


PALLIATIEVE ZORG IN NEDERLAND: FEITEN EN CIJFERS

Acute zorg in het ziekenhuis en van de huisartsenpost in 2021 Een actualisatie van factsheet 2 met cijfers over 2017

Yvonne de Man, Mariska Oosterveld, Marianne Heins, Saskia Teunissen, An Reyners, Heidi Fransen, Marlene Middelburg-Hebly, Christine Cramer-van der Welle, Bregje Onwuteaka-Philipsen, Anneke Francke

Palliatieve zorg is zorg die zich richt op de kwaliteit van leven van mensen en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, waarbij genezing niet meer mogelijk is. Inzicht in het zorggebruik in de laatste levensfase is nodig om palliatieve zorg voor mensen waar nodig te kunnen verbeteren. Deze rapportage geeft inzicht in de mate waarin mensen acute zorg kregen van het ziekenhuis, een spoedeisende hulp afdeling of huisartsenpost in de laatste levensfase. Acute zorg in de laatste levensfase kan soms voorkomen worden door goede palliatieve zorg; de mate van acute zorg zegt daarmee iets over de kwaliteit van palliatieve zorg.

Belangrijke cijfers	2021	Was in 2017
 Aantal overledenen aan aandoeningen waarbij inzet van palliatieve zorg van betekenis zou kunnen zijn	106.466	109.707
Acute zorggebruik in laatste levensmaand		
 % met acute ziekenhuisopname	25%	29%
 Top 3 redenen voor acute ziekenhuisopname	Hartfalen 10% CVA 7% Longkanker 6%	Hartfalen 9% Overige chronische obstructieve longaandoeningen 7% Longkanker 6%
 % met bezoek aan spoedeisende hulp	21%	24%
 % contact met huisartsenpost*	48%	57%

*onder mensen die tot overlijden stonden ingeschreven bij een huisartsenpraktijk die viel in het verzorgingsgebied van een eveneens aan Nivel Zorgregistraties deelnemende huisartsenpost

De serie 'Palliatieve zorg in Nederland: feiten en cijfers' presenteert cijfers over mensen die in 2021 overleden aan een aandoening waarbij de inzet van palliatieve zorg van betekenis zou kunnen zijn. Dit zijn aandoeningen waarvan bekend is dat deze een chronisch en/of progressief verloop hebben en waarbij overlijden verwacht wordt. Voor de leesbaarheid gebruiken we in de rapportages de term 'doelgroep van palliatieve zorg' om naar deze mensen te verwijzen.

In deze rapportage beschrijven we het acute zorggebruik in de laatste levensfase van deze doelgroep. Voor een deel betreffen de cijfers kwaliteitsindicatoren: meetbare aspecten van zorg die een aanwijzing geven over de kwaliteit van die zorg. Enkele jaren geleden is een set van kwaliteitsindicatoren ontwikkeld met betrekking tot (niet-)passende zorg aan het levenseinde die afgeleid kunnen worden uit bestaande administratieve of zorggegevens (De Schreye e.a., 2017). Bij de keuze van de verschillende kwaliteitsindicatoren in deze rapportagereeks waren twee dingen bepalend: de beschikbaarheid van gegevens in de gebruikte databronnen, en de relevantie van de indicatoren voor een breed scala aan aandoeningen onder de doelgroep van palliatieve zorg.

We vergelijken de cijfers uit 2021 met eerdere [cijfers uit 2017](#). Deze vergelijking biedt indicaties of de kwaliteit van palliatieve zorg over de tijd is veranderd. Dat is mede belangrijk omdat er voor kwaliteitsindicatoren in de palliatieve zorg nog geen algemeen geaccepteerde streefnormen bestaan. Deze inzichten kunnen professionals en beleidsmakers gebruiken om van te leren en waar nodig de zorg te verbeteren. Meer informatie over de gebruikte gegevensbronnen en de gebruikte selectiemethode (van Etkind e.a., 2017) voor het bepalen van de doelgroep van palliatieve zorg is te vinden aan het einde van deze rapportage. Om een goede vergelijking te kunnen maken met cijfers uit 2017 laten we mensen overleden aan COVID-19 in deze rapportage buiten beschouwing.

