

Zorg aan het levenseinde

Retrospectieve studie naar het profiel van overleden CM-leden, de plaats van overlijden en het zorgtraject

Katte Ackaert, Hervé Avalosse, Rebekka Verniest – Studiedienst CM-MC

Samenvatting

In een vergrijzende samenleving, met steeds meer overlijdens na een lange periode van ziekte en afhankelijkheid, gaat terecht veel aandacht naar de kwaliteit van de laatste levensfase. In 2008 bestudeerde CM het levenseinde van haar leden van 40 jaar en ouder, overleden in 2005-2006. Onder meer door het vastgestelde groot aandeel ziekenhuisoverlijdens – bijna de helft – en de belangrijke rol van het ziekenhuis in het zorgtraject, was een belangrijke conclusie dat de dood in onze samenleving nog sterk gemedicaliseerd is.

Deze tweede retrospectieve studie beoogt een gedeeltelijke actualisering en verfijning van de cijfers, met focus op de plaats van overlijden en op het zorgtraject en zorggebruik – in het bijzonder palliatieve zorg – in de periode voor het overlijden. We zien dat steeds meer leden overlijden in de vertrouwde omgeving – thuis of het woonzorgcentrum. Toch neemt het ziekenhuis in het zorgtraject aan het levenseinde nog steeds een belangrijke plaats in en is het voor vier op tien CM-leden de plaats van overlijden. We tonen verder aan dat zowel de kans op ziekenhuisoverlijden als de kans op gebruik van palliatieve zorg aan het levenseinde niet voor iedereen gelijk zijn en onder meer sterk geassocieerd blijven met oncologische aandoeningen. Op basis van de vaststellingen formuleren we enkele aanbevelingen die kunnen bijdragen aan het versterken van kwaliteitsvolle levenseindezorg.

Sleutelwoorden: Levenseinde, plaats van overlijden, palliatieve zorg, zorgtraject, kwantitatieve studie

Inhoudstafel

Inleiding	6
1. Literatuuroverzicht	6
2. Methode	8
2.1. Selectie studiepopulatie	8
2.2. Variabelen en analyses	9
2.3. Beperkingen van de studie	10
3. Resultaten	11
3.1. Profiel van de studiepopulatie	11
3.2. Plaats van overlijden	11
3.3. Zorgtraject voor overlijden	12
3.3.1. Evolutie van zorgomgeving een jaar voor het overlijden	12
3.3.2. Zorgtraject in de 180 dagen voor het overlijden	13
3.4. Zorggebruik in de laatste drie levensmaanden	16
3.4.1. Ambulante zorg	18
3.4.2. Ziekenhuiszorg	18
3.4.3. Palliatieve zorg	18
3.5. Regressieanalyse naar de beïnvloedende factoren van plaats van overlijden en gebruik van palliatieve zorg	19
3.5.1. Plaats van overlijden	19
3.5.2. Gebruik palliatieve zorg	21
4. Bespreking van de resultaten	23
4.1. Meer overlijdens in de vertrouwde omgeving	23
4.2. Het ziekenhuis: nog steeds een grote rol aan het levenseinde	23
4.3. Palliatieve zorg: ondergebruik en laattijdige start	24
4.4. Belang van vroegtijdige zorgplanning	25
5. Aanbevelingen	26
5.1. Meer openheid voor levenseinde	26
5.2. Blijf inzetten op vroegtijdige zorgplanning	27
5.3. Versterk het palliatief zorgaanbod	27
5.4. Blijf de naasten ondersteunen	28
Conclusie	28
Bibliografie	29

Inleiding

De vaststelling dat in een vergrijzende samenleving overlijdens steeds vaker plaatsvinden na een lange periode van ziekte en afhankelijkheid, zorgt voor toenemende aandacht voor de kwaliteit van de laatste levensfase. Onderzoek focust onder meer op indicatoren als gewenste en feitelijke plaats van overlijden, transfers tussen zorgomgevingen en zorggebruik in de periode voor het overlijden, en op de beïnvloedende factoren hierbij (Van den Block, Bossuyt, Van Casteren, & Deliëns, 2007; Allers, Hoffmann, & Schnakenberg, 2019; Ginggeaw & LeBlanc, 2024; De Schreye, et al., 2023; Tay, et al., 2024). In 2008 bestudeerde ook CM een aantal van deze indicatoren voor overleden leden van 40 jaar en ouder (Gielen, Remacle, & Mertens, 2009). Belangrijke vaststellingen waren dat de helft overleed in het ziekenhuis en dat drie op vier in de laatste zes maanden voor overlijden minstens éénmaal van zorgomgeving veranderden, meestal door een ziekenhuisopname. Het besluit was dat de dood in onze samenleving een nog sterk gemedicaliseerd gebeuren is, met verbetermarge in de richting van humanisering. Voor een adequaat beleid dat levenskwaliteit voor patiënten en naasten garandeert, ook in de laatste levensfase, is het belangrijk deze parameters te blijven opvolgen. Deze retrospectieve studie op basis van gegevens voor CM-leden overleden in 2023-2024, wil hieraan bijdragen.

1. Literatuuroverzicht

De hoge prevalentie van chronische aandoeningen en multimorbiditeit, kenmerkend voor een vergrijzende samenleving, resulteren in steeds meer overlijdens na een langdurig en vaak complex ziekteproces of door ouderdom. Dit leidt tot **toenemende aandacht voor de kwaliteit van het levenseinde**, met als indicatoren onder meer de geleverde zorg en de plaats van overlijden (O'Sullivan, et al., 2024; OECD, 2024).

Voor **plaats van overlijden** wijzen publicaties op de voorkeur van velen om thuis te kunnen sterven (Costa, et al., 2016; Ginggeaw & LeBlanc, 2024) of meer algemeen in de vertrouwde omgeving, waaronder ook het woonzorgcentrum (WZC) (Reyniers, Houttekier, Cohen, Pasma, & Deliëns, 2014; OECD, 2024). De realiteit blijkt echter vaak anders. In hun onderzoek rond het levenseinde in België,

stelden Van den Block et al. (2007) vast dat in de periode 2005-2006, 49% van de niet-plotse overlijdens plaatsvond in het ziekenhuis, 27% in het WZC en 24% thuis. Een eerste CM-studie over het levenseinde van leden van 40 jaar en ouder vond vergelijkbare resultaten, met in 2005-2006 ongeveer 50% van de overlijdens in het ziekenhuis, 27% thuis en 23% in een WZC (Gielen, Remacle, & Mertens, 2009). Volgens de meest recente Statbelgegevens over alle overlijdens van personen vanaf 45 jaar in België, stierf in 2022 44% in het ziekenhuis, 30% in een zorgvoorziening en 26% thuis of elders (Statbel, 2024). Ondanks de dalende trend, blijft het aandeel ziekenhuisoverlijdens dus vrij hoog. Internationaal gezien scoort ons land hier middelmatig, met een hoger aandeel ziekenhuisoverlijdens in onder meer Frankrijk (57%) en Luxemburg (62%), maar een lager aandeel in onder meer Nederland (27%) en Zweden (38%) (Jiang & May, 2021).

Onderzoek naar **factoren die de plaats van overlijden beïnvloeden** wijst op een samenspel van individuele, ziektegerelateerde en omgevingsfactoren (Pedersen, Raunkjaer, & Graven, 2024; O'Sullivan, et al., 2024; Mertens, et al., 2022; Gomes, Calanzani, Gysels, Hall, & Higginson, 2013).

- **Individuele factoren** met onder meer leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, socio-economische situatie en (kennis over de) persoonlijke wens van de patiënt-e. Zo sterven vrouwen, ouderen, alleenstaanden en mensen met een lagere socio-economische status (SES) minder vaak thuis en vaker in een WZC of ziekenhuis. Ook het ontbreken van informatie bij naasten of zorgverleners over de persoonlijke wens vergroot de kans op een ziekenhuisoverlijden. Verder blijkt de thuisomgeving niet altijd de persoonlijke voorkeur, bijvoorbeeld omdat men naasten niet tot last wil zijn of men zich veiliger voelt in een voorziening. De voorkeur kan bovendien evolueren, onder meer in functie van het ziekteverloop of door een recente ervaring met levenseindezorg en overlijden van een naaste.
- **Ziektegerelateerde factoren** waaronder diagnose, evolutie van de aandoening of functionele status. In geval van kanker of een beroerte is de kans op overlijden thuis of in het ziekenhuis groter, terwijl de diagnose dementie vaker geassocieerd lijkt met overlijden in een WZC. De kans op ziekenhuisoverlijden neemt ook toe bij een plotse achteruitgang van de gezondheidstoestand of bij acute symptomen zoals ernstige ademnood of bloedingen, en bij meerdere voorafgaande ziekenhuisopnames.

- **Omgevingsfactoren** met onder meer de woonomgeving of de nabijheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en in het bijzonder palliatieve zorg, en de aanwezigheid en de draagkracht van naasten. Zo verkleint de kans op ziekenhuisoverlijden bij wie al in een WZC verblijft, thuis ondersteund wordt door mantelzorg of een beroep doet op palliatieve zorg. Ook de gangbare cultuur in een familie of samenleving inzake de houding tegenover sterven en levensverlengende behandelingen speelt een rol.

Heel wat studies onderzoeken **de zorg aan het levenseinde** met ook aandacht voor mogelijk niet-gepaste zorg waaronder transfers tussen zorgomgevingen in de periode voor het overlijden en specifiek **ziekenhuisopnames**. Een studie in 45 landen vond voor 90% van de mensen minstens één ziekenhuisopname in het laatste levensjaar (Robinson, et al., 2014). In de eerste CM-studie rond levenseinde bleken een groot deel van de transfers tussen zorgomgevingen ziekenhuisopnames en bestond het meest voorkomende traject uit een ziekenhuisopname vanuit de thuissituatie en vervolgens een overlijden in het ziekenhuis (Gielen, Remacle, & Mertens, 2009). Honinx et al. (2021a) zagen in hun studie bij WZC-bewoners in zes Europese landen dat 12% (Italië) tot 26% (België) in de maand voor het overlijden een ziekenhuisopname had van gemiddeld 7 tot 14 dagen en wezen op de mogelijk negatieve impact van een ziekenhuisopname, zeker bij kwetsbare ouderen. Tegelijk erkennen ze dat beslissingen over behandelingen, waaronder een ziekenhuisopname, vaak complex zijn. In dit verband stellen Reyniers et al. (2014) dat door individuele, ziekte- en omgevingsgerelateerde factoren een ziekenhuisopname niet noodzakelijk ongewenst of ongepast is en soms zelfs aangewezen. Het kan de wens zijn van de patiënt-e die zich dan veiliger voelt en minder angst ervaart. Een opname kan verder te maken hebben met de kostprijs van alternatieven, grenzen aan de zorgcapaciteit van een zorgomgeving (bijvoorbeeld de draagkracht van de mantelzorg, de mogelijkheid van een huisarts of WZC om bepaalde symptomen te verlichten of de beschikbaarheid van zorgverleners 's nachts of tijdens het weekend). Ook acute medische situaties zoals een hevige bloeding of oncontroleerbare pijn kunnen aanleidingen zijn voor een opname. Ze benadrukken wel dat overbodige zorg of behandelingen vermeden moeten worden en bij patiënten en hun naasten geen valse hoop mag gewekt worden. Niettemin concluderen onderzoekers op basis van analyses dat in realiteit soms wel degelijk sprake is van potentieel ongepaste zorg

en vermijdbare ziekenhuisopnames (De Schreye, et al., 2023; Honinx, et al., 2021b).

Binnen levenseindezorg vormt **palliatieve zorg** een bijzonder aandachtspunt omdat die volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) substantieel kan bijdragen aan meer levenskwaliteit voor patiënten met een levensbedreigende ziekte en voor hun naasten (WHO, 2020) en bijvoorbeeld de kans op een ziekenhuisoverlijden verkleint (Zhiyi, et al., 2025), ook voor personen met een lagere SES (Chen, et al., 2016). De WHO schatte in 2020 dat wereldwijd slechts 14% van de mensen met een nood aan palliatieve zorg, deze daadwerkelijk kreeg (WHO, 2020), voor de OESO-landen gaat het om minder dan 40% (OECD, 2024).

In België bepaalt de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg¹ sinds 2016 dat **elke patiënt-e, ongeacht de levensverwachting, recht heeft op palliatieve zorg als die zich bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte**. Deze zorg is er dan op gericht de kwaliteit van het leven van de patiënt-e en de naasten voor een zo lang mogelijke periode te waarborgen en te optimaliseren, door een aanbod van multidisciplinaire totaalzorg op fysiek, psychisch, sociaal, moreel, existentieel en desgevallend spiritueel vlak. De wet vermeldt verder dat een voldoende ruim aanbod van palliatieve zorg en de criteria voor de terugbetaling van die zorg door de sociale zekerheid moeten garanderen dat deze zorg voor alle patiënten even toegankelijk is, binnen het geheel van het zorgaanbod.

Toch lijken Belgische cijfers te wijzen op een ondergebruik van palliatieve zorg, een vaak laattijdige inzet ervan tijdens het ziekteproces en een ongelijke toegang. Zo ontving slechts 57% van alle kankerpatiënten, overleden in 2020, aan het levenseinde palliatieve zorg en overleed bijna één op vijf van hen binnen de week, wat erop wijst dat deze zorg pas in een zeer laat stadium is gestart (Sciensano, 2024). Een studie bij Belgische kankerpatiënten van 70 jaar en ouder concludeerde dat slechts 44% in de laatste drie levensmaanden palliatieve zorg kreeg en dat deze zorg bij minstens de helft pas een maand voor het overlijden startte (Depoorter, et al., 2023). Verder wijst onderzoek op een hogere kans op palliatieve zorg bij jongere mensen, niet-alleenstaanden en bij kanker (Maetens, Beernaert, Deliens, Gielen, & Cohen, 2019), terwijl mensen in armoede of met een lagere SES meer drempels ervaren om er een beroep op te doen en daarom vaker terugvallen op acute

¹ Wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg (B.S. 26 oktober 2002), gewijzigd door wet van 21 juni 2016 tot wijziging van de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg, tot verruiming van de definitie van palliatieve zorg (B.S. 29 augustus 2016).

zorg (Rowley, Richards, Carduff, & Marryn, 2021). Een recent rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) bevestigt de onderbenutting van het palliatief zorgaanbod en het bestaan van onvervulde behoeften door uiteenlopende factoren (bijvoorbeeld onvoldoende aanbod, persoonlijke weerstand, hoge kostprijs, enz.) (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). Onderzoekers dringen dan ook aan op bijkomende investeringen in deze zorg.

Uit de literatuur blijkt dus dat **zowel de plaats van overlijden als de zorg aan het levenseinde bepaald worden door een samenspel van zeer uiteenlopende factoren**. Tegelijk wordt benadrukt dat **beslissingen hierover moeten vertrekken van de behoeften en voorkeuren van een patiënt-e en diens naasten** aangezien dit positief kan bijdragen aan de levenskwaliteit in de laatste levensfase (O'Sullivan, et al., 2024; Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). Omdat, ook voor België, blijkt dat deze voorkeuren vaak niet of onvoldoende gekend zijn, pleiten onderzoekers voor **tijdig overleg** hierover **met naasten en zorgverleners** (Mistiaen, et al., 2017; O'Sullivan, et al., 2024; Dupont, De Vleminck, Deliens, & Gilissen, 2023). Hoewel bij deze **vroeg-tijdige zorgplanning** (VZP) de behoeften en voorkeuren van patiënten steeds het vertrekpunt en na te streven doel zijn, roepen ze tegelijk op ook rekening te houden met de specifieke situatie van een patiënt-e en de mogelijkheden van de zorgomgeving om gepaste en kwaliteitsvolle zorg te bieden (bijvoorbeeld bij acute of ernstige symptomen of beperkte draagkracht van naasten) (Costa, et al., 2016; Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). Bovendien wordt ook aandacht gevraagd voor de bestaande ongelijkheid in het nadeel van personen met een lage SES om te sterven op de gewenste plaats en inzake het gebruik van palliatieve zorg.

