



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2006. De gegevens mogen met bronvermelding (M.J.W.M. Heijmans, *Mensen met COPD met een lage sociaal - economische status*, NIVEL 2006) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken. Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

Mensen met COPD met een lage sociaal - economische status - een profielschets -

M.J.W.M. Heijmans



ISBN 90-6905-802-2

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2006 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding tot het onderzoek	7
1.2 Onderzoeksvragen	7
1.3 Indeling van het rapport	8
2 Methode	9
2.1 De astma-/COPD-monitor	9
2.2 Sociaal-economische status	10
2.3 Gegevensverwerking	12
3 Resultaten	13
3.1 Beschrijving COPD-groep naar sociaal-economische status.	13
3.2 Demografische kenmerken naar sociaal-economische status	14
3.3 Kwaliteit van leven naar sociaal-economische status	16
3.4 Gezondheidsgedrag naar sociaal-economische status	20
3.5 Sociale hulpbronnen naar sociaal-economische status	26
4 Beschouwing	31
Referenties	33
Bijlagen	35

Voorwoord

Op verzoek van het Astma Fonds wordt in dit rapport een profielschets gegeven van mensen met COPD met een lage sociaal-economische status (SES). De gegevens die gepresenteerd worden zijn afkomstig uit de Monitor Zorg-en Leefsituatie van mensen met astma en COPD, een onderzoeksprogramma dat sinds 2001 door het NIVEL in opdracht van het Astma Fonds wordt uitgevoerd. De monitor heeft tot doel een representatief overzicht te geven van de situatie van mensen met astma en COPD in Nederland. Daarom worden sinds 2001 gegevens verzameld bij een landelijk panel van mensen met astma en COPD over hun kwaliteit van leven, hun maatschappelijke positie, hun zelfzorg en hun ervaringen met en oordeel over de zorg die zij ontvangen. In 2005 is een tweede panel van mensen met astma en COPD van start gegaan. De gegevens in dit rapport zijn afkomstig van dit tweede panel.

Het Astma Fonds wil graag een nadere beschrijving van haar doelgroep mensen met COPD. Gegevens uit de monitor laten zien dat mensen met COPD niet alleen ten opzichte van de Nederlandse bevolking maar ook ten opzichte van andere chronisch zieken groepen een kwetsbare groep vormen. Zij ervaren een slechtere kwaliteit van leven, ervaren meer problemen op het gebied van maatschappelijke participatie en zijn ook in sociaal-economische opzicht kwetsbaarder. Het is echter aannemelijk dat binnen de groep mensen met COPD verschillen bestaan. Eerder vonden we bijvoorbeeld al verschillen tussen mensen met COPD met en zonder comorbiditeit in ervaren kwaliteit van leven en gezondheidsgedrag. In dit rapport wordt nagegaan of er verschillen bestaan tussen mensen met COPD met een verschillend inkomens- of opleidingsniveau wat betreft hun ervaren kwaliteit van leven, hun gezondheidsgedrag en sociale hulpbronnen zoals sociale steun of de omgeving waarin zij wonen. Het onderscheid naar inkomen en opleiding is in de jaarrapporten van de Monitor zorg en leefsituatie van mensen met astma en COPD nog niet eerder gemaakt. Door ook dit onderscheid te maken ontstaat een completer beeld van de meest kwetsbare groepen binnen de groep mensen met COPD.

Utrecht, augustus 2006

1 Inleiding

1.1 Aanleiding tot het onderzoek

Mensen met COPD (Chronische bronchitis en longemfyseem) vormen een kwetsbare groep. Uit onderzoek van het NIVEL binnen het onderzoeksprogramma Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) en de Monitor Zorg en Leefsituatie van mensen met astma en COPD blijkt bijvoorbeeld dat mensen met COPD in vergelijking met de meeste andere chronische aandoeningen een slechtere kwaliteit van leven ervaren, meer psychosociale problemen rapporteren, lichamelijk meer beperkt zijn en vaker te maken krijgen met comorbiditeit (Heijmans & Rijken, 2003; Heijmans, Spreeuwenberg & Rijken, 2005). Ook zijn mensen met COPD relatief oud en laag opgeleid en hun financiële situatie blijft achter bij die van andere Nederlanders (Heijmans, Spreeuwenberg, & Rijken, 2005). Door de gemiddeld hoge leeftijd waarop COPD voorkomt, zijn mensen met COPD bovendien vaak te oud om nog betaald werk te verrichten waardoor deze groep financieel extra kwetsbaar is.

Ondanks dat de groep mensen met COPD als geheel een kwetsbare groep vormt, zijn er binnen de groep mensen met COPD ook individuele verschillen. Sommige mensen met COPD ondervinden meer last van hun aandoening en slagen er minder goed in om met hun aandoening om te gaan dan anderen (Heijmans & Rijken, 2003). Zo vonden we bijvoorbeeld dat mensen met COPD met comorbiditeit een slechtere gezondheid ervaren en meer problemen tegenkomen op het gebied van maatschappelijke participatie dan mensen met COPD zonder comorbiditeit (Heijmans & Rijken, 2003; Heijmans, Spreeuwenberg & Rijken, 2005).

Uit onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen blijkt dat mensen met een lage sociaal economische status (SES) vaker gezondheidsproblemen hebben en door hun gezondheid meer beperkt worden in hun dagelijks functioneren (Guralnik e.a., 1996; Berkman & Gurland, 1998) dan mensen met een hogere sociaal-economische status. Voor een deel worden deze verschillen verklaard door een ongelijke verdeling van factoren die een risico voor de gezondheid vormen. Mensen in de lagere sociaal-economische klassen leven ongezonder, hebben minder sociale hulpbronnen en vaak een minder sterke persoonlijkheid waardoor ze minder goed met allerlei stress in het dagelijks leven kunnen omgaan (Broese van Groenou, 2003).

In dit rapport wordt nagegaan of er sociaal-economische status (SES) verschillen zijn in ervaren gezondheid en factoren die daarop van invloed zijn binnen de groep mensen met COPD. SES zal daarbij geoperationaliseerd worden in termen van opleiding en inkomen (zie ook paragraaf 2.2). Een uitsplitsing naar opleiding en inkomen werd nog niet eerder gemaakt in de jaarrapporten van de monitor en moet dan ook gezien worden als een aanvulling op eerdere gegevens die verzameld zijn over de groep mensen met COPD.

1.2 Onderzoeksvragen

In dit rapport zullen de volgende onderzoeksvragen worden beantwoord:

1. Verschillen mensen met COPD in hun kwaliteit van leven (algemene gezondheidsbeleving, fysieke en sociale beperkingen, psychische gezondheid en ervaren psychosociale problemen) al naar gelang hun opleidings- of inkomensniveau?
2. Verschillen mensen met COPD in hun gezondheidsgedrag (roken, gebruik van alcohol, bewegen, Quetelet Index, kennis van medicatie, ideeën ten aanzien van medicijngebruik, therapietrouw, self-efficacy en ziektepercepties) al naar gelang hun opleidings- of inkomensniveau?
3. Verschillen mensen met COPD in de aanwezigheid van sociale hulpbronnen (partnerstatus, sociale contacten, eenzaamheid, sociale woonomgeving) al naar gelang hun opleidings- of inkomensniveau?

Met de aspecten van kwaliteit van leven, gezondheidsgedrag en sociale hulpbronnen die hierboven genoemd worden streven wij er niet naar om volledig te zijn. Genoemde aspecten zijn de onderwerpen waarover op dit moment informatie beschikbaar is vanuit de Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en COPD.

1.3 Indeling van het rapport

In het vervolg van dit rapport zal worden ingegaan op de methode van onderzoek en de resultaten. Hoofdstuk 2 bevat een korte beschrijving van de Monitor zorg en leefsituatie van mensen met astma en COPD en het onderzoeksprogramma Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG), een beschrijving van het concept sociaal-economische status en de operationalisatie hiervan in dit rapport en een beschrijving van de wijze van gegevensverwerking. In hoofdstuk 3 worden de resultaten beschreven, waarna in hoofdstuk 4 een korte beschouwing op de resultaten volgt. In de Bijlage zijn de meetinstrumenten opgenomen die gebruikt zijn om de concepten die centraal staan in dit rapport te meten.

2 Methode

In dit hoofdstuk zal een korte beschrijving gegeven worden van de astma-/COPD-monitor, het concept sociaal-economische status en de gegevensverwerking ten behoeve van dit rapport.

2.1 De astma-/COPD-monitor

Algemeen

Voor dit rapport is gebruik gemaakt van gegevens die bij deelnemers aan de astma-/COPD-monitor verzameld zijn. Omdat de deelnemers aan de monitor automatisch ook deelnemen aan het grotere onderzoeksprogramma Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) zal eerst kort bij dit panel worden stilgestaan. Zowel de monitor als het NPCG worden uitgevoerd door het NIVEL. Het NPCG bestaat uit ruim 4.000 zelfstandig wonende mensen uit de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder met een medisch gediagnosticeerde somatische chronische ziekte en/of matige tot ernstige zintuiglijke of motorische beperking. De panelleden zijn geworven via huisartsenpraktijken (uit een landelijke steekproef uit de Registratie Gevestigde Huisartsen in Nederland) en - in samenwerking met het Sociaal en Cultureel Planbureau - via twee bevolkingsonderzoeken: het aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek 2003 (AVO; SCP) en het Woningbehoefte Onderzoek 2002 (WBO; VROM). Voor meer informatie over de wervingsprocedure en de respons wordt verwezen naar het recent verschenen jaarrapport "Kerngegevens Zorg 2005" (Calsbeek e.a., 2006). Het NPCG is een voortzetting en verbreding van het tweede Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ-2). Het eerste Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) werd eind 1997 opgezet. Dit panel bestond uit ongeveer 2500 chronisch zieken. Gedurende drie jaar (april 1998 t/m oktober 2000) zijn er gegevens verzameld. In deze periode heeft het panel te maken gehad met uitval als gevolg van sterfte of dat mensen niet meer mee wilden doen. Omdat het panel gedurende die drie jaar niet werd aangevuld werden de gemiddelde leeftijd en de gemiddelde ziekteduur geleidelijk hoger. In 2001 is daarom het gehele panel vernieuwd en is het PPCZ-2 opgezet. Dit tweede patiëntenpanel bestond eveneens uit ongeveer 2500 mensen met chronische somatische ziekten. Parallel aan deze tweede fase van het PPCZ is de eerste fase van de astma-/COPD-monitor van start gegaan. Deze monitor werd opgezet op initiatief en met financiële ondersteuning van het Astma Fonds. Binnen deze monitor participeerden naast de mensen met een medische diagnose astma of COPD uit het PPCZ, ook patiënten met astma en COPD die speciaal voor de astma-/COPD-monitor waren geselecteerd (zie voor een beschrijving van de selectieprocedure Heijmans & Rijken, 2003). In totaal ging het om circa 700 mensen met astma of COPD. De dataverzameling bij dit panel liep van oktober 2001 t/m april 2004. In 2005 is het PPCZ-2 overgegaan in het NPCG waarbij ongeveer drie kwart van het bestaande panel is vervangen door nieuwe mensen met chronische somatische aandoeningen, geworven via dezelfde selectieprocedure als voor de voorgaande panels. Het NPCG vormt een verbreding van het PPCZ door de toevoeging van gehandicapten aan het panel. De dataverzameling bij het NPCG is in het voorjaar van 2005 van start gegaan. Op dit zelfde moment is een nieuw, tweede panel van

mensen met astma of COPD samengesteld. Deze mensen met astma en COPD participeren zowel in het NPCG als in de astma-/COPD-monitor. Bij aanvang van het panel in het voorjaar van 2005 ging het om 672 mensen met astma en 595 mensen met COPD. De mensen met COPD staan in dit rapport centraal.