Hoeveel mensen werden acuut opgenomen in het ziekenhuis in hun laatste levensmaand?

Een acute opname is een opname die niet kan worden uitgesteld omdat onmiddellijke behandeling of hulpverlening binnen 24 uur noodzakelijk is. Binnen 24 uur wil zeggen gerekend vanaf het moment dat de medisch specialist oordeelt dat een acute opname noodzakelijk is (CBS, 2023).



Kwaliteitsindicator

Acute opnames in het ziekenhuis zijn – nog meer dan niet-acute opnames – belastend, omdat ze vaak veel onrust met zich mee brengen. Daarnaast willen de meeste mensen aan het einde van hun leven liever in een vertrouwde omgeving verblijven (Koekoek, 2014). Acute opnames kunnen soms door goede proactieve zorg¹ vermeden worden (de Korte-Verhoef e.a., 2015). Het percentage patiënten dat in de laatste maand voor overlijden acuut werd opgenomen op een verpleegafdeling in het ziekenhuis kan daarom op populatieniveau beschouwd worden als een **kwaliteitsindicator** voor palliatieve zorg.

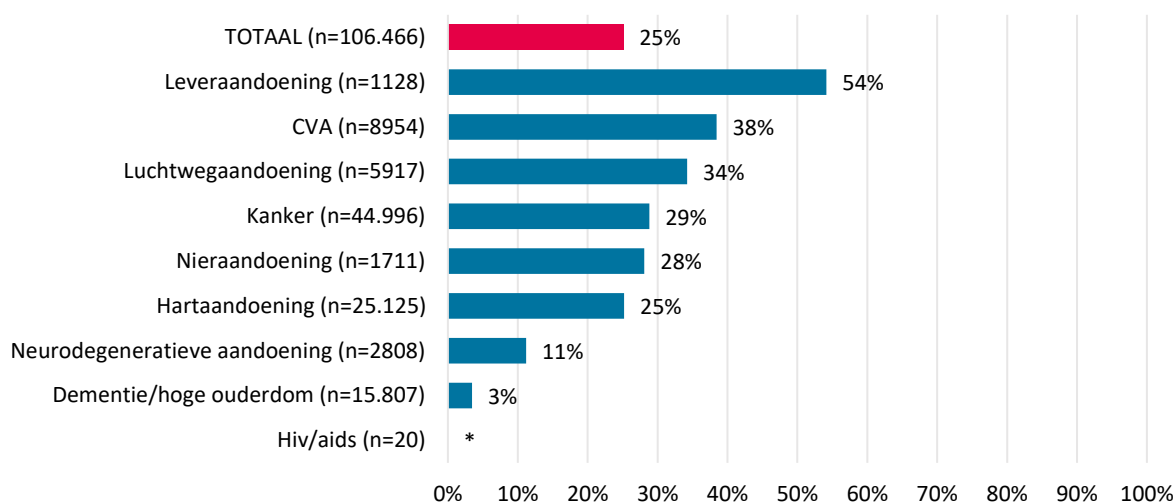
Het percentage mensen uit de doelgroep van palliatieve zorg waarbij in de laatste maand voor overlijden één of meer acute opnames plaatsvonden op een verpleegafdeling in het ziekenhuis was 25% (Figuur 1). In 2017 was dit 29%.

Figuur 1 en Figuur 2 laten grote verschillen zien tussen verschillende doodsoorzaken en leeftijdscategorieën. Het percentage acute ziekenhuisopnames was het hoogst onder mensen die overleden aan een chronische leveraandoening (54%) en het laagst onder mensen die overleden aan dementie/hoge ouderdom² (3%). Mensen jonger dan 18 jaar hadden relatief vaker een acute ziekenhuisopname (42%), terwijl bij mensen van 85 jaar of ouder dit percentage het laagst was (16%).

¹ Bij proactieve zorgplanning wordt met behulp van gesprekken bepaald welke zorg past bij huidige en toekomstige levensdoelen en -keuzes. Dit proces van denken, plannen en organiseren is dynamisch en multidisciplinair en omvat zorgvuldige gezamenlijke besluitvorming over behandelafspraken die zijn afgestemd op de wensen, waarden en behoeften van het individu.