In deze studie willen we voor CM-leden, overleden in 2023 of 2024 nagaan wat hun profiel is, waar ze overlijden en wat hun zorgtraject en zorggebruik zijn in de periode voor het overlijden. Verder onderzoeken we **welke factoren een rol spelen bij de plaats van overlijden en het gebruik van palliatieve zorg**. De vergelijking van sommige resultaten met de eerdere CM-studie laat ten slotte toe enkele evoluties in kaart te brengen. De geactualiseerde inzichten kunnen bijdragen aan een verdere verbetering van de kwaliteit van het levenseinde en de levenseindezorg in België.

2. Methode

Het realiseren van de onderzoeksdoelen gebeurt met een retrospectieve studie op basis van gegevens uit de administratieve databanken van CM. Deze bevatten informatie over sociale en demografische kenmerken van CM-leden en over hun zorggebruik dat aanleiding geeft tot terugbetaling binnen de verplichte verzekering (VP) of de regionale systemen van sociale bescherming (bijvoorbeeld opname in voorzieningen zoals een ziekenhuis of WZC, contacten met zorgverleners en medicatiegebruik). Informatie over klinische diagnoses is hierin niet opgenomen.

2.1. Selectie studiepopulatie

De studie analyseert gegevens van CM-leden overleden in 2023 of 2024, waarbij het samenvoegen van gegevens van twee kalenderjaren zorgt voor meer robuuste resultaten.

De selectie beperkt zich tot CM-leden die bij overlijden minstens 40 jaar waren of in het jaar van overlijden 40 jaar zouden worden (= 106.624 personen). Deze methodologische keuze vergroot de kans op een meer homogene studiepopulatie op vlak van overlijdensomstandigheden. Hoewel in de CM-gegevens geen informatie zit over de doodsoorzaak, gaan we ervan uit dat zo voornamelijk overlijdens na (langdurige) ziekte of ouderdom geïncludeerd en enkele specifieke overlijdenssituaties uitgesloten worden (bijvoorbeeld op een dienst neonatologie, jonge verkeersslachtoffers of suïcide bij jongeren). Al bestaat er een kans dat in de analyse dergelijke overlijdenssituaties toch meegenomen zijn, gaat het vermoedelijk slechts om een klein deel van de studiepopulatie. In 2022 is voor België 6% van de overlijdens bij personen van 45 jaar of ouder toegeschreven aan een uitwendige oorzaak², in de groep jonger dan 45 jaar is dit 38% (Statbel, 2024). Verder laat het leeftijds criterium toe enkele resultaten te vergelijken met deze van de eerdere CM-studie bij overleden leden vanaf 40 jaar.

Voor deze studie zijn nog enkele categorieën overleden CM-leden uitgesloten:

- Leden woonachtig in de Duitstalige gemeenschap (= negen gemeenten), omdat de CM-databestanden sinds 1 januari 2019, in het kader van de uitvoering van de zesde

2 Uitwendige (of externe) oorzaken verwijzen naar sterfgevallen als gevolg van onopzettelijke verwondingen (ongelukken), moord, zelfdoding, en andere externe factoren zoals medische fouten, complicaties van medische of chirurgische zorg, of oorzaken met onbepaalde intentie.

staatshervorming, voor deze leden geen informatie meer bevatten over zorgvoorzieningen zoals WZC, terwijl dit in de studie een belangrijke variabele is voor de analyse van zowel de plaats van overlijden als van het zorgtraject in de periode voor het overlijden;

- Grensarbeiders en leden verblijvend in het buitenland omdat er geen garantie is op volledige gegevens over zorggebruik;
- Personen die voor hun overlijden minder dan een jaar CM-lid waren omdat sommige analyses gebaseerd zijn op gegevens van een volledig jaar;
- Leden voor wie bepaalde gegevens ontbreken, bijvoorbeeld de NIS-code³ of het statuut verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut).

De uiteindelijke studiepopulatie bestaat uit 94.629 CM-leden. Voor het vervolg van het artikel wordt de notie 'CM-leden' gebruikt om te verwijzen naar deze studiepopulatie.

2.2. Variabelen en analyses

We schetsen het **algemeen profiel** van de studiepopulatie volgens leeftijd, geslacht, regio, VT-statuut en het feit of iemand al dan niet als alleenstaand kan worden beschouwd⁴. Gezien het belang van kanker als doodsoorzaak⁵, is een opdeling gemaakt tussen **personen overleden met en zonder kanker**. Diegenen voor wie in het laatste levensjaar minstens één van de volgende prestaties is geïmplementeerd, worden beschouwd als overleden met kanker: opname in het oncologisch dagziekenhuis, verplaatsingskosten voor kankerpatiënten, thuishospitalisatie met oncologische behandeling, ambulante consultatie oncoloog, chemotherapie, radiotherapie of een multidisciplinair oncologisch consult. Op basis van facturatiegegevens rond volgende prestaties is ook een variabele gecreëerd die aangeeft of een persoon **al dan niet palliatieve zorg** kreeg in het laatste levensjaar: palliatief forfait, palliatief forfait in dagverzorgingscentra (DVC), palliatief forfait thuisverpleging, verstrekking kinesitherapie bij een palliatieve patiënt-e, prestatie door een multidisciplinair begeleidingsteam palliatieve zorg (MBE), verblijf in een palliatieve ziekenhuisdienst (Sp4) en vergoeding voor de huisarts in het kader van vroegtijdige zorgplanning⁶. Voor enkele ana-

lyses wordt enkel rekening gehouden met wie ambulante palliatieve zorg kreeg.

Voor elk CM-lid is op basis van de facturatiegegevens op de sterfdag de **plaats van overlijden** bepaald⁷, met een onderscheid tussen ziekenhuis (klassieke opname in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis, dus met overnachting), zorgvoorziening (WZC (inclusief kortverblijf), psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT), initiatief voor beschermd wonen (IBW) en voor een deel voorzieningen voor personen met een handicap) en thuis of elders (bijvoorbeeld op het werk, de openbare weg, enz.), verder aangeduid als 'thuis'.

Analoog aan de vorige CM-studie is voor elk CM-lid voorts **voor elke dag van het laatste levensjaar gekeken naar de verblijfplaats** om te beschrijven hoe binnen de studiepopulatie de verhouding tussen de verschillende zorgomgevingen in het laatste levensjaar evolueert, alsook welk traject CM-leden tijdens de laatste zes maanden afleggen tussen zorgomgevingen.

Verder is voor elk CM-lid het **zorggebruik** in de laatste 90 dagen voor de sterfdag geanalyseerd⁸:

- Ambulante zorg: huisarts, specialist-e, kinesitherapie, thuisverpleging en ambulant afgeleverde geneesmiddelen;
- Ziekenhuiszorg: klassieke opname, dagopname, spoeddienst en intensieve zorg;
- Zorgvoorziening: WZC (inclusief kortverblijf), DVC, PVT, IBW en voorziening voor personen met een handicap;
- Palliatieve zorg: palliatief forfait thuisverpleging, kinesitherapie bij een palliatieve patiënt-e, prestatie door een MBE, palliatief forfait in DVC en opname in een palliatieve ziekenhuisdienst.

Na beschrijvende statistieken over het profiel, de plaats van overlijden, het zorgtraject en zorggebruik van de CM-leden, wordt met een multinomiale logistische regressieanalyse nagegaan of en in welke mate een reeks factoren zoals leeftijd, geslacht, VT-statuut, woonsituatie (alleenstaand of niet), een kankerdiagnose en palliatieve zorg geassocieerd zijn met de plaats van overlijden (= afhankelijke variabele met categorieën thuis, WZC en ziekenhuis).

3 De NIS-code laat toe de gemeente te identificeren waar iemand gedomicilieerd is.

4 Rekening houdend met de gezinstoestand in het jaar van overlijden.

5 In 2022 is bij 23,6% van de overleden 45-plussers in België als doodsoorzaak 'nieuwvormingen' vermeld. Bij de overleden 85-plussers is dit zelfs 27,4% (Statbel, 2025).

6 Voor meer toelichting over het bestaande aanbod aan palliatieve zorg, zie een recent KCE-rapport van Dauvrin et al. (2025).

7 De ziekenfondsen beschikken immers niet over de informatie over de plaats van overlijden zoals meegedeeld op de overlijdensakte.

8 Naar analogie met de studie van Depoorter et al. (2023).

In een eerste stap wordt gecontroleerd of de onafhankelijke variabelen te sterk samenhangen met elkaar, wat de resultaten zou kunnen vertekenen. De variabelen in het model zijn geselecteerd op basis van de *Variance Inflation Factor* (VIF) en een effectenanalyse⁹. Vervolgens is dieper ingezoomd op de invloed van elke overblijvende onafhankelijke variabele. De analyse geeft aan hoe sterk en in welke richting een bepaald kenmerk – zoals leeftijd of geslacht – de kans verhoogt of verlaagt op een bepaalde uitkomst, bijvoorbeeld overlijden in een ziekenhuis of thuis. Voor elke categorie van de afhankelijke variabele wordt geschat hoe een verandering in een onafhankelijke variabele de kans op toewijzing aan die categorie beïnvloedt ten opzichte van een referentiecategorie en bij gelijke waarde van de andere onafhankelijke variabelen. Dit wordt uitgedrukt in een *odds ratio* (OR), een cijfer dat laat zien hoeveel groter of kleiner de kans is op een bepaalde uitkomst ten opzichte van een referentie. Een OR groter dan 1 betekent een verhoogde kans, een OR kleiner dan 1 een verlaagde kans. *Odds ratio's* zijn geen kansen op zich, maar een verhouding van kansen. Ze vergelijken de kans van een gebeurtenis in twee verschillende groepen, het zijn relatieve kansen ten opzichte van een referentiegroep. Enkel de resultaten van de variabelen die statistisch significant zijn, worden besproken. Eenzelfde regressieanalyse gaat ook na welke onafhankelijke variabelen bepalend zijn voor het al dan niet krijgen van palliatieve zorg in het laatste levensjaar.

2.3. Beperkingen van de studie

Deze studie kent enkele beperkingen. Ze analyseert CM-gegevens waardoor de resultaten niet zomaar veralgemeenbaar zijn naar de Belgische bevolking. Zo is het aandeel 40-plussers bij CM in de bestudeerde periode iets hoger dan in de totale populatie verzekerden (56,4% tegenover 53,1%), met vooral in de hogere leeftijdscategorieën een groter CM-marktaandeel (RIZIV, 2025), en verschilt het CM-marktaandeel volgens regio, met vooral een lager aandeel in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, maar ook in het Waals Gewest. Verder is sinds de eerste CM-studie (gebaseerd op leden overleden in 2005-2006) het profiel van de ledenpopulatie geëvolueerd, met onder meer een groter aandeel ouderen en een verjonging van de subpopulatie met VT-statuuat.

Voorts zijn de gegevens waarover ziekenfondsen beschikken administratieve gegevens, verzameld in het kader van ledenbeheer en gezondheidszorgfacturatie, waardoor bepaalde kenmerken zoals kwetsbaarheid of aandoeningen gemeten moeten worden met proxyvariabelen. Dit kan leiden tot onvolledige detectie van leden met een bepaald kenmerk.

Verder zijn er enkel gegevens over gebruik van zorg die terugbetaald wordt via de VP en deels via regionale systemen van sociale bescherming (behalve de Duitstalige Gemeenschap) en niet van niet-vergoede zorg, zoals bepaalde geneesmiddelen of bepaalde opvangstructuren voor ouderen. Specifiek voor palliatieve zorg ontbreken gegevens over mobiele equipes die ingezet kunnen worden in ziekenhuizen en WZC en over generalistische palliatieve zorg door bijvoorbeeld huisartsen of zorgpersoneel in zorgvoorzieningen als WZC of de geriatrische afdeling van een ziekenhuis. Dit zorgt meer dan waarschijnlijk voor een onderschatting van het gebruik van palliatieve zorg.

Ook laten de administratieve gegevens geen oordeel toe over de gepastheid of kwaliteit van zorg aan het levensende, noch over de mate waarin de overlijdensplaats de gewenste of meest aangewezen plaats was. Hiertoe ontbreekt informatie over onder meer de gezondheidstoestand (diagnose, comorbiditeit, gezondheidsproblemen, functionele of cognitieve beperkingen), de doodsoorzaak en de omstandigheden van het overlijden en de wensen van patiënten of hun omgeving.

Ten slotte vergelijken we de resultaten volgens leeftijd, geslacht, enz. Eventuele verschillen wijzen enkel op associaties, zonder dat hiermee uitspraken kunnen gedaan worden over causaliteit.

9 De *Variance Inflation Factor* (VIF) is een maatstaf die de multicollineariteit van die variabelen aangeeft, die test of bepaalde variabelen elkaar overlappen. Daarna wordt via een effectenanalyse (*analysis of effects*) nagegaan welke van deze onafhankelijke variabelen, elk op zich, een duidelijke invloed hebben op de uitkomst. Alleen de onafhankelijke variabelen met een aantoonbare, significante invloed, worden meegenomen in de verdere analyse.

3. Resultaten

3.1. Profiel van de studipopulatie

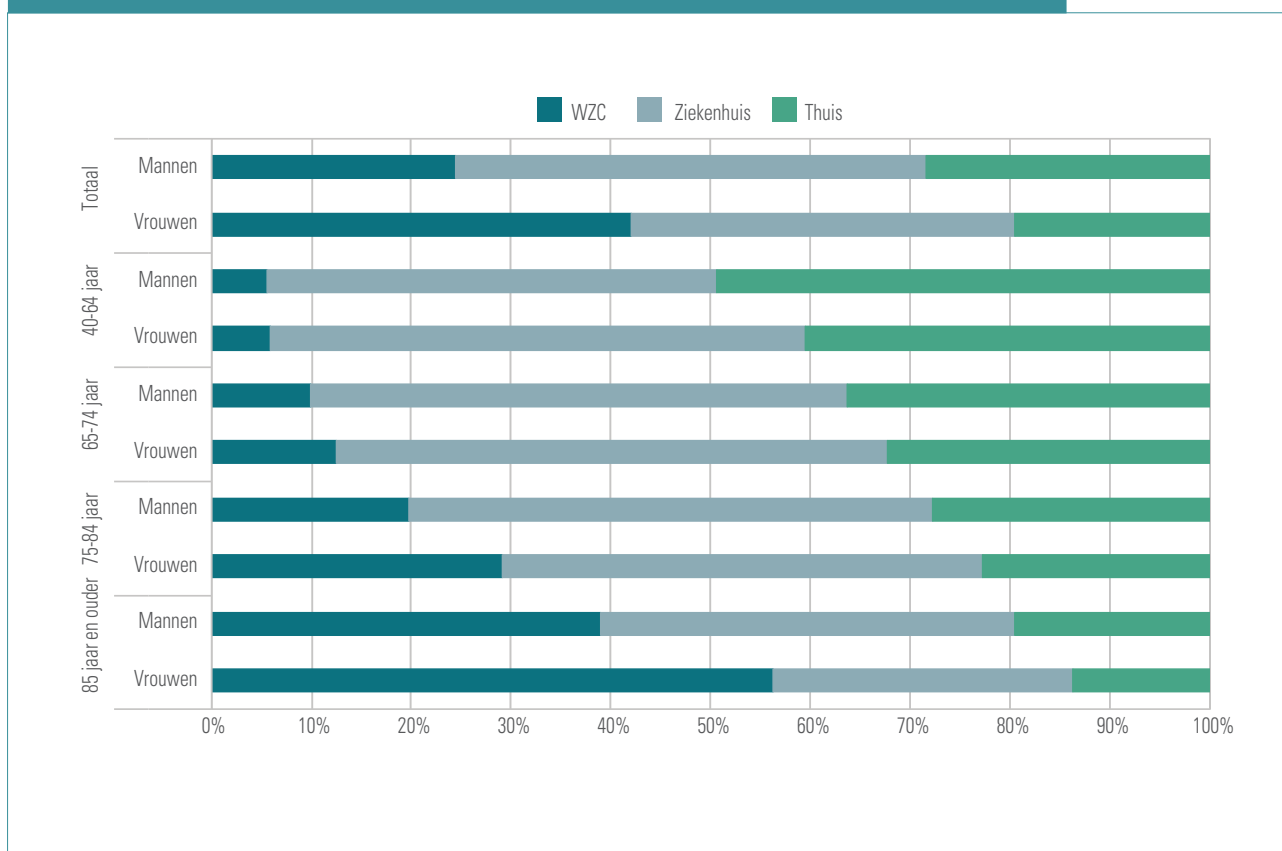
De studipopulatie telt 94.629 CM-leden overleden in 2023 of 2024. Iets meer dan de helft is vrouw (51,7%), met een stijgend aandeel volgens leeftijd: van 39,2% bij de 40-64-jarigen tot 60,8% bij de 85-plussers. De gemiddelde leeftijd op de sterfdag bedraagt 82,1 jaar, de mediane 85 jaar. 74,4% woont in Vlaanderen, 22,4% in Wallonië en slechts 3,0% in Brussel. 44,1% heeft het VT-statuut, met lagere percentages in de leeftijdsgroepen 65-74 jaar (36,0%) en 75-84 jaar (35,7%) en hogere in de groep 85-plussers (50,0%) en bij vrouwen (50,8% tegenover 36,9% bij mannen). Iets meer dan de helft is alleenstaand (53,7%), voor bijna een kwart is er een indicatie van een kankerdiagnose (23,9%) en voor ruim een kwart van gebruik van palliatieve zorg (26,7%).

