

# Welke factoren bepalen de plaats van overlijden?

JOACHIM COHEN, DIRK HOUTTEKIER,  
JOHAN BILSEN, PETER HOOFT, PATRICK DEBOOSERE,  
GERRIT VAN DER WAL & LUC DELIENS

Kennis van waar mensen overlijden en van de factoren die van invloed zijn op de omgeving van overlijden – thuis of in een instelling – is van belang voor de kwaliteit van de gezondheidszorg aan het levenseinde.



Velen zien de plaats van overlijden als een indicator van de kwaliteit van het levenseinde<sup>1-5</sup>. Met name thuis sterven zou beter zijn voor de patiënt en zijn naasten<sup>3,6-11</sup>. Uiteraard is thuis sterven niet altijd voor iedereen de ideale oplossing, en hangt de wenselijkheid ervan sterk af van de omstandigheden<sup>12,13</sup>. Toch is men het er over eens dat 'op een goede manier doodgaan' in elk geval inhoudt dat het zoveel mogelijk in overeenstemming met de wensen van patiënt en verwanten gebeurt<sup>3,14-16</sup>. Het valt dan ook op, zoals onderzoek in andere landen laat zien, dat terwijl er een algemene voorkeur is voor thuis sterven, er opvallend weinig mensen daadwerkelijk thuis sterven<sup>12,17-22</sup>. Goede kennis van waar mensen overlijden en van de factoren die de omgeving van overlijden beïnvloeden, >>>

## MOURIR À LA MAISON OU À L'HÔPITAL?

Pour la qualité des soins de santé en fin de vie, il est important de connaître le lieu de décès ainsi que les facteurs qui influent sur celui-ci (à la maison ou en institution). Nous avons étudié pour ce faire les données reprises dans les actes de décès des 55.759 personnes décédées en Flandre en 2001 et associé ces données anonymement aux caractéristiques des soins de santé. 53,7% des décès en Flandre se sont produits à l'hôpital, 24,3% à la maison et 19,8% dans une institution de soins. Le risque de décéder dans

un hôpital dépendait de la région, du lieu de résidence de la personne – en ville ou à la campagne – et du nombre de lits d'hôpitaux dans la région. Les personnes mortes à l'hôpital souffraient généralement de maladies chroniques non malignes, avaient un niveau d'éducation moins élevé et vivaient seules.

Bien que la plupart des personnes préfèrent mourir chez elles, c'est rarement le cas. Comment dès lors mieux répondre à leur souhait? Les facteurs exerçant une influence, identifiés dans l'étude, pourraient constituer une base de départ pour les soins de santé.

>>> lijkt dus van groot belang voor een goede gezondheidszorg aan het levenseinde. In dit onderzoek onderzochten we daarom de kenmerken van alle overlijdens in Vlaanderen in 2001. We onderzochten het verband tussen de plaats van overlijden en de doodsoorzaak, sociaal-demografische kenmerken van de overledene, de plaats van residentie van de overledene en eigenschappen van de beschikbare gezondheidsvoorzieningen op de plaats van residentie.

### MET BEHULP VAN OVERLIJDENSAKTEN

We onderzochten de 55.772 overlijdensakten van 2001 van Vlamingen ouder dan 1 jaar. In België vult een arts het overlijdenscertificaat in. Hij vermeldt de doodsoorzaak en de plaats en tijdstip van het overlijden. Daarna vult het gemeentebestuur het certificaat verder aan met onder meer de opleiding, het beroep en de gezinstoestand van de overledene. Ten slotte controleert de Vlaamse administratie de kwaliteit van de gegevens en codeert ze de doodsoorzaken volgens de International Classification of Diseases (10<sup>de</sup> editie).

## // Opvallend weinig mensen sterven thuis, hoewel dat de algemene voorkeur is //

De beschikbare gezondheidsvoorzieningen voor de overledene brachten we in rekening aan de hand van het aantal huisartsen, hospitaalbedden en rusthuizen in de omgeving van de overledene.

De afhankelijke variabele in onze analyse is de plaats van overlijden. Op het overlijdenscertificaat zijn zes mogelijkheden voorzien: thuis, ziekenhuis, bejaardentehuis, openbare weg, werkplaats en andere. Deze zes categorieën brachten we voor onze analyses terug tot vier: thuis, ziekenhuis, bejaardentehuis en andere. Over-

lijdens op de openbare weg en in de werkplaats analyseerden we niet afzonderlijk, we brachten ze onder bij 'andere'.

In de literatuur vonden we vier groepen verklarende variabelen voor de plaats van overlijden<sup>8,23,24</sup>: de sociaal-demografische kenmerken van de overledene; de klinische aspecten van het overlijden, de kenmerken van de woonplaats van de overleden en de kenmerken van de gezondheidszorg. Als sociaal-demografische kenmerken onderscheidde we de leeftijd bij overlijden, geslacht, nationaliteit, opleidingsniveau (geen of lager onderwijs, lager secundair, hoger secundair, hoger onderwijs), burgerlijke staat (gehuwd, ongehuwd, weduwe, gescheiden) en type huishouden (alleenstaand, privaat huishouden, instelling). We typeerden de klinische aspecten van het overlijden aan de hand van de onderliggende doodsoorzaak, door de attesterende geneesheer vermeld op het overlijdenscertificaat. We maakten zelf een indeling in ruime categorieën op basis van de ICD-10 codes<sup>25</sup>. Ook de provincie waar de overledene woonde, gebruikten we als mogelijke verklarende

variabele, net als de mate van verstedelijking van zijn woonplaats (gemeente). Ten slotte includeerden we (via beschikbare gezondheidszorgstatistieken) zelf enkele variabelen om de beschikbare gezondheidszorg voor de overledene te vatten: het aantal huisartsen in de provincie; het aantal rusthuizen in de provincie en het aantal beschikbare ziekenhuisbedden in de zorgregio (een zorgregio is een geografische omschrijving waarbinnen patiënten een beroep doen op dezelfde voorzieningen. Vlaanderen telt 14 zorgregio's).

