net als uit de Gezondheidsenquête blijkt uit de diagnosegegevens van huisartspatiënten dat astma op alle leeftijden voorkomt; COPD daarentegen treedt pas op latere leeftijd op en neemt toe met de leeftijd. Zo varieerde het aandeel personen tot 30 jaar dat in 2013 bekend was bij de huisarts voor astma tussen de 9 en 10 procent. Bij de 30-plussers ging het om 7 tot 8 procent. Het aandeel dat bekend is bij de huisarts voor COPD daarentegen liep op van bijna 1 procent onder 30- tot 45-jarigen tot 13 procent onder 75-plussers.

3.4.1 Aandeel personen dat bekend is bij eigen huisarts vanwege astma of COPD, 2013*



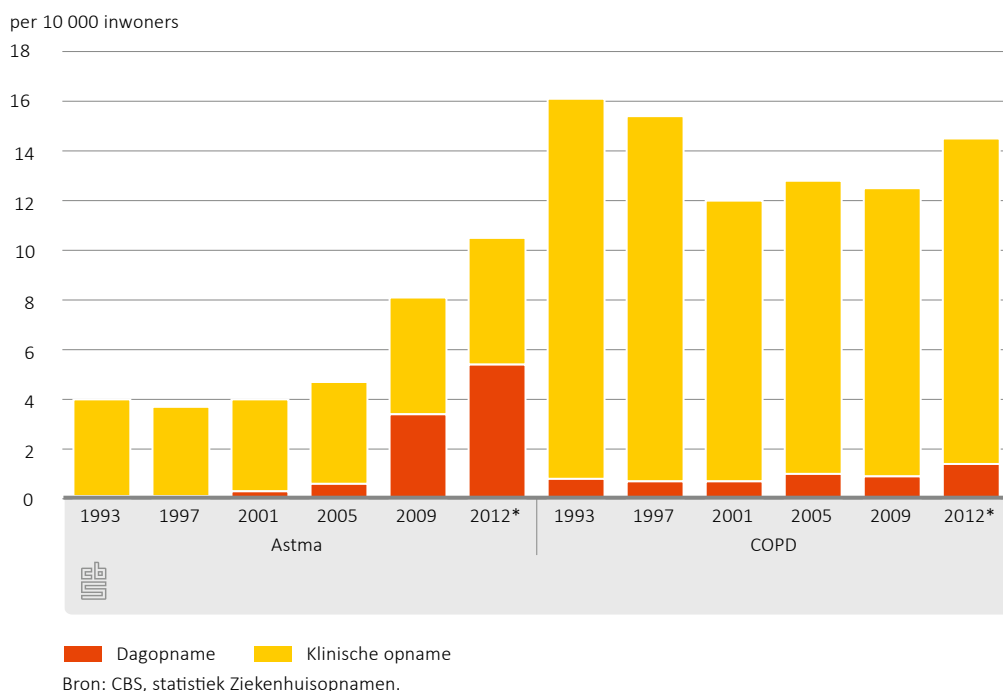
Uit de huisartsgegevens blijkt dat personen uit de groep met de 20 procent laagste inkomens ruim tweemaal zo vaak COPD hebben als de 20 procent hoogste inkomens. Voor astma hebben de laagste inkomens 1,2 keer zo vaak astma dan de hoogste inkomens. Hierbij is gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Astma- of COPD-patiënten kunnen voor nader onderzoek of behandelingen ook naar een medisch specialist of longverpleegkundige. In 2010 had 0,7 procent van de bevolking contact met een longarts voor astma en 0,8 procent voor COPD. Het gaat hier vooral om poliklinische behandelingen. Het overige deel is een ziekenhuisopname. In 2012 waren er 29 duizend ziekenhuisopnamen voor COPD en 18 duizend voor astma, naast de poliklinische consulten. Tzamen namen astma en COPD 1 procent van alle ziekenhuisopnamen voor hun rekening.