3.2. Plaats van overlijden

In de periode 2023-2024 sterft 42,6% van de **totale studipopulatie** in het ziekenhuis, 23,8% thuis of elders en 33,5% in een zorgvoorziening. Aangezien dit merendeels in een WZC is (32,9%), verwijzen we hier verder naar als WZC. Ziekenhuisoverlijdens gebeuren vooral op een dienst geriatrie (32,9%; 85-plussers: 56,9%) of een dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling (29,6%; naargelang de leeftijdscategorie en het geslacht 31,6% tot 41,8%). 18,5% overlijdt op een dienst intensieve zorgen en 13,4% op een palliatieve dienst, maar afnemend volgens leeftijd, van bijna een op vijf bij de 40-64-jarigen, tot iets minder dan een op tien bij de 85-plussers.

Volgens geslacht sterven vrouwen vaker in een WZC en mannen vaker thuis of in het ziekenhuis (zie Figuur 1). Voor beiden stijgt het aandeel WZC-overlijdens met de leeftijd, terwijl het aandeel thuisoverlijdens daalt. Voor alle 65-plussers geldt dat vrouwen vaker dan mannen sterven in een WZC, met een toenemend verschil bij hogere leeftijd.

Figuur 1: Plaats van overlijden van CM-leden van 40 jaar en ouder overleden in 2023-2024 volgens leeftijd en geslacht (Bron: CM)



Volgens regio zien we dat inwoners van Brussel (47,8%) en Wallonië (45,9%) vaker in het ziekenhuis overlijden dan deze van Vlaanderen (41,4%) waar het aandeel WZC-overlijdens (35,5%) hoger is dan in Brussel (29,0%) en Wallonië (27,7%).

Personen met **VT-statuut** sterven vaker in een WZC (40,0% tegenover 28,4%) en minder vaak in het ziekenhuis (39,2% tegenover 45,3%) of thuis (20,8% tegenover 26,3%). Hetzelfde geldt voor **alleenstaanden** (WZC: 46,7% tegenover 18,3%; ziekenhuis: 36,4% tegenover 49,8%; thuis: 16,9% tegenover 31,9%).

Wie **kanker** heeft overlijdt vaker in het ziekenhuis (56,4% tegenover 38,3%) of thuis (30,4% tegenover 21,8%), en minder vaak in een WZC (13,2% tegenover 39,9%). Een ziekenhuisoverlijden gebeurt ook vaker op een palliatieve dienst (28,8% tegenover 7,8%).

Bij een indicatie van **ambulante palliatieve zorg** in het laatste levensjaar (= 23,5% van de CM-leden), bedraagt het aandeel thuisoverlijdens 50,7% (tegenover 15,6%) en het aandeel ziekenhuisoverlijdens 29,6% (tegenover 46,6%). Een ziekenhuisoverlijden gebeurt voor 36,1% op een palliatieve dienst (tegenover 9,9%).

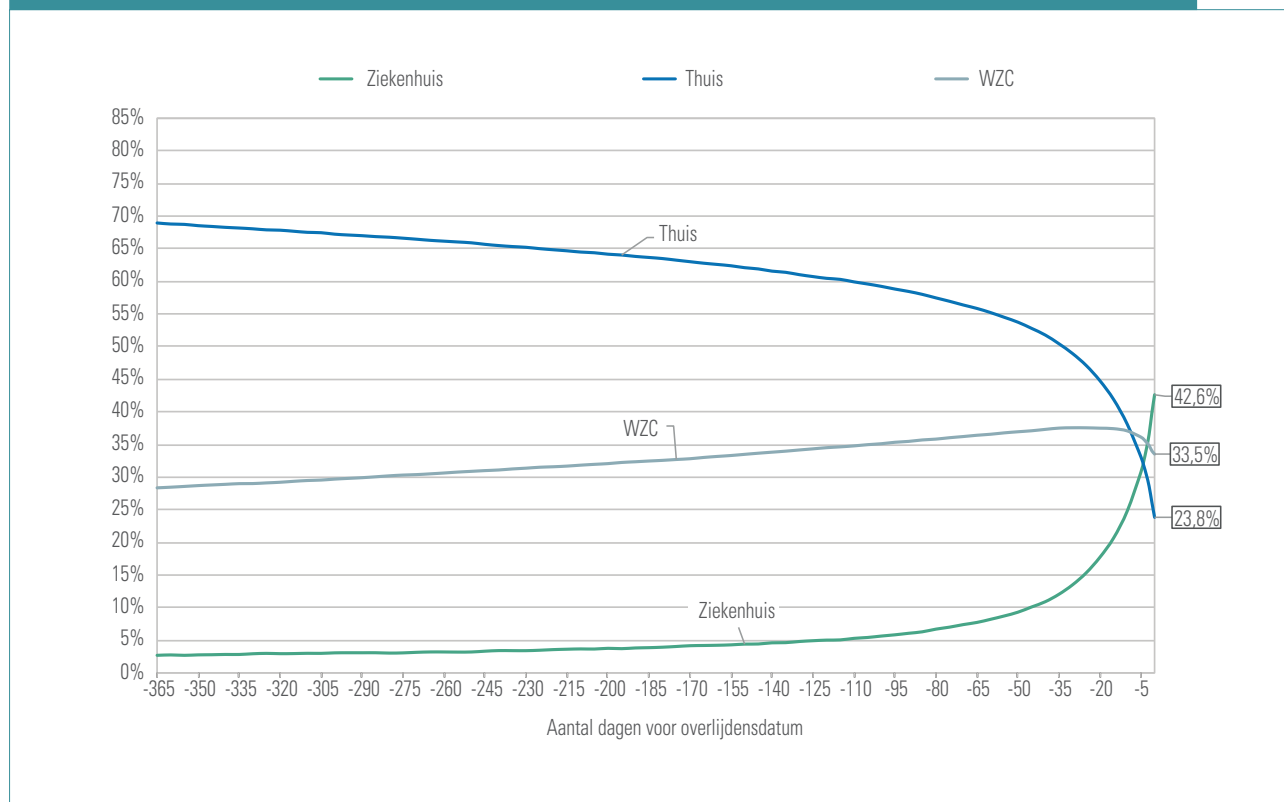
3.3. Zorgtraject voor overlijden

3.3.1. Evolutie van zorgomgeving een jaar voor het overlijden

Voor elk CM-lid is voor het laatste levensjaar dag per dag de zorgomgeving bepaald. Figuur 2 toont het resultaat voor de **totale studiebevolking**. Het aandeel in een WZC neemt vrij gelijkmatig toe van 28,4% een jaar voor de sterfdatum tot 37,6% een maand ervoor, met vervolgens terug een daling tot 33,5%. Het aandeel dat in het ziekenhuis verblijft, begint laag (2,7%) en neemt maar weinig toe tot ongeveer drie maanden voor het overlijden, terwijl het aandeel dat thuis verblijft – aanvankelijk 69,0% – geleidelijk maar sterk daalt. De meeste veranderingen in zorgomgeving gebeuren in de maand voor het overlijden, met een exponentiële toename van het aandeel in het ziekenhuis en een sterke afname van het aandeel thuis.

De algemene trends in zorgomgeving tijdens het laatste levensjaar verschillen niet wezenlijk volgens **geslacht**. Wel verblijven mannen vaker thuis of in een ziekenhuis en vrouwen vaker in een WZC. Bij beiden daalt het aandeel thuis volgens **leeftijd**, terwijl het aandeel in een ziekenhuis toeneemt. Het aandeel in een WZC – tot 74 jaar relatief

Figuur 2: Evolutie van de zorgomgeving tijdens het laatste levensjaar van CM-leden van 40 jaar en ouder overleden in de periode 2023-2024 (n=94.629) (Bron: CM)



laag en stabiel – stijgt vanaf 75 jaar, behalve in de laatste levensdagen. Vrouwen verblijven in hun laatste levensjaar in alle leeftijdscategorieën vaker in een WZC dan mannen, met een toenemend verschil volgens leeftijd. De algemene tendensen zijn zichtbaar in alle regio's, al stijgt het aandeel ziekenhuisverblijven in Brussel en Wallonië sterker dan in Vlaanderen, waar het toenemend gewicht van de WZC meer uitgesproken is.

Van de overleden CM-leden zonder **VT-statuut** verblijven drie op vier een jaar voor het overlijden thuis en ruim één op vijf in een WZC. Bij leden met VT-statuut is dat respectievelijk 61,4% en 35,7%. In beide groepen stijgt het aandeel in het ziekenhuis exponentieel in de laatste levensmaand, met een nog meer uitgesproken trend bij niet-VT-ers. De groep VT-ers vertoont dan weer een sterkere toename van het aandeel in een WZC. Voor **alleenstaanden** valt op dat zij al vanaf zes maanden voor het overlijden vaker in een WZC verblijven dan thuis.

Van wie **kanker** heeft verblijft, een jaar voor de sterfdatum, de grote meerderheid thuis (90,8%) en slechts weinigen in een WZC (6,2%). Voor deze groep zijn dezelfde trends vastgesteld als voor de totale groep, maar is de stijging van het

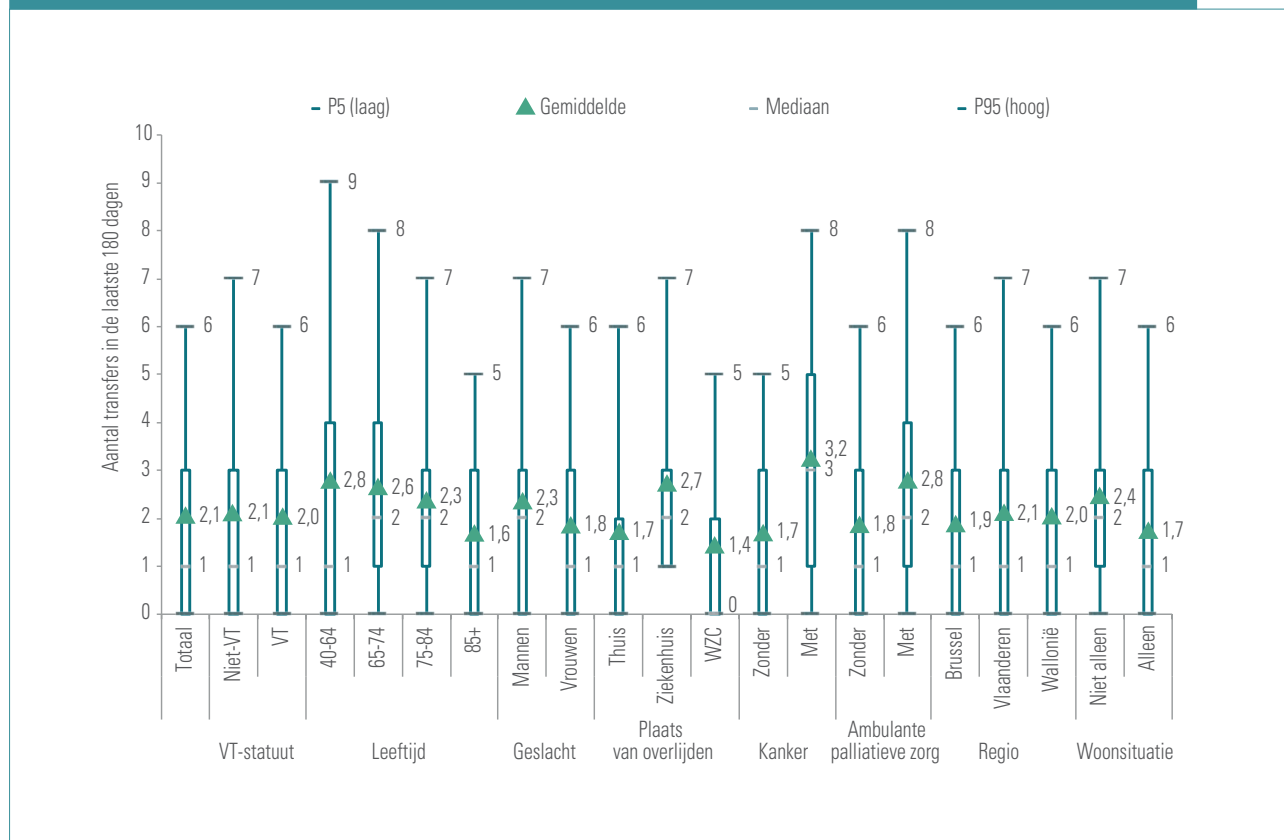
aandeel in een ziekenhuis in de laatste levensmaand sterker. Van wie **ambulante palliatieve zorg** krijgt, verblijft een jaar voor het overlijden 87,0% thuis. Hier stijgt het aandeel in een ziekenhuis in het laatste levensjaar minder sterk en is de afname van het aandeel thuis minder uitgesproken.

3.3.2. Zorgtraject in de 180 dagen voor het overlijden

Spreiding van het aantal transfers

Figuur 3 toont de spreiding van het totaal aantal transfers tussen zorgomgevingen per persoon in de 180 dagen voor overlijden volgens meerdere parameters. We zien dat de helft van de overleden CM-leden hoogstens één keer van zorgomgeving verandert, ongeacht VT-statuut of regio (mediaan). Het aantal transfers ligt gemiddeld wel hoger bij mannen en naarmate men jonger is, evenals bij ambulante palliatieve zorg of kanker, maar lager bij alleenstaanden. Volgens plaats van overlijden zien we meer transfers voor wie in een ziekenhuis sterft en minder voor wie thuis sterft of in een WZC. Verder toont de figuur dat een kwart van de CM-leden, ongeacht de bestudeerde parameter, in de laatste zes levensmaanden minstens drie keer van zorgomgeving verandert. In extreme situaties kan dit, afhankelijk van de parameter oplopen tot vijf en zelfs tot negen keer.