Om te beoordelen of het verband tussen iedere variabele afzonderlijk en de plaats van overlijden significant was (en niet bijvoorbeeld veroorzaakt door een toevallig patroon in het onderzochte jaar), gebruikten we de Pearson Chi<sup>2</sup> teststatistiek. Alle variabelen die afzonderlijk een invloed hadden op de plaats van overlijden, brachten we samen in één logistische regressievergelijking. Zo onderzochten we de relatieve invloed van al deze variabelen samen op de kans om hetzij thuis, hetzij in een ziekenhuis te overlijden.

Om verstoorde resultaten te vermijden, lieten we de rusthuisbewoners en de overlijdens in een rusthuis buiten beschouwing<sup>7</sup>. Rusthuizen zijn thuisvervangende instellingen die geen echte zorginstelling zijn, maar anderzijds ook niet per se een echte thuis. Bovendien zijn rusthuisbewoners een specifieke groep: meestal ouder, vrouwelijker, minder hoog geschoold en met meer kans op degeneratieziekten. Verder beperkten we onze analyse tot overledenen tussen 45 en 79 jaar. Ten slotte analyseerden we de overlijdens door kanker en de overlijdens door alle andere chronische ziekten afzonderlijk.

### DE PLAATS VAN OVERLIJDEN EN DE INVLOED VAN DE DOODSOORZAAK

Ongeveer de helft van alle Vlamingen overleed in 2001 in een ziekenhuis, een kwart thuis en een vijfde in een rusthuis. Een kleine restgroep (2,2%) overleed nog ergens anders (bijvoorbeeld op de openbare weg). Overlijdens met uitwendige oorzaken gebeurden vaker thuis dan natuurlijke overlijdens. De hoogste kans om thuis te overlijden hadden patiënten met ziekten van hart- en vaatstelsel en kanker. Patiënten met bloedkanker overleden dan weer vaker in een ziekenhuis dan patiënten met een ander type kanker. Een overlijden in een

Joachim COHEN



Onderzoeksgroep  
Zorg rond het  
Levenseinde,  
Vrije Universiteit  
Brussel (1)

Dirk HOUTTEKIER



(1)

Johan BILSEN



(1)

Peter HOOFT †

Afdeling Preventieve  
en Sociale  
Gezondheidszorg,  
Vlaams Ministerie

>>>

>>> rusthuis is vaker het gevolg van hartfalen, acute infecties van de onderste luchtwegen, de ziekte van Parkinson en Alzheimer en cerebrovasculaire ziekten (zie tabel 1).

### DE INVLOED VAN PATIËNTENKARAKTERISTIEKEN OP DE PLAATS VAN OVERLIJDEN

Mannen overlijden vaker thuis dan vrouwen, maar minder vaak in een rusthuis.

Hoe ouder men wordt, hoe vaker men in een rusthuis overlijdt en hoe minder vaak thuis. Hoger opgeleiden overlijden vaker thuis dan wie minder hoog opgeleid is. Hetzelfde geldt voor wie getrouwd >>>

TABEL 1:  
DOODSOORZAAK EN OMGEVING VAN OVERLIJDEN IN VLAANDEREN IN 2001

	AANTAL OVERLIJDENS (% VAN HET TOTAAL)	% OVERLIJDENS THUIS	% OVERLIJDENS IN ZIEKENHUIS	% OVERLIJDENS IN RUSTHUIS	% OVERLIJDENS ELDERS
ALLE OVERLIJDENS*	55.759	24,3	53,7	19,8	2,2
Overlijdens door uitwendige oorzaak †	3.324 (6,0%)	32,7	36,3	5,0	26,0
Natuurlijke overlijdens*	52.435 (94,0%)	23,8	54,8	20,7	0,7
Cardiovasculaire ziekten*	15.846 (28,4%)	30,8	45,3	22,0	1,9
Ischemische hartziekten	7.245 (13,0%)	35,5	48,3	13,9	2,3
Hartfalen	2.909 (5,2%)	23,2	36,0	40,4	0,4
Overige hartziekten	4.551 (8,2%)	29,9	43,9	23,9	2,3
Overige cardiovasculaire ziekten	1.141 (2,0%)	23,7	56,5	19,1	0,7
Kanker*	15.008 (26,9%)	29,1	61,9	8,9	0,1
Maag-darmstelsel	3.960 (7,1%)	31,8	58,4	9,7	0,1
Ademhalingsstelsel	3.787 (6,8%)	31,6	63,7	4,6	0,1
Borstkanker	1.403 (2,5%)	27,4	59,5	12,9	0,2
Genito-urinaire system	2.622 (4,7%)	28,0	59,9	12,1	0,0
Bloedkanker	1.109 (2,0%)	17,4	75,1	7,3	0,2
Overige kanker	2.128 (3,8%)	28,4	62,5	9,0	0,1
Ziekten van ademhalingsstelsel *	6.393 (11,5%)	14,4	60,6	24,7	0,3
Acute infectie onderste luchtwegen	2.517 (4,5%)	7,1	62,5	30,4	0,0
Chronische infectie onderste luchtwegen	2.606 (4,7%)	22,8	55,3	21,5	0,4
Overige aandoeningen ademhalingsstelsel	1.270 (2,3%)	11,7	67,7	20,2	0,4
Cerebrovasculaire ziekten	5.018 (9,0%)	13,5	60,4	26,0	0,1
Ziekten van zenuwstelsel *	1.258 (2,3%)	20,8	37,7	40,9	0,6
Ziekte van Parkinson	252 (0,5%)	16,3	34,1	49,6	0,0
Ziekte van Alzheimer	486 (0,9%)	17,7	19,3	62,8	0,2
Overige ziekten van het zenuwstelsel	520 (0,9%)	25,8	56,7	16,3	1,2
Overige ziekten*	8.912 (16,0%)	15,5	54,4	29,6	0,5
HIV	28 (0,1%)	7,1	92,9	0,0	0,0
Goedaardige gezwellen	375 (0,7%)	12,0	60,8	27,2	0,0
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	108 (0,2%)	14,8	64,8	20,4	0,0
Overige	8.401 (15,1%)	15,7	53,9	30,0	0,4

