Inenting tegen het Humaan papillomavirus (HPV-vaccinatie)

Het is aangetoond dat het humane papillomavirus (waarvan veel subtypen bestaan) de veroorzaker is van baarmoederhalskanker bij vrouwen en van een aantal andere huid- en slijmvliesaandoeningen in de regio waar de geslachtsdelen en de anuds zich bevinden. Het virus is zeer algemeen in de populatie aanwezig. Men weet vanouds dat het optreden van baarmoederhalskanker bij niet sexueel actieve vrouwen (bijv. religieuze zusters) uitgesloten is. In de bevolking is de incidentie van en de sterfte aan baarmoederhalskanker in de laatste 40 jaar gestegen.

Het ligt voor de hand dat de dichtheid van de aanwezigheid van de HPV in de populatie (mannen en vrouwen) groter zal zijn naarmate in die populatie een intensiever en sterker wisselend sexueel verkeer plaatsvindt, zoals dat m.m. ook geldt voor infectieuze ziekteverwekkers met een soortgelijke (SOA’s) overdracht.

De tijd tussen de besmetting en de ontwikkeling van de voorstadia van kwaadaardige ontaarding (incubatietijd) is meer dan 10 jaar (mediaan (een soort gemiddelde) 14). Toen dit bekend was, is in ons land in 1991 via een wettelijke regeling de screening via het baarmoederhalsuitstrijkje eenmaal in de 3 jaar beschikbaar gesteld aan vrouwen van 28 jaar en ouder (sinds 1996 om de 5 jaar van 30 – 60 jaar). De keuze van deze leeftijd berustte op de kennis dat in die tijd het Nederlandse meisje gemiddeld op 14 jaar sexueel actief werd, waarbij de mediane incubatietijd van 14 jaar werd opgeteld. De bedoeling van de screening is om voorstadia van kwaadaardige ontaarding tijdig op te sporen en te verhelpen door relatief eenvoudige ingrepen.

Inmiddels is er een vaccin ontwikkeld dat op beperkte schaal is getest (maar uiteraard nog niet voor de hele incubatieduur van mediaan 14 jaar) en dat nu aan alle meisjes van 12 jaar en ouder wordt aangeboden. De twee vaccins die op de markt zijn immuniseren respectievelijk tegen 2 en 4 van de ca 40 HPV-subtypen. Daarmee bieden ze bescherming tegen ca 70% (volgens andere informatie 90%) van de infecties. De eerste vaccinatie vereist drie injecties, de immuniteit houdt – voor zover thans bekend – 5 jaar aan. Daarna zou dus een herhalingsinjectie nodig zijn. Het wordt in het Landelijk Vaccinatie Programma aangeboden aan meisjes van 12 jaar en de oudere meisjes kunnen aan een inhaalcampagne deelnemen.

De overheid gaat er kennelijk vanuit dat elk meisje vanaf die leeftijd wel sexuele contacten zal hebben. In de voorlichtingscampagne is dit onderwerp volstrekt niet aangeroerd. Toch is een algemene campagne alleen te rechtvaardigen als het aannemelijk is dat het gedrag van de vrouw zo is dat dit noodzakelijkerwijs een bepaald aantal gevallen van baarmoederhalskanker met zich meebrengt.

Dit is een argument dat zuiver op epidemiologische gegevens gebaseerd is en om drie redenen ontbloot van moraliteit.

Ten eerste berust alle moraliteit op redelijkheid, op het inzien van het goede met het verstand zodat de wil ervoor kan kiezen. *Ten tweede* wordt de bevolking impliciet voorgehouden dat dit de juiste oplossing is en dat er geen andere – moreel meer verantwoorde – zou zijn. *Ten derde* berust de morele verantwoordelijkheid uiteindelijk bij ieder persoonlijk en de algemene vaccinatie schept een klimaat waarin a.h.w. de algemene vrijbrief voor promiscue sexueel gedrag, die toch al door voorlichters, overheden en de publieke opinie wordt uitgedeeld, nog eens wordt onderstreept.