Figuur 3: Spreiding van het aantal transfers tussen zorgomgevingen in de laatste 180 dagen volgens verschillende parameters (Bron: CM)



Soorten transfers volgens overlijdensplaats

Voor elk CM-lid is volgens overlijdensplaats het zorgtraject in de laatste 180 dagen voor overlijden geanalyseerd (zie Figuren 4, 5 en 6). Gezien de grote variatie, tonen de figuren de vijftien meest voorkomende trajecten – die samen wel minstens 90% van de betrokken subgroep vatten – en de laatste negen transfers. In elke figuur wordt rechts de plaats van overlijden symbolisch weergegeven, en opschuivend naar links de eventuele transfers vanuit andere zorgomgevingen. De weergave houdt geen rekening met de verblijfsduur in een bepaalde zorgomgeving en een onderbroken lijn wijst op bijkomende, niet-getoonde transfers.

Van de **personen die thuis sterven**, verblijft zowat de helft het laatste half jaar thuis, dus zonder klassieke ziekenhuisopname of verblijf in een WZC (zie Figuur 4). Voor de anderen is er minstens één transfer, met veelal enkel ziekenhuisopname(s). In bijna 20% van de zorgtrajecten is er slechts één transfer van thuis naar het ziekenhuis en vervolgens terug naar huis, waar het overlijden plaatsvindt. In 12% van de gevallen bestaat het traject uitsluitend uit minstens twee transfers van thuis naar het ziekenhuis, waarbij de laatste transfer de terugkeer naar huis is, waar het overlijden plaatsvindt. Het aandeel met minstens één transfer is groter bij ambulante palliatieve zorg en bij kanker. Iets meer dan een op tien kent in de zes maand voor

Figuur 4: De 15 meest voorkomende zorgtrajecten in de 180 dagen voor overlijden voor CM-leden van 40 jaar en ouder die thuis zijn overleden (Bron: CM)



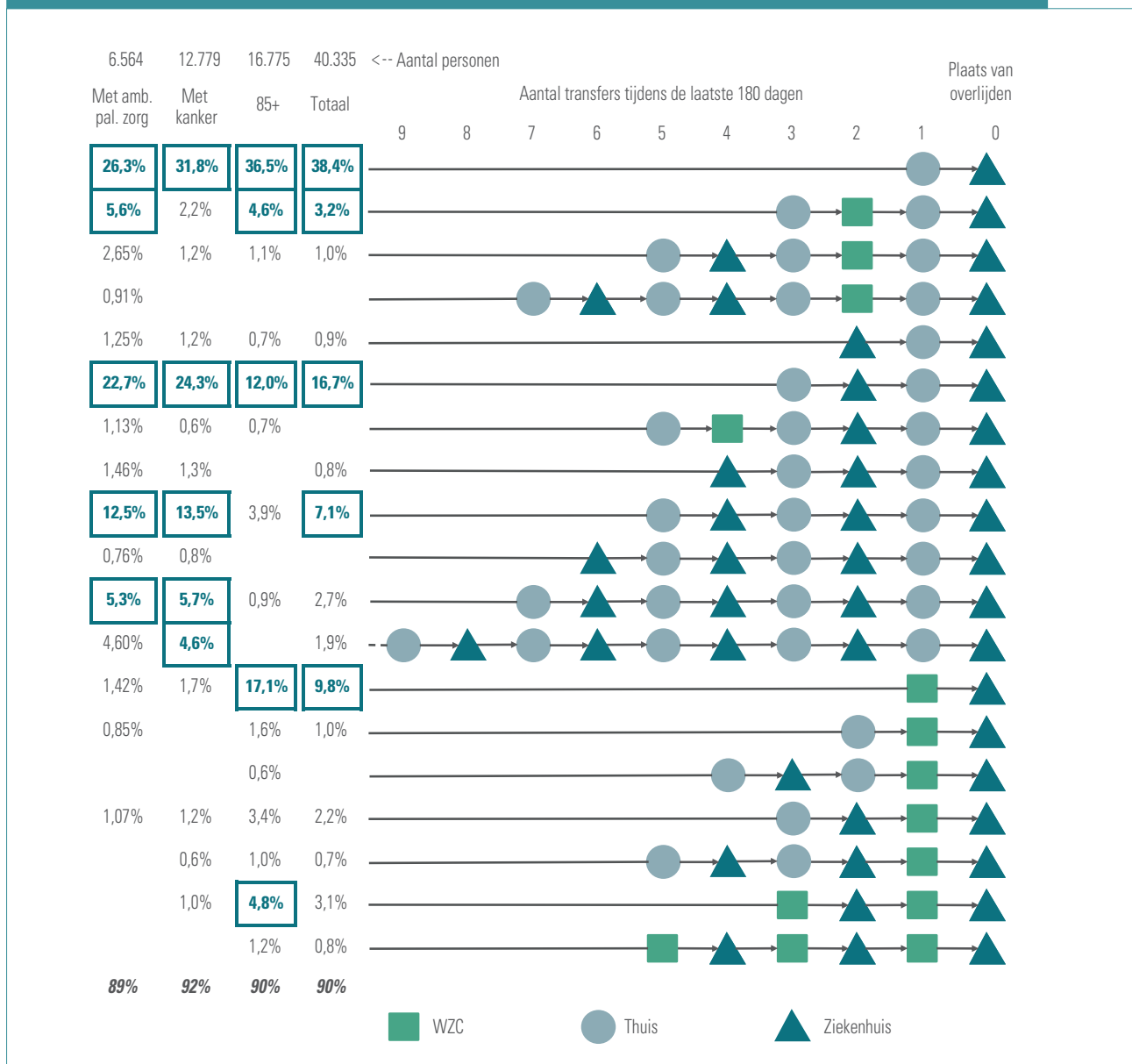
het overlijden een of meerdere WZC-opnames, met een hoger aandeel bij 85-plussers (18,0%).

Voor alle **personen overleden in het ziekenhuis** is er in de 180 dagen voor overlijden minstens één transfer tussen zorgomgevingen (zie Figuur 5). In ruim twee op de drie gevallen gaat het enkel en alleen om transfers tussen thuis en het ziekenhuis: voor 38% is er één transfer van thuis naar het ziekenhuis, voor bijna 17% bestaat het zorgtraject uit twee transfers thuis-ziekenhuis (van thuis naar ziekenhuis, gevolgd door een terugkeer naar huis en een laatste ziekenhuisopname) en voor 12% drie of meer transfers tussen thuis en het ziekenhuis. Onder personen met ambulante

palliatieve zorg of met kanker is het aandeel met meerdere transfers tussen thuis en ziekenhuis groter. In de laatste 180 levensdagen verblijft bijna een op tien voor opname en overlijden in het ziekenhuis permanent in een WZC. Met 17,1% ligt dit aandeel merkkelijk hoger bij 85-plussers. Trajecten met een of meer WZC-verblijven zijn zeldzaam bij wie ambulante palliatieve zorg krijgt of bij kanker.

Ruim de helft van de **personen overleden in een WZC** verblijft er zonder onderbreking gedurende de laatste zes levensmaanden (zie Figuur 6). Dit aandeel is groter bij 85-plussers en heel wat kleiner bij ambulante palliatieve zorg of kanker. Ongeveer 20% van de zorgtrajecten bestaat

Figuur 5: De 15 meest voorkomende zorgtrajecten in de 180 dagen voor overlijden voor CM-leden van 40 jaar en ouder overleden in het ziekenhuis (Bron: CM)

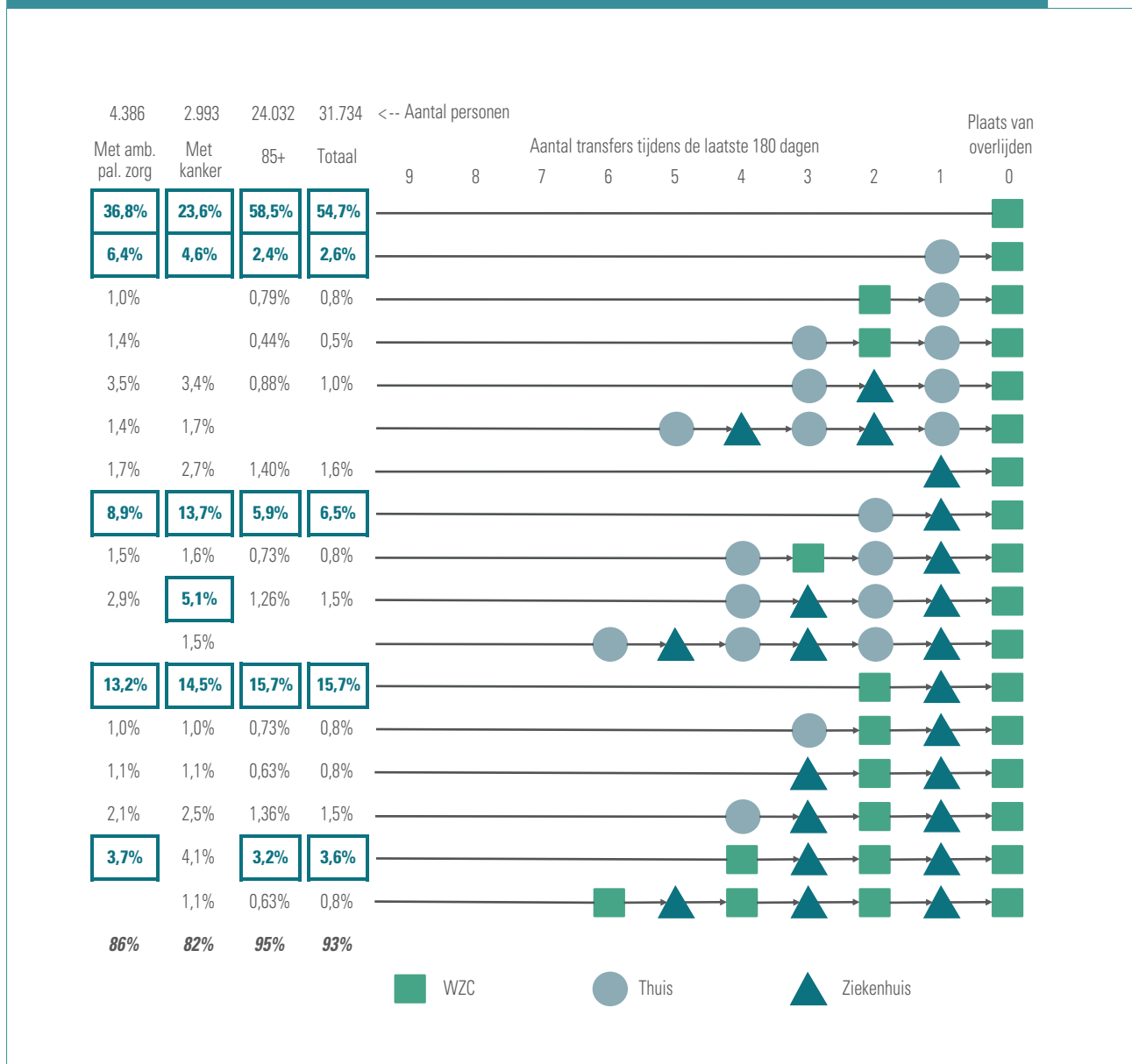


enkel uit één of meerdere transfers vanuit een WZC naar het ziekenhuis, maar waarbij de persoon de laatste levensdagen opnieuw in een WZC doorbrengt. Een kleine minderheid verblijft voor opname en overlijden in een WZC enkel thuis (2,6%) of in het ziekenhuis (1,6%). Het traject waarbij mensen van thuis naar het ziekenhuis gaan en vervolgens naar een WZC, komt iets frequenter voor (6,5%) en nog vaker bij ambulante palliatieve zorg (8,9%) en zeker bij kanker (13,7%).

3.4. Zorggebruik in de laatste drie levensmaanden

Voor de overleden CM-leden is ook het zorggebruik in de laatste drie levensmaanden geanalyseerd, met aandacht voor zowel het aandeel gebruikers als de gebruiksiintensiteit. Tabel 1 geeft voor verschillende types zorg en volgens verschillende parameters het aandeel gebruikers.

Figuur 6: De 15 meest voorkomende zorgtrajecten in de 180 dagen voor overlijden voor CM-leden van 40 jaar en ouder overleden in een WZC (Bron: CM)



Tabel 1: Aandeel gebruikers van verschillende soorten zorg in de laatste drie levensmaanden volgens meerdere parameters (Bron: CM)

Type zorg	Totaal	Geslacht		Leeftijd				Regio			VT-status		Woonsituatie		Kanker	
		Man	Vrouw	40-64	65-74	75-84	85 en ouder	Vlaanderen	Wal-Ionië	Brussel	Ja	Nee	Alleen	Niet alleen	Ja	Nee
Ambulante zorg	Huisarts	92,2%	94,0%	80,0%	86,3%	92,1%	96,1%	93,3%	90,5%	77,8%	93,6%	91,2%	93,0%	91,4%	91,5%	92,5%
	Specialist	43,3%	50,1%	59,2%	61,2%	53,2%	30,7%	42,6%	45,5%	44,3%	37,4%	47,9%	34,6%	53,4%	75,2%	33,2%
	Thuisverpleging (alle)	42,5%	46,7%	44,9%	50,6%	49,2%	36,6%	43,3%	41,1%	34,6%	41,5%	43,4%	32,0%	54,8%	66,5%	35,0%
	Kinesitherapie (alle)	20,2%	21,3%	20,6%	24,3%	24,0%	17,2%	16,9%	31,0%	21,4%	19,1%	21,1%	15,0%	26,3%	18,2%	26,6%
Ziekenhuiszorg	Klassieke ziekenhuisopname (alle)	61,0%	56,1%	65,2%	71,9%	68,9%	53,4%	59,9%	64,3%	64,9%	57,7%	63,7%	54,4%	68,8%	79,7%	55,2%
	Dagziekenhuis	32,0%	35,7%	44,3%	45,6%	37,6%	23,2%	32,6%	29,1%	37,3%	28,8	34,5%	26,0%	38,9%	60,3%	23,1%
	Spoed	56,1%	60,0%	55,8%	61,6%	61,4%	52,0%	55,1%	58,6%	61,2%	53,9%	57,8%	51,4%	61,5%	65,1%	53,2%
	Intensieve zorg	8,2%	10,1%	17,7%	16,6%	10,9%	2,8%	7,7%	9,6%	9,0%	6,7%	9,4%	5,6%	11,2%	7,6%	8,4%
Zorgvoorziening (vooral WZC)	Alle	47,8%	37,8%	12,2%	21,4%	38,3%	66,1%	49,2%	43,3%	44,5%	55,8%	41,4%	63,0%	30,2%	24,9%	55,0%
	Alle	22,3%	24,2%	28,0%	31,1%	26,2%	16,9%	22,1%	23,3%	19,0%	20,3%	23,9%	15,0%	30,7%	50,1%	13,5%
Palliatieve zorg	Palliatieve thuisverpleging	15,3%	17,4%	18,3%	21,7%	18,7%	11,8%	16,1%	14,6%	8,5%	14,3%	16,6%	8,8%	23,4%	35,5%	9,3%
	MBE	7,2%	7,8%	10,1%	10,3%	8,0%	5,4%	7,3%	7,1%	6,0%	6,1%	8,0%	4,8%	10,0%	17,2%	4,1%
	Palliatieve kinesitherapie	5,9%	6,6%	6,7%	8,4%	7,2%	4,5%	5,0%	9,3%	4,2%	5,8%	6,0%	3,2%	9,1%	11,5%	4,2%
	Palliatief DVC	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,01%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,03%	0,1%	0,2%	0,03%
Palliatieve ziekenhuisdienst	5,9%	6,3%	9,4%	10,0%	7,5%	3,4%	5,6%	6,8%	8,3%	4,9%	6,7%	5,0%	7,0%	16,8%	2,5%	

3.4.1. Ambulante zorg

In de laatste 90 levensdagen heeft ruim 90% van de CM-leden minstens één **huisartsencontact**, ongeacht geslacht, VT-statuut, woonsituatie of kankerdiagnose. Het aandeel neemt toe volgens leeftijd en is, volgens regio, beperkter in Brussel (77,8%), al weten we dat inwoners van Brussel vaker ingeschreven zijn in een wijkgezondheidscentrum en daar beroep doen op huisartsenzorg (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). Gemiddeld zijn er 7,6 huisartsencontacten (mediaan: 6), maar met iets hogere aantallen in Vlaanderen, bij vrouwen, personen met VT-statuut, bij kanker en naarmate men ouder is. Iets meer dan 40% krijgt in diezelfde periode **thuisverpleging**, met een hoger aandeel bij mannen, niet-alleenstaanden en vooral mensen met kanker, en minder bij 85-plussers. Het gemiddeld aantal thuisverplegingscontacten bedraagt 45,6 (mediaan: 45), stijgt volgens leeftijd, en is hoger bij VT-statuut en bij alleenstaanden, maar lager in Brussel en bij kanker.