ALLE PERCENTAGES ZIJN RIJPERCENTAGES, BEHALVE DE PERCENTAGES TUSSEN HAAKJES (KOLOMPERCENTAGES).

\* Overschrijdingskans voor natuurlijk overlijden versus overlijden door uitwendige oorzaak, tussen en binnen alle belangrijke ziektegroepen <0,001 (Pearson  $\chi^2$ -teststatistiek om de waargenomen verdeling tussen de categorieën van de plaats van overlijden te toetsen aan de verwachte verdeling).

† OVERLIJDENS DOOR UITWENDIGE OORZAAK BETREFFEN: ONGEVALLEN, ZELFDODING EN DOOD DOOR GEWELD (EUTHANASIE WORDT IN BELGIË BESCHOUWD ALS EEN NATUURLIJKE DOODSOORZAAK).

>>> is in vergelijking met wie niet getrouwd is, en voor wie alleen leeft, vergeleken met wie in een gezin leeft. Meer dan 28% van de rusthuisbewoners overleed toch nog in een ziekenhuis.

## DE INVLOED VAN DE WOONPLAATS OP DE PLAATS VAN OVERLIJDEN

Het aantal overlijdens thuis, in een ziekenhuis of in een rusthuis verschilde van provincie tot provincie. Het aantal

thuisoverlijdens nam toe naarmate de woonplaats meer verstedelijkt was (zie tabel 2).

## DE INVLOED VAN AANGEBODEN GEZONDHEIDSZORG OP DE PLAATS VAN OVERLIJDEN

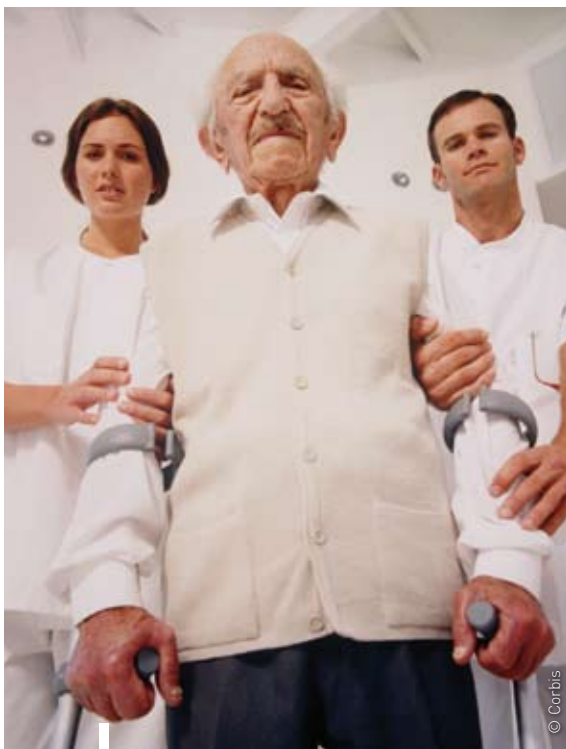
Het aantal ziekenhuis- en rusthuisbedden in de omgeving van de overledene had een kleine invloed op de plaats van overlijden. Het aantal huisartsen in de regio van de overledene had zelfs helemaal geen invloed (zie tabel 3).

## MULTIVARIATE ANALYSE

In de multivariate analyse onderzochten we de invloed van alle bovenstaande variabelen op de plaats van overlijden niet langer één per één maar gezamenlijk. Zo gaan we de relatieve invloed van elk van deze variabelen na en ontdekken we valse verbanden tussen deze variabelen en de plaats van overlijden. We vonden zeven variabelen die in meer of mindere mate een invloed hadden op de plaats van overlijden. We analyseerden enkel de natuurlijke overlijdens, bovendien met uitsluiting van de acute cardiovasculaire overlijdens (zie tabel 4).