Wijze van dataverzameling

In het NPCG worden gegevens verzameld met behulp van schriftelijke enquêtes en telefonische peilingen. De aandacht gaat vooral uit naar de kwaliteit van leven, het zorggebruik en de maatschappelijke positie van chronisch zieken en gehandicapten. Jaarlijks wordt tweemaal een schriftelijke enquête gehouden, in april en in oktober. Alle panelleden, dus ook de panelleden met een diagnose astma of COPD, krijgen jaarlijks deze twee enquêtes. Daarnaast ontvangen de mensen met een diagnose astma of COPD ieder jaar in januari specifiek ten behoeve van de astma-/COPD-monitor een extra enquête. Bovendien krijgt ieder panellid wanneer hij of zij zich opgeeft voor het panel een zogenaamde instroomvragenlijst, waarmee een aantal achtergrondgegevens bevestigd worden. In dit rapport worden gegevens uit de instroomlijst, de voorjaarslijst 2005, de najaarslijst 2005, de januarijst 2006 en de voorjaarslijst 2006 gebruikt. In onderstaande tabel staat het aantal mensen met COPD dat deze lijst heeft ingevuld.

Tabel 2.1: Aantal mensen met COPD dat de diverse vragenlijsten ingevuld heeft geretourneerd

Instroomlijst 2005	Voorjaar 2005	Najaar 2005	Januari 2006	Voorjaar 2006 ¹
478	440	423	402	317

¹ In het voorjaar zijn de oud PPCZ leden uitgestroomd en is begonnen met de jaarlijkse verversing van een deel van het panel. Omdat in het voorjaar nog niet alle nieuwe aanmeldingen binnen vallen valt dit aantal lager uit.

2.2 Sociaal-economische status

Het sociologische principe dat gemeenschappen gestratificeerd zijn, is de basisgedachte achter studies naar sociaal-economische gezondheidsverschillen. Deze stratificatie wordt veroorzaakt door het feit dat individuen kunnen worden gerangschikt op basis van hun kennis, macht, bezittingen en status. Iemands positie in deze rangschikking wordt sociaal-economische status (SES) genoemd.

Er zijn drie indicatoren die vaak worden gebruikt om SES te meten: het opleidingsniveau; het inkomensniveau; het beroepsniveau. Elke indicator verklaart een verschillend deel van SES, respectievelijk kennis, bezittingen en status. De indicatoren correleren daarom ook maar gedeeltelijk, de correlatiecoëfficiënten variëren tussen 0,24 en 0,47. Elk van de indicatoren heeft dan ook een onafhankelijke relatie met gezondheid (Sadiraj & Groot, 2006). Binnen het NPCG en de Monitor Zorg-en Leefsituatie van mensen met astma en COPD bestaat informatie over het opleidingsniveau en het inkomensniveau van mensen met COPD. Gegevens over het beroepsniveau zijn niet beschikbaar. De keuze voor beroepsniveau als indicator voor SES bij mensen met COPD ligt ook minder voor de hand omdat

een ruime meerderheid van de mensen met COPD boven de 65 jaar is en daardoor geen deel meer uitmaakt van de beroepsbevolking.

Inkomen

In onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen is inkomen de meest gebruikte indicator voor SES (Sadiraj & Groot, 2006). De indicator wordt zowel op individueel niveau als op huishoudniveau gebruikt. Als deze variabele op huishoudniveau wordt gebruikt, wordt doorgaans gecorrigeerd voor het aantal leden van een huishouden. Een alleenstaande met een zelfde inkomen als een echtpaar heeft dan een hogere SES dan dit echtpaar. In het meeste onderzoek wordt huishoudinkomen gebruikt, omdat dit als een betere weerspiegeling van iemands SES wordt gezien. Dit geldt vooral voor huishoudens waar het verschil in inkomens tussen de partners groot is. Bijvoorbeeld een vrouw van een goed verdienende man die thuis voor de kinderen zorgt, ontleent haar status grotendeels aan de positie van haar man. Bij definitie van SES op huishoudniveau wordt hier ook rekening mee gehouden, in een definitie op individuniveau heeft ze juist een hele lage SES.

Binnen het NPCG worden twee maten gebruikt om de inkomenspositie van mensen te beschrijven: het huishoudinkomen en het netto equivalent inkomen dat eveneens op het huishoudinkomen gebaseerd is. Binnen het NPCG is geen informatie over het inkomen op individueel niveau.

Onder huishoudinkomen wordt het netto maandinkomen verstaan van het huishouden waartoe de persoon behoort. Dit is de som van alle inkomens van alle personen uit het huishouden na aftrek van belastingen en premies. Ook het inkomen van inwonende kinderen wordt meegenomen, voor zover zij dit afdragen aan het huishouden. Het kan gaan om inkomsten uit arbeid, een uitkering en/of inkomsten uit vermogen. Vakantiegeld en een dertiende maand worden niet meegerekend. Andere inkomsten zoals kinderbijslag, huursubsidie en incidentele giften worden bij de bepaling van het netto inkomen ook buiten beschouwing gelaten. Het huishoudinkomen wordt weergegeven in categorieën: 1) minder dan €1.100,-; 2) €1.100,- – €1.400,-; 3) €1.400,- – €1.700,-; 4) €1.700,- – €2.500,-; 5) €2.500,- – €3.100,-; 6) meer dan €3.100,-.

Bij de berekening van het netto equivalent inkomen wordt rekening gehouden met de samenstelling van het huishouden waartoe de persoon behoort. Vanwege de schaalvoordelen die leden binnen één huishouden genieten wordt het huishoudinkomen met behulp van een equivalentiefactor omgerekend naar het inkomen dat voor eenpersoonshuishouden zou gelden. Deze berekeningswijze wordt algemeen toegepast in CBS-statistieken en maakt het mogelijk om gehuwden en alleenstaanden met elkaar te vergelijken of mensen met en zonder thuiswonende kinderen. Het netto-equivalent inkomen wordt binnen NPCG rapportages opgevat als een continue variabele.

In dit rapport zal als indicator van sociaal-economische status het netto equivalent-inkomen per maand gebruikt worden.

Opleiding

Opleiding is een tweede indicator die veel gebruikt wordt als maat voor SES. Hoog opgeleide individuen maken doorgaans meer bewuste en geïnformeerde keuzes dan laag opgeleide individuen, ook als het gaat om keuzes over gezondheid en gezondheidsgerelateerd

gedrag. Daarnaast beïnvloedt het opleidingsniveau iemands arbeidsmarktkansen en daarmee zijn inkomen. Opleiding heeft als indicator praktische voordelen: in verhouding tot inkomen is opleiding meer persoonsgebonden en gemakkelijker in niveaus in te delen. De meeste mensen sluiten hun formele opleiding voor een bepaalde leeftijd af zodat opleiding gedurende hun levensloop een betrekkelijk constant gegeven is. Het nadeel van opleiding als indicator voor sociaal-economische status is dat er door de algemene stijging van het onderwijspeil een cohort effect kan optreden. Het opleidingsniveau van ouderen is niet zonder meer te vergelijken met jongeren. Binnen het NPCG is opleidingsniveau ingedeeld in zeven categorieën: 1) geen/lagere school, 2) lager beroeps onderwijs, 3) MULO/MAVO/drie jaar HBS, 4) MBO, 5) HBS/HAVO/VWO/MMS, 6) HBO, 7) Universiteit. Dit is een indeling die ook door het CBS gehanteerd wordt.

2.3 Gegevensverwerking

Verschillen tussen mensen met COPD met een verschillend opleidingsniveau of een verschillend inkomensniveau worden met behulp van kruistabellen en ANOVA's onderzocht. Door het gehele rapport wordt een significantieniveau van 0.05 gehanteerd. Daar waar gesproken wordt over verschillen tussen groepen betreft het significante verschillen op 0.05 niveau.

3 Resultaten

3.1 Beschrijving COPD-groep naar sociaal-economische status.

Als indicatoren voor SES van mensen met COPD worden de achtergrondvariabelen inkomen en opleiding gebruikt. Gegevens over opleiding zijn afkomstig uit de zogenaamde instroomlijst. De instroomvragenlijst is verstuurd in de eerste maanden van 2005 naar alle mensen die zich aangemeld hebben voor deelname aan het NPCG. De gegevens over inkomen zijn afkomstig uit de voorjaarslijst 2005. Deze vragenlijst is in april/mei 2005 verstuurd, dus kort na de instroomvragenlijst.

Mensen met COPD naar opleiding

In het instroombestand van de NPCG zitten 478 mensen met een oudste diagnose van COPD (chronische bronchitis of longemfyseem). In tabel 1 staat de verdeling van deze groep naar opleidingsniveau. De vraag naar opleiding is door 449 mensen beantwoord. Meer dan de helft (57%) van de mensen met COPD heeft een opleidingsniveau van LBO of lager. Slechts 11% heeft een opleiding op HBO of WO niveau. Deze verdeling naar opleiding komt overeen met de verdeling naar opleiding onder mensen met COPD zoals we die zagen in het eerste astma-/COPD-panel in de periode 2001-2004 (Heijmans & Rijken, 2003). Op basis van de frequentieverdeling zal ter operationalisatie van SES in het vervolg van dit rapport een onderscheid gemaakt worden in vier opleidingsniveaus: 1) geen onderwijs of alleen lagere school, 2) LBO, 3) MULO/MAVO/MBO/HAVO en 4) HBO/WO waarbij geldt des te lager de opleiding des te lager de sociaal-economische status.

