

dr. Erwin J.O. Kompanje

Associate professor in Clinical Ethics and Clinical Researcher at the Department of Intensive Care at the Erasmus MC University Medical Center Rotterdam, the Netherlands – Consultant in Clinical ethics – Honorary curator and senior taxidermist at the Natural History Museum Rotterdam, the Netherlands

Is ‘respiratoire insufficiëntie’ een ziekte? (<https://kompanje.org/2021/02/16/is-respiratoire-insufficientie-een-ziekte/>)

🕒 [16 februari 2021](#) 16 februari 2021 👤 [Erwin J.O. Kompanje](#) 📁 [Uncategorized](#)



(<https://erwinkompanje.files.wordpress.com/2021/02/efo2xzsxkaylcyc.jpg>)

Benauwdheid door COPD (onbekende schilder, was vertoond op COPD congres)

‘Er zijn meer dan 10.000 Nederlanders bezweken aan COVID-19’. Zo wordt algemeen in de media geschetst. Wij weten inmiddels dat het overgrote deel van deze overledenen niet vanuit een volkomen onbeschadigd bestaan zo ernstig ziek zijn geworden door besmetting met SARS-CoV-2 dat zij hierdoor **alleen** de dood hebben gevonden. Het overgrote deel van de overledenen was oud of zeer oud, had een toenemend falend immuunsysteem en was sowieso niet heel ver verwijderd van het slotakkoord van het leven. Anderen, die niet als oud of heel oud te bestempelen waren, hadden veelal onderliggende chronische ziekten zoals diabetes mellitus, hypertensie, hart-en vaatlijden, kanker of een auto-immuunziekte. De jonge mensen die zonder onderliggende ziekte bezweken aan COVID-19 bleken een genetische mutatie (<https://www.nature.com/articles/s41586-020-03065-y>) te hebben.

Als iemand overlijdt, dan moet de schouwende arts een doodsoorzaakverklaring invullen. Want waar iemand aan is overleden is belangrijk voor de epidemiologie van ziekten. Ziekten komen en gaan en sommige ziekten nemen door de jaren heen in frequentie toe. Voor 1900 was kransslagaderlijden (voorbode van een hartinfarct) een zeldzame aandoening, maar is nu doodsoorzaak nummer 1 (<https://www.tctmd.com/news/ischemic-heart-disease-leading-cause-death-globally>). Longkanker was voor de tweede wereldoorlog een zeer zeldzame kanker, maar nadat we sigaretten zijn gaan roken is het een van de meest dodelijke en bekende kanker soorten.

Hoe worden patienten die aan de ziekte COVID-19 `zijn overleden nu door de arts gediagnosticeerd? Het CBS geeft hier een richtlijn (<https://www.cbs.nl/nl-nl/deelnemers-enquetes/deelnemers-enquetes/decentrale-overheden/decentrale-overheid/doodsoorzaakverklaring/adviezen-cbs-gebruik-van-covid-19-op-doodsoorzaakverklaring--b-formulier-->) voor.

[Cijfers ▾](#)[Arbeid en inkomen ▾](#)[Economie ▾](#)[Maatschappij ▾](#)[Regio](#)[Corporate ▾](#)

Deel deze
pagina



Adviezen CBS gebruik van COVID-19 op doodsoorzaakverklaring (B-formulier)

In deze COVID-19 crisistijd wil het CBS de doodsoorzaakverklaring invullende artsen informeren en adviseren over de optimale manier om de doodsoorzaakverklaring in te vullen. Het volgen van deze adviezen zal bijdragen aan de correcte registratie van de doodsoorzaken en naast de productie van accurate statistiek, ook in de nabije toekomst bijdragen aan de vele beleid- en onderzoeksdoeleinden.

1. COVID-19 wordt gebruikt op het B-formulier voor alle overledenen bij wie:

- de ziekte de dood tot gevolg had,
- de ziekte de dood vermoedelijk tot gevolg had of
- de ziekte aan het overlijden heeft bijgedragen.