Over het algemeen hebben COPD-patiënten vaker een ziekenhuisopname dan astma-patiënten. Het gaat bij COPD ook veel vaker om een klinische ziekenhuisopname, waarbij een patiënt één of meer nachten in het ziekenhuis verblijft. In minder dan 10 procent van de ziekenhuisopnamen voor COPD gaat het om een dagopname. Dat beeld is in de afgelopen twintig jaar nauwelijks veranderd. Ondanks dat het aandeel klinische opnamen onder alle ziekenhuisopnamen voor COPD hoog is, liggen patiënten steeds korter in het ziekenhuis. Zo duurde een klinische opname voor COPD in 1993 nog 16,3 dagen. In 2012 is dat gehalveerd naar 8,3 dagen. Dit is geheel in lijn met de algemene trend voor de duur van opnamen in het ziekenhuis.

Het aantal ziekenhuisopnamen voor astma ligt lager dan voor COPD, maar is wel flink toegenomen en lag in 2012 ruim twee en een half keer zo hoog als in 1993. De stijging wordt nagenoeg alleen veroorzaakt door een toename van de dagopnamen. In 2012 maakten dagopnamen de helft van de ziekenhuisopnamen voor astma uit. Volgens Volksgezondheid.info (2016c) heeft deze sterke stijging van dagopnamen te maken met het gebruik van medicatie zoals omalizumab: dit medicijn moet meerdere keren per jaar in het ziekenhuis worden toegediend. Ook worden mensen die op de eerste hulp binnenkomen met een tijdelijke verergering van ziekteverschijnselen nu vaak na behandeling op dezelfde dag weer naar huis gestuurd. Voorheen moesten zij langer in het ziekenhuis blijven.

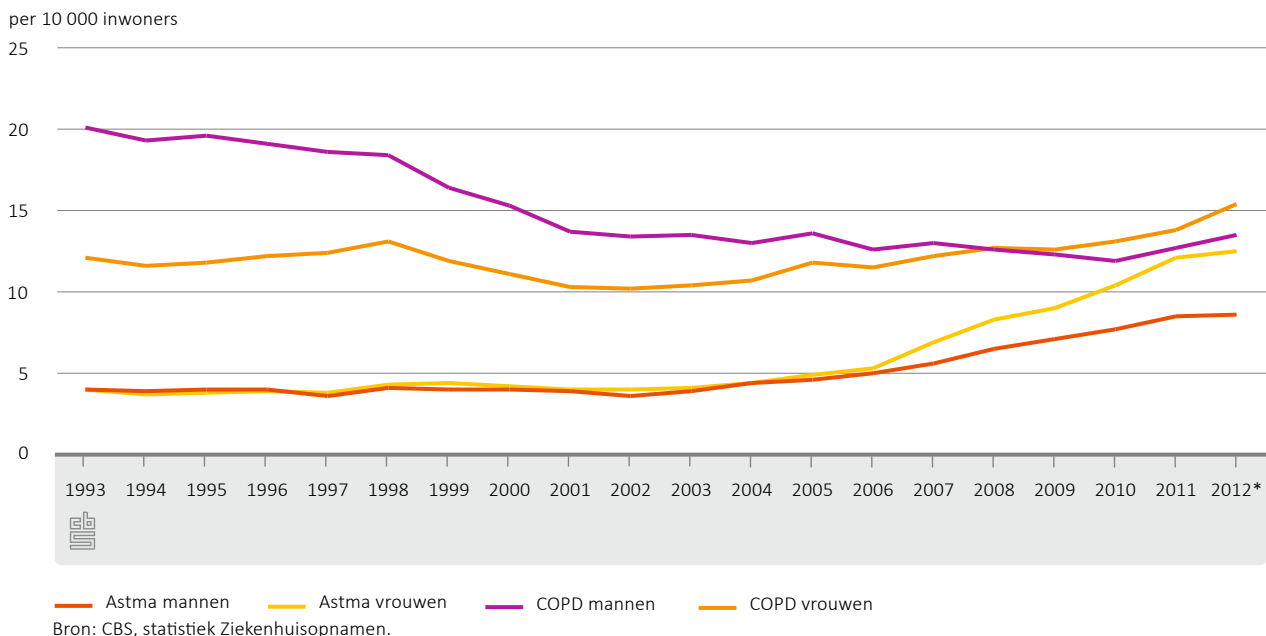
3.4.2 Ziekenhuisopnamen voor astma en COPD (gestandaardiseerd op bevolking van 2000)