Tabel 3.1: Verdeling mensen met COPD (n=449) naar opleidingsniveau

Opleidingsniveau	N	%
Geen/lager onderwijs	114	25
LBO	144	32
MULO/MAVO	69	15
MBO	59	13
HAVO/HBS/VWO/MMS	16	4
HBO	41	9
WO	9	2
Totaal	449	100

Mensen met COPD zijn over het algemeen ouder. De gemiddelde leeftijd van deze onderzoeksgroep is 68,8 jaar en varieert van 38 tot 93 jaar. Bekend is dat oudere mensen in het algemeen wat lager opgeleid zijn. Ook binnen onze groep bestaat er een significant, maar niet heel sterk verband tussen opleiding en leeftijd ($r = -0.18, p < .001$). Aangezien een oudere leeftijd haast inherent is aan een diagnose COPD zal verder niet voor leeftijd gecorrigeerd worden.

Inkomen van mensen met COPD

Ter operationalisatie van SES wordt naast opleiding een indeling in inkomensklassen naar hoogte van het netto equivalent inkomen gehanteerd. Hierbij wordt een indeling in vier categorieën gebruikt: minder dan €850,-, tussen €850,- - €1.150,-, tussen €1.150,- - €1.475,- en meer dan €1.475,-. Een vergelijkbare indeling werd gehanteerd in een recente studie van Schuijt-Lucassen en Broese van Groenou (2006) naar verschillen in zorggebruik door ouderen naar inkomen. Er bestaat niet een officiële indeling naar inkomen. Wel bestaat er een lageninkomensgrens, het zogenaamde sociaal minimum. In 2005 gold €850,- als de lageninkomensgrens voor eenpersoonshuishoudens jonger dan 65 jaar (SCP, Armoede monitor 2005).¹

De berekening van het netto-equivalent inkomen is gebaseerd op de voorjaarslijst 2005. De vraag over inkomen werd door 361 van de 440 mensen met COPD ingevuld. In tabel 2 staat de verdeling van mensen met COPD naar netto equivalent inkomen. De tabel laat zien dat 19% van de huishoudens van mensen met COPD een netto maandinkomen heeft dat onder het sociaal minimum ligt. Meer dan 60% heeft een netto equivalent inkomen van €1.150,- of minder per maand.

Tabel 3.2: Verdeling van mensen met COPD (n=440) naar netto equivalent inkomen in euro's per maand

Hoogte van het inkomen	N	%
Minder dan €850,-	70	19
€850,- - €1.150,-	151	42
€1.150 - €1.475,-	57	16
Meer dan €1.475,-	83	23

3.2 Demografische kenmerken naar sociaal-economische status

In onderstaande tabellen wordt een beschrijving gegeven van enkele demografische- en ziektekenmerken van mensen met COPD naar opleiding (tabel 3.3) en inkomen (tabel 3.4). Het betreft de geslachtsverdeling, de gemiddelde leeftijd, de burgerlijke status en regio waaruit de mensen met COPD afkomstig zijn, de ziekteduur en de aanwezigheid van comorbiditeit. Bij burgerlijke status wordt een onderscheid gemaakt in gehuwd/samenwonend en ongehuwd/alleenstaand. Bij regio wordt een onderscheid gemaakt in Noord-Nederland, Oost-Nederland, Zuid-Nederland en West-Nederland. Onder comorbiditeit wordt verstaan de aanwezigheid van nog één of meerdere andere medisch gediagnosticeerde chronische aandoeningen naast COPD.

¹ Het sociaalminimum voor tweepersoonshuishoudens jonger dan 65 jaar lag in 2005 op 1100 euro. Indien het huishoudinkomen als indicator voor SES gehanteerd zou worden (in plaats van het netto equivalent inkomen), zou 20% van de mensen met COPD een inkomen onder het sociaal minimum hebben.

Tabel 3.3: Sociaal-demografische en ziektekenmerken van mensen met COPD naar opleiding

	Opleidingsniveau*				P**
	1	2	3	4	
% Vrouw	50%	51%	41%	32%	.05
% Gehuwd/samenwonend	60%	78%	69%	70%	.02
Gemiddelde leeftijd (M (sd))	72,3 (9,2)	68,2 (9,1)	67,3 (11,0)	66,7 (10,8)	.001
Regio - Noord	19%	16%	8%	7%	.001
Regio - Oost	28%	29%	31%	21%	ns
Regio - West	35%	34%	48%	55%	.001
Regio - Zuid	18%	21%	13%	17%	ns
Gemiddelde ziekte duur (M (sd))	12,9 (10,0)	11,9 (11,1)	11,4 (11,1)	10,3 (7,4)	ns
% Met comorbiditeit	34%	29%	25%	23%	ns

* 1 = Geen/lager onderwijs;
 2 = LBO;
 3 = MULO/MAVO/MBO/HAVO
 4 = HBO/WO;
 ** Dit betreft chi2-toets of Anova.

Tabel 3.4: Sociaal-demografische en ziektekenmerken van mensen met COPD naar netto equivalent inkomen in euro's per maand

	Inkomen				P*
	< €850,-	€850,- -€1.150,-	€1.150,- - €1.475,-	> €1.475,-	
% Vrouw	34 %	55%	37%	34%	.001
% Gehuwd/samenwonend	60%	78%	69%	70%	.02
Gemiddelde leeftijd (M (sd))	69,1 (9,3)	68,2 (9,6)	67,8 (10,9)	66,7 (11,2)	.05
Regio - Noord	27%	20%	16%	8%	.001
Regio - Oost	26%	31%	26%	24%	ns
Regio - West	31%	30%	49%	48%	.001
Regio - Zuid	16%	19%	9%	19%	ns
Gemiddelde ziekte duur (M (sd))	11,8 (11,9)	13,9 (11,7)	10,7 (7,9)	8,5 (6,4)	.05
% Met comorbiditeit	20%	31%	20%	28%	ns

* Dit betreft chi2-toets of Anova.

Tabel 3.3 en 3.4 laten het volgende zien:

- Er zijn duidelijke sociaal-economische verschillen naar leeftijd en regio bij mensen met COPD. Dit geldt zowel wanneer opleiding als indicator voor SES wordt gebruikt als wanneer het netto maandinkomen als indicator wordt gebruikt. Naarmate mensen met COPD een lagere opleiding hebben en/of een lager inkomen, zijn gemiddeld ouder, vaker afkomstig uit het Noorden van het land en minder uit het Westen. Het westen en zuiden van het land zijn de regio's waar in het algemeen de meeste mensen met een hoge SES wonen. Het noorden van Nederland en het oosten van Nederland zijn vanuit sociaal-economisch oogpunt zwakker (www.rivm.nl). Er zijn ook significante verschillen in geslachtsverdeling en burgerlijke staat maar deze verschillen vormen

geen consistent patroon.

- Wat betreft ziekteduur lijkt het er op dat mensen met COPD met een hoge SES (hoog opleidingsniveau of hoog inkomen) wat minder lang COPD hebben maar de verschillen zijn alleen significant voor mensen met een verschillend inkomensniveau.
- De aanwezigheid van comorbiditeit verschilt niet significant naar inkomen of opleiding. Het verschil tussen mensen in de laagste inkomenscategorie en de drie hogere inkomenscategorieën lijkt groot maar de betrouwbaarheidsintervallen zijn redelijk ruim wat duidt op een grote variatie binnen groepen.

3.3 Kwaliteit van leven naar sociaal-economische status

Kwaliteit van leven van mensen met COPD is op verschillende kenmerken onderzocht. Daarbij is een onderscheid gemaakt in generieke kenmerken (tabel 3.5 en 3.6) en ziektespecifieke kenmerken (tabel 3.7 en 3.8). De generieke kenmerken zijn gemeten bij alle leden van het NPCG in de voorjaarslijst 2005 of de najaarslijst 2005. De ziektespecifieke kenmerken zijn alleen gemeten bij de mensen met een diagnose astma of COPD binnen het NPCG. Deze vragen zijn afgenomen in januari 2006.

Tabel 3.5 en 3.6 tonen de gegevens van mensen met COPD met betrekking tot algemene gezondheidsbeleving, de ernst van de lichamelijke beperkingen, het percentage mensen met COPD dat een verhoogde kans heeft op het ontwikkelen van psychiatrische problematiek en de aanwezigheid van psychosociale problemen. Om na te gaan hoe mensen met COPD hun gezondheid in het algemeen beleven is een item uit de RAND-36 (Van der Zee & Sanderman, 1993) als indicator gekozen. Het item luidt: 'Hoe beoordeelt u in het algemeen gezondheid.' Er zijn 5 antwoordcategorieën 'uitstekend', 'zeer goed', 'goed', 'matig' en 'slecht'. De antwoorden uitstekend/zeer goed en goed zijn vervolgens samengenomen evenals de categorieën matig en slecht. In de tabellen wordt het percentage mensen met COPD vermeld dat de gezondheid als matig tot slecht beoordeelt. De ernst van lichamelijke beperkingen is gemeten met de beperkingen lijst van het SCP. De SCP-maat voor fysieke beperkingen (De Wit, 1997) onderscheidt de aanwezigheid van geen, matige of ernstige beperkingen op een zevental terreinen, te weten: horen, zien, persoonlijke verzorging of Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), zich verplaatsen, huishoudelijke activiteiten of Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL), zitten en staan en arm/handfunctie. Daarnaast kan een totaalmaat voor beperkingen berekend worden op basis van de verschillende subschalen. Deze maat heeft vier categorieën en onderscheidt groepen mensen die niet, licht, matig of ernstig beperkt zijn. In de tabellen is de totaalmaat gebruikt.