2. Gebruik COVID-19 of Coronavirus ziekte 2019. De term "coronavirus" is te aspecifiek.

(<https://erwinkompanje.files.wordpress.com/2021/02/schermafbeelding-2021-02-16-om-07.38.27.png>)

Dus COVID-19 wordt gebruikt voor alle overledenen bij wie de ziekte (COVID-19) de dood tot gevolg had; de ziekte (COVID-19) **vermoedelijk** de dood tot gevolg had of de ziekte (COVID-19) aan het overlijden **heeft bijgedragen**.

In een voorbeeld laat het CBS zien hoe dit eruit kan zien:

5. Voorbeelden ingevulde doodsoorzakenverklaringen

d Natuurlijke dood (zie toelichting ommezijde)	
1a Ziekte die rechtstreeks de dood tot gevolg had	duur tussen begin ziekte en overlijden
ARDS	3dgn
1b Ziekten die hebben geleid tot de doodsoorzaak onder a. + Bij vermelding van meerdere ziekten de aan het overlijden ten grondslag liggende ziekte onder c opgeven.	
b veroorzaakt door/gevolg van	duur tussen begin ziekte en overlijden
pneumonie	12dgn
c veroorzaakt door/gevolg van	duur tussen begin ziekte en overlijden
COVID-19	12dgn
2 Bijkomstige, bij overlijden nog bestaande ziekten en bijzonderheden die tot de dood hebben bijgedragen, doch niet met de onder 1 genoemde ziekten in causaal verband staan.	
DM type II 10 jaar, hypertensie jaren	duur tussen begin ziekte en overlijden

d Natuurlijke dood (zie toelichting ommezijde)	
1a Ziekte die rechtstreeks de dood tot gevolg had	duur tussen begin ziekte en overlijden
respiratoire insufficiëntie	1dgn
1b Ziekten die hebben geleid tot de doodsoorzaak onder a. + Bij vermelding van meerdere ziekten de aan het overlijden ten grondslag liggende ziekte onder c opgeven.	
b veroorzaakt door/gevolg van	duur tussen begin ziekte en overlijden
koorts, hoesten	2dgn
c veroorzaakt door/gevolg van	duur tussen begin ziekte en overlijden
verdenking COVID-19	2dgn
2 Bijkomstige, bij overlijden nog bestaande ziekten en bijzonderheden die tot de dood hebben bijgedragen, doch niet met de onder 1 genoemde ziekten in causaal verband staan.	
vasculaire dementie 8jr, COPD G3 jrn, hypertensie jrn	duur tussen begin ziekte en overlijden

Uw mening

(<https://erwinkompanje.files.wordpress.com/2021/02/schermafbeelding-2021-02-16-om-07.38.11.png>)

Bij 1a wordt de **ziekte** die rechtstreeks de dood tot gevolg had ingevuld. Bijvoorbeeld wordt hier, bij niet COVID-19 gerelateerd overlijden, 'longkanker', 'kransslagaderlijden', dementie of leukemie' op de doodsoorzaakverklaring ingevuld. Laten we even het voorbeeld van 'leukemie' volgen. Een jonge patiënt krijgt leukemie en komt aan de gevolgen hiervan te overlijden. Dodelijke complicaties van leukemie zijn bloedingen en infecties door het ontbreken van gezonde witte bloedcellen en bloedplaatjes. De patiënt in mijn voorbeeld overleed aan de gevolgen van een ernstige infectie met schimmels en met ernstige bloedingen. Dan vult de arts bij 1a 'leukemie' in en bij 1b 'infectie met aspergillus' en 'ernstige tandvleesbloedingen'. Aangezien het een gezonde 20-jarige vrouw betrof voordat zij leukemie kreeg wordt er bij 2 niets ingevuld. Dus bij 1a wordt de ziekte ingevuld en bij 1b,1c de verschijnselen of uitingen van de ziekte die tot de dood hebben geleid. Had de vrouw bijvoorbeeld nog psoriasis gehad, dan had de arts dat bij 2 kunnen invullen ('die niet met de onder 1 genoemde ziekten in causaal (oorzakelijk) verband staan'. Immers de psoriasis is niet oorzakelijk aan de leukemie of heeft aan de ernst daarvan daartoe bijgedragen. Er is geen causaal verband.