TABEL 2:  
VLAAMSE GEMEENTEN NAAR URBANISATIEGRAAD EN PERCENTAGE OVERLIJDENS

	AANTAL OVERLIJDENS (% VAN HET TOTAAL)	% OVERLIJDENS THUIS	% OVERLIJDENS IN ZIEKENHUIS	% OVERLIJDENS IN RUSTHUIS
<b>Woonplaats</b>				
Provincie				
<i>Antwerpen</i>	15.644 (28,1%)	22,6	54,8	20,6
<i>Limburg</i>	5.932 (10,7%)	29,1	56,1	11,7
<i>Oost-Vlaanderen</i>	13.700 (24,6%)	24,6	52,0	21,2
<i>Vlaams Brabant</i>	9.218 (16,5%)	26,0	52,4	19,7
<i>West-Vlaanderen</i>	11.245 (20,2%)	22,6	53,8	21,2
Verstedelijingsgraad				
<i>Centrum van een grote stad</i>	15.395 (27,6%)	21,6	57,0	19,7
<i>Sterk verstedelijkt</i>	18.391 (33,0%)	23,6	52,7	21,6
<i>Gemiddeld verstedelijkt</i>	19.056 (34,2%)	26,9	52,3	18,3
<i>Laag verstedelijkt of landelijk</i>	2.914 (5,2%)	27,4	51,0	18,7



We onderzochten data van overlijdensakten van alle 55.759 sterfgevallen in 2001 in Vlaanderen.

TABEL 3:  
ZORGAANBOD EN DE PLAATS VAN OVERLIJDEN IN VLAANDEREN IN 2001 (N= 55.759†)

	AANTAL OVERLIJDENS (% VAN HET TOTAAL)	% OVERLIJDENS THUIS	% OVERLIJDENS IN ZIEKENHUIS	% OVERLIJDENS IN RUSTHUIS
<b>Zorgaanbod</b>	<b>55.759</b>	<b>24,3</b>	<b>53,7</b>	<b>19,8</b>
Aantal ziekenhuisbedden in de zorgregio*‡	3.324 (6,0%)	32,7	36,3	5,0
<6,75 per 1.000	7.245 (13,0%)	35,5	48,3	13,9
>6,75 per 1.000	2.909 (5,2%)	23,2	36,0	40,4
Aantal rusthuizen in de provincie*‡	15.008 (26,9%)	29,1	61,9	8,9
<13,5 per 100.000	3.960 (7,1%)	31,8	58,4	9,7
>13,5 per 100.000	3.787 (6,8%)	31,6	63,7	4,6

ALLE PERCENTAGES ZIJN RIJPERCENTAGES, BEHALVE DE PERCENTAGES TUSSEN HAAKJES (KOLOMPERCENTAGES).

\* OVERSCHRIJDINGSKANS VOOR ALLE VARIABELEN <0,001 (PEARSON  $\chi^2$ -TESTSTATISTIEK OM DE WAARGENOMEN VERDELING TUSSEN DE CATEGORIEËN VAN DE PLAATS VAN OVERLIJDEN TE TOETSEN AAN DE VERWACHTTE VERDELING).

† DE RESTCATEGORIE VOOR DE PLAATS VAN OVERLIJDEN IS NIET WEEERGEGEVEN IN DEZE TABEL.

‡ BEIDE VARIABELEN INZAKE HET ZORGAANBOD ZIJN WERDEN HERLEID TOT 2 CATEGORIEËN AAN DE HAND VAN DE MEDIAAN.

>>> Vooral de doodsoorzaak is bepalend voor de plaats van overlijden. Overlijdens als gevolg van hartfalen, niet-ischemische hart-

ziekten, ziekten van het zenuwstelsel, kankers van het maag-darmstelsel en kankers van het ademhalingsstelsel hebben meer

kans om thuis te gebeuren. Overlijdens als gevolg van acute aandoeningen van de onderste luchtwegen, bloedkanker en

&gt;&gt;&gt;

TABEL 4:

**LOGISTISCHE REGRESSIE VOOR THUISOVERLIJDEN (1) T.O.V. ZIEKENHUISOVERLIJDEN (0) VOOR OVERLIJDENS T.G.V KANKER AFZONDERLIJK, EN VOOR ALLE OVERLIJDENS (UITGEZONDERD PLOTS CARDIAAL OVERLIJDEN) IN VLAANDEREN IN 2001, VOOR OVERLEDENEN VAN 45 TOT 79 JAAR**