Het meisje dat zich van haar morele verantwoordelijkheid bewust is zal deze vaccinatie afwijzen. Als zij en haar toekomstige man voor het huwelijk kuis (d.w.z. normaal) leven en zij en haar man elkaar trouw zijn is de kans op baarmoederhalskanker zo minimaal dat vaccinatie een onredelijke maatregel wordt.

Vaccinatie tegen infectieziekten waarvan de verspreiding via zeer oppervlakkig contact, via de lucht e.d. verloopt is vanzelfsprekend zinvol en aan te bevelen. Dat geldt niet voor sexueel overdraagbare aandoeningen. De vaccinatie op zich is als preventieve maatregel niet ongeoorloofd, maar de presentatie als de enige juiste manier om baarmoederhalskanker te voorkomen is onwaarachtig.

Reconstructieve, cosmetische en bijzondere chirurgie

De hedendaagse chirurgie is in staat een groot aantal lichamelijke defecten te verbeteren of te herstellen. Hierbij kan gedacht worden aan het aanzetten van afgerukte vingers (inclusief het herstellen van de zenuwverbindingen), het herstellen van huiddefecten ontstaan na brandwonden door autotransplantatie van stukken huid. Voorzover deze bedoeld zijn om de normale functie van het lichaam te herstellen leveren deze geen speciale ethische vragen op. Wel is het zo dat in omstandigheden van schaarste middels verstandige afwegingen gekozen zal moeten worden welke behandeling de voorkeur geniet (b.v. wel behandeling van alle patiënten met levensbedreigende blindedarmontsteking en geen of beperkte mogelijkheden om reconstructieve chirurgie van brandwonden uit te voeren).

De vraag of een behandeling goed is of niet dringt zich wel op wanneer niet gaat over het herstel van de normale functie van het lichaam, maar destructie of verbetering (enhancement) van de functie van het overigens gezonde lichaam. In geval van destructie zou gedacht kunnen worden aan verminkingen van criminelen als strafmaatregel (blind maken, afsnijden van vingers, handen en tong), zoals gebruikelijk in sommige landen. Vanuit de respect die men verschuldigd is aan de Schepper, die een mens zijn persoon, dus ook zijn lichaam schenkt, is destructie van het lichaam moreel onjuist.

Bij bijzondere verminkingen van lichaam bij gezonde personen kunnen we denken aan de onderbreking van zaad- of eileider als maatregel tot sterilisatie of het aanleggen van een maagbandje ter behandeling van adipositas (overgewicht). Sterilisatie wordt apart beschreven. Het maagbandje is een effectieve behandeling. Wel dient een lichamelijke “verminking” ertoe om een gedragsprobleem op te lossen. Het ligt voor de hand een dergelijk probleem dan ook bij voorkeur op te lossen via verandering van het gedrag. Als dit lukt, is een ingreep in het menselijk lichaam geheel overbodig geworden. Omdat het hier om kleine beschadiging van het menselijk lichaam gaat, wordt er wel eens voor gekozen om deze ingreep – die in principe niet goed is – toch te doen. Het wordt dan afgewogen tegen de schadelijke gevolgen die de persoon ondervindt, omdat de beoogde gedragsverandering (minder eten) niet succesvol blijkt.

Cosmetische chirurgie dient evenmin om de normale functie van het lichaam te herstellen, maar om de uiterlijke verschijning te verbeteren. De mens heeft de plicht zorg te dragen voor zijn uiterlijke verschijning maar zijn intrinsieke waardigheid is daarin niet gelegen. Uiterlijke verschijning is belangrijk in het sociale leven, bij het aangaan van relaties en sexuele aantrekkingskracht. Wanneer er ernstige defecten zijn, zoals aangeboren defecten als een lip-gehemeltespleet of verworven defecten zoals ernstige brandwonden, is het redelijk om hier chirurgisch iets aan te doen. De situatie is anders wanneer de ingreep uitsluitend bedoeld is om iemand sexueel nog aantrekkelijker te maken of om de natuurlijke verschijnselen van veroudering op te heffen. Het betreft dan bijvoorbeeld facelifts, borstvergrotingsoperaties en liposuctie.