² Het CBS hanteert voor deze groep de term dementie/seniliteit, waarbij seniliteit slaat op geestelijke en lichamelijke achteruitgang door ouderdom. Wij kiezen ervoor om te spreken van dementie/hoge ouderdom.

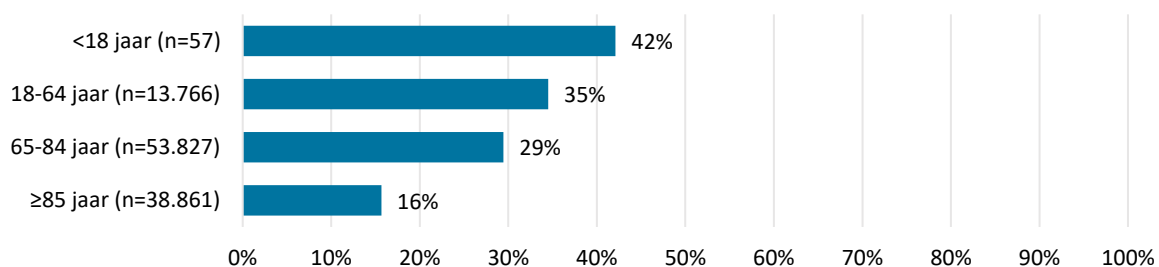
Figuur 1 Percentage mensen uit doelgroep van palliatieve zorg met één of meerdere acute ziekenhuisopnames in laatste levensmaand, naar doodsoorzaak, 2021 (N=106.466)



* Bij het berekenen van deze cijfers konden de gegevens van mensen die overleden zijn aan Hiv/aids niet weergegeven worden vanwege de kleine aantallen in deze groep en de daarmee gepaard gaande kans op herleidbaarheid.

Bron: gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en Dutch Hospital Data (DHD)

Figuur 2 Percentage mensen uit doelgroep van palliatieve zorg met één of meerdere acute ziekenhuisopnames in laatste levensmaand, naar leeftijdscategorie, 2021 (N=106.466)



Bron: gegevens van CBS en DHD

Wat waren de meest voorkomende diagnoses bij acute ziekenhuisopnames?

In zowel 2017 als 2021 waren hartfalen, CVA, longkanker en overige chronische obstructieve longaandoeningen de meest voorkomende diagnoses bij acute ziekenhuisopnames in de laatste levensmaand (Tabel 1). Nieuw in de top 5 in 2021 is de diagnose secundair maligne neoplasma van ademhalings- en spijsverteringsorganen. Een secundair maligne neoplasma verwijst naar een kwaadaardige tumor die ontstaat door uitzaaiingen van een eerdere tumor elders in het lichaam.

Tabel 1 Top-5 diagnoses bij acute ziekenhuisopnames van mensen uit doelgroep van palliatieve zorg in laatste levensmaand, 2021

Top-5	Diagnose ^a
1	Hartfalen (9,8% van alle acute opnames)
2	CVA (7,0%)
3	Longkanker (5,8%)
4	Overige chronische obstructieve longaandoeningen (5,3%)
5	Secundair maligne neoplasma van ademhalings- en spijsverteringsorganen (4,8%)

^a Op basis van ICD-10 codering zoals vastgelegd in het ziekenhuis.

Bron: gegevens van CBS en DHD

Hoeveel mensen bezochten de spoedeisende hulp in de laatste maand voor overlijden?