	OVERLIJDEN T.G.V. KANKER		ALLE OVERLIJDENS (UITG. PLOTS CARDIAAL OVERLIJDEN)	
	KANSVERHOUDING	95% BI	KANSVERHOUDING	95% BI
<b>Doodsoorzaak</b>				
<i>Acute infectie van de onderste luchtwegen</i>	*	*	1,00	1,00 / 1,00
<i>Overige aandoeningen ademhalingsstelsel</i>	*	*	2,60	1,72 / 3,91
<i>Chronische infectie van de onderste luchtwegen</i>	*	*	4,56	3,22 / 6,46
<i>Cerebrovasculaire ziekte (CVA)</i>	*	*	2,15	1,52 / 3,06
<i>Ziekten van het zenuwstelsel</i>	*	*	5,91	4,02 / 8,70
<i>Hartfalen</i>	*	*	7,63	5,26 / 11,09
<i>Ischemische hartziekte</i>	*	*	5,12	3,60 / 7,28
<i>Overige hartziekten</i>	*	*	7,40	5,11 / 10,73
<i>Overige cardiovasculaire ziekten</i>	*	*	4,49	3,05 / 6,61
<i>Bloedkanker</i>	1,00	1,00 / 1,00	2,13	1,45 / 3,11
<i>Kanker genito-urinaire systeem</i>	2,35	1,87 / 2,95	4,90	3,48 / 6,90
<i>Borstkanker</i>	2,38	1,86 / 3,04	4,87	3,41 / 6,97
<i>Kanker ademhalingsstelsel</i>	2,49	2,01 / 3,09	5,03	3,60 / 7,03
<i>Kanker maag- en darmstelsel</i>	2,76	2,22 / 3,44	5,69	4,07 / 7,97
<i>Overige kanker</i>	2,33	1,85 / 2,94	4,64	3,29 / 6,56
<i>Overige (alle andere ziekten)</i>	*	*	3,36	2,40 / 4,70
<b>Geslacht</b>				
<i>Man (t.o.v. vrouw)</i>	*	*	1,07	1,02 / 1,17
<b>Leeftijd</b>				
<i>Continu (per jaar van 45 tot 79 jaar)</i>	*	*	0,99	0,99 / 0,99
<b>Opleiding</b>				
<i>Hoger onderwijs (t.o.v. geen hoger onderwijs)</i>	1,61	1,36 / 1,92	1,41	1,23 / 1,62
<b>Gezinssituatie†</b>				
<i>Leeft in gezin (t.o.v. alleenstaand)</i>	2,50	2,19 / 2,88	1,29	1,18 / 1,41
<b>Provincie</b>				
<i>Limburg (t.o.v. andere provincies)</i>	1,21	1,05 / 1,40	*	*
<b>Verstedelijkingsgraad</b>				
<i>Centrum van een grote stad</i>	1,00	1,00 / 1,00	1,00	1,00 / 1,00
<i>Sterk verstedelijkt</i>	1,58	1,40 / 1,78	1,27	1,16 / 1,38
<i>Gemiddeld verstedelijkt</i>	2,04	1,81 / 2,30	1,45	1,33 / 1,58
<i>Laag verstedelijkt of landelijk</i>	2,21	1,80 / 2,72	1,50	1,29 / 1,74
<b>Aantal ziekenhuisbedden in de zorgregio</b>				
<i>&lt;6,75 per 1.000 (t.o.v. meer)</i>	1,13	1,02 / 1,34	1,12	1,05 / 1,20

DE CIJFERS IN DE TABEL ZIJN KANSVERHOUDINGEN (ODDS RATIOS) EN HUN 95% BETROUWBAARHEIDSINTERVAL.

\* DEZE VARIABELE WERD INGEBRACHT IN DE REGRESSIEVERGELIJKING, MAAR HAD GEEN SIGNIFICANT EFFECT EN WERD VERWIJDERD IN DE STAPSGEWIJZE PROCEDURE.

† GEZIEN HET RISICO VAN MULTI-COLLINARITEIT TUSSEN GEZINSSITUATIE EN BURGERLIJKE STAAT, LIETEN WE DEZE LAATSTE UIT DE VERGELIJKING. GEZINSSITUATIE IS EEN BETERE INDICATOR VOOR DE MOGELIJKE AANWEZIGHEID VAN EEN INFORMELE ZORGVLENER.

Patrick DEBOOSERE

Faculteit van  
Economische,  
Sociale en Politieke  
Wetenschappen,  
Vrije Universiteit  
Brussel

Gerrit VAN DER WAL

Afdeling Volks- en  
Beroepsgezondheid  
en Instituut voor  
Onderzoek in  
de Extramuraal  
Geneeskunde,  
Vrije Universiteit,  
Amsterdam (2)

Luc DELIENS



(1) en (2)

&gt;&gt;&gt;

cerebrovasculaire ziekten hadden relatief meer kans om in een ziekenhuis te overlijden. Het geslacht van de overledene is niet van grote invloed op de plaats van overlijden, hoewel mannen een beetje meer kans hebben om thuis te overlijden. Dat laatste geldt ook voor wie jonger is, hoger opgeleid en voor wie in een gezin leeft. Ook de woonplaats van de overledene speelde een rol: thuis overlijden was waarschijnlijker voor wie op het platteland of in

een weinig verstedelijkte omgeving woonde. Ten slotte nam de kans op thuisoverlijden af wanneer het aantal ziekenhuisbedden in de regio van de overledene hoger was.

Een analyse van de overlijdens tengevolge van kanker afzonderlijk toonde ongeveer hetzelfde beeld als de analyse van alle overlijdens. Alleenstaanden die woonden in verstedelijkte regio's met veel beschikbare ziekenhuisbedden en overleden ten gevolge