Geslachtsverandering

Geslachtsverandering wordt toegepast in een tweetal situaties. Allereerst in de situatie waarin door aangeboren – meestal erfelijke – aandoeningen er een verschil is tussen het genetische geslacht (d.w.z. het geslacht in het erfelijke materiaal van de desbetreffende persoon) en het uiterlijk. Het uiterlijk kan tegengesteld zijn aan genetische geslacht, maar kan ook onbepaald, d.w.z. tweeslachtig, zijn. Een tweede – duidelijke andere – situatie treedt op bij patiënten met transsexualiteit of geslachtsdysforie. Bij deze laatste aandoening heeft de persoon in kwestie sterk de indruk in een lichaam met een verkeerd geslacht te zijn terechtgekomen.

Stoornissen in de geslachtsontwikkeling
Stoornissen in de geslachtsontwikkeling (Disorders of Sex Development, DSD) is een verzamelnaam voor aandoeningen die vroeger werden aangeduid als hermafroditisme en pseudohermafroditisme. Het betreft bijvoorbeeld situaties waarbij er bij baby's zowel eierstokken als testikels (zaadballen) aanwezig zijn. Een andere mogelijkheid is de combinatie van een vagina (schede) en baarmoeder tezamen met testikels. De aandoeningen zijn meestal terug te voeren tot een stoornis in de ontwikkeling van het embryo in de baarmoeder, vanaf ongeveer de zevende week vanaf de bevruchting: een jongetjesembryo reageert niet goed op testosteron (het mannelijke geslachtshormoon) en ontwikkelt daardoor vrouwelijke kenmerken of een meisjesembryo produceert onterecht veel testosteron waardoor mannelijke kenmerken ontstaan.

In dergelijke gevallen moet er door de ouders bij de geboorte gekozen worden met welk geslacht het kind moet worden opgevoed. Meestal wordt er dan gekozen voor opvoeding conform het meest duidelijke fenotypische geslacht ("conform het uiterlijk"). Alhoewel er dan sprake kan zijn verandering van het geslacht t.o.v. het geslacht van het genetische materiaal, hebben katholieke moraaltheologen geen fundamentele bezwaren tegen deze oplossing, zelfs als dit zou resulteren in aanvullende hormonale of chirurgische behandelingen (bijvoorbeeld het verwijderen testikels bij een overwegend vrouwelijk uiterlijk). De motivatie hiervoor is dat het gaat om het "leven in overeenstemming met geschapen natuur", voorzover deze menselijk kenbaar kan zijn. Het kan dan gebeuren dat het uiterlijk en het erfelijk materiaal niet overeenkomen.

Transseksualiteit
De DSM-IV, een classificatiesysteem van geestesstoornissen, kent een diagnose transsexualiteit. Het gaat samengevat om mensen die langdurig een gevoel van onbehagen hebben t.a.v. hun "uiterlijke" geslacht. Ze willen bij voorkeur veranderen in het andere geslacht. Deze aandoening mag niet verward worden met travestitisme, een toestand waarbij een meestal heterosexuele persoon zich gemakkelijker voelt bij het dragen van kleren van het tegenovergestelde geslacht. Zowel in de Verenigde Staten als in Nederland is een gewoonte ontstaan transsexuelen medicamenteuze en chirurgische geslachtveranderende behandeling aan te bieden. In Nederland wordt zij gefinancierd door het zorgverzekeringsstelsel.

De oorzaak van transsexualiteit is onduidelijk. Vanzelfsprekend is er gezocht naar ontwikkelingsstoornissen of stoornissen in het functioneren van het centrale zenuwstelsel of hormonale systemen. Deze zijn echter niet eenduidig vastgesteld. Waarschijnlijk is er in ieder geval ook een psychologische achtergrond. In de praktijk blijken er meer mannen te zijn die zich vrouw voelen dan andersom. De geslachtveranderende behandeling bij deze mannen bestaat uit hormonale behandeling (oestrogenen, borstontwikkeling) en chirurgie waarbij de mannelijke geslachtsorganen worden verwijderd en gepoogd wordt een nieuwe vagina (schede) aan te leggen. Bij vrouw-man transsexuelen wordt een behandeling met mannelijke geslachtshormonen (o.a. testosteron) ingesteld en worden operatief de borsten en baarmoeder verwijderd en (pseudo-)penis geconstrueerd.