Als ik nu het ingevulde voorbeeld van het CBS volg raak ik een beetje in de war. We weten nu dat een volkomen gezond mens na besmetting met SARS-CoV-2 **zelden** een ernstige COVID-19 zal ontwikkelen, laat staan daaraan komen te overlijden. Onderstaande figuur van de website van het RIVM laat dit ook zien: 98% van de **besmette** mensen (aangetoond met PCR test!) is *weinig ziek tot vrijwel geen klachten*, 1-1,5% moet behandeld worden in het ziekenhuis en 0,25% komt op de intensive care terecht.



[_https://erwinkompanje.files.wordpress.com/2021/02](https://erwinkompanje.files.wordpress.com/2021/02)

[/schermafbeelding-2021-02-13-om-08.31.34.png](#)

Nu naar het voorbeeld van het CBS links. ARDS (*Adult Respiratory Distress Syndrome*) is géén ziekte maar een syndroom. Een syndroom is een hoeveelheid klinische verschijnselen of symptomen dat een verschillende ziekteoorzaak kan hebben. Het meest kenmerkende symptoom van ARDS is dat er zich vocht in de longblaasjes ophoopt waardoor zuurstof en koolzuur uitwisseling ernstig verstoord raakt. ARDS zien wij op de intensive care bij patiënten ontstaan op basis van een andere eerdere aandoening, bijvoorbeeld een infectie of een ernstig trauma, dus bij patiënten die **voor** het ontstaan van de ARDS al op de intensive care waren opgenomen. ARDS is dus geen op zichzelf staande staande ziekte. COVID-19 (**CO**rona **VI**rus **D**isease-**2019**) is wél een ziekte. Dus dit had, als **bewezen was** dat de patiënt COVID-19 door SARS-CoV-2 infectie had bij 1a ingevuld moeten worden en ARDS bij 1b. Bijzonder vind ik wel dat de opsomming van ziekten die bij 2 ingevuld staan, in relatie tot de verklaring '...*niet met*

de onder 1 genoemde ziekten in causaal verband staan'. In het voorbeeld staat dat de overledene al tien jaar Diabetes mellitus type 2 (dus leefstijlgerelateerde suikerziekte) en jarenlang hypertensie had. Zou de betreffende patiënt overleden zijn aan de besmetting met SARS-CoV-2 zonder de jarenlang bestaande diabetes mellitus type 2 en hypertensie? Dat is oprecht onwaarschijnlijk te noemen. Er is dus wel **degelijk** een causaal verband. Dat is in vele, het laatste jaar gepubliceerde, wetenschappelijke publicaties aangetoond ([https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(20\)30405-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(20)30405-8/fulltext)). Zowel suikerziekte als hypertensie zijn ernstige risicofactoren voor het krijgen van COVID-19. Dus wel degelijk een causaal verband. Zoals het er nu staat lijkt het alsof infectie met SARS-CoV-2 en overlijden aan COVID-19 'out-of-the-blue' kwam, dat niet zo is.

Het rechtse voorbeeld is wellicht nog raarder. Daar staat als **ziekte** 'respiratoire insufficiëntie'. Dat is net als ARDS géén ziekte, het is zelfs geen syndroom, maar slechts een symptoom van een onderliggende ziekte. Dan kan echt van alles zijn. Kijken we in dit voorbeeld naar de **NIET** als causaal verbonden ziekten bij 2 dan hebben we te maken met een acht jaar bestaande vasculaire dementie, ernstige COPD-G3 (**Chronic Obstructive Pulmonary Disease Gold 3**) (in de volksmond longemfyseem, veelal op basis van roken ontstaan) en jarenlange hypertensie. Infectie met SARS-CoV-2, ingevuld bij 1c, is **niet** aangetoond ('Verdenking COVID-19'). De patiënt had voorafgaande aan zijn dood last van koorts en hoesten. Nu zijn hoesten en koorts uitingen van een exacerbatie van COPD ([https://www.eerstelijnsprotocollen.nl/longen/copd/inhoudsopgave/6-behandeling/6-3-exacerbaties-bij-copd-en-de-zorgketen/#:~:text=Voor%20de%20eenvoud%20beschouwen%20wij,of%20koorts%3A%20'exacerbatie'](https://www.eerstelijnsprotocollen.nl/longen/copd/inhoudsopgave/6-behandeling/6-3-exacerbaties-bij-copd-en-de-zorgketen/#:~:text=Voor%20de%20eenvoud%20beschouwen%20wij,of%20koorts%3A%20'exacerbatie'.).), ook zonder SARS-CoV-2. Dus bij **niet bewezen infectie** als oorzaak zou ingevuld moeten worden bij 1a: COPD Gold3 en bij 1b: exacerbatie COPD e.c.i. (Longaanval zonder bewezen oorzaak). Nu wordt bij 2 in dit voorbeeld COPD-G3 ingevuld als '*Niet causaal verbonden*'. Zonder COPD-G3 was de patiënt écht niet overleden. Hoezo geen causaal verband. Wat een knulligheid.