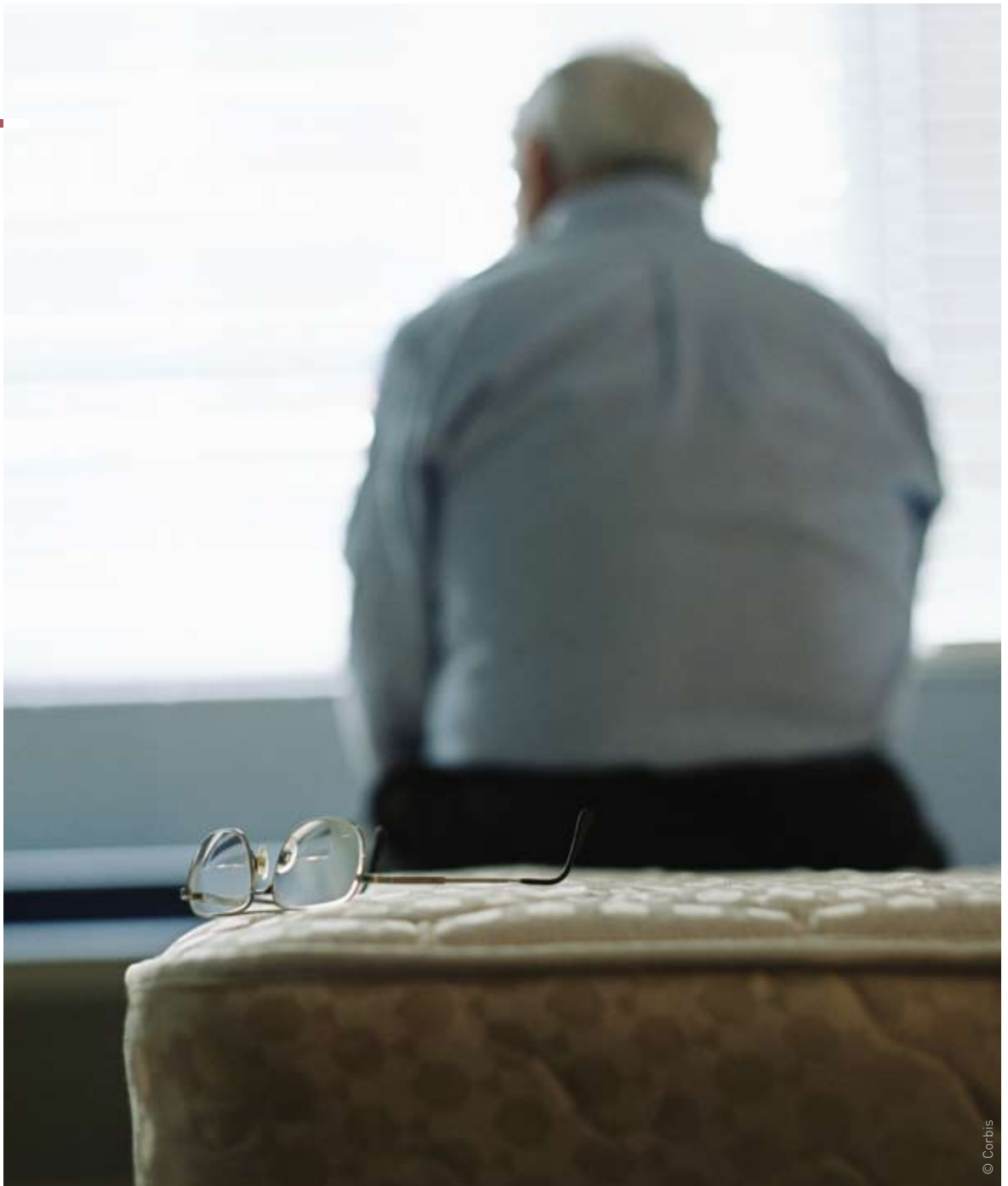
van bloedkanker hadden de meeste kans om in een ziekenhuis te overlijden. Limburgers hadden, vergeleken met inwoners van andere provincies, meer kans om thuis te overlijden.

### DE ZIEKTE BEPAALT DE PLAATS

De meeste mensen wensen thuis te overlijden. Toch overleed maar een kwart van alle Vlamingen thuis. Vooral de ziekte waaraan iemand lijdt, bepaalt de plaats van overlijden. Patiënten met een

&gt;&gt;&gt;

De hoogste kans om thuis te overlijden hadden patiënten met ziekten van hart- en vaatstelsel en kanker.



© Corbis

>>> cardiovasculaire ziekte, met kanker of met een chronische aandoening van de onderste luchtwegen overlijden eerder thuis.

Een gedeeltelijke verklaring voor het verschil tussen wens en werkelijkheid lijkt dan ook de noodzakelijke therapie voor bepaalde ziekten en de hospitalisatie die daaruit volgt. Thuis zorg krijgen en overlijden is dan geen optie. Kankerpatiënten daarentegen leven relatief langer na de diagnose en het ziekteverloop is meer voorspelbaar<sup>26/27</sup>. Zij hebben meer keuzevrijheid om al dan niet thuis te overlijden<sup>14/28</sup>. Voor wie lijdt aan bloedkanker is dat weer niet het geval: de ingewikkelde en agressieve therapie vereist hospitalisatie en maakt overlijden in het ziekenhuis waarschijnlijker. Heel anders is een acuut cardiovasculair overlijden, dat per definitie plots gebeurt en van daar vaak thuis<sup>29</sup>.

**// Door de verdere ontwikkeling van palliatieve zorgverlening zullen meer mensen thuis overlijden //**

### VERSCHIL TUSSEN HOGER EN LAGER GESCHOOLDEN

Andere resultaten liggen minder voor de hand: waarom overlijden hoger geschoolden bijvoorbeeld vaker thuis dan lager geschoolden? Het verschil tussen hoger en lager geschoolden vergroot wanneer we enkel de kankerpatiënten, met anticipatiemogelijkheden, in acht nemen<sup>30</sup>. Misschien willen lager geschoolden een andere behandeling of andere zorg dan hoger geschoolden<sup>31</sup>? Of drukken ze hun wensen minder goed uit? Misschien verloopt de communicatie tussen laaggeschoolde patiënten en arts moeilijker dan bij hoog geschoolden? In België is thuiszorg voor de patiënt duurder dan de zorg in een instelling. Is het daarom dat lager geschoolden minder een beroep doen op thuiszorg? Of hechten hoger geschoolden meer belang aan het zelfstandig bepalen van hun sterfensproces samen met hun zorgverlener<sup>32</sup>?