Om een indruk te krijgen van de psychische gezondheid van mensen met COPD is de General Health Questionnaire – 12 itemversie (GHQ-12; Goldberg, 1972) ingevuld. De GHQ is bedoeld om zicht te krijgen op het voorkomen van niet-psychotische psychiatrische aandoeningen, met name emotionele stoornissen zoals angst en depressiviteit. De GHQ-score loopt van 0 tot 12. Bij de GHQ-12 wordt ervan uitgegaan dat mensen die een score van 2 of hoger hebben, een grote kans hebben op een psychiatrische diagnose. In de tabel wordt daarom het percentage mensen dat een GHQ-score van 2 of hoger heeft gerapporteerd. Om de psychosociale gevolgen van het chronisch-ziekzijn in kaart te

brengen zijn negen items uit de Biografische-problemenlijst (BIOPRO; Hosman, 1983) geselecteerd. Deze items refereren aan de ervaren problemen in de woonsituatie, werksituatie, financiële situatie, vrijetijdsbesteding, seksuele problemen en relationele problemen met de partner, kinderen, overige familieleden en kennissen, en andere psychosociale problemen. Per aspect werd gevraagd om aan te geven, of men de afgelopen tijd problemen heeft ervaren (antwoordmogelijkheden: ja en nee). In de tabel wordt het percentage mensen met COPD weergegeven dat aangeeft problemen te hebben.

Tabel 3.5: Kwaliteit van leven van mensen met COPD naar opleiding (generiek)

	Opleidingsniveau*				P
	1	2	3	4	
Algemene gezondheidsbeleving	59%	53%	46%	32%	.01
Matig /slecht					
Ernst van de lichamelijke beperkingen	10%	28%	26%	26%	.01
Geen	27%	25%	28%	28%	
Licht	34%	30%	31%	31%	
Matig	29%	17%	15%	16%	
Ernstig					
% Verhoogd risico op psychiatrische problematiek	34%	34%	34%	36%	ns
Psychosociale problemen					
Financieel	13%	10%	6%	13%	ns
Wonen	6%	5%	5%	9%	ns
Baan	33%	28%	10%	12%	.05
Vrije tijd	2%	2%	6%	0%	ns
Partner	3%	4%	4%	11%	.05
Kinderen	5%	2%	5%	11%	.05
Vrienden/kennissen	7%	6%	5%	9%	ns
Seksuele problemen	17%	17%	16%	26%	ns
Andere problemen	7%	4%	12%	24%	.001

* 1 = Geen/lager onderwijs;
 2 = LBO;
 3 = MULO/MAVO/MBO/HAVO;
 4 = HBO/WO.

Tabel 3.6: Kwaliteit van leven van mensen met COPD naar netto equivalent inkomen in euro's per maand (generiek)

	Inkomensniveau				P
	< €850,-	€850,- - €1.150,-	€1.150,- - €1.475,-	> €1.475,-	
Algemene gezondheidsbeleving					
Matig /slecht	59%	58%	51%	36%	.001
Ernst van de lichamelijke beperkingen					
Geen	25%	17%	26%	42%	.001
Licht	19%	26%	26%	30%	
Matig	29%	35%	28	21%	
Ernstig	28%	22%	20%	7%	
% Verhoogd risico op psychiatrische problematiek					
	28%	39%	38%	29%	ns
Psychosociale problemen					
Financieel	14%	12%	4%	1%	.01
Wonen	7%	7%	6%	4%	ns
Baan	25%	28%	13%	7%	.05
Vrije tijd	4%	4%	2%	2%	ns
Partner	2%	8%	4%	5%	ns
Kinderen	5%	6%	4%	7%	ns
Vrienden/kennissen	5%	7%	5%	5%	ns
Seksuele problemen	16%	14%	17%	27%	.05
Andere problemen	7%	9%	10%	12%	ns

De gegevens uit tabel 5 en 6 met betrekking tot verschillen in kwaliteit van leven naar opleiding of inkomen laten het volgende zien:

- Meer mensen met een lagere opleiding en/of laag inkomen beoordelen hun gezondheid als matig/tot slecht in verhouding tot mensen met een hogere opleiding of een hoger inkomen.
- Bij mensen met COPD met een lage SES (zowel naar opleiding als inkomen) is vaker sprake van ernstige lichamelijke beperkingen.
- Slechts 10% van de mensen met COPD uit de laagste opleidingscategorie heeft geen last van lichamelijke beperkingen. Bij hoger opgeleiden in dit 26 tot 28%.
- De kans op psychiatrische problematiek verschilt voor mensen met COPD niet naar opleiding of inkomen. Circa een derde van de mensen met COPD heeft een verhoogde kans op psychiatrische problematiek.
- Mensen met geen opleiding of alleen lager onderwijs ervaren meer problemen bij hun werk dan mensen met COPD die hoger opgeleid zijn (NB Het gaat hier om mensen die werk hebben. De arbeidsparticipatie op zich hangt sterk samen met opleiding waarbij mensen met COPD met een lage opleiding minder vaak een betaalde baan hebben dan mensen met COPD die hoger opgeleid zijn (Heijmans, Spreeuwenberg, & Rijken, 2005)).
- Mensen met COPD die hoog opgeleid zijn ervaren meer problemen in hun relatie met hun partner en in de relatie met hun kinderen dan mensen met COPD die lager opgeleid zijn.
- Mensen met COPD met een laag inkomen (tot €1.150 euro) hebben meer financiële problemen en problemen met hun baan dan mensen met COPD met een hoger inkomen.

De gezondheidstoestand van mensen met COPD is ook ziektespecifiek gemeten in de vragenlijst van januari 2006 met behulp van de Clinical COPD Questionnaire (CCQ, Van der Molen e.a., 1999). De CCQ bevat 10 vragen die worden gescoord van 0 tot 6, waarbij 0 de beste waarde is. De vragenlijst bevat drie schalen: symptomen, functionele gezondheidstoestand en mentale gezondheidstoestand. Daarnaast kan een totaalscore berekend worden. In de praktijk heeft een COPD patiënt met ernstig COPD vaak een totaalscore van 3-4 en iemand met een lichte vorm van COPD een score van 1-2.

Behalve de CCQ zijn ook vijf schalen van de QoL-RIQ (Maille et al., 1997) afgenomen. Dit is een vragenlijst om kwaliteit van leven bij mensen met ademhalingsklachten te meten. Het gaat om de schalen ademhalingsproblemen, lichamelijke klachten ten gevolge van ademhalingsproblemen, emotionele klachten, problemen op het gebied van algemene bezigheden en problemen op het gebied van seksualiteit en sociale relaties. Scores variëren van 1 t/m 7 waarbij hogere scores duiden op meer problemen. De vragen over seksuele relaties zijn alleen ingevuld door diegenen die een seksuele relatie hebben.

Tabel 3.7: Kwaliteit van leven van mensen met COPD naar opleiding (specifiek)

	Opleidingsniveau*				P
	1	2	3	4	
CCQ					
Symptomen (0 - 6)	2,7 (1,2)	2,6 (1,4)	2,3 (1,2)	2,2 (1,2)	.01
Functionele status (0 - 6)	2,6 (1,4)	2,1 (1,4)	1,7 (1,3)	1,7 (1,4)	.02
Mentale status (0 - 6)	1,2 (1,3)	1,0 (1,3)	0,9 (1,0)	0,8 (1,2)	ns
Totaal score (0 - 6)	2,2 (1,0)	2,1 (1,2)	1,8 (1,2)	1,7 (1,2)	.05
QoL - RIQ					
Ademhalingsproblemen (1 - 7)	2,9 (1,1)	2,9 (1,1)	2,6 (1,1)	2,7 (1,2)	ns
Lichamelijke klachten (1 - 7)	2,2 (1,0)	2,4 (1,1)	2,2 (1,1)	2,3 (1,3)	ns
Emotionele problemen (1-7)	2,1 (1,0)	2,0 (1,1)	2,0 (1,1)	2,0 (1,1)	ns
Problemen dagelijkse activiteiten (1-7)	2,6 (1,5)	2,6 (1,5)	2,3 (1,5)	2,3 (1,4)	ns
Problemen seksualiteit, sociale relaties (1-7)	2,2 (1,4)	2,1 (1,4)	2,1 (1,5)	2,2 (1,7)	ns

* 1 = Geen/lager onderwijs;
 2 = LBO;
 3 = MULO/MAVO/MBO/HAVO;
 4 = HBO/WO.

Tabel 3.8: Kwaliteit van leven van mensen met COPD naar netto equivalent inkomen in euro's per maand (specifiek)

	Inkomensniveau				P
	< €850,-	€850,- - €1.150,-	€1.150,- - €1.475,-	> €1.475,-	
CCQ					
Symptomen (0 - 6)	3,0 (1,4)	2,6 (1,4)	2,2(1,2)	2,2 (1,2)	.001
Functionele status (0 - 6)	2,4 (1,5)	2,4 (1,3)	1,8 (1,4)	1,5 (1,4)	.000
Mentale status (0 - 6)	1,3 (1,5)	1,1 (1,2)	1,1 (1,3)	0,7 (1,0)	.04
Totaal score (0 - 6)	2,4 (1,3)	2,1 (1,1)	1,9 (1,1)	1,6 (1,1)	.001
QoL - RIQ					
Ademhalingsproblemen (0-7)	3,1 (1,4)	2,9 (1,2)	2,7 (1,2)	2,5 (1,1)	.04
Lichamelijke klachten (0-7)	2,5 (1,2)	2,5 (1,1)	2,3 (1,1)	2,0 (1,0)	.05
Emotionele problemen (0-7)	2,2 (1,4)	2,1 (1,1)	2,0 (1,1)	1,8 (0,9)	ns
Problemen dagelijkse activiteiten (0-7)	2,9 (1,8)	2,7 (1,5)	2,4 (1,4)	2,1 (1,3)	.009
Problemen seksualiteit, sociale relaties (0-7)	2,8 (1,8)	2,1 (1,5)	2,1 (1,3)	1,9 (1,5)	.02

Uit de tabellen 3.7 en 3.8 met betrekking tot ziekte-specifieke kwaliteit van leven blijkt het volgende:

- Mensen met COPD met een laag opleidingsniveau rapporteren meer symptomen en een slechtere functionele status dan mensen met COPD met een hoger opleidingsniveau. Ook is hun totaal score op de CCQ hoger wat duidt op ernstiger COPD dan mensen met een hogere opleiding.
- De scores op de kwaliteit van leven schalen vertonen een trend van hogere scores in de laagste opleidingscategorieën, maar de gevonden verschillen zijn niet significant.
- Tabel 3.8 laat een duidelijker verschil naar SES zien. Mensen met COPD scoren hoger op alle subschalen van de CCQ naarmate hun inkomen lager is wat duidt op meer klachten, een slechtere functionele status en meer mentale problemen.
- Ook uit de scores op de ziektespecifieke kwaliteit van leven lijst blijkt dat mensen met COPD uit de lagere inkomensklassen meer last hebben van ademhalingsproblemen, lichamelijke problemen, problemen met dagelijkse activiteiten en problemen op het gebied van sociale relaties dan mensen met COPD uit de hogere inkomensklassen.