Terwijl het aantal ziekenhuisopnamen voor COPD voor mannen al lange tijd een dalende trend vertoont, neemt dit voor vrouwen vanaf 2003 toe. Lange tijd lag ook het aandeel dat voor COPD in het ziekenhuis werd opgenomen onder mannen hoger dan onder vrouwen. In 2009 echter hebben vrouwen de mannen ingehaald; sindsdien is dit verschil groter geworden. In 2012 werden 15,4 op de 10 duizend vrouwen opgenomen vanwege COPD, tegenover 13,5 per 10 duizend mannen. Er kwamen vooral meer vrouwen van 50 jaar of ouder in het ziekenhuis terecht voor COPD. Hier speelt waarschijnlijk mee dat vrouwen de afgelopen decennia meer zijn gaan roken (Stolk, 2012).

Het aandeel ziekenhuisopnamen voor astma lag voor mannen en vrouwen lange tijd op hetzelfde niveau. Vanaf 2007 begon het aandeel onder vrouwen echter harder toe te nemen dan onder mannen. In 2012 ging het om 12,5 opnamen per 10 duizend vrouwen, tegenover 8,6 per 10 duizend mannen. De toename van astma onder vrouwen doet zich voor bij vrijwel alle leeftijden.

3.4.3 Ziekenhuisopnamen voor astma en COPD naar geslacht (gestandaardiseerd op bevolking van 2000)



Een belangrijke behandelmogelijkheid voor patiënten met astma of COPD zijn medicijnen. In 2013 kreeg bijna één op de tien inwoners een medicijn voor astma of COPD, dat vergoed is vanuit de basisverzekering. Het meest toegepast zijn sympathicometa en andere inhalatiemiddelen. Bij vrouwen ligt het medicijngebruik hoger dan bij mannen. Zo kreeg 9,5 procent van de vrouwen een geneesmiddel voor astma of COPD voorgeschreven in 2013, tegenover ruim 8 procent van de mannen. Vergeleken met 2006 nam vooral het medicijngebruik toe onder vrouwen van 50 jaar of ouder. Het aandeel mannen van 65 jaar of ouder met medicijnen voor astma of COPD nam ten opzichte van 2006 iets af.

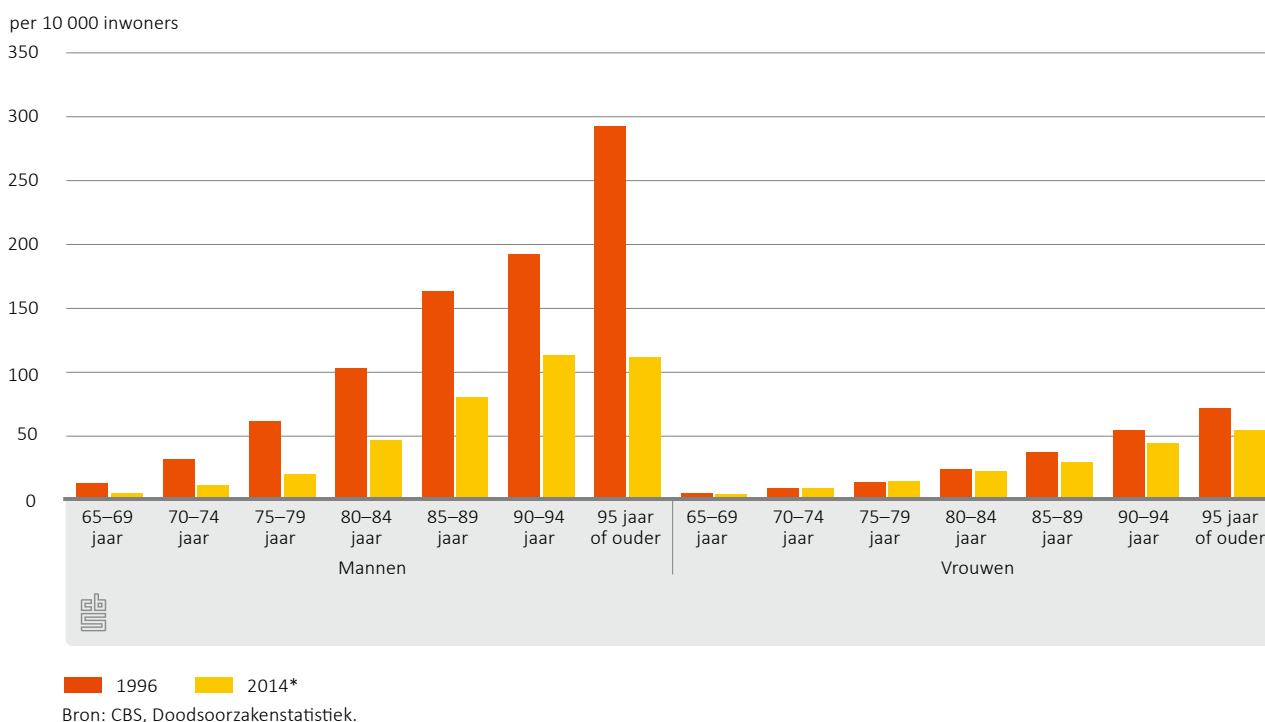
Deze cijfers geven echter geen totaalbeeld van het medicijngebruik voor astma of COPD. De hier getoonde cijfers over geneesmiddelengebruik zijn exclusief geneesmiddelen die verstrekt zijn in het ziekenhuis of het verpleeghuis.