Het aantal huisartsen in de regio van de overledene had helemaal geen invloed op de plaats van overlijden.

Alleenstaanden overlijden minder vaak thuis dan wie in een gezin leeft. Dat geldt des te meer voor kankerpatiënten. Een waarschijnlijke verklaring is het ontbreken van een mantelzorg<sup>17,26,33,34,35</sup>, maar daarnaast hebben alleenstaanden ook minder geld. Ten slotte is er wellicht de angst om alleen te sterven<sup>36</sup>.

### REGIONALE VERSCHILLEN

Ook de regionale verschillen in de plaats van overlijden zijn niet vanzelfsprekend. Het aantal ziekenhuisoverlijdens ligt hoger in een stad dan op het platteland<sup>6,13</sup>. Bovendien verschilt de plaats van overlijden naargelang de provincie: Limburg telt meer thuisoverlijdens. De regionale verschillen >>>

>>> blijven overeind na controle voor het aantal ziekenhuisbedden in de zorgregio. Liggen de ziekenhuizen in Limburg verder af? Of is er minder openbaar vervoer? Geen erg waarschijnlijke verklaring in een verstedelijkte regio zoals Vlaanderen. Misschien verklaren andere beleidsaccenten inzake zorgverlening die regionale verschillen. Is er buiten de stad en in Limburg meer dienstverlening om families te steunen bij het stervensproces van een familielid?

## DE MEDISCHE CULTUUR

Een mogelijke andere verklaring is de medische cultuur<sup>37</sup>: de mate waarin palliatieve thuiszorg werd uitgebouwd en wordt gebruikt en de opvattingen van professionele zorgverleners over

de 'goede dood'<sup>37,38</sup> spelen wellicht een rol. We nemen aan dat door de verdere ontwikkeling van palliatieve zorgverlening en de ontwikkeling van een palliatieve zorgcultuur in de ziekenhuizen meer mensen thuis zullen overlijden. Een laatste mogelijke verklaring voor de regionale verschillen zijn mogelijke verschillende opvattingen over de rol van de familie in de zorgverlening rond het stervensproces<sup>1,20,21</sup>.

## EEN KLOOF TUSSEN WENS EN WERKELIJKHEID

In 2001 overleed de helft van de mensen in een ziekenhuis, een kwart thuis en een vijfde in een rusthuis. De kans op een thuisoverlijden hing af van de provincie, de stedelijkheid van de woonplaats en het aantal ziekenhuisbedden

in de regio. Thuis overlijden was minder waarschijnlijk voor sommige doodsoorzaken, voor lager geschoolden en voor alleenstaanden. De meeste mensen willen thuis overlijden, maar slechts een fractie kan die wens realiseren.

Sommige patiënten (lager geschoolden, alleenstaanden, lijdend aan een bepaalde ziekte, wonend in stedelijke gebieden) hebben minder kansen om te kiezen waar ze willen overlijden. Dit kunnen aanknopingspunten zijn voor beleid. Verder onderzoek moet uitwijzen in welke mate en hoe we de kloof tussen wens en werkelijkheid aan het einde van het leven best overbruggen. ○

DIT ARTIKEL IS GEBASEERD OP VOLGENDE PUBLICATIE: HEALTH POLICY, NUMMER 78 (2006), P 319-329.

<sup>1</sup> Wilson D.M., Smith S.L., Anderson M.C., et al., Twentieth-century social and health-care influences on location of death in Canada. *Can. J.Nurs. Res.*, 2002. 34(3):141-61.

<sup>2</sup> Mezey M., Dubler N.N., Mitty E., Brody A.A., What impact do setting and transitions have on the quality of life at the end of life and the quality of the dying process? *Gerontologist*, 2002. 42 Spec. No 354-67.

<sup>3</sup> Evans N., Walsh H., The organisation of death and dying in today's society. *Nurs.Stand.*, 2002. 16(25):33-38.

<sup>4</sup> Payne S.A., Langley-Evans A., Hillier R., Perceptions of a 'good' death: a comparative study of the views of hospice staff and patients. *Palliat.Med.*, 1996. 10(4):307-12.

<sup>5</sup> Clark D., Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. *BMJ*, 2002. 324(7342):905-7.

<sup>6</sup> Bowling A., The hospitalisation of death: should more people die at home? *J.Med.Ethics*, 1983. 9(3):158-61.

<sup>7</sup> Gallo W.T., Baker M.J., Bradley E.H. Factors associated with home versus institutional death among cancer patients in Connecticut. *J.Am. Geriatr.Soc.*, 2001. 49(6):771-77.

<sup>8</sup> Tang S.T., McCorkle R., Determinants of place of death for terminal cancer patients. *Cancer Invest*, 2001. 19(2):165-80.

<sup>9</sup> Teno J.M., Clarridge B.R., Casey V. et al., Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*, 2004. 291(1):88-93.

<sup>10</sup> Catalan-Fernandez J.G., Pons-Sureda O., Recober-Martinez A. et al., Dying of cancer. The place of death and family circumstances. *Med.Care*, 1991. 29(9):841-52.

<sup>11</sup> Grande G.E., Farquhar M.C., Barclay S.I., Todd C.J., Caregiver bereavement outcome: relationship with hospice at home, satisfaction with care, and home death. *J.Palliat.Care*, 2004. 20(2):69-77.