3.4 Gezondheidsgedrag naar sociaal-economische status

Met betrekking tot gezondheidsgedrag is het percentage rokers, het percentage meerookers, het aantal dagen dat gemiddeld een half uur per dag matig intensief bewogen wordt, alcoholgebruik, de Quetelet Index, kennis ten aanzien van medicijnen, ideeën ten aanzien van medicijngebruik, self-efficacy en therapietrouw in ogenschouw genomen. Roken, meerroken en alcoholgebruik zijn bevraagd in de najaarsvragenlijst 2005. Bij roken wordt een onderscheid gemaakt tussen mensen met COPD die niet roken en mensen die dit af en toe of dagelijks doen. Bij meerroken is gevraagd hoeveel er gemiddeld in huis wordt gerookt door alle mensen samen. Er waren vijf categorieën variërend van helemaal niet tot 15 sigaretten of meer per dag. In onderstaande tabellen is een tweedeling gemaakt tussen wel en niet meerroken. Uiteraard is het percentage dat meerookt sterk gerelateerd aan het percentage rokers. Bij alcoholgebruik wordt een

onderscheid gemaakt in 0=niet drinken, 1=matig drinken, namelijk niet dagelijks en niet meer dan enkele glazen per keer, 2=excessief drinken, dat wil zeggen dagelijks en meerdere glazen per keer. De Quetelet Index staat voor het gewicht in kg gedeeld door lengte in meters ². Deze QI-Index is vervolgens gehercodeerd als ondergewicht (<21), normaal gewicht (21-28) en overgewicht (>28).

Ook bewegen is in het najaar van 2005 bevraagd. Met betrekking tot bewegen is alleen het gemiddeld aantal dagen per week waarop tenminste een half uur matig intensief bewegen wordt opgenomen. Het percentage mensen dat aan de norm gezond bewegen voldoet is wel bevraagd maar nog niet beschikbaar. Bewegen vormt het onderwerp van een aparte factsheet die in september 2006 zal verschijnen.

Kennis ten aanzien van medicijnen en medicijngebruik is gemeten met behulp van 11 vragen. Deze zijn ontleend aan de astma-COPD/zelftest die op de website van het Astma Fonds staat. Therapietrouw is gemeten met behulp van de Medication Adherence Report Scale (MARS). Kennis en therapietrouw zijn beide bevraagd in januari 2006. De score varieert van 1 t/m 5 waarbij een hogere score duidt op meer therapietrouw.

Ideeën ten aanzien van medicijngebruik en vragen over self-efficacy zijn eveneens in januari 2006 bevraagd. Ideeën ten aanzien van medicijnen zijn gemeten met de Nederlandse vertaling van de Beliefs about Medicine Questionnaire (BMQ). De BMQ kent twee schalen. Een schaal die het geloof in het belang van medicatie meet en een schaal die de bezorgdheid over het gebruik van medicatie meet. De eerste schaal geeft een indruk van de mate waarin een patiënt overtuigd is van de noodzaak van het nemen van medicijnen. Twee voorbeelden van items op deze schaal zijn: 'Mijn medicijnen voorkomen dat ik verder achteruit ga' en 'Mijn leven zou erg moeilijk zijn zonder mijn medicijnen.' De tweede schaal heeft betrekking op de mate waarin een patiënt bezorgd is over de schadelijke effecten van het gebruik van medicijnen (bijwerkingen, afhankelijkheid etc.). Een voorbeeld van een item op deze schaal is: 'Soms ben ik bang dat ik te afhankelijk zal worden van mijn medicijnen.' Scores op beide schalen lopen van 1 tot en met 5 waarbij een hogere score op de 'belang van medicatie' schaal er op wijst dat men meer overtuigd is van het nut en de noodzaak van medicatie. Een hogere score op de 'bezorgdheid over medicatiegebruik' schaal duidt er op dat men zich meer zorgen maakt over het gebruik ervan. Self-efficacy is gemeten met een vragenlijst van 7 items, ontwikkeld door Vercoelen. De vragenlijst is afgenomen in januari 2006 en heeft betrekking op self-efficacy in relatie tot het omgaan met benauwdheid/kortademigheid. Voorbeelditems zijn: 'Denkt u dat u zelf uw benauwdheid kunt beïnvloeden?' en 'Als ik benauwd wordt dan lukt het mij om mijn benauwdheid onder controle te krijgen'. Deze items zijn beantwoord op een 4-puntsschaal. De antwoorden zijn bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal items. Een hogere score duidt op een hogere mate van self-efficacy.

Tabel 3.9: Gezondheidsgedrag van mensen met COPD naar opleiding'

	Opleidingsniveau*				P
	1	2	3	4	
% dat rookt	20%	18%	21%	13%	ns
% dat meerrookt	27%	23%	28%	27%	ns
Quetelet-index					
21 (ondergewicht)	3%	5%	9%	7%	.05
21 – 28 (normaal gewicht)	62%	63%	66%	76%	
28 (overgewicht)	35%	32%	25%	17%	
Alcoholgebruik					
Geen	57%	50%	29%	27%	.001
Normaal	37%	43%	61%	60%	
Excessief	6%	7%	10%	13%	
Bewegen					
Gemiddeld aantal dagen per week tenminste half uur	3,5 (2,3)	3,9 (2,3)	3,7 (2,4)	4,4 (2,8)	.05
Kennis t.a.v. medicijngebruik					
Aantal vragen goed (0 - 11)	3,3 (2,6)	4,1 (3,2)	4,2 (2,9)	4,3 (3,0)	.05
Ideeën t.a.v. medicijngebruik					
BMQ-belang (1-5)	3,8 (0,8)	3,6 (2,5)	3,6 (0,8)	3,5 (1,2)	ns
BMQ-bezorgdheid (1-5)	2,7 (0,8)	2,5 (0,8)	2,6 (0,8)	2,2 (0,7)	.01
Self-efficacy (1-4)	2,6 (0,4)	2,6 (0,4)	2,7 (0,5)	2,8 (0,5)	.05
Therapietrouw					
Gemiddelde score MARS (1 - 5)	4,5 (0,6)	4,5 (0,7)	4,5 (0,7)	4,4 (0,9)	ns

* 1 = Geen/lager onderwijs;
 2 = LBO;
 3 = MULO/MAVO/MBO/HAVO;
 4 = HBO/WO.

Tabel 3.10: Gezondheidsgedrag van mensen met COPD naar inkomen

	Inkomensniveau				P
	< €850,-	€850,- - €1.150,-	€1.150,- -€1.475,-	> €1.475,-	
% dat rookt	18%	28%	21%	8%	.001
% dat meerookt	22%	36%	26%	14%	.001
Quetelet-index					
21 (ondergewicht)	8%	4%	15%	6%	.05
21 – 28 (normaal gewicht)	57%	65%	64%	69%	
28 (overgewicht)	35%	31%	21%	25%	
Alcoholgebruik					
Geen	52%	48%	38%	22%	.001
Normaal	38%	47%	56%	59%	
Excessief	10%	5%	7%	19%	
Bewegen					
Gemiddeld aantal dagen per week tenminste half uur	2,8 (2,1)	3,8 (2,3)	4,3 (2,5)	4,3 (2,3)	.001
Kennis t.a.v. medicijngebruik					
Aantal vragen goed (0 - 11)	4,1 (3,0)	3,8 (3,0)	4,2 (3,2)	4,9 (2,7)	.05
Ideeën t.a.v. medicijngebruik					
BMQ-belang (1-5)	3,7 (1,0)	3,6 (0,8)	3,5 (1,0)	3,5 (1,1)	ns
BMQ-bezorgdheid (1-5)	2,8 (0,8)	2,7 (0,7)	2,4 (0,8)	2,3 (0,8)	.001
Self-efficacy (1-4)	2,5 (0,4)	2,6 (0,4)	2,8 (0,5)	2,7 (0,5)	.05
Therapietrouw					
Gemiddelde score MARS (1 - 5)	4,5 (0,7)	4,6 (4,5)	4,5 (0,7)	4,1 (3,0)	ns

De gegevens in tabel 3.9 en 3.10 met betrekking tot het gezondheidsgedrag van mensen met COPD laten het volgende zien:

- Er zijn geen significante verschillen tussen mensen met COPD met een verschillend opleidingsniveau in de mate waarin gerookt of meegerookt wordt. Het aantal rokers in de hoogste opleidingscategorie lijkt lager maar het aantal meerokers verschilt daarentegen weer helemaal niet.
- Roken onder mensen met COPD verschilt wel naar inkomensniveau, waarbij het percentage rokers en meerokers in de lagere inkomenscategorieën hoger is dan in de hoogste inkomenscategorie.
- Mensen met COPD met een lage SES (zowel naar opleiding als inkomen) drinken minder dan mensen met COPD met een hoge SES.
- Daarentegen hebben mensen met COPD met een lage SES (zowel naar opleiding als inkomen) vaker overgewicht en bewegen minder dan mensen met COPD met een hoge SES.
- Mensen met COPD verschillen niet in het belang dat zij aan hun medicijnen hechten naar opleiding en inkomen. In alle groepen is men overtuigd van het belang en het nut van medicijnen voor COPD.
- Er bestaan verschillen naar SES in de mate waarin men zich zorgen maakt over het

gebruik van medicijnen. Mensen met COPD met een lage SES (zowel naar opleiding als inkomen) maken zich meer zorgen over eventuele bijwerkingen en de gevolgen van het gebruik van medicijnen op de lange termijn dan mensen met COPD met een hoge SES.

- Ook de mate van self-efficacy in relatie tot het omgaan met benauwdheid of kortademigheid verschilt naar SES. Mensen met COPD met een lage SES voelen zich minder in staat om de benauwdheid of kortademigheid op een positieve manier te beïnvloeden dan mensen met COPD met een hoge SES.
- De mate van therapietrouw verschilt niet significant naar opleiding of inkomen. De therapietrouw is in alle groepen hoog.
- Wel is er een verschil in kennis ten aanzien van medicijnen. Mensen met COPD met geen onderwijs of alleen lager onderwijs zijn slechter op de hoogte van de werking van hun medicijnen dan mensen die hoger opgeleid zijn. Ook mensen met COPD met een lager inkomensniveau hebben minder kennis ten aanzien van hun medicijnen dan mensen uit de hoogste inkomenscategorie.