Vanuit het katholieke mensbeeld is de huidige geslachtveranderende benadering van transsexualiteit niet aanvaardbaar. De zeer drastische ingreep die plaatsvindt bij een lichamelijk gezonde persoon laat toepassing

van het totaliteitsprincipe (therapeutisch principe) niet toe. Het gaat immers niet om het in stand houden van de integriteit. Het oplossen van een psychologisch probleem met chirurgische operaties kan moeilijk therapie genoemd worden. Studies naar de resultaten van deze behandelingen laten zien, dat veelal de problemen van transsexuelen niet opgelost zijn door een geslachtsverandering. Verder is de geslachtsverandering van dusdanige aard dat de personen die het ondergaan daarna niet alleen onvruchtbaar zijn maar ook vaak niet in staat zijn een normaal sexueel leven te leiden. Een christelijk huwelijk aangaan – waarbij de huwelijkspartners zichzelf geheel, dus ook hun diepste geschapen wezen aan elkaar geven in openheid naar nieuw leven – behoort helemaal niet tot de mogelijkheden. Rooms-katholieke instellingen en hulpverleners zouden niet aan dit type behandeling moeten meewerken. Vanzelfsprekend is medeleven met het lijden van deze mensen op zijn plaats. Men zou moeten proberen met behulp van praktische psychotherapie en pastorale begeleiding het lijden van deze mensen te verlichten.

Een opvallend feit in de Nederlandse situatie is dat geslachtveranderende behandeling ook wordt aangeboden aan pubers en adolescenten. Voorstanders betogen dat bij deze personen het gevoel “het onjuiste geslacht te hebben” zo duidelijk en ongecompliceerd is, dat vroegtijdige geslachtsverandering op zijn plaats is om verder psychische schade te voorkomen. Gezien het besluit tot geslachtsverandering op puberleeftijd, kan men zich afvragen of een traject met psychische en pastorale begeleiding om tot aanvaarding van de eigen persoon zoals deze door God is geschapen te komen, heeft kunnen plaatsvinden.

Orgaandonatie: een daad van liefde

Bij monde van meerdere pausen heeft de Rooms-Katholieke Kerk grote waardering voor orgaandonatie uitgesproken als een “zuivere daad van naastenliefde” die “dienstbaar is aan het leven”. De edelmoedigheid van deze daad ligt volgens *paus Johannes Paulus II* juist in “het besluit om zonder beloning een deel van het eigen lichaam voor de gezondheid en welzijn van een andere persoon te offeren”. Als voorwaarde geldt dat orgaandonatie niet mag leiden tot beschadiging van de menselijke persoon, in dit geval de donor en dat de donatie niet gedaan mag worden omwille van een (financiële) beloning. Orgaandonatie na de dood (postmortale orgaandonatie) wordt in dit verband gezien als een “daad van liefde, over de dood heen”.

De achtergrond van deze visie op orgaandonatie is te begrijpen vanuit de visie op de mens. De menselijke persoon is een eenheid van ziel en lichaam. Deze verhouding tussen ziel en lichaam wijkt duidelijk af van dualistische mensvisies zoals de mensvisie van Descartes. In deze visies heerst vaak de opvatting dat de ziel superieur is aan het lichaam en over het lichaam kan beschikken. In de Rooms-Katholieke visie is de menselijke persoon bij leven een onverbrekelijke eenheid van lichaam en ziel, in zijn geheel geschapen naar Gods beeld. Ook in zijn lichaam weerspiegelt hij daarom iets van Gods beeld. Het lichaam mag daarom – net als de mens zelf – nooit worden gedegradeerd tot louter een middel tot een doel. Om deze reden mogen het lichaam en delen ervan niet worden vercommercialiseerd. Dit gebeurt wel als men donoren een beloning groter dan een schadeloosstelling in het vooruitzicht stelt.