3.4.2. Ziekenhuiszorg

61,0% van de CM-leden heeft in de drie maanden voor overlijden minstens één **klassieke ziekenhuisopname**. Dit aandeel is groter bij mannen, in Wallonië en Brussel maar vooral bij kanker (79,7%), en lager bij VT-ers, alleenstaanden en 85-plussers. Het gemiddeld aantal opnamedagen bedraagt 20,0 (mediaan: 15). Dat aantal is vooral bij 85-plussers lager, en algemeen iets hoger in Brussel en zeker bij kanker. Volgens geslacht, VT-statuut of woonsituatie zijn de verschillen beperkt.

Een op twaalf wordt verzorgd op een **dienst intensieve zorgen** met een groter aandeel bij mannen en een beperkter aandeel volgens leeftijd – zeker bij 85-plussers – en bij VT-ers en alleenstaanden. Het gemiddeld aantal verblijfsdagen is 13,0 (mediaan: 7,5). Bij 85-plussers gaat het om gemiddeld 7,8 dagen, de helft van wat in de leeftijdsgroep 65-84-jarigen is vastgesteld. Daarnaast liggen de aantallen ook wat hoger bij personen met kanker.

56,1% van de CM-leden komt minstens één keer op de **spoeddienst** van een ziekenhuis. Dit is vaker het geval voor mannen, 65-84-jarigen, Brusselaars en voor wie kanker heeft, en minder vaak bij VT-ers, alleenstaanden en 85-plussers. Gemiddeld zijn er 1,4 contacten, met weinig verschillen volgens de parameters (mediaan: 1).

3.4.3. Palliatieve zorg

Gebruik van palliatieve zorg

In de laatste drie levensmaanden doet 22,3% van de CM-leden beroep op een of andere vorm van palliatieve zorg (zie Tabel 1). Naar leeftijd is het aandeel met 31,1% het hoogst bij de 65-74-jarigen en neemt dit vervolgens af tot 16,9% van de 85-plussers. Het aandeel lijkt iets hoger bij mannen in vergelijking met vrouwen en iets lager bij VT-rechthebbenden in vergelijking met diegenen zonder VT-recht. De grootste verschillen zijn vastgesteld volgens woonsituatie (15,0% bij alleenstaanden tegenover 30,7% bij niet-alleenstaanden) en vooral naargelang iemand wel of geen kanker heeft (50,1% tegenover 13,5%).

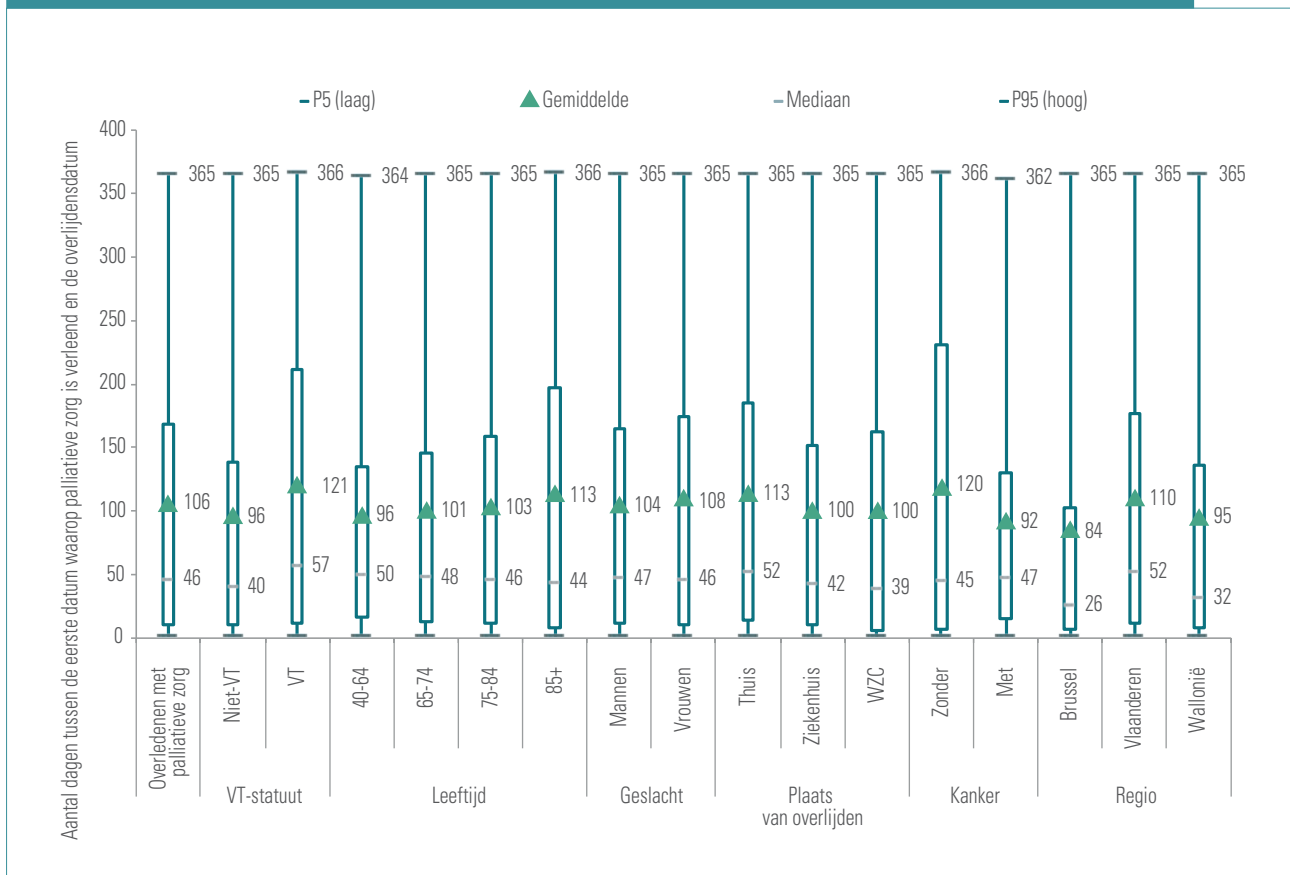
Opsplitst naar type palliatieve zorg zien we het hoogste aandeel gebruikers bij palliatieve thuisverpleging (15,3%), maar met verschillen volgens leeftijd en geslacht, regio en in zeker mate VT-statuut. De grootste verschillen noteren we naargelang iemand wel of niet alleenstaand is (8,8% tegenover 23,4%) en naargelang iemand wel of geen kanker heeft (35,5% tegenover 9,3%). Voor de opvolging door een MBE is het aandeel gebruikers – globaal 7,2% – beduidend hoger bij kanker (17,2%). De verschillen volgens de andere parameters zijn minder uitgesproken. Ten slotte is 5,9% opgenomen op een palliatieve ziekenhuisdienst, met een groter aandeel bij 65-84-jarigen, wie in Brussel woont en vooral bij wie kanker heeft, en een beperkter aandeel bij VT-ers en alleenstaanden.

Start palliatieve zorg

Voor wie in het laatste levensjaar beroep deed op palliatieve zorg, ongeacht het type, gingen we na wanneer die zorg in het laatste levensjaar startte (zie Figuur 7)¹⁰. We stellen vast dat dit bij de helft pas anderhalve maand voor de sterfdag was, maar er zijn grote verschillen: voor de helft is dit 46 dagen, voor een kwart maar 11 dagen en voor een ander kwart 168 dagen. Terwijl er amper verschil is volgens geslacht, is dit wel het geval volgens leeftijd: de start van palliatieve zorg is gemiddeld vroeger naarmate mensen ouder zijn, maar het mediaan aantal dagen is iets hoger naarmate mensen jonger zijn bij overlijden. Verder lijkt het erop dat bij VT-rechthebbenden palliatieve zorg algemeen vroeger wordt gestart dan bij wie er geen recht op heeft. Hetzelfde geldt voor wie thuis overlijdt en voor wie geen kanker heeft. Volgens regio zien we dat in Vlaanderen zowel het gemiddeld als het mediaan aantal dagen beduidend hoger zijn dan in Wallonië en Brussel.

10 De analyse focust op het laatste levensjaar. Het is niet uit te sluiten dat voor een deel van de CM-leden al vroeger palliatieve zorg is gefactureerd.

Figuur 7: Spreiding van het aantal dagen tussen de sterfdatum en de startdatum van palliatieve zorg in het laatste levensjaar volgens meerdere parameters (Bron: CM)



3.5. Regressieanalyse naar de beïnvloedende factoren van plaats van overlijden en gebruik van palliatieve zorg

3.5.1. Plaats van overlijden

Met een multinomiale logistische regressie is nagegaan welke factoren significant bijdragen aan verschillen in plaats van overlijden, onderverdeeld in drie categorieën (thuis, WZC en ziekenhuis). De analyse onderzoekt hoe de verschillende factoren samenhangen met de kans op overlijden thuis of in een WZC, ten opzichte van overlijden in een ziekenhuis. Het zieken-

huis is als referentiecategorie genomen, wat betekent dat alle resultaten aangeven hoe groot de kans is dat iemand thuis of in een WZC overlijdt, in vergelijking met het ziekenhuis.

Tabel 2 toont dat elke verklarende variabele (leeftijdscategorie, geslacht, VT-statuut, regio, woonsituatie, kanker, palliatieve zorg) geassocieerd is met de kans om wel of niet in een specifieke zorgomgeving te overlijden ($p < 0,0001$). Bijgevolg verhoogt het opnemen van deze variabelen in het model de voorspellende kracht ervan¹¹. Vooral de variabelen leeftijd, palliatieve zorg, woonsituatie en kankerdiagnose vertonen een sterke associatie met de plaats van overlijden.

11 Aangezien de afhankelijke variabele van het model drie categorieën heeft, is de kwaliteit van het model gemeten via een Pseudo R² (McFadden). Deze Pseudo R² heeft een waarde van 15%, wat wijst op een goede kwaliteit.

Tabel 2: Variabelen geassocieerd met de plaats van overlijden (Bron: CM)

Variabele	Degrees of freedom (DF)	Chi ²	P-waarde (p<0,05 = significant)
Leeftijd	6	6.880,6	<0,0001
Geslacht	2	515,9	<0,0001
VT-statuut	2	162,5	<0,0001
Regio	4	272,4	<0,0001
Woonsituatie	2	2.978,2	<0,0001
Kanker	2	2.295,9	<0,0001
Palliatieve zorg	2	6.763,4	<0,0001

Tabel 3: De kans op overlijden thuis of in een WZC ten opzichte van de kans op overlijden in het ziekenhuis volgens verschillende variabelen (Bron: CM)

Effect	Plaats van overlijden	Odds Ratio	Betrouwbaarheids-interval (BI 95%)	P-waarde (p<0,05 = significant)
Leeftijd: 65-74 versus 40-64	Thuis	0,618	0,582 - 0,655	<0,0001
	WZC	1,886	1,687 - 2,108	<0,0001
Leeftijd: 75-84 versus 40-64	Thuis	0,457	0,433 - 0,484	<0,0001
	WZC	4,021	3,636 - 4,448	<0,0001
Leeftijd: 85+ versus 40-64	Thuis	0,406	0,385 - 0,429	<0,0001
	WZC	8,393	7,612 - 9,255	<0,0001
Geslacht: vrouw versus man	Thuis	0,889	0,858 - 0,921	<0,0001
	WZC	1,379	1,334 - 1,427	<0,0001
VT-statuut: ja versus nee	Thuis	0,902	0,870 - 0,935	<0,0001
	WZC	1,165	1,127 - 1,204	<0,0001
Regio: Wallonië versus Vlaanderen	Thuis	1,028	0,988 - 1,070	0,1733
	WZC	0,751	0,722 - 0,782	<0,0001
Regio: Brussel versus Vlaanderen	Thuis	0,956	0,866 - 1,056	0,3759
	WZC	0,687	0,624 - 0,756	<0,0001
Woonsituatie: alleenstaand versus niet-alleenstaand	Thuis	0,847	0,816 - 0,878	<0,0001
	WZC	2,387	2,304 - 2,473	<0,0001
Kanker: ja versus nee	Thuis	0,437	0,418 - 0,456	<0,0001
	WZC	0,391	0,372 - 0,410	<0,0001
Palliatieve zorg: ja versus nee	Thuis	4,367	4,196 - 4,545	<0,0001
	WZC	0,821	0,786 - 0,859	<0,0001

Tabel 3 geeft de informatie over de kans om thuis of in een WZC te overlijden ten opzichte van de kans op een ziekenhuisoverlijden (= referentie), afhankelijk van de variabelen (leeftijd, geslacht, VT-statuut, enz.). De *odds ratio's* geven daarbij aan hoe de kans op overlijden thuis of in een WZC verandert ten opzichte van de kans op overlijden in het ziekenhuis.

Bij de **individuele factoren** blijkt **leeftijd** een zeer sterke voorspeller voor de plaats van overlijden. 65-74-jarigen hebben 38,2% minder kans om thuis te overlijden dan 40-64-jarigen (OR=0,618). Deze kans daalt verder met de leeftijd: 75-84-jarigen hebben 54,3% minder kans (OR=0,457) en 85-plussers zelfs 59,4% minder kans om thuis te overlijden (OR=0,406), in vergelijking met een ziekenhuisoverlijden. Omgekeerd zien we dat de kans op overlijden in een WZC sterk toeneemt met de leeftijd: dubbel zoveel kans voor personen tussen 65 en 74 jaar (OR=1,886), vier keer

meer kans voor diegenen tussen 75 en 84 jaar (OR=4,021) en zelfs acht keer meer kans voor de oudste groep (85+) (OR=8,393).

Ook **geslacht** speelt een rol. Vrouwen hebben iets minder kans (11,1%) om thuis te overlijden dan mannen (OR=0,889), maar wel een duidelijk hogere kans (37,9%) om in een WZC te overlijden (OR=1,379), vergeleken met het ziekenhuis.

Personen met **VT-statuut** hebben minder kans om thuis te overlijden (OR=0,902) en iets meer kans om in een WZC te overlijden (OR=1,165) dan in het ziekenhuis. **Alleenstaanden** hebben 15,3% minder kans om thuis te overlijden (OR=0,847), maar meer dan dubbel zoveel kans om in een WZC te overlijden (OR=2,387) ten opzichte van een ziekenhuisoverlijden.