Behalve naar bovenstaande factoren van gezondheidsgedrag is ook gekeken naar de wijze waarop mensen met COPD tegen hun ziekte aankijken. De persoonlijke ideeën van mensen over hun ziekte worden ziektepercepties genoemd. Deze ziektepercepties zijn belangrijk omdat zij richting geven aan het gezondheidsgedrag van mensen en daarmee ook indirect van invloed zijn op de kwaliteit van leven. Ziektepercepties van mensen met COPD zijn gemeten met de verkorte versie van de Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ, Broadbent e.a., 2006). Deze vragenlijst bestaat uit acht items waarbij men op een 11-puntsschaal moet aangeven in hoeverre dat item van toepassing is. De items vragen onder andere naar de ervaren gevolgen, de verwachte duur, de controleerbaarheid en de mate waarin COPD emotioneel belastend is. In tabel 3.11 en 3.12 staat de gemiddelde score op ieder item voor de verschillende opleidings- en inkomenscategorieën weergegeven.

Tabel 3.11: Ziektepercepties van mensen met COPD naar opleiding

Perceptie*	Opleidingsniveau				P
	1	2	3	4	
1. Hoeveel invloed heeft uw aandoening op uw leven?	6,6 (2,5)	5,9 (2,6)	5,5 (2,5)	5,8 (2,7)	Ns
2. Hoe lang denkt u dat uw aandoening zal duren?	9,6 (1,0)	9,0 (2,1)	8,8 (2,4)	9,6 (1,5)	Ns
3. In hoeverre meent u dat u uw aandoening zelf kunt beheersen	6,1 (3,0)	5,6 (2,5)	5,6 (2,1)	6,5 (2,2)	Ns
4. In hoeverre denkt u dat de behandeling helpt bij uw aandoening?	6,9 (2,3)	6,6 (2,2)	6,4 (2,1)	6,5 (2,7)	Ns
5. In hoeverre ervaart u lichamelijke klachten van uw aandoening?	6,6 (2,5)	5,8 (2,6)	5,9 (2,4)	5,4 (2,5)	.05
6. In hoeverre bent u bezorgd over uw aandoening?	6,0 (3,2)	5,3 (3,1)	5,6 (2,6)	4,4 (2,5)	.05
7. In hoeverre heeft u het gevoel dat u uw aandoening of beperking begrijpt?	7,0 (3,2)	7,0 (2,9)	7,9 (2,1)	8,8 (1,3)	.001
8. In hoeverre heeft uw aandoening invloed op uw gemoedstoestand?	4,9 (3,4)	4,3 (3,2)	4,0 (2,6)	3,7 (2,6)	.05

* Scores op de 8 items lopen van 0 – 11, waarbij een hogere score duidt op meer invloed (item 1), een langere duur (item 2), een hogere controleerbaarheid (item 3 en 4), ernstigere klachten (item 5), meer bezorgd (item 6), meer begrip (item 7) en meer invloed (item 8).

Tabel 3.12: Ziektepercepties van mensen met COPD naar netto equivalent inkomen in euro's per maand

Perceptie*	Inkomensniveau				P
	< €850,-	€850,- - €1.150,-	€1.150,- - €1.475,-	> €1.475,-	
1. Hoeveel invloed heeft uw aandoening op uw leven?	6,4 (2,2)	6,5 (2,5)	5,7 (2,0)	5,0 (2,8)	.001
2. Hoe lang denkt u dat uw aandoening zal duren?	9,0 (1,9)	9,3 (1,6)	9,4 (1,5)	8,8 (2,5)	ns
3. In hoeverre meent u dat u uw aandoening zelf kunt beheersen	5,9 (2,6)	5,6 (2,3)	6,5 (2,1)	5,8 (2,2)	ns
4. In hoeverre denkt u dat de behandeling helpt bij uw aandoening?	6,9 (2,3)	6,3 (2,3)	6,4 (2,3)	6,8 (1,8)	ns
5. In hoeverre ervaart u lichamelijke klachten van uw aandoening?	6,5 (2,3)	6,5 (2,3)	6,1 (1,7)	4,7 (2,6)	.001
6. In hoeverre bent u bezorgd over uw aandoening?	5,9 (3,1)	6,0 (2,6)	5,0 (3,1)	4,7 (2,6)	.01
7. In hoeverre heeft u het gevoel dat u uw aandoening of beperking begrijpt?	7,9 (2,2)	7,4 (2,6)	7,8 (2,5)	7,8 (2,2)	ns
8. In hoeverre heeft uw aandoening invloed op uw gemoedstoestand?	4,7 (3,4)	4,8 (2,9)	3,9 (2,5)	3,3 (2,4)	.01

* Scores op de 8 items lopen van 0 – 11 waarbij een hogere score duidt op meer invloed (item 1), een langere duur (item 2), een hogere controleerbaarheid (item 3 en 4), ernstigere klachten (item 5), meer bezorgd (item 6), meer begrip (item 7) en meer invloed (item 8).

Met betrekking tot de ziektepercepties van mensen met COPD kunnen op basis van bovenstaande tabellen de volgende conclusies getrokken worden:

- Er zijn een aantal significante verschillen in de ideeën die mensen met COPD hebben over hun ziekte naar opleidingsniveau: mensen met COPD die laag opgeleid zijn ervaren meer lichamelijke klachten ten gevolge van hun aandoening, maken zich meer zorgen over hun aandoening en geven aan dat COPD van grotere invloed is op hun gemoedstoestand dan mensen met COPD die hoger opgeleid zijn.
- Ook hebben mensen met COPD met een lage opleiding minder het gevoel dat zij hun ziekte begrijpen, d.w.z. dat zij grip hebben op hun aandoening, dan mensen met COPD die hoger opgeleid zijn.
- Ook naar inkomen zijn er verschillen in ziektepercepties van mensen met COPD. Naarmate mensen met COPD een lager maandinkomen hebben, zijn zij van mening dat hun ziekte een grotere invloed heeft op hun leven, ervaren ze meer lichamelijke klachten, maken ze zich meer zorgen over hun ziekte en geven ze aan dat COPD een grotere invloed heeft op hun gemoedstoestand.

3.5 Sociale hulpbronnen naar sociaal-economische status

Als indicatoren van sociale hulpbronnen zijn het type woning waarin men woont, het oordeel over de buurt waarin men woont, de mate van eenzaamheid en de mate waarin men sociale contacten heeft meegenomen. Huisvesting speelt als materiele factor een belangrijke rol in de gezondheidsbevordering en vermindering van gezondheidsverschillen. De meeste vragen die over wonen zijn opgenomen in de najaarslijst van het NPCG zijn afkomstig uit het Woning Behoeftte Onderzoek (SCP) waarover in de Rapportage Gehandicapten 2002 gerapporteerd wordt (SCP, 2002) en uit de Rapportage Ouderen (SCP, 2001). Er zijn vragen gesteld over het type woning waarin men woont, de toegankelijkheid van de buurt, en een oordeel over sociale aspecten van de buurt. Bij toegankelijkheid van de buurt is gevraagd in hoeverre belemmeringen op straat en bij de toegang tot openbare gebouwen de reden zijn geweest om niet naar buiten of naar het betreffende gebouw toe te gaan. Antwoordmogelijkheden waren nooit, soms en vaak. Belemmeringen waren losse stoeptegels, lantaarnpalen, steile hellingen, opstap in tram of bus, drempels, te smalle deuren. De antwoorden zijn gedichotomiseerd in nooit en soms/ vaak. Vervolgens is het aantal belemmeringen bij elkaar opgeteld. In de tabel wordt het percentage mensen weergegeven dat wel en niet belemmeringen rond de woning ervaart. Bij het oordeel over de woonomgeving zijn 10 uitspraken voorgelegd (zie tabel 3.13 en 3.14). In de tabel staat het percentage mensen met COPD weergegeven dat het eens of geheel eens is met deze uitspraak. Eenzaamheid is bevraagd met zes items, bijvoorbeeld 'ik maak deel uit van een groep vrienden' of 'er zijn mensen bij wie ik terecht kan'. De zes items konden beantwoord worden op een vierpuntsschaal van nooit, zelden, soms of altijd. De zes items zijn gesommeerd tot een schaal. In de tabel staat een gemiddelde score (1 tot 4) op deze schaal waarbij een hogere score duidt op minder eenzaamheid. Daarnaast is gevraagd naar de mate waarin men contacten heeft met andere mensen, zoals (klein)kinderen, familie, vrienden of kennissen, de burens, en mensen van een vereniging en/of organisatie waarvan men lid is. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen dagelijks of 1 of meerdere keren per week en minder dan 1 keer per week. Percentages

zijn alleen berekend voor die mensen die ook daadwerkelijk kinderen hebben of lid zijn van een vereniging. Ook is gevraagd naar de mate waarin men telefonisch of sms-contact onderhoudt met anderen en hoe vaak men contact heeft met andere mensen via internet. Tenslotte is gevraagd een rapportcijfer te geven van 1 t/m 10 voor de contacten met andere mensen in het algemeen. De vragen over sociale contacten zijn afgenomen in het najaar 2005.

De resultaten in tabel 3.13 en tabel 3.14 laten het volgende zien:

- Mensen met COPD met een lage SES (uitgedrukt in een laag opleidingsniveau of laag inkomen) wonen minder vaak in een eengezinswoning en vaker in een bejaardentehuis of serviceflat dan mensen met COPD met een hogere SES.
- Er zijn verschillen in de mate waarin mensen belemmeringen tegen komen in de buurt of bij openbare gebouwen naar inkomen maar niet naar opleiding. Mensen met COPD uit de hoogste inkomenscategorieën ervaren minder belemmeringen. Dit zijn ook de mensen met minder lichamelijke beperkingen en minder ernstig COPD.
- Er zijn geen verschillen naar SES onder mensen met COPD in de mate waarin men de buurt beoordeelt. Men is overwegend tevreden met de buurt waarin men woont.
- Mensen met COPD met een lage opleiding voelen zich eenzamer dan mensen die hoger opgeleid zijn. Ook mensen met een laag inkomen lijken zich eenzamer te voelen dan mensen met COPD met de hoogste inkomens, maar deze verschillen zijn niet significant.
- Het meeste contact hebben mensen met COPD met de kinderen en de burens. Er is geen significant verschil in de mate waarin men persoonlijk contact heeft met mensen in de omgeving naar opleiding en inkomen.
- Het contact via telefoon of internet verschilt wel. Mensen met een lage SES (zowel naar opleiding als inkomen) hebben minder telefonisch contact en maken minder gebruik van het internet om contact met andere mensen te onderhouden dan mensen met COPD met een hogere SES.
- In het totaaloordeel over de sociale contacten die men heeft verschillen mensen met COPD naar SES. Mensen met een hogere SES zijn positiever over de sociale contacten dan mensen met COPD met een lagere SES.