Financiële beloning van orgaandonatie stuit vanuit de Rooms-Katholieke moraaltheologie op twee problemen. Allereerst probeert men mensen aan te trekken die niet alleen uit naastenliefde, maar mogelijk ook uit materieel winstbejag – een verkeerde intentie – een nier willen afstaan. Ten tweede stimuleert men op deze manier de commercieel-instrumentele omgang met het lichaam: men verhandelt een deel van het lichaam voor geld alsof het een materieel goed (bezit) is.

Een mogelijk gevolg van deze werkwijze is dat ze mensen in een moeilijke financiële positie mogelijk verleidt tot het afstaan van een orgaan, b.v. een nier, een vanuit de sociale ethiek verwerpelijke toestand. Immers, aan deze mensen wordt in meer of mindere mate een uitweg uit hun ellende geboden tegen de prijs van de schending van hun lichaam. Soms wordt verdedigd een milde beloning, zoals een gratis levenslange ziektekostenverzekering, aan donoren aan te bieden. Dit camoufleert de genoemde morele bezwaren maar neemt deze niet weg. Ook het utilistische argument dat transplantaties uiteindelijk goedkoper zijn en het uitgespaarde geld weer ten goede kan komen aan de maatschappij, doet niets af aan de bezwaren van de instrumentele omgang met en commercialisering van het lichaam.

Ook al is het doel van de financiële beloning van orgaandonoren, namelijk het verbeteren van de medische toestand en het welbevinden van zieke mensen, bijvoorbeeld dialysepatiënten, zeker goed te noemen, het voorgestelde middel – beloning van donoren – is in zichzelf niet goed en daardoor afkeurenswaardig.

Orgaandonatie en orgaantransplantatie: algemeen

Orgaandonatie is onze tijd een goede behandeling voor mensen die voorheen zouden overlijden of een triest en beperkt bestaan zouden wachten. Het is goed ingeburgerd in de huidige geneeskunde en maatschappij.

Medisch gaat het over doneren en transplanteren van weefsels, zoals huid, hoornvlies, botten en organen, nieren, lever, hart, longen, een veel zeldzamer de dunne darm. Weefels zoals huid, botten en hoornvlies kunnen tot 24 uur nadat de hartdood is ingetreden worden afgenomen. Organen zoals nieren, lever en hart raken snel nadat de doorbloeding is gestopt zo beschadigd dat ze voor transplantatie onbruikbaar zijn geworden. Dit punt komt bij postmortale donaties (de donaties na de dood) nog terug.

Medisch gezien is orgaandonatie succesvol. Als we kijken naar het meest getransplanteerde orgaan, de nier, dan kunnen we stellen niertransplantatie in alle opzichten een betere behandeling is dan het alternatief dialyse: de getransplanteerden leven gemiddeld langer en hebben een betere kwaliteit van leven. Het grote succes van orgaandonatie leidt er alleen toe dat patiënten graag een donororgaan willen ontvangen en artsen hun patiënten heel graag met een donororgaan willen behandelen. Hier en daar lijkt het wel alsof en een “recht op een orgaan” zou bestaan. Omdat het beperkte aantal organen dit momenteel niet toelaat, wordt er geprobeerd op allerlei manieren meer mensen te laten doneren.

Verschillende pausen (Pius XII, Johannes Paulus II en Benedictus XVI) hebben zich positief uitgelaten over orgaandonatie: zij benoemen orgaandonatie als een “dienst aan het Leven” en “een daad van liefde”. Dit geldt echter alleen wanneer is voldaan aan een aantal voorwaarden die betrekking hebben op de donor en de geschonken, geïmplanteerde organen. Het is allereerst van belang dat de donatie een vrije keuze is van de donor (vrije wil). Verder mag er geen commercieel belang zijn: men doet het uit liefde en niet vanuit winstoogmerk (het verkrijgen van een beloning). Dit heeft te maken met goed rentmeesterschap over het van God gekregen lichaam en de mate waarin men mag beschikken over de eigen persoon (ziel en lichaam; zie begin van dit onderdeel over “het Leven”). Iedere transplantatie brengt namelijk met zich mee dat door de verwijdering van de organen de integriteit (ongeschonden toestand) van het lichaam op de een of andere manier aangetast zal worden. Daarvan zal men zich zowel bij donaties bij leven als na de dood rekenschap moeten geven.