Bij de **omgevingsfactoren** zien we dat er **regionale verschillen** zijn, maar minder uitgesproken dan bij andere factoren. De regionale verschillen tonen minder kans op overlijden in een WZC in Wallonië en in Brussel, vergeleken met het ziekenhuis. In Wallonië is de kans om in een WZC te overlijden 24,9% lager dan in Vlaanderen (OR=0,751), en in Brussel zelfs meer dan 31,3% lager (OR=0,687), vergeleken met het ziekenhuis.

Bij de **ziektegerelateerde factoren** zien we dat wie in het laatste levensjaar **palliatieve zorg** krijgt, ruim vier keer meer kans heeft om thuis te overlijden (OR=4,367) en een

kleinere kans om te overlijden in een WZC (OR=0,821), ten opzichte van het ziekenhuis. Opvallend is dat **personen met kanker** een aanzienlijk lagere kans hebben om thuis (OR=0,437) of in een WZC (OR=0,391) te overlijden. Zij overlijden dus vaker in het ziekenhuis.

3.5.2. Gebruik palliatieve zorg

Via een multinomiale logistische regressieanalyse is eveneens nagegaan welke factoren bijdragen aan de kans om in het laatste levensjaar palliatieve zorg te krijgen (ambulante en/of in het ziekenhuis). De afhankelijke variabele palliatieve zorg heeft twee categorieën: wel of geen palliatieve zorg. Uit tabel 4 blijkt dat elke verklarende variabele (leeftijd, geslacht, VT, regio, woonsituatie, kanker) significant is ($p < 0,0001$), en dus afzonderlijk bijdraagt aan het verklaren van verschillen tussen het wel of niet krijgen van palliatieve zorg. Deze variabelen verhogen dus de voorspellende kracht van het model. Vooral de variabele kankerdiagnose vertoont een sterke associatie met de afhankelijke variabele.

Tabel 5 geeft informatie over de kans op palliatieve zorg afhankelijk van de variabelen (leeftijd, geslacht, VT-statuut, enz.). De *odds ratio's* geven daarbij aan hoe de kans op palliatieve zorg verandert ten opzichte van geen palliatieve zorg krijgen (= referentie). Het model toont een goede voorspellende kracht, wat betekent dat het model in de meerderheid van de gevallen correct voorspelt wie palliatieve zorg zal krijgen¹².

Tabel 4: Variabelen geassocieerd met het gebruik van palliatieve zorg (Bron: CM)

Variabele	Degrees of freedom (DF)	Chi ²	P-waarde (p<0,05 = significant)
Leeftijd	3	46,7	<0,0001
Geslacht	1	28,8	<0,0001
VT-statuut	1	75,0	<0,0001
Regio	2	20,6	<0,0001
Woonsituatie	1	1.352,6	<0,0001
Kanker	1	9.613,4	<0,0001

¹² Aangezien de afhankelijke variabele van het model 2 categorieën heeft, is de kwaliteit van het model gemeten via de *Percent Concordant*. Deze *Percent Concordant* heeft een waarde van 72%, wat een goede kwaliteit toont.

Tabel 5: De kans op gebruik van palliatieve zorg ten opzichte van de kans op geen gebruik van palliatieve zorg volgens verschillende variabelen (Bron: CM)

Effect	Odds Ratio	Betrouwbaarheids-interval (BI 95%)	P-waarde (p<0,05 = significant)
Leeftijd: 65-74 versus 40-64	1,152	1,081 - 1,228	<0,0001
Leeftijd: 75-84 versus 40-64	1,158	1,092 - 1,229	<0,0001
Leeftijd: 85+ versus 40-64	1,221	1,152 - 1,293	<0,0001
Geslacht: vrouw versus man	1,093	1,058 - 1,130	<0,0001
VT-statuut ja versus nee	1,157	1,119 - 1,196	<0,0001
Regio: Wallonië versus Vlaanderen	0,995	0,958 - 1,033	0,7910
Regio: Brussel versus Vlaanderen	0,798	0,724 - 0,880	<0,0001
Woonsituatie: alleenstaand versus niet alleenstaand	0,530	0,513 - 0,549	<0,0001
Kanker: ja versus nee	5,788	5,589 - 5,995	<0,0001

Bij de **individuele factoren** zien we een **leeftijdseffect** met een toenemende kans op palliatieve zorg naarmate men ouder wordt. Vergeleken met de groep van 40–64 jaar, hebben mensen van 65–74 jaar een 15,2% hogere kans (OR=1,152), mensen van 75–84 jaar een 15,8% hogere kans (OR=1,158), en 85-plussers een 22,1% hogere kans (OR=1,221) om palliatieve zorg te krijgen.

Volgens **geslacht** blijkt dat vrouwen iets vaker palliatieve zorg krijgen dan mannen, met een 9,3% hogere kans (OR=1,093). Personen met **VT-statuut** hebben een 15,7% hogere kans op palliatieve zorg (OR=1,157). Het effect is beperkt maar zowel voor geslacht als VT-statuut statistisch significant. **Alleenstaanden** hebben duidelijk een lagere kans (47,0%) op palliatieve zorg (OR=0,530) dan niet-alleenstaanden.

Bij de **omgevingsfactoren** zien we dat er **regionale verschillen** zijn. In Brussel hebben inwoners een 20,2% lagere kans op palliatieve zorg (OR=0,798) dan in Vlaanderen.

De meest opvallende bevinding heeft te maken met **ziektegerelateerde factoren**, namelijk dat **mensen met kanker** een zeer sterk verhoogde kans hebben op palliatieve zorg. Die kans is maar liefst 5,8 keer hoger dan bij mensen zonder kanker (OR=5,788). Een kankerdiagnose blijkt zo de meest bepalende factor voor het ontvangen van palliatieve zorg.

4. Bespreking van de resultaten

In dit deel bespreken we een aantal opvallende resultaten die we, waar mogelijk, vergelijken met deze van de CM-studie van Gielen et al. (2009) en kaderen binnen de ruimere nationale en internationale context. Vooraf geven we mee dat het profiel van de CM-leden in beide studies vergelijkbaar is voor verdeling volgens geslacht en regio. Wel is de populatie overleden CM-leden de voorbije twee decennia verouderd: in 2005-2006 was 13% tussen 40 en 64 jaar en 35% ouder dan 85 jaar; in 2023-2024 is dit respectievelijk 9% en 51%. Het aandeel in een kwetsbare situatie (VT-statuu) is gedaald van 54% naar 44%, deels te verklaren door het dalend aandeel ouderen met VT-statuu (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2024). Het verschil in aandeel kankerpatiënten – 27% in de eerste studie tegenover 24% in de recentste studie – is mogelijk te verklaren door verschillen in de detectiemethode¹³.

4.1. Meer overlijdens in de vertrouwde omgeving

In de periode 2023-2024 sterft 43% van de overleden CM-leden in een ziekenhuis, 34% in een WZC en 24% thuis of elders. Dit is in lijn met Vlaamse cijfers voor 2022 (respectievelijk 43%, 32% en 25% (Departement Zorg, 2024)) en Belgische (respectievelijk 44%, 30% en 26% (Statbel, 2024)). Vergeleken met de CM-studie van Gielen et al. (2009), op basis van gegevens 2005-2006, **daalt het aandeel ziekenhuisoverlijdens van 50% naar 43%**. De nieuwe studie leert dat dit niet leidt tot meer thuisoverlijdens – dit aandeel daalt zelfs van 27% naar 24% – maar wel tot een **sterke toename van het aandeel overlijdens in een WZC (van 23% naar 34%)**. Deze verschuiving hangt samen met de vermelde vergrijzing van de overleden CM-ledenpopulatie en de exponentieel toenemende opnamekans in WZC volgens leeftijd (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). De demografische factoren verklaren wellicht ook minstens voor een deel het hoger aandeel overlijdens in een WZC bij alleenstaanden en personen met VT-statuu. De trend van een dalend aandeel ziekenhuisoverlijdens en toenemend aandeel WZC-overlijdens als gevolg van de demografische evolutie, is al eerder vastgesteld (Houttekier, Cohen, Surkyn, & Deliens, 2011) en lijkt zich dus verder te zetten.

De regressieanalyse bevestigt de **sterke associatie tussen leeftijd en de kans om niet in het ziekenhuis maar in een WZC te overlijden**, en toont verder dat mensen, naar mate ze ouder worden, ook minder kans hebben om thuis te overlijden in vergelijking met het ziekenhuis. Geslacht speelt ook, zij het in mindere mate, een rol, met voor vrouwen een kleinere kans op thuisoverlijden en een grotere kans op overlijden in een WZC. Deze bevindingen komen overeen met die uit de eerste CM-studie met eveneens meer overlijdens in een WZC voor ouderen en vrouwen (Gielen, Remacle, & Mertens, 2009), en met de wetenschappelijke literatuur over de associatie tussen deze sociodemografische kenmerken en de plaats van overlijden (Pedersen, Raunkiaer, & Graven, 2024).

We zien dus een stijgend **aandeel CM-leden dat buiten het ziekenhuis en in de vertrouwde omgeving overlijdt – hetzij thuis, hetzij een WZC**. Dit kan erop wijzen dat de plaats van overlijden meer aansluit bij de concrete situatie en de wensen van een patiënt-e en diens omgeving, maar rekening houdend met de mogelijkheden en eventuele beperkingen van elke zorgomgeving. Tegelijk is **de evolutie naar meer overlijdens in een WZC een belangrijk aandachtspunt voor beleidsinitiatieven gericht op het versterken van de kwaliteit van het levenseinde en de levenseindezorg**.

4.2. Het ziekenhuis: nog steeds een grote rol aan het levenseinde

Ondanks de dalende trend in het aandeel ziekenhuisoverlijdens onder CM-leden – een trend die ook op nationaal en internationaal niveau is waargenomen (Gerkens, et al., 2024; OECD, 2024) – **overlijden nog steeds ruim vier op tien mensen in het ziekenhuis. Ons land scoort hiermee middelmatig**. In enkele Europese landen is dit aandeel hoger (bijvoorbeeld Frankrijk: 57%, Luxemburg: 58%; Portugal: 62%), maar in een aantal andere lager (bijvoorbeeld Nederland: 27%; Noorwegen: 34%; Zweden: 38%) (Jiang & May, 2021). Dit kan **een indicatie zijn dat er marge tot verbetering is**.

We zien verder een **lichte toename van het aandeel ziekenhuisoverlijdens in een dienst palliatieve zorg**, een dienst met een specifiek aanbod van individuele totaalzorg door een multidisciplinair team: van 10% in 2005-2006 tot 13% in 2023-2024. Het merendeel van de ziekenhuisoverlijdens vindt dus plaats in een andere ziekenhuisdienst, in belangrijke mate geriatrie.

13 In de studie van Gielen et al. (2009) werd een koppeling gemaakt met de gegevens van het Belgisch Kankerregister.

Hoewel we hierover geen gegevens hebben, is het niet uitgesloten dat ook in deze situaties palliatieve ondersteuning geboden is door bijvoorbeeld het palliatief supportteam (PST) van het ziekenhuis dat advies en ondersteuning geeft aan andere zorgverleners van andere afdelingen en aan patiënten aan het levenseinde en hun naasten, of door het medisch en verzorgend personeel van de ziekenhuisdienst zelf. Toch identificeert het KCE enkele tekortkomingen waaronder de slechte geografische spreiding van de palliatieve ziekenhuisbedden, net als de ontoereikende slagkracht van de MBE en PST (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025) en pleit het voor een versterking en verdere diversifiëring van het aanbod.

Ook in het zorgtraject voorafgaand aan het overlijden van heel wat CM-leden, speelt het ziekenhuis een belangrijke rol. We zien dat de meeste veranderingen van zorgomgeving in het laatste levensjaar voornamelijk gebeuren in de laatste levensmaand, met een exponentiële toename van het aandeel leden in het ziekenhuis, ten koste van het aandeel thuis (zie Figuur 2). Bovendien kent een groot deel CM-leden in de laatste zes maanden voor het overlijden een of meerdere ziekenhuisopnames (bijvoorbeeld bijna 40% van wie thuis overlijdt). Transfers vanuit een WZC naar het ziekenhuis komen minder voor (zie Figuren 4, 5 en 6). In de laatste drie levensmaanden kent bijna twee derde minstens één ziekenhuisopname, komt ruim de helft in contact met de spoeddienst en verblijft een op twaalf op intensieve zorgen (zie Tabel 1).

De vaststellingen zijn consistent met de eerste CM-studie die op basis van de analyse van de zorgtrajecten concludeerde dat een groot deel van de transfers ziekenhuisopnames zijn en dat het meest voorkomende traject bestond uit een verblijf thuis, gevolgd door een opname en overlijden in het ziekenhuis (Gielen, Remacle, & Mertens, 2009). Andere onderzoekers vonden aan het levenseinde eveneens frequente ziekenhuisopnames, contacten met de spoeddienst of een verblijf op intensieve zorgen, en besluiten dat deze prominente rol van het ziekenhuis een indicatie zou kunnen zijn van **potentieel ongepaste zorg**. Allers et al. (2019) concluderen dat een deel van de ziekenhuisopnames van WZC-bewoners aan het levenseinde potentieel vermijdbaar is. Er wordt unaniem gepleit voor een verdere optimalisatie van zorggebruik aan het levenseinde, onder meer door vaker en tijdig in te zetten op palliatieve zorg en op vroegtijdige zorgplanning (De Schreye, et al., 2023; Depoorter, et al., 2023; Honinx, et al., 2021a).

Toch is een genuanceerde lezing van cijfers over gebruik van ziekenhuiszorg en ziekenhuisoverlijdens noodzake-

lijk, en kunnen bepaalde behandelkeuzes – trouwens ook buiten de ziekenhuiscontext – niet zomaar gezien worden als therapeutische hardnekkigheid of ongepaste zorg. De plaats van levenseindezorg en overlijden worden beïnvloed door een combinatie van individuele, ziektegerelateerde en omgevingsfactoren en in bepaalde situaties is het ziekenhuis de gewenste en zelfs gepaste plaats van zorg en overlijden (Pedersen, Raunkiaer, & Graven, 2024). Zo voelt de ziekenhuisomgeving voor sommige personen aan het levenseinde als veiliger aan of biedt die meer garantie op comfort en levenskwaliteit, bijvoorbeeld door de ruimere mogelijkheid tot symptoombehandeling. Verder wijzen onderzoekers op het soms moeilijk te voorspellen ziekteproces, onder andere bij dementie, wat beslissingen rond behandelingen complexer maakt (Honinx, et al., 2021a). Tegelijk wijzen ze op enkele belangrijke aandachtspunten zoals het vermijden van onnodige onderzoeken en behandelingen, het vergroten van de kennis van zorgpersoneel over de grenzen in behandelmogelijkheden en het beter informeren van ouderen zelf over de voordelen én risico's van behandelingen.

4.3. Palliatieve zorg: ondergebruik en laattijdige start

De analyse van het zorggebruik leert dat eerstelijnsactoren, met voorop de huisarts, de thuisverpleegkundige en de kinesist-e ook aan het levenseinde een belangrijke rol spelen (zie Tabel 1). Maar gezien de meerwaarde ervan voor de levenskwaliteit van mensen aan het levenseinde en hun naasten (WHO, 2020), focusten we in het bijzonder op het gebruik van palliatieve zorg. In de laatste drie levensmaanden doet 22% van de studiepoulatie beroep op minstens één type palliatieve zorg (15% palliatieve thuisverpleging, 7% MBE en 6% palliatieve ziekenhuisdienst). Voor de vormen van palliatieve zorg waarvoor een vergelijking met de eerdere CM-studie mogelijk is (MBE, palliatief DVC en palliatieve ziekenhuisdienst), is het aandeel gebruikers weinig geëvolueerd, wat mogelijk te wijten is aan enkele tekortkomingen in de toegankelijkheid van het bestaande aanbod (onder meer de ongelijke spreiding van het aanbod, financiële drempels, problemen op vlak van aanvaardbaarheid) (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025).