3.5 Astma en COPD als doodsoorzaak

In 2014 was voor 5,8 duizend overledenen COPD de onderliggende doodsoorzaak. Astma als onderliggende doodsoorzaak kwam veel minder vaak voor: het betrof slechts 83 gevallen in 2014. Tezamen vormden deze aandoeningen ruim 4 procent van de totale sterfte.

Om uitspraken te kunnen doen over de ontwikkeling van de sterfte is het beter om relatieve cijfers te gebruiken. Daaruit blijkt dat in bijna twintig jaar tijd de sterfte aan COPD is afgenomen: van 4,1 op de 10 duizend personen in de bevolking in 1996 naar 3,4 op de 10 duizend personen in 2014. Naar verhouding is COPD vaker de onderliggende doodsoorzaak bij mannen. Het gaat echter steeds meer om vrouwen; zo was in 1996 een op de drie aan COPD gestorven mensen een vrouw en is dit aandeel in 2014 opgelopen naar 47 procent. Dit komt doordat de sterfte aan COPD onder mannen van 65 jaar of ouder in die periode flink is afgenomen, terwijl die voor vrouwen slechts licht daalde.

3.5.1 Sterfte aan COPD onder 65-plussers naar geslacht en leeftijd



In 2014 waren acht op de tien overledenen met COPD als onderliggende doodsoorzaak ouder dan 70 jaar. Vaak spelen op hoge leeftijd ook andere ziekten een rol waaraan mensen kunnen sterven. Zoals eerder al in dit artikel vermeld, hebben juist COPD-patiënten in verhouding vaker te maken met andere aandoeningen. Er zullen dus overleden COPD-patiënten zijn waarbij een andere aandoening dan COPD de onderliggende doodsoorzaak was, bijvoorbeeld longkanker, hartfalen of hartinfarct.

4. Samenvatting

In 2014/2015 antwoordde bijna 6 procent van de Nederlandse bevolking positief op de vraag of ze astma hebben of hebben gehad in de 12 maanden voorafgaand aan de Gezondheidsenquête. Bijna 5 procent rapporteerde COPD te hebben (gehad). Vrouwen gaven vaker aan astma of COPD te hebben dan mannen. Het percentage mensen met astma verschilde nauwelijks tussen de leeftijdsgroepen, terwijl COPD juist toenam met de leeftijd. Mensen met een hogere opleiding of een hoger inkomen gaven minder vaak dan mensen met een laag opleidingsniveau of inkomen aan dat ze astma of COPD hadden.

