

# Een plaats om te sterven... voor man en vrouw gelijk?

TOINE LAGRO-JANSSEN

Waar, op welke leeftijd en waaraan overlijden mannen en vrouwen? Deze vragen vormen het uitgangspunt voor een retrospectief onderzoek in de vier Nijmeegse CMR-praktijken. Van de 587 overleden patiënten bleek bijna de helft thuis gestorven; 10 procent was in het bejaardenhuis overleden, 8 procent in het verpleeghuis en ruim een derde in het ziekenhuis. Mannen stierven vaker dan vrouwen thuis, vrouwen stierven vaker in het bejaardenhuis. Dit verschil wordt grotendeels verklaard door het feit dat mannen minder oud worden dan vrouwen, en bovendien aan andere ziekten overlijden (mannen relatief vaak aan hart- en vaatziekten en neoplasmata, vrouwen relatief vaak aan CVA). Ten aanzien van de plaats van overlijden bleek een zekere interdokter-variatie te bestaan, terwijl ook de beschikbaarheid van terminale thuiszorg een rol speelde.

## Inleiding

Aan belangstelling voor sterven en een 'goede' dood schort het niet in de literatuur; vooral het onderwerp sterven in het eigen, vertrouwde huis krijgt veel aandacht. Die aandacht lijkt echter eerder geïnspireerd door ideaalbeelden dan door realiteitsbesef, en publicaties waarin het sterven in de huisartspraktijk op enigerlei wijze kwantitatief wordt benaderd, zijn schaars.<sup>1-3</sup>

Mijn ervaring dat ik als huisarts meer mannen dan vrouwen in hun eigen omgeving zag sterven, bracht mij tot de volgende vraagstelling:

- Waar overlijden mannen en vrouwen?
- Op welke leeftijd overlijden mannen en vrouwen; hangt de plaats van overlijden daarmee samen?
- Aan welke doodsoorzaken overlijden vrouwen en mannen; hangt de plaats van overlijden daarmee samen?
- Bestaat er interdokter-variatie ten aanzien van de plaats van overlijden?
- Wie neemt bij thuis stervenden de terminale zorg op zich?

T. Lagro-Janssen, huisarts, Groesbeekseweg 12, 6524 DA Nijmegen.

## Methoden

Het onderzoek vond plaats in de vier praktijken die zorg dragen voor de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Twee praktijken bevinden zich op het platteland (praktijken I en III), één in een grote stad (praktijk II) en één in een kleine stad (praktijk IV). Gezamenlijk tellen de praktijken ongeveer 12.000 patiënten.<sup>4</sup>

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle patiënten die in de periode 1978-1985 zijn overleden in de praktijken I-III en de in de periode 1982-85 overleden patiënten uit praktijk IV. De CMR is gebruikt als index om deze patiënten met hun doodsoorzaak op te sporen; dat was mogelijk doordat in de CMR ook een overlijdenscode wordt vastgelegd, gekoppeld aan de ziekte waaraan men is overleden.

De registrerende huisartsen beantwoordden schriftelijk vragen over de plaats van overlijden en over degeen door wie eventuele terminale thuiszorg was verleend. Hiervoor kon gebruik gemaakt worden van de patiëntenkaarten, doordat de medische dossiers van overleden patiënten in de betrokken praktijken bewaard worden. Voor zover over de zorgverlening geen geregistreerde gegevens beschikbaar waren, moesten de huisartsen een beroep doen op hun geheugen. In verband hiermee valt de onderzoeksperiode samen met de periode waarin de huidige huisarts (mede) praktijk heeft uitgeoefend.

Wat betreft plaats van overlijden is onderscheid gemaakt tussen sterven in respectievelijk het ziekenhuis, het verpleeghuis, het bejaardenhuis en thuis. Natuurlijk sterven mensen in een bejaardentehuis eigenlijk 'thuis'. Aangezien dit onderzoek echter mede was gericht op de beschikbare verzorging van niet-professionele aard, is het bejaardenhuis als aparte plaats van overlijden geregistreerd.

Het thuis-sterven is gesplitst in thuissterven met terminale zorg en acuut thuis-sterven. We spreken van terminale zorg, indien de patiënt ten minste één

week voor het overlijden verpleegbehoefte was. Acuut thuis-sterven houdt een acute dood thuis in, alsmede een proces dat in minder dan een week tot de dood leidde.