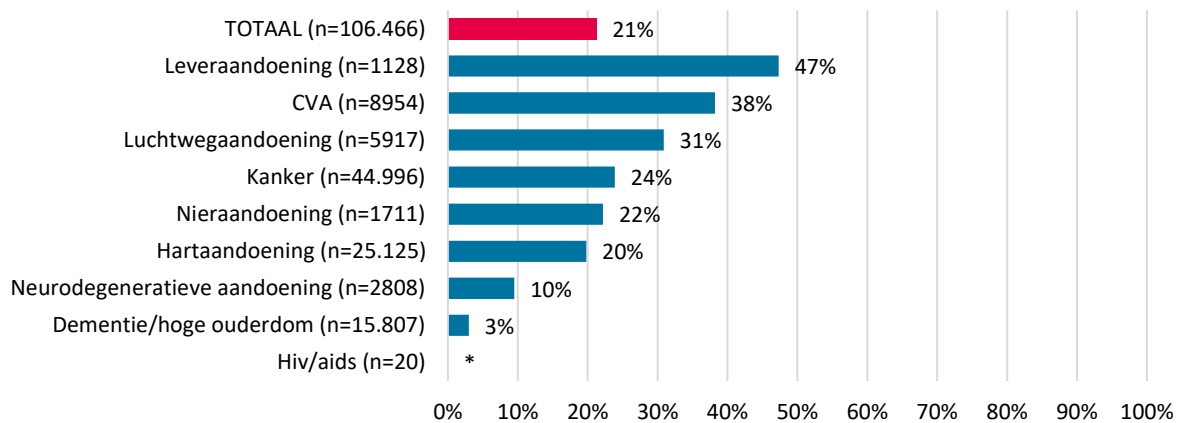


Kwaliteitsindicator

Het percentage mensen dat een spoedeisende hulp (SEH) bezoekt in de laatste maand van het leven kan op populatieniveau beschouwd worden als een **kwaliteitsindicator** van palliatieve zorg. Idealiter is dit percentage op populatieniveau zo laag mogelijk. Bezoek aan een SEH geeft onrust bij patiënt en familie en kan soms voorkomen worden door goede proactieve palliatieve zorg (de Korte-Verhoef e.a., 2015).

Van de mensen die in 2021 tot de doelgroep van palliatieve zorg behoorden, bezocht 21% de SEH in de laatste maand voor overlijden (Figuur 3). In 2017 was dit 24%. Net als in 2017 is het percentage dat één of meerdere keren de SEH bezocht in de laatste levensmaand hoger onder mensen die overleden aan een leveraandoening, CVA of luchtwegaandoening dan onder mensen met andere doodsoorzaken. Met 29% was het percentage SEH-bezoeken het hoogst in de leeftijdscategorie 18-64 jaar (Figuur 4).

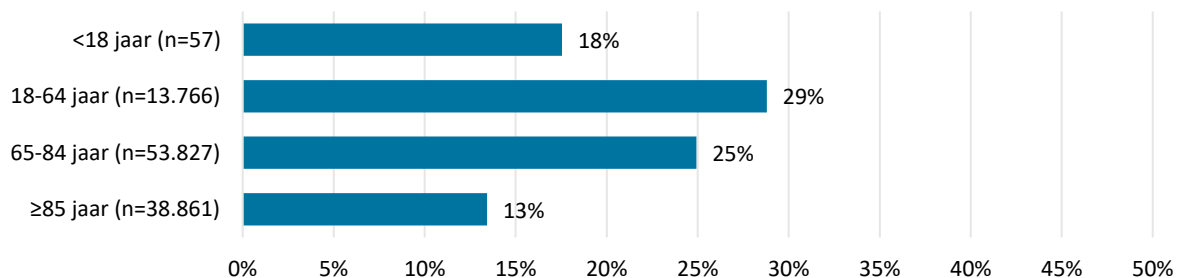
Figuur 3 Percentage mensen uit doelgroep van palliatieve zorg dat de SEH heeft bezocht in laatste levensmaand, naar doodsoorzaak, 2021 (N=106.466)



* Bij het berekenen van deze cijfers konden de gegevens van mensen die overleden zijn aan Hiv/aids niet weergegeven worden vanwege de kleine aantallen in deze groep.

Bron: gegevens van CBS en DHD

Figuur 4 Percentage mensen uit doelgroep van palliatieve zorg dat de SEH heeft bezocht in laatste levensmaand, naar leeftijdscategorie, 2021 (N=106.466)



Bron: gegevens van CBS en DHD

Hoeveel mensen hadden contact met de huisartsenpost in de laatste maand voor overlijden?