Tabel 3.13: Type woning, sociale woonomgeving en sociale contacten van mensen met COPD naar opleiding

	Opleidingsniveau*				P
	1	2	3	4	
Type woning					
Eengezinswoning	51%	65%	61%	76%	.05
Flat/appartement/kamer	20%	20%	26%	18%	
Bejaardenwoning/serviceflat	25%	14%	10%	6%	
Anders	4%	2%	3%	0%	
Belemmeringen rond de woning					
Geen belemmeringen	57%	53%	55%	62%	ns
Belemmeringen	43%	47%	45%	38%	
Oordeel over de buurt (% eens)					
Fijn om in de buurt te wonen	86%	89%	88%	91%	Ns
Ik ben gehecht aan de buurt	81%	58%	68%	81%	.05
Ik voel me thuis in de buurt	83%	83%	84%	86%	Ns
Ik voel me verantwoordelijk voor de leefbaarheid in de buurt	65%	59%	63%	72%	.05
Ken mijn directe burens goed	81%	84%	81%	84%	ns
Prettige manier van omgang in de buurt	75%	74%	76%	74%	ns
Mensen in de buurt kennen elkaar goed	70%	63%	57%	58%	ns
Er is saamhorigheid in de buurt	53%	53%	52%	44%	ns
Voel me thuis bij mensen in de buurt	63%	65%	67%	61%	ns
Ik ben tevreden over deze buurt	71%	74%	76%	79%	ns
Mate van eenzaamheid					
Score (1 - 4)	3,0 (0,6)	3,2 (0,5)	3,3 (0,5)	3,2 (0,6)	.001
Dagelijks/tenminste 1 x per week contact					
Met de kinderen	65	72	63	61	ns
Met familie	30	33	27	22	ns
Met vrienden	51	54	45	39	ns
Met de burens	66	67	71	74	ns
Met leden van een vereniging	57	47	63	45	ns
Via de telefoon/sms	74	86	93	95	.001
Via internet	29	36	50	68	.02
Oordeel over sociale contacten (1-10)	7,0 (1,5)	7,1 (1,1)	7,4 (1,2)	7,4 (1,6)	.05

* 1 = Geen/lager onderwijs;
 2 = LBO;
 3 = MULO/MAVO/MBO/HAVO;
 4 = HBO/WO.

Tabel 3.14: Type woning, de sociale woonomgeving en sociale contacten van mensen met COPD naar netto equivalent inkomen in euro's per maand

	Inkomensniveau				P
	< €850,-	€850,- - €1.150,-	€1.150,- - €1.475,-	> €1.475,-	
Type woning					
Eengezinswoning	68%	54%	54%	75%	.01
Flat/appartement/kamer	16%	23%	35%	18%	
Bejaardenwoning/serviceflat	13%	19%	11%	7%	
Anders	3%	4%	0%	0%	
Belemmeringen rond de woning					
Geen belemmeringen	51%	54%	58%	68%	.05
Belemmeringen	49%	46%	42%	32%	
Oordeel over de buurt (% eens)					
Fijn om in de buurt te wonen	86%	84%	93%	90%	Ns
Ik ben gehecht aan de buurt	63%	71%	71%	71%	Ns
Ik voel me thuis in de buurt	88%	78%	89%	86%	Ns
Ik voel me verantwoordelijk voor de leefbaarheid in de buurt	59%	59%	74%	66%	NS
Ken mijn directe burens goed	86%	80%	88%	80%	Ns
Prettige manier van omgang in de buurt	76%	71%	79%	76%	Ns
Mensen in de buurt kennen elkaar goed	72%	65%	52%	56%	.05
Er is saamhorigheid in de buurt	53%	52%	51%	49%	Ns
Voel me thuis bij mensen in de buurt	67%	60%	75%	64%	Ns
Ik ben tevreden over deze buurt	71%	66%	79%	81%	Ns
Mate van eenzaamheid					
Score (1 - 4)	3,2(0,6)	3,2 (0,6)	3,3 (0,5)	3,3(0,6)	Ns
Dagelijks/tenminste 1 x per week contact					
Met de kinderen	76	68	60	67	Ns
Met familie	24	31	28	30	Ns
Met vrienden	50	51	57	47	Ns
Met de burens	67	64	72	74	Ns
Met leden van een vereniging	44	58	52	59	Ns
Via de telefoon/sms	84	84	83	95	.05
Via internet	26	44	48	52	.05
Oordeel over sociale contacten (1-10)	6,9 (1,4)	6,9 (1,4)	7,4 (1,8)	7,7(1,1)	.001

4 Beschouwing

In dit rapport is onderzocht of er binnen de groep mensen met COPD verschillen zijn in ervaren gezondheid, gezondheidsgedrag en de aanwezigheid van sociale hulpbronnen naar inkomen en opleiding. De groep COPD patiënten die onderzocht is, maakt deel uit van het onderzoeksprogramma 'Monitor Zorg en Leefsituatie van mensen' met astma en COPD van het NIVEL en bestaat uit 478 personen. Het betreft mensen met een medische diagnose COPD die zelfstandig woonachtig zijn. Mensen met COPD die permanent opgenomen zijn in een verpleeghuis maken geen deel uit van dit onderzoek. De resultaten zijn dan ook niet generaliseerbaar naar deze groep toe.

Vanuit het onderzoek naar sociaal economische status verschillen in gezondheid is bekend dat er verschillen bestaan tussen mensen met een lage en hoge sociaal economische status in gezondheid en factoren die op gezondheid van invloed zijn. Mensen met een lage sociaal economische status hebben over het algemeen een slechtere gezondheid, gaan eerder dood, leven ongezonder en hebben minder hulpbronnen die kunnen bijdragen aan een goede gezondheid zoals sociale steun of een groot sociaal netwerk.

De resultaten van dit rapport laten zien dat ook binnen de groep mensen met COPD sociaal economische gezondheidsverschillen bestaan. Opleiding en inkomen zijn daarbij gebruikt als indicatoren voor sociaal economische status (SES)

Mensen met COPD met een lage SES, dat wil zeggen een laag opleidingsniveau of een laag netto maandinkomen, ervaren hun gezondheid vaker als matig tot slecht, hebben meer functionele en emotionele problemen en rapporteren meer lichamelijke beperkingen dan mensen met COPD met een hogere SES. Daarnaast hebben mensen met COPD met een lage SES meer problemen bij het vinden en behoud van werk. In onze samenleving vormt deelname aan betaalde arbeid één van de belangrijkste manieren om bij het maatschappelijk leven betrokken te blijven. Betaald werk draagt bij aan een gevoel van eigenwaarde en zorgt voor extra inkomen en sociale contacten. Op die manier is werk dan ook belangrijk voor kwaliteit van leven in het algemeen. De lagere arbeidsparticipatie en de grotere problemen op het werk onder mensen met COPD met een lage SES maakt deze groep mensen met COPD dus extra kwetsbaar in vergelijking met mensen met COPD met een hogere SES.

Mensen met COPD met een netto inkomen onder de €1.150,- per maand rapporteren ook meer financiële problemen dan mensen met COPD met een hoger inkomen. Financiële middelen zijn nodig om te kunnen participeren in de samenleving, om bijvoorbeeld lid te worden van een club, een abonnement op een krant te nemen of op vakantie te kunnen. Uit dit rapport kwam naar voren dat mensen met COPD met een laag inkomen, maar ook met een lage opleiding beperkter zijn in maatschappelijk opzicht. Mensen met COPD met een lage SES voelen zich bijvoorbeeld eenzamer en hebben minder contacten met andere mensen via de telefoon of via internet dan mensen met COPD met een hogere SES. Ook voelen zij zich door hun ziekte beperkter bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden zoals boodschappen doen en in het leggen van sociale contacten zoals bij iemand op bezoek gaan of iemand uitnodigen om te eten.

Kijken we naar het gezondheidsgedrag van mensen met COPD dan valt op dat mensen met COPD met een lage SES vaker overgewicht hebben en minder bewegen dan mensen met COPD met een hoge SES. Door mensen met COPD met een hoge SES wordt daarentegen weer meer gedronken. Het roken verschilt niet naar opleiding maar wel naar inkomen. Mensen met COPD uit de laagste inkomensklassen roken meer dan mensen met COPD uit de hogere inkomensklassen. Kennis over het juiste gebruik van medicijnen is slechter onder mensen met COPD met een lage SES.

Als mensen met COPD gevraagd wordt naar hun ideeën over hun aandoening valt op dat mensen met COPD met een lage SES van mening zijn dat hun ziekte een grotere invloed op hun leven heeft dan mensen met COPD met een hogere SES. Mensen met een lage SES schrijven meer lichamelijke klachten toe aan hun ziekte, maken zich meer zorgen over hun ziekte en geven aan dat hun ziekte van grotere invloed is op hun stemming en gemoedstoestand dan mensen met een hogere SES. Ook geven mensen met een lage SES aan minder grip te hebben op hun ziekte dan mensen met een hoge SES. Het ligt voor de hand dat het mensen met COPD met een lage SES hierdoor ook meer moeite zal kosten om dagelijks met hun ziekte om te gaan.

In dit rapport wordt voor de eerste keer een onderscheid gemaakt naar SES bij de beschrijving van de situatie van mensen met COPD. In eerdere jaarrapporten die over de Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en COPD verschenen zijn, is dit niet systematisch gebeurd. Dit rapport laat echter zien dat er duidelijke verschillen bestaan naar SES. In toekomstige rapportages zal daarom extra gelet worden op deze sociaal-economische gezondheidsverschillen. Daarbij zal dan niet alleen kwaliteit van leven bekeken worden maar bijvoorbeeld ook het zorggebruik en de ervaren kwaliteit van zorg. Door een uitsplitsing naar SES ontstaat een genuanceerder beeld van de kwetsbare groepen binnen de groep mensen met COPD. Een volgend jaarrapport verschijnt eind 2006/begin 2007.