Dus COVID-19 wordt, op advies van het CBS, als doodsoorzaak gebruikt voor alle overledenen bij wie de ziekte (COVID-19) de dood tot gevolg had (terecht); de ziekte (COVID-19) **vermoedelijk** de dood tot gevolg had (niet terecht) of de ziekte (COVID-19) aan het overlijden **heeft bijgedragen**. Ik vraag mij nu in verwarring af, als artsen, op basis van wat het CBS hen adviseert, de doodsoorzaakverklaringen invullen, hoeveel patiënten nu echt daadwerkelijk bewezen aan de ziekte COVID-19 zijn overleden? Zeker als specifieke ziekteverschijnselen als ziekte mogen worden gezien en een **verdenking** op COVID-19 bij iemand met onderliggende multimorbiditeit te boek komt te staan als een COVID-19-dode. Zeker als de échte doodsoorzaken als niet oorzakelijk verbonden mogen worden genoemd.

Snapt u het nog? Mij verbijsterde, verwonderde en verontruste het.

💬 15 reacties

Er was eens..... (<https://kompanje.org/2021/02/10/er-was-eens/>)

🕒 10 februari 2021 10 februari 2021 👤 [Erwin J.O. Kompanje](#) 📁 [Uncategorized](#)



(<https://erwinkompanje.files.wordpress.com/2021/02/unnamed.jpg>)

Er was eens. Zo beginnen sprookjes. Maar ik ga u nu geen sprookje vertellen.

Er was eens een tijd dat mensen mochten sterven. Sterven aan ouderdom. Als men een bepaalde, gevorderde leeftijd had bereikt, werd de dood als einde van het aardse bestaan, verwacht, geaccepteerd en meestal omarmd. Het menselijk lichaam, heeft immers net als dat van elk ander levend wezen, een uiterste houdbaarheidsdatum en gemiddeld is na zo'n tachtig-vijfentachtig jaar het moment daar om de laatste adem de keel rochelend

te laten verlaten. Het lichaam is in de aanloop daarnaar toe toenemend verouderd. Onvermijdelijk. Dat is uiterlijk zichtbaar door toenemend grijs en dun wordende haren, een gerimpelde en slappe huid waar allerlei wratjes, bobbeltjes en plekjes op zichtbaar worden, stramme leden en gewrichten en vermagerde spieren. Alles gaat hangen, het tandvlees trekt op. Maar ook inwendig is het organisme aan het verouderen. Het immuunsysteem gaat toenemend falen. De telomeren raken verkort. Grotere vatbaarheid voor allerlei ziekten en gebreken is dan gewoon en hoort bij het geleefde leven. 'Oude-dags-kankers' of het eindstadium van hartfalen zijn dan te verwachten. Ook het zenuwstelsel verouderd, zowel de hersenen als de perifere zenuwen. Oude mensen kunnen zich hierdoor moeilijker staande houden. Vallen gemakkelijker. En omdat het skelet ook verouderd is geraakt breken botten dan gemakkelijk. Een simpele botbreuk kan dan een doodsvonnis betekenen. Een gebroken heup is vaak de voorbode van de dood. De geest verouderd, we onthouden minder goed, worden minder snel in denken, we schakelen niet zo gemakkelijk meer van het ene naar het andere onderwerp. Als dementie ontbreekt, gaat veroudering van het lijf in gelijke tred met rijping van de geest. Voor velen is kwantiteit geen streven meer. Nee het gaat hun om kwaliteit. Kwaliteit van een andere soort dan bij jonge mensen, want ouderen hoeven niet meer zo nodig, de carrière, de rusteloze ambitie is al ver uit het zicht. Veel dierbaren plaveiden voor hen de weg naar de onvermijdelijke dood. Er is bij de velen geen zucht meer naar materie, dineren in chique restaurants of het rusteloos bereizen van de wereld hoeft niet meer, het heilig vuur is hierin gedoofd. Het verouderde lichaam kan dat veelal niet meer opbrengen. Oudere mensen willen vooral persoonlijk contact, liefst met hun kinderen, kleinkinderen, achterkleinkinderen, vrienden en anderen die hen dierbaar zijn. Maar vrijwel allen realiseren zich de voortschrijdende onthechting van het leven. In veel verzorging-en verpleeghuizen zit de man met de zeis echter geduldig in de gang. En als de bewoner, de aanzegger van de dood daar gadeslaat, is er zelden verzet, er is veelal vrede. Het is goed zo. Soms zelfs opluchting, ook bij de nabestaanden, al wordt dit gevoel bij hen vaak overschaduwd door een zoetzure mix van gemis en acceptatie. De man met de zeis krijgt bij oude mensen in heel veel gevallen wat natuurlijke hulp. Dat is al zolang mensen bestaan het geval. Griep, een longontsteking ('*Friend of the aged*' zoals William Osler het noemde), een fatale beroerte of eindstadium hartfalen, een uitgezaaide kanker kunnen het laatste, onvermijdelijke zetje over de rand van het geleefde leven in de richting van de onvermijdelijke dood geven.