Mensen met astma of COPD beoordeelden hun gezondheid vaker als minder goed, hadden meer psychische klachten en hadden ook vaak nog een andere chronische aandoening naast astma of COPD. Het rookgedrag van mensen met en mensen zonder astma verschilde niet. Mensen met COPD roken vaker dan mensen zonder COPD. Het percentage mensen dat aangaf nooit gerookt te hebben was hoger onder mensen zonder COPD. Ook het aandeel dat volgens de Nederlandse Norm Gezond Bewegen inactief is, was hoger onder mensen met astma of COPD dan onder mensen zonder deze aandoeningen. Daarnaast rapporteerden mensen met astma of COPD vaker (ernstig) overgewicht dan mensen zonder astma of COPD.

Volgens de diagnose-registratie van de huisarts in 2013 was 8,4 procent van de mensen bekend bij de huisarts met astma en 3,4 procent met COPD. Voor een deel van de astma- en COPD-patiënten is zorg vanuit het ziekenhuis noodzakelijk. Over het algemeen maken COPD-patiënten meer gebruik van ziekenhuiszorg dan astmapatiënten. Meestal gaat het om een poliklinische behandeling, maar het kan ook tot een ziekenhuisopname leiden. Voor beide aandoeningen namen de ziekenhuisopnamen onder vrouwen de laatste jaren harder toe dan onder mannen. Verder kreeg 9 procent van alle inwoners een medicijn voor astma of COPD verstrekt in 2013. Het medicijngebruik was hoger bij vrouwen dan bij mannen. In 2014 hadden 5,8 duizend overledenen COPD als onderliggende doodsoorzaak. Aan astma overleden veel minder mensen, 83 in 2014. Tzamen vormen deze aandoeningen voor ruim 4 procent de oorzaak van alle overlijdens in dat jaar. Het gaat bij de overledenen aan COPD ook steeds vaker om vrouwen. Dit komt doordat de sterfte aan COPD onder mannen van 65 jaar of ouder de laatste twee decennia veel meer is afgenomen dan onder vrouwen van 65 jaar of ouder.

5. Discussie

Het percentage personen dat bekend is bij de huisarts met astma of COPD volgens de diagnose-registratie verschilt van het percentage personen dat zelf heeft aangegeven in de Gezondheidsenquête een van die ziekten te hebben. Beide bronnen tonen echter wel hetzelfde beeld: astma komt voor op alle leeftijden en COPD neemt toe met de leeftijd.

Dat het aandeel dat bekend is bij de huisarts voor astma zo veel groter is dan het aandeel dat zelf aangeeft in de enquête astma te hebben, zou kunnen komen door een verschil in waarnemingsmoment. Iemand met astmaklachten in het verleden, die op moment van

enquêteren en in het jaar ervoor geen klachten had, kan in de enquête aangeven geen astma te hebben. Bij de huisarts kan die persoon echter nog wel geregistreerd staan als astmapatiënt omdat daar in het verleden contact over is geweest.

In het LifeLines onderzoek dat werd uitgevoerd in Noord-Nederland in 2007–2013 werd aan ruim 146 duizend volwassenen van 20 jaar en ouder gevraagd of ze ooit astma hadden gehad. In dit onderzoek antwoordde bijna 9 procent hier positief op (Wijga, 2014). De vraag of mensen ooit astma hebben gehad lijkt dus beter aan te sluiten bij de diagnose-registratie dan de vraag of men astma heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad. Het aantal mensen dat met COPD bekend is bij de huisarts is iets lager dan de schatting uit de Gezondheidsenquête. De verschillen tussen de Gezondheidsenquête en de registraties kunnen mogelijk worden verklaard doordat ten eerste niet alle patiënten met chronische hoestklachten, slijm opgeven en kortademigheid bij de huisarts komen. Een andere mogelijke verklaring is dat patiënten met luchtwegobstructie langzaam gewend kunnen zijn aan de benauwdheid en/of hun leven hierop hebben aangepast en deze klacht niet meer als dusdanig ervaren. En tenslotte omdat niet alle gevallen van COPD door de huisarts (meteen) onderkend worden (Boezen, 2013). De prevalentie van COPD in de Gezondheidsenquête is mogelijk nog onderschat omdat het onderzoek wordt uitgevoerd in particuliere huishoudens. Hierdoor worden de patiënten met COPD in verzorgingstehuizen en verpleeghuizen niet meegenomen.