De doodsoorzaken zijn gecodeerd volgens de E-lijst; dit betekent dat niet de directe doodsoorzaak is geregistreerd, maar de oorzakelijke aandoening. De doodsoorzaken zijn samengevoegd in de volgende zeven groepen:

- neoplasmata;
- hart- en vaatziekten: in hoofdzaak coronair infarct, ritmestoornissen, longembolieën en aneurysma aortae, maar exclusief decompensatio cordis en cerebrovasculaire aandoeningen;
- decompensatio cordis;
- cerebrovasculaire aandoeningen;
- infectieziekten;
- traumata;
- overige.

Decompensatio cordis en cerebrovasculaire aandoeningen zijn als afzonderlijke categorieën opgenomen, omdat ze meestal gepaard gaan met een langere ziekteperiode, terwijl thuisverpleging moeilijker is.

Het vaststellen van de exacte doodsoorzaak is vaak problematisch, met name in het geval van acute dood.<sup>1 3 5</sup> Wanneer in ons onderzoek de doodsoorzaak niet met zekerheid vastgesteld kon worden, is een keuze op grond van waarschijnlijkheid gemaakt. Hierbij is een zekere interdokter-variatie onvermijdelijk.

Omdat in praktijk IV slechts de helft van de tijd is geregistreerd, is deze praktijk niet betrokken in de analyse van de interdokter-variatie met betrekking tot de plaats van overlijden.

## Resultaten

### Plaats van overlijden

In totaal stierven in de onderzoeksperiode 587 patiënten, van wie 313 mannen en 274 vrouwen. Mannen stierven inderdaad vaker thuis dan vrouwen (tabel 1, laatste twee kolommen); anderzijds stierven meer vrouwen in het bejaardenhuis.

### Leeftijd en plaats

De gemiddelde leeftijd van overlijden was voor mannen 70 jaar (mediaan 73) en voor vrouwen 74 jaar (mediaan 78).

Het verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het thuis-sterven wordt veroorzaakt doordat tot 65 jaar beduidend meer mannen acuut thuis stierven (tabel 1). Na het 75e jaar neemt het sterven in het ziekenhuis af, evenals de acute dood thuis; bejaarden- en ver-

pleeghuis gaan dan een rol spelen als plaats van overlijden. Boven het 85e jaar stierf slechts één op de vijf patiënten in het ziekenhuis. Er is hierbij geen verschil tussen de geslachten.

### Doodsoorzaak en plaats

Vrouwen overleden, vergeleken met mannen, vaker aan cerebrovasculaire aandoeningen, mannen vaker aan neoplasmata en aan hart- en vaatziekten (tabel 2).

Patiënten met een CVA hadden de meeste kans om niet thuis te sterven (tabel 3). In de groep met hart- en vaatziekten stierf meer dan de helft van de patiënten een acute dood thuis. Van de patiënten met kanker kreeg bijna de helft terminale begeleiding thuis.

De relatie tussen doodsoorzaak en plaats van overlijden is voor beide geslachten gelijk. Alleen bij CVA lijkt de plaats van overlijden verschillend, maar de aantallen zijn klein; bovendien lijkt de leeftijd hier een grotere rol te spelen (na het 75e jaar slechts 9 CVA's bij mannen tegen 33 bij vrouwen).

### Interdokter-variantie

In tabel 4 valt allereerst op dat de patiëntenpopulaties van de praktijken I en II kennelijk ouder zijn dan die van praktijk III.

Het percentage mensen dat in het ziekenhuis overleed, was in de praktijken I en II gelijk. In praktijk III ontvingen relatief veel mensen terminale zorg thuis en stierven weinig mensen in het ziekenhuis. Praktijk II had het kleinste percentage sterfgevallen thuis en de meeste sterfgevallen in het bejaardenhuis. Hierbij moet men bedenken dat praktijk III geen bejaardenhuis in het dorp heeft, zodat daardoor vertekening optreedt.

Koppelen we de plaats van overlijden aan de leeftijd, dan is er bij de patiënten jonger dan 75 jaar weinig verschil tussen de praktijken. Boven de 75 jaar is er wél

### Synopsis

**Lagro-Janssen T. A place to die... the same for men and women? Huisarts Wet 1987; 30: 100-3.**

**Introduction.** My experience as a general practitioner of seeing more men than women die in their home environment led me to the following questions. Where, at what age and from what causes do men and women die? Is there interdoctor variation in the setting of death? Who assumes the terminal care of those who die at home?