Voor zover: '*Er was eens*'.

Want sinds maart 2020 heet het natuurlijke, te verwachten '*sterven aan ouderdom*' ineens anders. Nu heet ze '*Dood door COVID-19*' en worden overleden bejaarden '*Coronaslachtoffers*' en '*Coronadoden*' in de statistieken van het RIVM en CBS. Een overleden bejaarde wordt een cijfer in hun wekelijkse lijstjes. COVID-19, het laatste zetje naar de dood van een toenemend falend lichaam wordt nu als enige oorzaak van de dood gezien. '*Voorkoombaar!*' roepen onwetenden in koor. Door voortschrijdende secularisatie leefden wij voor de corona-uitbraak in de illusie van onsterfelijkheid. De dood was een vijand geworden. Er was immers niets na de dood. Dus geen troost van een hiernamaals. De tijd dat je met droge ogen '*Zalig is het kinderlot, jong gestorven, vroeg bij God*' kon zeggen is ver verleden. Er is alleen een vooruitzicht op verrotting in de aarde of verassing door het vuur. Het is hier en nu, tot de laatste reutel. Voorheen geaccepteerde '*Einde-leven-ziekten*' werden aanleiding tot opname en behandeling op de intensive care of ingrijpende chemotherapie en chirurgie. Oude falende 80+harten werden door welwillende interventiecardiologen voorzien van kunstkleppen en stents, voorafgaand en nadien gemarineerd in hart-ondersteunende medicatie. De druk van de bange geseculariseerde burgerij op de geneeskunde om de oude-dags-ziekten ook in het terminale stadium te behandelen werd groot. Symptoomgerichte maar vergaande behandeling van de einde-leven-ziekten werd afgedwongen. Ik zie en ervaar het elke dag in het ziekenhuis.

En toen kwam plots SARS-CoV-2. De dood door COVID-19 werd uiteraard ook '*onnatuurlijk*' gezien. Na een jaar COVID-19, op 11 januari 2021,