De cijfers over het zorggebruik in dit artikel, geven een deel van het totaal weer. Zo worden geen cijfers getoond over hoeveel astma- en COPD-patiënten gebruik maken van bijvoorbeeld fysiotherapie of alternatieve geneeswijzen. Ook toont dit artikel geen cijfers over patiënten (vaak met moeilijk behandelbare chronische longaandoeningen) die voor revalidatie en behandelingen terechtkomen bij speciale astma- en longrevalidatiecentra. Daarnaast zou het interessant zijn om de hoogte en de ontwikkeling van kosten van deze chronische longaandoeningen in kaart te brengen. Verder tonen de uitkomsten in dit artikel verschillen aan tussen mannen en vrouwen met astma of COPD. Onderzocht kan worden of hier inderdaad het verschil in rookgedrag van mannen en vrouwen, nu en in het verleden, een rol speelt.

Ook het koppelen van de registratiecijfers aan de Gezondheidsenquête biedt extra onderzoeksmogelijkheden. Dan kan bekeken worden of enquêterespondenten die astma of COPD rapporteren ook teruggevonden kunnen worden in de diverse zorgregistraties. Voor de uitkomsten in dit artikel was een dergelijke koppeling nog niet mogelijk, omdat in de Gezondheidsenquête pas vanaf 2014 afzonderlijk naar astma en COPD is gevraagd, terwijl de registraties over 2014 nog niet beschikbaar zijn.

Literatuur

Baan D, Heijmans M, Spreeuwenberg P, Rijken M, 2012, Zelfmanagement vanuit het perspectief van mensen met astma of COPD. NIVEL.

Boezen HM (UMCG), Postma DS (UMCG), Poos MJJC. (RIVM), 2013, Hoe vaak komt COPD voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal

Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.

Mackenbach JP, 2012, The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75, p. 761–769.

Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2015, Wat is COPD en wat is het beloop?. Ontleend aan <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ademhalingswegen/copd/beschrijving/>

RIVM , 2014, Zorg voor geest kost nog steeds het meest. Ontleend aan http://rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Zorg_voor_geest_kost_nog_stees_het_meest

Stolk G, 2012. Longkanker niet langer mannenkwaal. Bedenklijke inhaalslag. http://www.erasmusmc.nl/5663/177341/211028/3655391/3774689/p16-17_Bedenklijke_inhaalslag.pdf

Volksgezondheidszorg.info (2016a). Ontleend aan: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/astma/cijfers-context/incidentie-en-prevalentie#definitie--node-astma-een-chronische-ontsteking-van-de-luchtwegen>, RIVM: Bilthoven, april 2016.

Volksgezondheidszorg.info (2016b). Ontleend aan: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen#node-ziekte-en-ziektelast-van-roken>, RIVM: Bilthoven, april 2016.

Volksgezondheidszorg.info (2016b). Ontleend aan: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen#node-ziekte-en-ziektelast-van-roken>, RIVM: Bilthoven, april 2016.

Wijga AH (RIVM), Smit HA (Julius Centrum), Poos MJJC (RIVM), 2014, Hoe vaak komt astma voor, hoeveel mensen sterven eraan en neemt dit toe of af? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.

Verklaring van tekens

Niets (blanco)	Een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
.	Het cijfer is onbekend, onvoldoende betrouwbaar of geheim
*	Voorlopige cijfers
**	Nader voorlopige cijfers
2015–2016	2015 tot en met 2016
2015/2016	Het gemiddelde over de jaren 2015 tot en met 2016
2015/'16	Oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz., beginnend in 2015 en eindigend in 2016
2013/'14–2015/'16	Oogstjaar, boekjaar, enz., 2013/'14 tot en met 2015/'16

In geval van afronding kan het voorkomen dat het weergegeven totaal niet overeenstemt met de som van de getallen.

Colofon

Uitgever
Centraal Bureau voor de Statistiek
Henri Faasdreef 312, 2492 JP Den Haag
www.cbs.nl

Prepress
Studio BCO, Den Haag

Ontwerp
Edenspiekermann

Inlichtingen
Tel. 088 570 7070
Via contactformulier: www.cbs.nl/infoservice

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen/Bonaire, 2016.
Verveelvoudigen is toegestaan, mits CBS als bron wordt vermeld.