**Methods.** The study comprised four practices with a total of some 12,000 patients.<sup>4</sup> The study population consisted of all patients who died during the period 1978-1985 in practices I-III, and all who died during the period 1982-1985 in practice IV. The registering physicians provided written answers to questions about the setting of death and about the person(s) who had provided terminal care (if any) at home. The term terminal care was taken to apply if the patient had required nursing care during at least one week prior to death. Acute death at home was understood to comprise acute demise as well as a process that led to death within less than a week.

Causes of death were coded according to the E-list, which is to say that the underlying causative condition rather than the immediate cause of death was registered. The causes of death were divided into seven categories.

**Results.** The total number of patients who died in the four practices during the study period was 587: 313 men and 274 women. Men did in fact die at home more often than did women (table 1, last two columns); on the other hand, more women than men died in homes for aged.

The mean age at death was 70 years for the men (median 73) and 74 years for the women (median 78). The difference between men and women in terms of death at home was due to the fact that, up to age 65, significantly more men than women died an acute death at home (table 1). After age 75 deaths in hospital di-

minished, as did acute deaths at home; homes for the aged and nursing homes at that time became more prominent settings of death. After age 85 only one out of five patients died in hospital, and in this respect the sexes did not differ.

Women died from cerebrovascular accidents more often than men, while male deaths were more often due to neoplasma and diseases of circulatory organs (table 2). Patients with a CVA were least likely to die at home (table 3). More than 50 percent of patients with diseases of circulatory organs died an acute death at home. Nearly 50 percent of patients with cancer received terminal care at home.

Both sexes showed similar correlations between causes and settings of death. Only men and women with a CVA seemed to differ in this respect, but the numbers were small; moreover, age seemed to play a more prominent role (after age 75, only 9 men with a CVA, versus 33 women).

The percentage of patients dying in hospital was the same in practices I and II. In practice III relatively many patients received terminal care at home, and few died in hospital. Practice II had the smallest percentage of deaths at home and most deaths in homes for the aged (table 5). Relating the settings of death to causes of death, differences are apparent especially for neoplasms and cerebrovascular accidents (table 6).

Terminal care was extended to 148 patients who died at home; this care was provided by women in 75 percent and by women as well as men in 10 percent of the cases. The women who provided care were mostly wives (39 percent), daughters (21 percent) and daughters-in-law (13 percent); the men who provided care were husbands (12 percent) and sons (8 percent).

**Key words:** Death; Family practice; Terminal care.

**Address for correspondence:** Groesbeekseweg 12, 6524 DA Nijmegen, The Netherlands.

**Tabel 1 – Table 1.** Overleden patiënten, naar plaats van overlijden en leeftijdscategorie/geslacht. Afgeronde kolompercentages – Deceased patients, by setting of death and age category/sex. Rounded column percentages.

Age in years	0-49		50-64		65-74		75-84		85+		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Abs. numbers	21	24	67	40	81	42	92	102	52	66	313	274
Home, terminal	9	29	31	32	25	10	32	20	25	29	27	23
Home, acute	52	13	30	18	26	26	18	20	15	11	25	18
Home for the aged	5	0	0	0	1	2	9	17	23	30	7	14
Nursing home	5	0	3	5	4	2	10	12	16	12	7	8
Hospital	29	58	36	45	44	60	31	31	21	18	34	37

**Tabel 2 – Table 2.** Overleden patiënten naar doodsoorzaak en geslacht. Afgeronde kolompercentages – Deceased patients, by cause of death and sex. Rounded column percentages.

	Men n=313	Women n=274
Neoplasms	35	28
Diseases circulatory organs	30	26
Cardiac decompensation	8	8
CVA	7	17
Infections	4	4
Traumata	5	5
Others	11	12

**Tabel 3 – Table 3.** Aan de drie belangrijkste doodsoorzaken overleden patiënten, naar plaats van overlijden en geslacht. Afgeronde kolompercentages – Patients dead from the three principal causes, by setting of death and sex. Rounded column percentages.

	Neoplasms		Diseases of circulatory organs		CVA	
	M	F	M	F	M	F
Ab. numbers	109	77	95	71	21	46
Home, terminal	49	49	7	6	10	13
Home, acute	2	3	56	53	9	-
Home for the aged	8	9	6	7	-	22
Nursing home	8	7	2	4	24	17
Hospital	33	32	29	30	57	48

**Tabel 4 – Table 4.** Overleden patiënten naar plaats van overlijden en praktijk. Afgeronde kolompercentages – Deceased patients, by setting of death and practice. Rounded column percentages.