Referenties

- Berkel-van Schaik AB van, Tax B. Naar een standaardoperationalisatie van sociaal-economische status voor epidemiologisch en sociaal-medisch onderzoek. Den Haag: Ministerie van WVC, 1990.
- Berkman CS, Gurland BJ. The relationship among income, other socioeconomic factors and functional level in older persons. *J Aging Health* 1998; 10(1): 81 – 98.
- Broadbent E, Petrie, KJ, Main J Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research* 2006 Jun;60(6):631-7.
- Broese van Groenou M (2003). Ongelijke kansen op een goede oude dag. Sociaal-economische gezondheidsverschillen bij ouderen vanuit een levensloopperspectief. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2003. 3: 196 – 206.
- Calsbeek H, Spreeuwenberg P, van Kerkhof MJW, Rijken PM. *Kerngegevens Zorg 2005*. Utrecht: NIVEL 2006.
- Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire: a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. New York: 1972.
- Guralnik JM, Fried LP, Salive ME. Disability as a public health outcome in the aging population. *Ann Rev Public Health* 1996; 17: 25 – 46.
- Heijmans M, Rijken PM (2003). Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en COPD. *Kerngegevens 2001 – 2002*. Utrecht: NIVEL 2003.
- Heijmans M, Spreeuwenberg P, Rijken PM. *Kerngegevens Maatschappelijke positie 2004*. Utrecht: NIVEL 2005.
- Hosman CMH. *Psychosociale problematiek en hulp zoeken*. Lisse: Swets & Zeitlinger 1983
- Klerk MMY de. *Rapportage gehandicapten 2002 : maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps*. Den Haag: SCP 2002.
- Sadiraj K, Groot I. *Sociaal-economische status in vereveningsmodel verzekeraars: wat zijn de mogelijkheden?* Amsterdam: SEO, 2006.
- Schuijt-Lucassen NY, Broese van Groenou MI. Verschillen in zorggebruik door ouderen naar inkomen. *TSG* 2006; 1: 4 – 11.
- Vrooman C, Soede A, Dirven HJ, Trimp R. *Armoedemonitor 2005*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005.
- Wit JSJ de. *De SCP-maat voor beperkingen. Een technische toelichting*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997 (Werkdocument 40).
- Zee KL van der, Sanderman R. *Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36. een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen 1993.

Bijlagen

CCQ

De volgende vragen gaan over **de afgelopen week**. Zet een kruisje in het hokje bij het antwoord dat het beste beschrijft hoe u zich heeft gevoeld. (Slechts één antwoord per vraag).

Hoe vaak voelde u zich in de afgelopen week ...	Nooit	Zelden	Af en toe	Regelmatig	Heel vaak	Meestal	Altijd
▪ Kortademig in rust ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Kortademig gedurende lichamelijke inspanning ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Angstig/bezorgd voor de volgende benauwdheidsaanval?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Neerslachtig vanwege uw ademhalingsproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In de afgelopen week , hoe vaak heeft u ...							
▪ Gehoest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Slijm opgehoest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In welke mate voelde u zich in de afgelopen week beperkt door uw ademhalingsproblemen bij het uitvoeren van ...	Helemaal niet beperkt	Héél weinig beperkt	Een beetje beperkt	Tamelijk beperkt	Erg beperkt	Héél erg beperkt	Volledig beperkt/ of niet mogelijk
▪ Zware lichamelijke activiteiten (trap lopen, haasten, sporten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Matige lichamelijke activiteiten (wandelen, huishoudelijk werk, boodschappen doen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Dagelijkse activiteiten (u zelf aankleden, wassen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Sociale activiteiten (praten, omgaan met kinderen, vrienden/familie bezoeken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QoL-RIQ

Hieronder staat een aantal klachten en problemen waar u mogelijk door uw luchtweg-aandoening mee te maken heeft en over de gevolgen van deze klachten en problemen voor uw dagelijks leven.

Wij willen u nu vragen per probleem telkens aan te geven **in welke mate** u hiervan **in de afgelopen maand** (4 weken) last hebt gehad. U doet dit door een kruisje te zetten in het vakje bij het antwoord dat uw ervaring het beste weergeeft.

Ademhalingsklachten

Hieronder treft u een lijstje aan van andere klachten aan die u naast hoesten, slijm opgeven of kortademigheid kunt ervaren.

Hoeveel last heeft u **in de afgelopen 4 weken** van de volgende **ademhalingsklachten** gehad?

	Geheel geen last	Erg weinig last	Een beetje last	Redelijk wat last	Flink wat last	Erg veel last	Heel erg veel last
Moeilijk kunnen inademen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een piepende ademhaling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een zware ademhaling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een benauwd, zwaar gevoel op de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een kriebelige keel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaak de keel moeten schrapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmatig terugkerende verkoudheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een verstopte neus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lichamelijke klachten veroorzaakt door ademhalingsproblemen of door de **behandeling hiervan**

Hoeveel last heeft u *in de afgelopen 4 weken* van de volgende *lichamelijke klachten* gehad, als gevolg van uw ademhalingsproblemen?

	Geheel geen last	Erg weinig last	Een beetje last	Redelijk wat last	Flink wat last	Erg veel last	Heel erg veel last
Slapende ledematen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een tintelend gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het gevoel dat je hart op hol slaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermoeidheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een gevoel van uitputting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ademhalingsproblemen bij het wakker worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De behoefte om overdag regelmatig te rusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
's Nachts of 's morgens vroeg wakker worden door ademhalingsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slechte eetlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Emoties in verband met ademhalingsklachten

Hoeveel last heeft u *in de afgelopen 4 weken* van de volgende *emoties* gehad, in verband met uw ademhalingsklachten?

	Geheel geen last	Erg weinig last	Een beetje last	Redelijk wat last	Flink wat last	Erg veel last	Heel erg veel last
Bezorgd over mijn ademhalingsklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piekeren over mijn ademhalingsklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezorgd over de gevolgen (in de toekomst) van mijn ademhalingsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neerslachtig, in de put	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onrustig, rusteloos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongeduldig, prikkelbaar tegenover anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het gevoel van anderen afhankelijk te zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verward door <i>teveel</i> medeleven van anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problemen op het gebied van 'algemene bezigheden'

Hoeveel last heeft u *in de afgelopen 4 weken* gehad van *problemen op het gebied van 'algemene bezigheden'* als gevolg van uw ademhalingsproblemen?

	Geheel geen last	Erg weinig last	Een beetje last	Redelijk wat last	Flink wat last	Erg veel last	Heel erg veel last
Niet je gewone werkzaamheden kunnen uitvoeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemen om 's morgens op gang te komen door ademhalingsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minder plezier in je werkzaamheden/ bezigheden door ademhalingsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemen bij het bezig zijn met hobby's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sociale activiteiten, seksualiteit en relaties

Hoeveel last hebt u in de *afgelopen 4 weken* gehad met het uitvoeren van de volgende *sociale activiteiten, seksualiteit en relaties* als gevolg van uw ademhalingsproblemen?

	Geheel geen last	Erg weinig last	Een beetje last	Redelijk wat last	Flink wat last	Erg veel last	Heel erg veel last
De deur uitgaan voor een uitstap/dagje weg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naar verjaardagen of feestjes gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op bezoek gaan (bijv. door rook, stof etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemen met kussen/knuffelen door ademhalingsklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geen zin in seks door ademhalingsklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemen met vrijen door ademhalingsklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te moe om te vrijen door ademhalingsklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kennis ten aanzien van medicatie

Hieronder volgt een aantal uitspraken over medicijnen die voor luchtwegklachten kunnen worden gebruikt. Wilt u het hokje aankruisen onder het antwoord dat volgens u juist is.

	Juist	Onjuist	Weet niet
Na het inhaleren van een ontstekingsremmer (bijvoorbeeld Pulmicort®, Qvar®, Beclomethason®, Flixotide®) is het nodig regelmatig de mond te spoelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een luchtwegverwijder pakt de oorzaak van uw luchtwegaandoening aan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ontstekingsremmers geven gewenning en dus heb je steeds meer medicijnen nodig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ontstekingsremmers om te inhaleren (inhalatie-corticosteroiden) hebben vrijwel geen bijwerkingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prednison (of prednisolon) in de vorm van een korte stootkuur (ca. 1 week) geeft meestal veel bijwerkingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prednison helpt bij acute benauwdheid binnen 15 minuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onderhoudsmedicatie moet je ALTIJD gebruiken, óók als het goed gaat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wanneer ik een verstuiver/dosis aërosol met voorzetskamer gebruik kan ik hierin alle puffs tegelijk doen en dan inhaleren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een voorzetskamer moet ik iedere dag schoonmaken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wanneer mijn luchtwegklachten beginnen te verergeren kan ik beter afwachten voordat ik extra medicijnen (zoals luchtwegverwijders) neem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De beste therapie voor een ernstige plotselinge verergering van mijn luchtwegklachten is een korte kuur (stootkuur) prednisolon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mars

De volgende vraag gaat over medicijngebruik. Veel mensen hebben een eigen manier om hun medicijnen te gebruiken. Deze manier kan afwijken van de instructies op het etiket of van wat de dokter heeft gezegd. Wij willen u graag een aantal vragen stellen over **hoe u uw medicijnen gebruikt**.

Hieronder volgen een paar manieren zoals mensen met een luchtwegklachten gezegd hebben dat zij hun medicijnen gebruiken. Wilt u alstublieft voor iedere bewering aangeven in welke mate deze ook voor u geldt? Dit doet u door een kruisje in het vakje te zetten dat het meest op u van toepassing is. **Het gaat bij deze vraag om de medicijnen die u regelmatig gebruikt** (bijvoorbeeld Becotide, Becloforte, Beclomethason, Pulmicort, Flixotide of Aerobec), dus niet uitsluitend op momenten dat u een aanval van kortademigheid heeft.

	Altijd waar	Vaak waar	Soms waar	Zelden waar	Nooit waar
Ik gebruik mijn medicijnen alleen als ik ze nodig heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik gebruik mijn medicijnen iedere dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als het kan, probeer ik het innemen van mijn medicijnen te vermijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik gebruik mijn medicijnen alleen als ik kortademig of benauwd ben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vergeet mijn medicijnen te nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik wijzig de dosering van mijn medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik stop een tijdje met het innemen van mijn medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik gebruik het als een soort reserve, voor als mijn andere behandelingen niet aanslaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik neem mijn medicijnen voordat ik iets ga doen waarbij ik kortademig of benauwd kan worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik neem mijn medicijnen precies volgens voorschrift.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>