waren er in totaal, volgens de RIVM/CBS/NICE-lijstjes, 11.826 Nederlanders overleden *aan* COVID-19. Onder deze overledenen waren er 10.649 patiënten (90%) ouder dan 70 jaar. Ouder dan 80 jaar waren 7716 patiënten (65.2%). Er stierven ‘slechts’ 29 patiënten met/aan COVID-19 (0,2%) jonger dan 40 jaar. Had je mij deze cijfers voorgelegd zonder de nu heersende emotie, kokervisie en angst voor SARS-CoV-2, dan had ik kunnen zeggen dat dit een natuurlijke gang van zaken was. Daar was ik dan nog wel mee weggekomen. Dat COVID-19 in 2020 een van de doodsoorzaken die aan het einde van het biologische bestaan van de mens kwam. Zoals we dat ook kennen van andere infectieziekten zoals de bacteriële longontsteking (*‘Friend of the aged’*) en influenza. Door een minder goed functionerend immuunsysteem, verminderde afweer, lichamelijke veroudering en onderliggende chronische ziekten zijn het juist de ouderen dodelijk getroffen. Jongeren hebben daar geen last van en worden gespaard. Maar deze ‘natuurlijke’ cijfers bleken echter een hele andere impact te hebben. Impact op de nu bang gemaakte en voorheen toenemend geseculariseerde maatschappij. *‘Alweer 130 Coronaslachtoffers te betreuren’*. *‘Vandaag gelukkig minder Coronadoden’* kopten de kranten maandenlang in staccato in 2020. De samenleving rilde in horror. Maar....we gaan echt een keer dood. Allemaal, écht, onsterfelijkheid is écht een illusie. De meesten gelukkig op gevorderde leeftijd, na een rijk leven. Is er wel verschil tussen de dood door COVID-19 en een ander onvermijdelijk laatste zetje? Voor het allergrootste deel van de ‘coronadoden’ is dat er écht niet. De griep, een longontsteking, hartfalen, een beroerte, een kanker ze komen allen in de laatste fase, verlopen vrijwel altijd gelijk, in de lijn der medische verwachting, het alom bekende slotakkoord. Soms proberen we er een stokje voor te steken. Komen stervende hoogbejaarden in de ronkende motor van de geneeskunde terecht en wordt getracht met techniek en vernuft de verouderde en falende homeostase te beïnvloeden. Maar gelukkig, in veel gevallen, in samenspraak met de oude zieken en hun naasten, wordt het einde van het aardse bestaan thuis ingeluid. Het ziekenhuis wordt hen gelukkig bespaard. Dat dient immers veelal geen doel. Maar toen ik zei dat voor de meeste COVID-19 doden dit een natuurlijk einde was werd ik door velen verwijtend aangesproken. *‘Dus je wilt mijn oma dood hebben, werd mij toegesnuwd. Of: ‘Oh, jij vindt alle oude mensen ‘dor hout’ dat gesnoeid moet worden?’ en ‘Je gunt oude mensen geen leven, sociaal Darwinist die je bent, en dat noemt zich ethicus!’*. En meer van dat soort zinloze en ondoordachte verwijten.

Ja, ja. Ik weet en ik accepteer: het gaat niet alleen om de doden. Het gaat nu ook om de ontlasting van de jarenlang afgeschaalde zorg. Maar de ‘corona-doden’ zijn wel misbruikt/gebruikt om vergaande maatregelen aan de samenleving op te leggen. De hoogbejaarden die in verpleeg- en verzorgingshuizen stierven aan/met COVID-19 zijn gebruikt als breekijzer voor ingrijpende beperkingen en inhumane isolatie van ouderen.

Maar nu de *collateral damage* aan het jonge en gezonde deel van onze samenleving door de opgelegde maatregelen steeds duidelijker een groteske *primary damage* aan het worden is, lijkt mij de tijd gekomen om weer als vanouds stil te staan bij het natuurlijke verloop van het leven. Om ziekten en gebreken die het einde van het leven inleiden weer als gewoon en natuurlijk te accepteren. Om COVID-19 als natuurlijke doodsoorzaak van 80+ers te gaan zien en accepteren. Ik zei dat in mei vorig jaar al in een interview en ik ben dat nog steeds van mening. Dat zal voor velen moeilijk zijn en onacceptabel. Het is tijd om te bezinnen wie wel en wie niet de toekomst heeft en juist die te beschermen en zich te laten ontwikkelen. Om, zonder taboe, te mogen zeggen dat we na moeten denken wie wel en wie niet de schaarse zorg mag krijgen, zoals enige weldenkende intensivisten de laatste weken in de media hebben gedaan. *‘De jeugd heeft de toekomst’* is een oude, simpele en wijze open-deur-uitspraak. Maar dat is nu een toekomst die niet zo zeker meer is. Om ons daar nu op te gaan richten is hoognodig. Die tijd is rijp.

En dat we ooit kunnen zeggen : *‘Er was eens een tijd dat we COVID-19 als onnatuurlijke doodsoorzaak zagen’*

💬 [28 reacties](#)