Practice	I n=194	II n=232	III n=105
Home, terminal	28	17	39
Home, acute	24	19	24
Home for the aged	8	15	-
Nursing home	2	12	11
Hospital	38	37	26
Mean age	72,0	74,0	69,0

**Tabel 5 – Table 5.** Overleden patiënten van 75-84 jaar, naar plaats van overlijden en praktijk. Afgeronde kolompercentages – Deceased patients aged 75-84 years, by setting of death and practice. Rounded column percentages.

Practice	I n=60	II n=88	III n=32
Home, terminal	30	16	40
Home, acute	27	15	22
Home for the aged	5	22	-
Nursing home	3	13	19
Hospital	35	34	19

**Tabel 6 – Table 6.** Aan een neoplasma overleden patiënten, naar plaats van overlijden en praktijk. Afgeronde kolompercentages – Patients dead from neoplasm, by setting of death and practice. Rounded column percentages.

Practice	I n=58	II n=73	III n=36
Home, terminal	40	40	78
Home, acute	5	-	-
Home for the aged	10	14	-
Nursing home	5	12	5
Hospital	40	34	17

verschil: we zien opnieuw dat in praktijk II – met bijna de helft van de overledenen in deze leeftijdscategorie – terminale zorg thuis weinig voorkwam en dat relatief veel mensen in het bejaardenhuis stierven (tabel 5).

Als we tenslotte de plaats van overlijden in verband brengen met de doodsoorzaken, dan zien we vooral verschillen bij de neoplasmata en de cerebrovasculaire aandoeningen: in praktijk III stierf ruim driekwart van de carcinoompatiënten thuis (tabel 6); dit waren overwegend mannen. De helft van de patiënten die overleden aan een cerebrovasculaire aandoening, behoorde tot praktijk II. Anders dan in de praktijken I en III werd van deze groep bijna niemand thuis verpleegd.

### Terminale zorg

Aan 148 patiënten die thuis overleden werd terminale zorg verleend. Dit gebeurde in 75 procent van de gevallen door vrouwen en in 10 procent van de gevallen door zowel vrouwen als mannen. In 15 procent van de gevallen werd de zorg alleen verleend door mannen.

De verzorgsters waren overwegend de echtgenotes (39 procent), dochters (21 procent) en schoondochters (13 procent); de verzorgers waren de echtgenoten (12 procent) en zonen (8 procent). Schoonzons, broers en zwagers ontbraken nagenoeg, in tegenstelling tot schoondochters, zusters en schoonzusters. De schoondochter speelde voornamelijk in de op het platteland gevestigde praktijken een rol van betekenis.

### Beschouwing

Van de 587 overleden patiënten in deze studie is bijna de helft thuis gestorven; 10 procent overleed in het bejaardenhuis, 8 procent in het verpleeghuis en ruim een derde in het ziekenhuis. Er gingen meer mannen dan vrouwen thuis dood.

Vrouwen worden gemiddeld ouder dan mannen. Deze leeftijdsfactor en de aan het geslacht gelieerde doodsoorzaken bepalen in hoofdzaak het verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft de plaats van overlijden. Bij gelijke doodsoorzaak lijkt er in dit opzicht tot het 65-ste levensjaar geen verschil te bestaan tussen mannen en vrouwen. Tussen het 65-ste en 75-ste jaar worden mannen twee keer zo vaak thuis terminaal verzorgd. Het bejaardenhuis telt in deze leeftijdscategorie nog niet mee. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de aanwezigheid van de echtgenote het thuissterven mogelijk maakt. Tenslotte speelt voor de groep hoogbejaarden (ouder dan 75 jaar) ontegenzeggelijk mee dat in een stad (praktijk II) lang niet altijd wordt voldaan aan voorwaarden voor verzorging thuis.

Schadé constateerde dat van 750 in Hoorn overleden patiënten 35 procent thuis was gestorven.<sup>1</sup> Crebolder vond in een onderzoek in de populatie van het gezondheidscentrum Withuis een vergelijkbaar percentage 'thuis' (= niet in ziekenhuis) overledenen patiënten: 38 procent; dat kwam bovendien overeen met het percentage thuis overleden in de rest van Venlo.<sup>2</sup>

Zeker als we de in een bejaardenhuis overleden patiënten meerekenen, komen we voor de CMR-praktijken uit op aanzienlijk hogere percentages: 59 procent van de mannen en 55 procent van de vrouwen. Deze uitkomsten komen overeen met de cijfers van *Van den Bosch*.<sup>3</sup> Ook is er in ons materiaal geen sprake van een toenemende tendens om in het ziekenhuis te sterven (tabel 7).