Kwaliteitsindicator

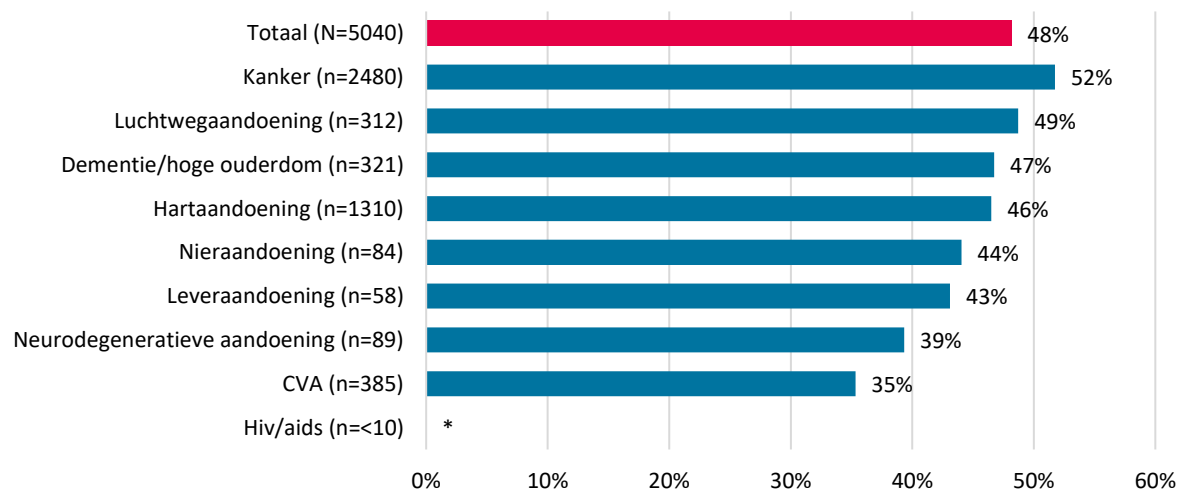
Mensen met acute, niet levensbedreigende gezondheidsproblemen kunnen 's avonds, 's nachts en in het weekend terecht bij de huisartsenpost (HAP). De HAP is bedoeld voor situaties waarin directe zorg nodig is en niet gewacht kan worden tot de volgende werkdag, wanneer de eigen huisarts geconsulteerd kan worden.

Wanneer de continue zorg voor mensen die palliatieve zorg behoeven goed geregeld is, is er minder contact met een HAP nodig. Een laag percentage dat contact heeft met een HAP in de laatste levensmaand is daarmee op populatieniveau een **indicator** van een goede **kwaliteit** van palliatieve zorg.

De database van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (NZR) bevat gegevens van een steekproef van 5040 mensen die in 2021 behoorden tot de doelgroep van palliatieve zorg én die tot het einde van hun leven waren ingeschreven bij een huisartsenpraktijk die viel in het verzorgingsgebied van een HAP die ook deelnam aan de NZR. In deze subpopulatie ligt het percentage mensen dat overleed aan dementie/hoge ouderdom (6%), en de gemiddelde leeftijd bij overlijden (77 jaar) lager dan in de totale doelgroep van palliatieve zorg.

Uit Figuur 5 blijkt dat 48% (n=2427) van deze mensen één of meerdere keren contact (een bezoek, visite of telefonisch contact) heeft gehad met een HAP in de laatste levensmaand. Dit is een daling ten opzichte van 2017, toen 57% contact had met een HAP in de laatste levensmaand. Het percentage was zowel in 2017 als in 2021 het hoogst onder mensen die overleden aan kanker.

Figuur 5 Percentage mensen uit doelgroep van palliatieve zorg dat contact heeft gehad met de huisartsenpost in laatste levensmaand, naar doodsoorzaak, 2021 (N=5040)



* Bij het berekenen van deze cijfers konden de gegevens van mensen die overleden zijn aan Hiv/aids niet meegenomen worden vanwege de kleine aantallen in deze groep.

Bron: gegevens van CBS en NZR

Wat waren de meest voorkomende gezondheidsproblemen die reden vormden om contact te hebben met de HAP in de laatste levensmaand?