Toch lijken de voorbije decennia steeds meer mensen een beroep te doen op palliatieve zorg. Andere analyses leren dat in 2020 57% van de kankerpatiënten palliatieve zorg kreeg, wat een stijging was in vergelijking met de eerdere meting (Sciensano, 2024) en dat het aantal prestaties pal-

liatieve thuisverpleging tussen 2011 en 2021 met bijna 8% toenam (RIZIV, 2022). De studie van De Schreye et al. (2020) toont eveneens een toename in het gebruik van palliatieve zorg, ook bij patiënten met chronisch longlijden of dementie. Bovendien wijzen we er nogmaals op dat de ziekenfondsgegevens geen volledige detectie mogelijk maken van het gebruik van palliatieve zorg omdat we niet over gegevens beschikken over de tussenkomsten van de mobiele equipes in de ziekenhuizen, noch over de meer generalistische palliatieve zorg bijvoorbeeld door de huisarts of het zorgpersoneel in een WZC. Niettemin wijst het KCE op een onderbenutting van het aanbod en krijgen niet alle personen met een palliatieve zorgnood daadwerkelijk deze zorg. Dit is te wijten aan verschillende factoren waaronder een onvoldoende aangepast aanbod, gebrek aan kennis over het aanbod en het nog steeds bestaande taboe rond palliatieve zorg en levenseinde (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). In België overlijden jaarlijks ongeveer 110.000 mensen, waarvan naar schatting tussen de 45 tot 75% palliatieve zorg nodig heeft (Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2021). Ter vergelijking, in 2023 overleed in Nederland 67% aan een aandoening met een (mogelijke) behoefte aan palliatieve zorg, zoals kanker, chronisch obstructief longlijden (COPD), hartfalen of dementie (Nivel, 2025).

Uit de CM-gegevens blijkt bovendien dat **de kans op het gebruik van palliatieve zorg niet voor iedereen gelijk** is. De beduidend hogere kans bij kanker is een bevestiging van bevindingen van andere onderzoekers (Maetens, Beernaert, Deliens, Gielen, & Cohen, 2019). Palliatieve zorg blijft vandaag dus nog steeds geassocieerd met oncologische aandoeningen, terwijl deze zorg ook een meerwaarde is voor personen met andere onomkeerbare aandoeningen zoals de progressieve zenuwspierziekte ALS (Amyotrofische Laterale Sclerose), chronisch longlijden of dementie. Omgekeerd lijken alleenstaanden minder kans te hebben op palliatieve zorg, wat eveneens coherent is met resultaten van ander onderzoek (Maetens, Beernaert, Deliens, Gielen, & Cohen, 2019). We zien ook een grotere kans op palliatieve zorg bij toenemende leeftijd en bij VT-statuuat, mogelijk als gevolg van de slechtere gezondheidstoestand van deze subgroepen en dus de hogere nood aan palliatieve zorg. Beide vaststellingen zijn wel anders dan wat in ander onderzoek is vastgesteld. Dit heeft mogelijk te maken met verschillen in de organisatie en toegankelijkheid van palliatieve zorg tussen landen of verschillen in onderzoeksopzet (bestudeerde populatie bijvoorbeeld naar leeftijd of aandoening, operationalisering van het concept kwetsbaarheid, enz.). Tegelijk gaan experts uit van een ondergebruik van dit type zorg om uiteenlopende redenen (bijvoorbeeld ongelijke spreiding van het aanbod, persoon-

lijke weerstand, hoge kostprijs, enz.) (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). Bovendien observeren we een **associatie tussen thuisoverlijden en het gebruik van palliatieve zorg**, wat eveneens in lijn is met conclusies van andere onderzoekers dat palliatieve zorg de kans op ziekenhuisopname en overlijden in het ziekenhuis vermindert (Zhiyi, et al., 2025).

We stellen verder vast dat het startmoment van palliatieve zorg in het laatste levensjaar voor de helft van de overleden CM-leden pas anderhalve maand voor de sterfdag ligt. Ook in de literatuur wordt de **laattijdige inzet van deze zorg geduid als pijnpunt** (Sciensano, 2024; Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025).

Deze vaststellingen van ondergebruik en laattijdige start van palliatieve zorg zijn belangrijke aandachtspunten voor het beleid gezien de meerwaarde van palliatieve zorg in het realiseren van levenskwaliteit aan het einde van het leven.

4.4. Belang van vroegtijdige zorgplanning

Deze studie bevat **indicaties van een sterk medische benadering van ernstige ziekte en sterven in België** – getuige het nog steeds hoge aandeel ziekenhuisoverlijdens en het aandeel CM-leden met ziekenhuisopnames, contact met spoed of verzorging op intensieve zorgen in de periode voor het overlijden. Tegelijk vinden we in de literatuur indicaties van ondergebruik en laattijdige inzet van palliatieve zorg. Onderzoek toont aan dat onder meer **kennis over de doelen en voorkeuren van patiënten over type behandeling en plaats van zorg en overlijden hier mee bepalend** zijn: als deze besproken worden en gekend zijn bij naasten en zorgverleners, verkleint de kans op opname en overlijden in het ziekenhuis (Pedersen, Raunkiaer, & Graven, 2024), en vergroot de kans op een overlijden thuis (Kasdorf, Voltz, & Strupp, 2024) of in het WZC (Honinx, et al., 2021a).

Voor onderzoekers is een **tijdig gesprek in het kader van vroegtijdige zorgplanning (VZP) dan ook cruciaal**. Bij VZP, opgevat als een continu proces, worden doelen en voorkeuren van een patiënt-e regelmatig herbekeken, rekening houdend met wijzigende omstandigheden (ziekte-evolutie, optreden van bepaalde symptomen, wegvallen van mantelzorg, enz.). Ook de mogelijkheden van de verschillende zorgomgevingen om de voorkeuren te realiseren, moeten hier in rekening worden gebracht. Dit maakt dat thuis overlijden of in de vertrouwde omgeving, zeker niet de enige

gouden standaard is omdat het gepaard kan gaan met negatieve zaken als eenzaamheid, angst of onvoldoende ondersteuning of symptoombehandeling (Pollock, 2015).

Met diverse initiatieven wordt in ons land het belang van vroegtijdige zorgplanning onder de aandacht gebracht en de implementatie ervan in de praktijk gestimuleerd. Zo zijn er een KCE-rapport met aanbevelingen rond het thema (Mistiaen, et al., 2017), de introductie van de *Palliative Care Indicator Tool* (PICT) voor zorgverleners om palliatieve patiënten tijdig te kunnen identificeren en sinds 2022 de financiering van de huisarts voor vroegtijdige zorgplanning bij palliatieve patiënten. Verder zijn er bij diverse actoren, bijvoorbeeld Palliatieve Zorg Vlaanderen, aanbevelingen en een vormingsaanbod om de knowhow bij zorgverleners te bevorderen¹⁴. Ten slotte beogen specifieke acties het brede publiek te sensibiliseren rond het thema waaronder initiatieven van CM en haar bewegingen¹⁵, de campagne *Zorg en zoveel meer* van de federaties palliatieve zorg¹⁶ en de website mijnoudedag.be. En in 2024 is het principe van vroegtijdige zorgplanning verankerd in de wet op de patiëntenrechten (CM, 2024b).

Toch blijkt de implementatie nog suboptimaal (Dupont, De Vleminck, Deliens, & Gilissen, 2023). Zo is er in 2023 in de Vlaamse WZC die deelnemen aan de evaluatie van kwaliteitsindicatoren maar voor 62,4% van alle bewoners een plan voor de zorg rond het levenseinde, ondanks een groeiend bewustzijn om VZP meteen in te bouwen in de zorg en begeleiding (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2024). In algemene ziekenhuizen is niet voor alle patiënten met gespecialiseerde palliatieve begeleiding gevraagd hoe ze denken over beslissingen rond het levenseinde of zijn de zorgdoelen niet altijd geactualiseerd (Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, 2025). Een deel van de verklaring hiervoor ligt wellicht in de soms nog ontoereikende kennis en vaardigheden bij zorgverleners om moeilijke gesprekken aan te gaan en de moeilijkheid om een ziektraject in te schatten en dus tijdig het gesprek aan te gaan (Wendrich-van Dael, et al., 2020). Daarnaast voelen mensen zich over het algemeen nog steeds ongemakkelijk over alles wat met ernstige ziekte en sterven te maken heeft waardoor soms de openheid voor dergelijk gesprek ontbreekt (Quintiens, et al., 2023).

Onderzoekers pleiten dan ook voor volgehouden initiatieven rond het thema en de evolutie naar een geïntegreerde palliatieve, geriatrische en revalidatiezorgbenadering voor ouderen, vertrekkende vanuit een persoonsgerichte zorgplanning (Van Den Noortgate & Van den Block, 2022).

5. Aanbevelingen

Op basis van de verschillende onderzoeksresultaten en voortbouwend op wat in de literatuur is gevonden, besluiten we met enkele aanbevelingen voor beleidsmakers, zorgverleners, het middenveld, waaronder de ziekenfondsen en het brede publiek. Deze zijn erop gericht de kwaliteit van leven – voor CM een centrale te realiseren doelstelling (CM, 2024a) – ook aan het levenseinde te ondersteunen en te versterken.

5.1. Meer openheid voor levenseinde

Onderzoek leert dat mensen niet graag praten over het levenseinde en hun wensen op dat vlak, noch met zorgverleners, noch met naasten, en dat ze zich doorgaans vrij ongemakkelijk voelen wanneer het gaat over lijden en sterven van anderen (Quintiens, et al., 2023). Omdat ziekte en overlijden nog te weinig worden gezien als behorend tot het leven, wordt onvoldoende stilgestaan bij de vraag welke levenskwaliteit men aan het levenseinde wil en hoe die gerealiseerd kan worden. Dit is een van de drempels voor kwaliteitsvolle levenseindezorg. **Daarom vraagt CM blijvende investeringen in initiatieven die het taboe rond lijden en sterven helpen doorbreken, die ingaan op de niet-maakbaarheid en de eindigheid van het leven, en die mensen ertoe aanzetten na te denken over de manier waarop hun laatste levensfase vanuit hun waarden en wensen kwaliteitsvol ingevuld kan worden.** Dit kan bijvoorbeeld door het werken aan *compassionate communities*, gemeenschappen waar rouw, sterven en levenseinde zichtbaar en bespreekbaar zijn (Dury & De Donder, 2022).

14 Een voorbeeld is het Vlaams referentiekader kwaliteit van zorg inzake vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg in een woonzorgcentrum: <https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2025/06/Referentiekader-vroegtijdige-zorgplanning-palliatieve-zorg-en-levenseindezorg-in-een-woonzorgcentrum.pdf>.

15 Zie bijvoorbeeld de informatie op de CM-website: <https://www.cm.be/nl/wat-te-doen-bij-vroegtijdige-zorgplanning>; de CM-levenswenskaarten die mensen helpen om op een eenvoudige en laagdrempelige manier na te denken over het levenseinde en de bijhorende voorkeuren en wensen, de Franstalige brochure van MC rond vroegtijdige zorgplanning of een brochure van Énéo om ouderen te helpen eigen keuzes te maken: Mon carnet de vie, un outil pour aider les aînés à faire leurs propres choix - Eneo.

16 Zie Zorg en zoveel meer – Palliatieve zorg is veel meer dan alleen maar zorg.

Vertrekkend van het principe dat zorg rond het levenseinde onmisbaar is en gedragen moet worden door een gemeenschap en over alle beleidsdomeinen heen (zorg- en welzijn, onderwijs, bedrijfswereld, verenigingsleven, enz.), wordt dan met uiteenlopende acties het bewustzijn rond levenseinde, rouw en ernstige ziekte aangewakkerd en ontwikkelen mensen kennis en vaardigheden hierrond. Zo zullen ze beter met ziekte en sterven kunnen omgaan en elkaar hierin kunnen ondersteunen.

5.2. Blijf inzetten op vroegtijdige zorgplanning

Het bespreken van diverse aspecten rond het levenseinde, zoals de gewenste zorg of plaats van overlijden, dragen bij aan meer passende en persoonsgerichte zorg en dus aan de levenskwaliteit van patiënten en naasten. Voor zorgverleners bieden ze een houvast bij het nemen van beslissingen. Tegelijk is de implementatie van vroegtijdige zorgplanning, ondanks talrijke initiatieven nog niet optimaal. Dit verklaart wellicht voor een deel het nog steeds grote aandeel ziekenhuisoverlijdens en het hoge aantal patiënten dat in de laatste levensmaanden nog in het ziekenhuis wordt opgenomen. **Daarom pleit CM voor herhaalde campagnes en sensibiliseringsacties om het concept vroegtijdige zorgplanning verder ingang te doen vinden bij zorg- en hulpverleners en bij het brede publiek. Ook het versterken van zorgverleners aan de hand van aanbevelingen, vormingen en ondersteunende tools rond het thema blijft nodig als stimulans om dit proactief in de praktijk toe te passen.**

Met het oog op gepaste zorg is het belangrijk om binnen vroegtijdige zorgplanning bijzondere aandacht te besteden aan de verschillende behandelopties en mogelijke transfers tussen zorgomgevingen. **Zorgverleners moeten elke behandeloptie en transfer, bijvoorbeeld naar het ziekenhuis, goed overwegen en de voor- en nadelen met de patiënt-e te bespreken om tot een doordachte en gedragen beslissing te komen.** Daarbij mag niet enkel rekening worden gehouden met de klinische situatie, maar ook bijvoorbeeld met de wensen van de patiënt-e en de draagkracht van de omgeving, met verschillen in gezondheidsvaardigheden en met de sociale situatie. Verder is het essentieel dat ook palliatieve zorg aan bod komt en families wegwijs worden gemaakt in het aanbod.

5.3. Versterk het palliatief zorgaanbod

De WHO benadrukt de meerwaarde van palliatieve zorg in het realiseren van kwaliteit van leven aan het levenseinde en uit onderzoek blijkt dat palliatieve zorg bijdraagt aan meer overlijdens in de vertrouwde omgeving en minder zorg die potentieel ongepast is. Voor de verdere verspreiding van de palliatieve zorgcultuur, is de **blijvende sensibilisering van zowel het brede publiek als zorg- en hulpverleners over de inhoud en de meerwaarde van palliatieve zorg in een zorgtraject cruciaal.** Het kan taboedoorbrekend werken bij het brede publiek en tot meer openheid leiden om deze zorg tijdig te starten. Vandaag wordt palliatieve zorg immers nog te vaak geassocieerd met de terminale levensfase.

Er is dan ook nood aan een versterking van de palliatieve zorg. Er moet blijvend geïnvesteerd worden in het verder versterken van de professionele vaardigheden op vlak van palliatieve zorg bij het zorgpersoneel, onder meer in het detecteren van personen met palliatieve zorgnoden, ongeacht de aandoening(en). Dit kan door in de opleiding en permanente vorming van zorg- en hulpverleners, waar nodig, meer ruimte te voorzien voor het thema palliatieve zorg. Dit kan bijdragen aan een sterkere integratie van palliatieve zorg in de dagelijkse zorg voor iedereen met een ernstige of levensbedreigende ziekte, en dus niet vooral voor personen met kanker. Dit is zeker relevant voor zorg- en hulpverleners die vaak werken met personen met een potentiële nood aan palliatieve zorg, zoals het zorgteam van WZC's of sommige ziekenhuisafdelingen zoals geriatrie. Een andere concrete actie kan bestaan uit een analyse in de schoot van de RIZIV-overlegorganen om samen met de verschillende stakeholders binnen het domein palliatieve zorg na te gaan hoe de impact en de verschillende aspecten van palliatieve zorg en ondersteuning opgenomen kunnen worden binnen de nomenclatuur. Dit kan bijvoorbeeld onder de vorm van specifieke verstrekkingen, maar ook door een 'upgrade' van het Globaal Medisch Dossier (GMD) bij de huisarts, inclusief de definiëring van een minimaal takenpakket ter ondersteuning van palliatieve patiënten.