<sup>12</sup> Thomas C., Morris S.M., Clark D., Place of death: preferences among cancer patients and their carers. *Soc. Sci.Med.*, 2004. 58(12):2431-44.

<sup>13</sup> Brown M., Colton T., Dying Epistemologies: an analysis of home death and its critique. *Environment and Planning A*, 2001. 33799-821.

<sup>14</sup> Weitzen S., Teno J.M., Fennell M., Mor V., Factors associated with site of death: a national study of where people die. *Med.Care*, 2003. 41(2):323-35.

<sup>15</sup> Emanuel E.J., Emanuel L.L., The promise of a good death. *Lancet*, 1998. 351 Suppl. 2S1121-S1129.

<sup>16</sup> Bruera E., Sweeney C., Russell N., Willey J.S., Palmer J.L. Place of death of Houston area residents with cancer over a two-year period. *J.Pain Symptom. Manage*, 2003. 26(1):637-43.

<sup>17</sup> Temkin-Greener H., Mukamel D.B., Predicting place of death in the program of all-inclusive care for the elderly (PACE): participant versus program characteristics. *J.Am. Geriatr.Soc.*, 2002. 50(1):125-35.

<sup>18</sup> Townsend J., Frank A.O., Fermont D. et al., Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study. *BMJ*, 1990. 301(6749):415-17.

<sup>19</sup> Higginson I.J., Sen-Gupta G.J., Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J.Palliat. Med.*, 2000. 3(3):287-300.

<sup>20</sup> Choi K.S., Chae Y.M., Lee C.G. et al., Factors influencing preferences for place of terminal care and of death among cancer patients and their families in

Korea. *Support.Care Cancer*, 2005.

<sup>21</sup> Tang S.T., Liu T.W., Lai M.S., McCorkle R., Discrepancy in the preferences of place of death between terminally ill cancer patients and their primary family caregivers in Taiwan. *Soc. Sci.Med.*, 2005. 61(7):1560-1566.

<sup>22</sup> Tang S.T., McCorkle R., Determinants of congruence between the preferred and actual place of death for terminally ill cancer patients. *J.Palliat.Care*, 2003. 19(4):230-237.

<sup>23</sup> Grande G.E., Addington-Hall J.M., Todd C.J., Place of death and access to home care services: are certain patient groups at a disadvantage? *Soc.Sci.Med.*, 1998. 47(5):565-79.

<sup>24</sup> Mor V., Hiris J., Determinants of site of death among hospice cancer patients. *J.Health Soc.Behav.*, 1983. 24(4):375-85.

<sup>25</sup> Instruction Manual. Part 9. ICD-10 Cause-of-Death Lists for Tabulating Mortality Statistics (Updated October 2002 to include ICD codes for Terrorism Deaths for data year 2001 and WHO updates to ICD-10 for data year 2003). U.S.Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics, 2002, Hyattsville, Maryland. Ref Type: Generic.

<sup>26</sup> Brazil K., Bedard M., Willison K., Factors associated with home death for individuals who receive home support services: a retrospective cohort study. *BMC. Palliat.Care*, 2002. 1(1):2.

<sup>27</sup> Murtagh F.E., Preston M., Higginson I., Patterns of dying: palliative care for non-malignant disease. *Clin.Med.*, 2004. 4(1):39-44.

<sup>28</sup> Davies E. and Higginson I. J., Better Palliative Care for Older People. 2004. World Health Organisation Europe. Ref Type: Report.

<sup>29</sup> Burge F., Lawson B., Johnston G., Trends in the place of death of cancer patients, 1992-1997. *CMAJ*, 2003. 168(3):265-70.

<sup>30</sup> Hansen S.M., Tolle S.W., Martin D.P., Factors associated with lower rates of in-hospital death. *J.Palliat. Med.*, 2002. 5(5):677-85.

<sup>31</sup> Brettell R.P., Morris S., Epton V., Patients with HIV dying in Edinburgh: an audit of preference and place of death. *Int. J. STD AIDS*, 1995. 6(3):221-22.

<sup>32</sup> Oliviere D., Monroe B., Death, dying and social differences. Oxford University Press, 2004.

<sup>33</sup> Grundy E., Mayer D., Young H., Sloggett A., Living arrangements and place of death of older people with cancer in England and Wales: a record linkage study. *Br. J. Cancer*, 2004. 91(5):907-12.

<sup>34</sup> Axelsson B., Christensen S.B., Place of death correlated to sociodemographic factors. A study of 203 patients dying of cancer in a rural Swedish county in 1990. *Palliat. Med.*, 1996. 10(4):329-35.

<sup>35</sup> Higginson I.J., Jarman B., Astin P., Dolan S., Do social factors affect where patients die: an analysis of 10 years of cancer deaths in England. *J. Public Health Med.*, 1999. 21(1):22-28.

<sup>36</sup> Seale C., Addington-Hall J., McCarthy M., Awareness of dying: prevalence, causes and consequences. *Soc. Sci. Med.*, 1997. 45(3):477-84.

<sup>37</sup> Gott M., Seymour J., Bellamy G., Clark D., Ahmedzai S., Older people's views about home as a place of care at the end of life. *Palliat. Med.*, 2004. 18(5):460-467.

<sup>38</sup> Thomas C., The place of death of cancer patients: can qualitative data add to known factors? *Soc. Sci.Med.*, 2005. 60(11):2597-607.