Uit de registratie in het elektronisch patiëntendossier van de HAP blijkt dat de dood of het (naderende) overlijden de belangrijkste reden was voor contact (Tabel 2). Uit de zorgregistratie op de HAP is niet op te maken of de patiënt al daadwerkelijk overleden was op het moment dat het contact plaatsvond, of dat de HAP werd ingeschakeld omdat de patiënt aan het overlijden was. Longkanker en benauwdheid waren ook belangrijke redenen voor contact met de HAP in de laatste levensmaand. In 2017 waren dood/overlijden en benauwdheid de belangrijkste redenen voor een contact met de HAP.

Tabel 2 Top-5 gezondheidsproblemen* die voor mensen uit doelgroep van palliatieve zorg reden vormden om contact te hebben met de HAP in laatste levensmaand, 2021 (N=5040)

Top	
1	Dood/overlijden (29,5%)
2	Longkanker (5,2%)
3	Benauwdheid (4,5%)
4	Hartfalen (3,6%)
5	Bezorgdheid over (bij)werking geneesmiddel (2,5%)

* Op basis van ICPC-codes

Bron: CBS en NZR

Tot slot

Zonder extra registratielast biedt deze rapportage met behulp van bestaande gegevens inzicht in de mate waarin acute zorg wordt gegeven aan mensen die in 2021 zijn overleden aan een aandoening waarbij de inzet van palliatieve zorg van betekenis zou kunnen zijn.

We vergeleken de percentages van 2021 met die van 2017. Voor de meeste kwaliteitsindicatoren is er voor 2021 een positieve ontwikkeling te zien ten opzichte van 2017. Het percentage mensen dat acuut werd opgenomen in het ziekenhuis in de laatste levensmaand daalde tussen 2017 en 2021 van 29% naar 25%. Ook daalde tussen 2017 en 2021 het percentage mensen dat in de laatste levensmaand een SEH bezocht van 24% naar 21%. De grootste daling ten opzichte van 2017 zien we in het percentage mensen dat in de laatste levensmaand contact met een HAP had, namelijk van 57% naar 48%.

Vanuit de gebruikte gegevensbronnen kunnen we niet achterhalen waardoor het gebruik van acute zorg in de laatste levensmaand is afgenomen tussen 2017 en 2021. Het is belangrijk om te begrijpen dat de COVID-19-pandemie en de beperkende maatregelen onder meer van invloed kunnen zijn geweest op de resultaten van 2021. Daardoor is het moeilijk om het zorggebruik in de laatste levensfase van de doelgroep van palliatieve zorg in 2021 direct te vergelijken met het zorggebruik in 2017. Het is dan ook essentieel om deze cijfers te monitoren om te bepalen of deze trend van minder acute zorggebruik in de laatste levensmaand zich in de toekomst voortzet.

Het onderzoek

Deze rapportage is onderdeel van het project LeVePZ (Leren en Verbeteren in de Palliatieve Zorg), mogelijk gemaakt door ZonMW, subsidieprogramma Palliantie, projectnummer 10200022220002.

De resultaten zijn gebaseerd op eigen berekeningen op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) betreffende (1) Doodsoorzaken van mensen die bij overlijden inwoners waren van Nederland; (2) Datum van overlijden van mensen die ingeschreven staan in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA); (3) Persoonskenmerken van alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven mensen, gecoördineerd; en (4) Ziekenhuisopnamen Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiscare (verzorgd door DHD). Daarnaast zijn de resultaten gebaseerd op eigen berekeningen op de database van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Dit project is goedgekeurd volgens de governance code van Nivel Zorgregistraties, onder nummer NZR-00322.011. Het gebruik van gegevens uit elektronische patiëntendossiers, zoals verzameld door Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, is onder bepaalde voorwaarden toegestaan, zonder dat van iedere afzonderlijke patiënt daarvoor toestemming wordt gevraagd of dat toetsing door een medisch ethische commissie heeft plaatsgevonden (art. 24 UAVG jo art. 9.2 sub J AVGJ).

Hoe is de populatie geselecteerd?