Ook **het optimaliseren en diversifiëren van het aanbod** is nodig om nog beter te kunnen inspelen op de diversiteit in noden en wensen van personen aan het levenseinde en zo kwaliteitsvolle zorg voor iedereen te kunnen garanderen.

Dit kan onder meer door een betere geografische spreiding van het bestaande aanbod aan plaatsen in palliatieve ziekenhuisdiensten, het versterken van de multidisciplinaire begeleidingsequipes en palliatieve support teams en de uitbouw – ook binnen bestaande structuren – van residentiële diensten buiten het ziekenhuis (bijvoorbeeld in WZC of hospices), zoals ook aanbevolen door het KCE (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025) en de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV, 2024). Het is belangrijk de kwaliteit van deze zorg te blijven monitoren en waar nodig het aanbod bij te sturen. Een belangrijk aandachtspunt hierbij, onder meer in de ziekenhuizen, is dat deze kwaliteit niet enkel mag beoordeeld worden op basis van *outcome*-indicatoren, maar dat ook andere elementen zoals de ervaringen van patiënten en hun naasten hierin meegenomen worden.

Persoonsgerichte zorg en dus het realiseren van de zorgdoelen van de patiënt en diens omgeving, vergt bovendien samenwerking tussen de verschillende zorg- en welzijnsactoren. Het is belangrijk dat zij tijdig in de ondersteuning ingeschakeld worden op basis van hun specifieke expertise, bijvoorbeeld op het vlak van symptoomverlichting en psychosociale ondersteuning, maar ook op het vlak van rechtentoekenning of informatie over ondersteuningsmogelijkheden. Deze samenwerking kan ook bijdragen aan het zo efficiënt mogelijk inzetten van de beschikbare middelen. Niettemin moet ook rekening worden gehouden met beperkingen als gevolg van het tekort aan zorgpersoneel (bijvoorbeeld verpleegkundigen, huisartsen, enz.) (Janssens, 2024). Dit blijft een belangrijk aandachtspunt voor beleidsverantwoordelijken.

Verder **kan de toegang tot palliatieve zorg versterkt worden door in de relevante regelgeving de ruime definitie van palliatieve zorg te hanteren**, zoals opgenomen in de gewijzigde wet op palliatieve zorg waarin sinds 2016 de voorwaarde van vooraf bepaalde levensverwachting geschrapt is (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). Ten slotte **moet er ook aandacht zijn voor het vermijden of wegwerken van andere mogelijke drempels zoals de kostprijs of administratieve procedures.**

5.4. Blijf de naasten ondersteunen

In de zorg rond het levenseinde blijven de naasten een belangrijke schakel, zeker wanneer iemand thuis verzorgd wordt. Daarom is het belangrijk dat zorgverleners, bijvoorbeeld tijdens gesprekken vroegtijdige zorgplanning, de noden van de naasten mee in rekening nemen en het

evenwicht helpen bewaken tussen draaglast en draagkracht. Dit moet gepaard gaan met **een beleid dat inzet op het versterken van de draagkracht van mantelzorgers**, bijvoorbeeld door het wegnemen van financiële en organisatorische drempels (CM, 2024a). Essentieel is wel **dat het opnemen van mantelzorg en de intensiteit ervan steeds de vrije keuze moeten blijven van naasten** en deze keuzes niet het gevolg mogen zijn van ervaren drempels onder meer in beschikbaarheid, bereikbaarheid of betaalbaarheid van professionele zorg en ondersteuning. Bovendien is het belangrijk om naasten na het overlijden van een dierbare nabij te blijven en hen waar mogelijk te ondersteunen zowel op emotioneel vlak (CM, 2024a) als bij juridische en administratieve aangelegenheden. Verder moet ook nagegaan worden op welke manier nabestaanden na het overlijden van een naaste beter ondersteund kunnen worden (bijvoorbeeld uitbreiding rouwverlof, administratieve vereenvoudiging, enz.).

Conclusie

Deze retrospectieve studie onderzocht het zorgtraject van CM-leden, overleden in de periode 2023-2024. We stelden een toename vast dat het aandeel dat in de vertrouwde omgeving overlijdt, wat een positieve evolutie is. Niettemin situeert het levenseinde van velen zich nog sterk binnen het kader van de gezondheidszorg: vier op tien overlijden in het ziekenhuis en een groot aandeel komt tijdens het laatste levensjaar in contact met het ziekenhuis. Tegelijk wijzen andere onderzoekers op ondergebruik en laattijdige inzet van palliatieve zorg. Op basis van deze informatie formuleerden we verschillende aanbevelingen die moeten bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van leven ook aan het levenseinde. Dit kan gerealiseerd worden door sensibiliseringsacties gericht op meer openheid bij de bevolking rond ziekte en sterven, op het informeren over het belang van vroegtijdige zorgplanning en de meerwaarde van palliatieve zorg. Dit moet gepaard gaan met initiatieven die de kennis en vaardigheden van zorg- en hulpverleners rond het levenseinde en palliatieve zorg versterken en hen ondersteunen, en maatregelen die het specifieke aanbod aan palliatieve zorg uitbreiden en diversifiëren.

Bibliografie

- Ackaert, K., Avalosse, H., & Verniest, R. (2024). Gezondheidsprofiel van onze ouderen. *Gezondheid & Samenleving*, 9, 4-43.
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2024). *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2023*. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
- Allers, K., Hoffmann, F., & Schnakenberg, R. (2019). Hospitalizations of nursing home residents at the end of life: a systematic review. *Palliative Medicine*, 33(10), 1282-1298.
- Avalosse, H., Vandeleene, G., & De Spiegeleer, T. (2024). Meer begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming in België. *Gezondheid & Samenleving*, 5, 6-33.
- Chen, H., Nicolson, D., Macleod, U., Allgar, V., Dalgiesh, C., & Johnson, M. (2016). Does the use of specialist palliative care services modify the effect of socioeconomic status on place of death? A systematic review. *Palliative Medicine*, 30(5), 434-445.
- CM. (2024a). *Bouwstenen voor een beter Bruto Binnenlands Welzijn. Federale, regionale en Europese verkiezingen 2024*. Brussel: Christelijke Mutualiteiten.
- CM. (2024b). *Nieuwe wet patiëntenrechten gestemd: 'Patiënt is meer dan zijn ziekte alleen'*. Opgeroepen op 8 april 2024, van <https://pers.cm.be/nieuwe-wet-patientenrechten-gestemd-patient-is-meer-dan-zijn-ziekte-alleen>.
- Costa, V., Earle, C., Esplen, J., Fowler, R., Goldman, R., Grossman, D., . . . You, J. (2016). The determinants of home and nursing home death: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliative care*, 15(8), 1-15.
- Dauvrin, M., Desomer, A., Savoye, I., Adriaenssens, J., & Ricour, C. (2025). *Het versterken en vervolledigen van het palliatieve zorgaanbod voor de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats - synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- De Schreye, R., Deliëns, L., Annemans, L., Gielen, B., Smets, T., & Cohen, J. (2023). Trends in appropriateness of end-of-life care in people with cancer, COPD or with dementia measured with population-level quality indicators. *PLOS ONE*, 18(2), 1-16.
- De Schreye, R., Smets, T., Deliëns, L., Annemans, L., Gielen, B., & Cohen, J. (2020). Appropriateness of end-of-life care in people dying with dementia: applying quality indicators on linked administrative databases. *Journal of American Medical Directors Association*, 21(8), 1093-1101.
- Departement Zorg. (2024). Plaats van overlijden. Opgeroepen op 13 oktober 2025, van <https://www.departementzorg.be/nl/plaats-van-overlijden>.
- Depoorter, V., Vanschoenbeek, K., Decoster, L., Silversmit, G., Debruyne, P., De Groof, I., . . . Focan, C. (2023). End-of-life care in the last three months before death in older patients with cancer in Belgium. A large retrospective cohort study using data linkage. *Cancers*, 15(3349), 1-21.
- Dupont, C., De Vleminck, A., Deliëns, L., & Gilissen, J. (2023). Advance Care Planning in Belgium. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 180, 121-126.
- Dury, S., & De Donder, L. (2022). *Ziekte en rouw verdienen aandacht in zorgzame buurten*. Opgeroepen op 8 januari 2026, van <https://sociaal.net/opinie/ziekte-en-rouw-zorgzame-buurten-compassionate-communities>.
- FRZV. (2024). *Advies betreffende de programmatie van de Sp palliatief (deel 2)*. Brussel: FOD Volksgezondheid - Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.
- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024). *Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. KCE Reports 376As*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Gielen, B., Remacle, A., & Mertens, R. (2009). De CM neemt het levenseinde onder de loep: de cijfers. *CM-Informatie*, 235, 3-17.
- Ginggeaw, S., & LeBlanc, R. (2024). The determinants of actual place of death among noncancer patients with end-stage chronic health conditions: a scoping review. *Palliative Care & Social Practice*, 18, 1-13.
- Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, I. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 12(7), 1-13.
- Honinx, E., Piers, R., Onwuteaka-Philipsen, B., Payne, S., Szczerbinska, K., Gambassi, G., . . . Smets, T. (2021a). Hospitalisation in the last month of life and in-hospital death of nursing home residents a cross-sectional analysis of six European Countries. *BMJ Open*, 11.
- Honinx, E., Van den Block, L., Piers, R., Van Kuijk, S., Onwuteaka-Philipsen, B., Payne, S., . . . Smets, T. (2021b). Potentially inappropriate treatment at the end of life in nursing home residents. Findings from PACE cross-sectional study in six European countries. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(4), 732-742.
- Houttekier, D., Cohen, J., Surkyn, J., & Deliëns, L. (2011). Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. *BMC Public Health*, 11(228), 1-10.
- Janssens, H. (2024). Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor'. *Gezondheid & Samenleving*, 10, 4-37.
- Jiang, J., & May, P. (2021). Proportion of deaths in hospitals in European countries: trends and associations from panel data (2005-2017). *European Journal of Public Health*, 31(6), 1176-1183.
- Kasdorf, A., Voltz, R., & Strupp, J. (2024). Dying at home: What is needed? Findings from a nationwide retrospective cross-sectional online survey of bereaved people in Germany. *Palliative and Supportive Care*, 22(6), 1-9.

- Maetens, A., Beernaert, K., Deliens, L., Gielen, B., & Cohen, J. (2019). Who finds the road to palliative home care support? A nationwide analysis on the use of supportive measures for palliative home care using linked administrative databases. *PLoS ONE*, *14*(3), 1-13.
- Mertens, F., Sercu, M., Derycke, A., Naert, L., Deliens, L., Deveugele, M., & Pype, P. (2022). Patients' experiences of transfers between care settings in palliative care: an interview study. *Annals of palliative medicine*, *11*(9), 2830-2843.
- Mistiaen, P., Van den Broeck, K., Aujoulat, I., Schmitz, O., Friedel, M., Genet, M., . . . Wens, J. (2017). *Passende zorg in de laatste levensfase*. KCE Reports 296. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Nivel. (2025). *Ziekenhuisopnames en huisartscontacten in de laatste levensfase in 2023: lichte verschuiving, maar overwegend stabiel beeld*. Opgeroepen op 25 november 2025, van <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/ziekenhuisopnames-en-huisartscontacten-de-laatste-levensfase-2023-lichte-verschuiving-maar>.
- OECD. (2024). *Why is care at the end of life not matching people's preferences?* Paris: OECD.
- O'Sullivan, A., Larsdotter, C., Sawatzky, R., Alvariza, A., Imberg, H., Cohen, J., & Öhlén, J. (2024). Place of care and death preferences among recently bereaved family members: a cross-sectional survey. *BMJ Supportive & palliative care*, *14*, 2904-2913.
- Palliatieve Zorg Vlaanderen. (2021). *Palliatieve zorg in cijfers*. Opgeroepen op 25 november 2025, van <https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/research/palliatieve-zorg-in-cijfers/>.
- Pedersen, T., Raunkiaer, M., & Graven, V. (2024). Barriers and facilitators for place of death: a scoping review. *Palliative and Supportive Care*, *22*(6), 1-14.
- Pollock, K. (2015). Is home always the best and preferred place of death? *BMJ*, *351*, 1-3.
- Quintiens, B., Smets, T., Chambaere, K., Van den Block, L., Deliens, L., Sallnow, L., & Cohen, J. (2023). Discomfort with suffering and dying, a cross-sectional survey of the general public. *Journal of pain and symptom management*, *66*(5), 529-540.
- Reyniers, T., Houttekier, D., Cohen, J., Pasman, R., & Deliens, L. (2014). What justifies hospital admissions at the end of life? A focus group study on perspectives of family physicians and nurses. *Palliative Medicine*, *28*(7), 941-948.
- RIZIV. (2022). *Variaties in medische praktijken. Palliatieve thuiszorg (aangepast)*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2025). *Statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds (ledentallen)*. Opgeroepen op 2 juni 2025, van <https://webap-psa.riziv-inami.fgov.be/wrt/nl>.
- Robinson, J., Boyd, M., O'Callaghan, A., Laking, G., Frey, R., Raphael, D., . . . Gott, M. (2014). The extent and cost of potentially avoidable admissions in hospital inpatients with palliative care needs: a cross-sectional study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *5*(3), 1-16.
- Rowley, J., Richards, N., Carduff, E., & Marryn, G. (2021). The impact of poverty and deprivation at the end of life: a critical review. *Palliative care & social practice*, *15*, 1-19.
- Sciensano. (2024). *Zorg rondom het levenseinde*. Opgehaald van <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/zorg-rondom-het-levenseinde#EOL->.
- Statbel. (2024). *Aantal sterfgevallen per maand volgens plaats van overlijden*. Opgehaald van <https://statbel.fgov.be/nl/open-data/aantal-sterfgevallen-maand-volgens-plaats-van-overlijden>.
- Statbel. (2025). *Doodsoorzaken*. Opgeroepen op 17 oktober 2025, van <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken#panel-12>.
- Tay, R., Tan, J., Lim, B., Hum, A., Simpson, J., & Preston, N. (2024). Factors associated with the place of death of persons with advanced dementia. A systematic review of international literature with meta-analysis. *Palliative Medicine*, *38*(9), 896-922.
- Van den Block, L., Bossuyt, N., Van Casteren, V., & Deliens, L. (2007). *Het sterfbed in België. Resultaten van de Senti-Melc studie 2005-2006*. Brussel: Academic and Scientific Publishers nv.
- Van Den Noortgate, N., & Van den Block, L. (2022). End-of-life care for older people: the way forward. *Age and Ageing*, *51*(7), 1-5.
- Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg. (2025). *Jaarrapport resultaten 2024*. Brussel: VIKZ.
- Wendrich-van Dael, A., Bunn, F., Lynch, J., Pivodic, L., Van den Block, L., & Goodman, C. (2020). Advance care planning for people living with dementia: An umbrella review of effectiveness and experiences. *International Journal of Nursing Studies*, *107*, 1-13.
- WHO. (2020). *Palliative care*. Geraadpleegd op 3 september 2025, op <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
- Zhiyi, S., Mai, D., Shuqin, Z., Yang, L., Qin, X., Weiyang, L., . . . Yucheng, J. (2025). Factors influencing accessibility of palliative care: a systematic review and meta-analysis.