Spreeuwenberg stelt dat de aanwezigheid van goede hulp een belangrijke voorwaarde is om thuis te kunnen sterven. 'De hulp van de kinderen is ten aanzien van de mogelijkheden om thuis te blijven waardevoller dan de aanwezigheid van de partner. Een ongetrouwde dochter blijkt waardevoller dan een

*Bij bodemloos gehoest werd je hoogmoedig en vroeg: hoe gaat het met me? Ik moest: papa, het gaat niet goed. Je knikte moe en fluisterde: er valt niets meer te doen, ze zoeken het maar uit.*

*Ik zei: je hebt me de ruimte gegeven en, hoe dan ook, tot wat ik ben opgevoed.*

*Je keek me—en zo was je niet—onverbiddelek aan. En met die hese stem: niks, alles heb je zelf gedaan, geef me mijn gebit.*

*Uit een wit, niervormig bakje vol slijm moet het gevist; een stukje dood wil je terug. Je glimlacht grimmig als het weer zit. Je ligt, mij zwijgend aanziend, verder op je rug. Ik vind je nooit meer bang en nooit meer klein.*

*Ik denk: zo sterk moet hij blijven, laat hij toch zo vernietigd worden. Vlug.*

*Ed Leeflang*

*Uit: De hazen en andere gedichten. Amsterdam: Arbeiderspers, 1973.*

ongehuwde zoon, maar dit verschil valt weg als zoon en dochter gehuwd zijn'.<sup>6</sup> De auteur rept met geen woord over de taak die in het laatste geval de schoondochter op zich zal nemen; überhaupt wordt niet gesproken over het feit dat vrouwen de verzorgers zijn.

Met de gegevens van ons onderzoek zou de conclusie eerder moeten luiden dat de aanwezigheid van een vrouw in de directe omgeving van de stervende een belangrijke voorwaarde is om thuis dood te kunnen gaan. Aangezien de verzorging en verpleging in verpleeghuis, bejaardenhuis en ziekenhuis eveneens bijna geheel door vrouwen ge-

schiedt, betekent dit dat de concrete, dagelijkse hulp aan terminale patiënten hoofdzakelijk vrouwenwerk is. Overigens bleken de partners in ons onderzoek wél een aanzienlijke bijdrage te leveren in de verzorging: de helft der overledenen is thuis door de partner verpleegd. Dat in ons onderzoek de schoondochter zo'n belangrijke rol speelde, komt doordat op het platteland van de praktijken I en III het (tuinders)bedrijf van de vader verdeeld wordt onder de zonen, zodat de kinderen dicht in de buurt wonen. Afgezien van een vanzelfsprekendheid om voor de ouders te zorgen hoort daarbij soms stilzwijgend een verplichting om de ouders 'naar de dood te brengen'.

Terminale zorg behoeft 24-uurs nabijheid; het zou goed zijn als professionele zorg, zoals gezinszorg en wijkverpleging, meer mogelijkheden zou krijgen om te kunnen inspringen. Er gaan bovendien ook mensen dood die niet zo'n florissante relatie met hun partner of kinderen hebben. Professionele verzorging is dan de beste oplossing om thuis te kunnen sterven.

### Dankbetuiging

Dank aan de registrerende huisartsen, en in het bijzonder Wil van den Bosch, Chris van Weel en Johan Schellekens voor hun kritische noten.

<sup>1</sup> Schadé E. Overleden patiënten [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1986.

<sup>2</sup> Crebolder HPJM. Over sterven en stervensbegeleiding. Een kwantitatieve analyse van honderd sterfgevallen. Huisarts Wet 1980; 23: 439-46.

<sup>3</sup> Van den Bosch W. Het Lentse dodenboekje. 32 jaar sterfteregistratie in een huisartspraktijk. Huisarts Wet 1985; 28: 99-105.

<sup>4</sup> Van Weel C, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM. De Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen. Huisarts Wet 1986; 29: 373-7.

<sup>5</sup> Steffelaar JW. Hoe gezond is de gezondheidsstatistiek? Ned Tijd Geneesk 1983; 127: 112-5.

<sup>6</sup> Spreeuwenberg C. Huisarts en stervenshulp. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.

**Tabel 7 – Table 7.** Overleden patiënten naar plaats en tijd van overlijden. Afgeronde kolompercentages – Deceased patients, by setting and year of death. Rounded column percentages.

	1978-81 n=257	1982-85 n=274
Home, terminal	23	27
Home, acute	22	21
Home for the aged	10	11
Nursing home	6	9
Hospital	39	32