Gegevens zijn bestudeerd van mensen die overleden aan aandoeningen waarvan bekend is dat deze een chronisch en progressief verloop hebben en veelal gepaard gaan met een ziekbed en een behoefte aan palliatieve zorg. Hierbij volgden we de selectie zoals beschreven door Etkind e.a. (2017). Geselecteerde doodsoorzaken (ICD-10 codes) zijn: Kanker C00-C99; Hartaandoeningen (chronisch) I00-I52 (excl. I12 en I13); Luchtwegaandoeningen (chronisch) J40-J47, J96; Cerebrovasculair accident (CVA) I60-I69; Nieraandoeningen (chronisch) N17, N18, N28, I12, I13; Leveraandoeningen (chronisch) K70-K77; Dementie/hoge ouderdom ((vasculaire) dementie, ziekte van Alzheimer, seniliteit) F01, F03, G30, R54; Neurodegeneratieve aandoeningen (o.a. Parkinson, Huntington, ALS en MS) G10, G12.2, G20, G23.1, G35, G90.3; en Hiv/aids B20-B24. De methode van Etkind e.a. (2017) wordt gezien als een betrouwbare methode voor het schatten van de omvang van de palliatieve zorgpopulatie. De Etkind-methode richt zich niet specifiek op kinderen. Hierdoor kan het zijn dat aandoeningen die mogelijk wel relevant zijn voor palliatieve zorg voor kinderen niet zijn meegenomen.

Meer weten

U vindt deze publicatie en alle andere Nivel-publicaties op www.nivel.nl/publicaties.

Meer informatie over het project: ga naar <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/leren-en-verbeteren-de-palliatieve-zorg-levepz>.

Voor de andere rapportages in deze serie met cijfers over 2021 zie:

- [Kenmerken van de populatie en gebruik van ziekenhuis- en huisartsenzorg in 2021](#)
- [Voorschrijven van medicatie door de huisarts in 2021](#)
- [IC-opnamen en andere potentieel niet-passende behandelingen in het ziekenhuis in 2021](#)

Voor de vier eerdere rapportages in deze serie met meer gedetailleerde cijfers over 2017 zie:

- [Kenmerken van de populatie en gebruik van ziekenhuis- en huisartsenzorg](#)
- [Acute zorg in het ziekenhuis en van de huisartsenpost](#)
- [Voorschrijven van medicatie door de huisarts](#)
- [IC-opnamen en andere potentieel niet-passende behandelingen in het ziekenhuis](#)

Titelgegevens van deze publicatie

De gegevens uit deze publicatie mogen met de volgende bronvermelding worden gebruikt:

de Man, Y., Oosterveld, M., Heins, M., Teunissen, S., Reyners, A., Fransen, H., Middelburg-Hebly, M., Cramer-van der Welle, C., Onwuteaka-Philipsen, B., Francke, A. Acute zorg in het ziekenhuis en van de huisartsenpost in 2021. Palliatieve zorg in Nederland: feiten en cijfers. Utrecht: Nivel, 2023.

Literatuur

CBS. Documentatie Ziekenhuisopnamen Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg, 2023.

[Lbzbasisstab:Ziekenhuisopnamen LBZ \(cbs.nl\)](https://www.cbs.nl/nl-nl/lbzbasisstab:ziekenhuisopnamen-lbz)

Etkind SN, Bone AE, Gomes B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ, Murtagh FEM. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Medicine* 2017; 15: 102.

Koekoek B. Regie over de plaats van sterven. Een kwantitatieve en kwalitatieve verkenning. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2014.

de Korte-Verhoef MC, Pasman HR, Schweitzer BP, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. How could hospitalisations at the end of life have been avoided? A qualitative retrospective study of the perspectives of general practitioners, nurses and family carers. *PLoS One* 2015; 10: e0118971.

Oosterveld M, Reyners A, Heins M, Boddaert M, Engels Y, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, Verheij R, Francke A. Factsheet 2: Acute zorg in het ziekenhuis en van de huisartsenpost. Palliatieve zorg in Nederland: feiten en cijfers. Utrecht: Nivel, 2020.

de Schreye R, Houttekier D, Deliens L, Cohen J. Developing indicators of appropriate and inappropriate end-of-life care in people with Alzheimer's disease, cancer or chronic obstructive pulmonary disease for population-level administrative databases: A RAND/UCLA appropriateness study. *Palliative Medicine* 2017; 31: 932-945.