Autologe transplantaties – donor en ontvanger zijn dezelfde persoon

Autologe transplantaties zijn transplantaties waarbij een orgaan van een persoon wordt uitgenomen en op een andere plaats in het lichaam worden getransplanteerd. De donor en de ontvanger zijn dezelfde persoon. Deze operaties worden uitgevoerd, omdat er een probleem is met het functioneren van het desbetreffende orgaan op de plaats waar het zich bevindt. Dit kan nodig zijn als er bijvoorbeeld een probleem is met de bloedvoorziening van het orgaan en deze ter plekke niet te verbeteren is.

Deze transplantaties kunnen gerechtvaardigd kunnen vanuit het totaliteitsprincipe of therapeutisch principe. De operatie c.q. beschadiging van het lichaam is nodig om het totaal van de mensenlijke persoon goed te kunnen laten functioneren.

HWG paragraaf 84

Orgaandonatie bij leven

Het afstaan van een orgaan of weefsel bij leven betekent vrijwel altijd dat er een operatie moet worden uitgevoerd. De chirurg maakt een snede en neemt een orgaan of een deel ervan weg. Er treedt dus altijd een anatomische beschadiging van de donor op. De vraag is of dit een probleem oplevert.

De Schepping van de mens door God betekent dat de mens zijn persoon van God heeft gekregen en deze als een goede rentmeester moet beheren. Aanvallen die de menselijke persoon kunnen beschadigen moeten dan ook – tot op zekere hoogte – worden afgeslagen. In geval van ziek orgaan is operatie gerechtvaardigd volgens het *totaliteitsprincipe of therapeutisch principe*. Het totaliteitsprincipe is bij orgaandonatie echter niet van toepassing: het doel van de operatie ligt immers niet in het de totaliteit van de donor. De donor is niet ziek en heeft zelf de operatie niet nodig. De operatie wordt gedaan uit liefde voor een andere menselijke persoon. Uiteindelijk zijn moraaltheologen uitgekomen bij het principe van *functionele integriteit*: d.w.z. een donatie van een deel van het menselijk lichaam is goed als de functionaliteit van het lichaam na de operatie intact gebleven is.

We kunnen dit illustreren aan de hand van een voorbeeld: als we een persoon die een nier wil doneren met de huidige medische technieken goed screenen en gezond bevinden, leidt het afstaan van één nier er niet toe dat de functionaliteit op de korte en lange termijn anders is. Als we een mens één hoornvlies (voorste deel van het oog) zouden laten doneren, kan deze donor na de donatie met één oog niet meer zien en zal hij dus moeizaam diepte kunnen schatten. In dat geval is de functionele integriteit wel aangetast en is orgaan- of weefseldonatie bij leven niet goed. Het afstaan van organen die niet gepaard voorkomen (zoals het hart) leidt niet alleen tot beschadiging van de functionele integriteit, maar zelfs tot de dood en is dus ook fout.

In de praktijk betekent dit dat het afstaan van bloed, beenmerg, één nier en een deel van de lever bij donoren waar het operatierisico klein is, moreel goed kan worden beschouwd. Bloed en beenmerg worden opnieuw aangemaakt; het afstaan van één nier of een deel van de lever leidt niet tot aantasting van de functionele integriteit.

Postmortale orgaandonatie – orgaandonatie na de dood

In het stukje over “Orgaandonatie bij leven” is uitgelegd dat het bewerkstelligen van de dood door de donatie van een orgaan niet goed is. Na de dood is het stoffelijk overschot van een mens evenmin vogelvrij: het heeft immers onderdeel uitgemaakt van een menselijke persoon toen deze nog leefde. De waarde ervan is echter wel aanzienlijk minder geworden: het is een stoffelijk overschot, wat meer cru uitgedrukt een lijk. Het verdient weliswaar een respectvolle behandeling zoals b.v. een begrafenis, maar als andere mensen hiervan een onderdeel nog zouden kunnen gebruiken is daar op zich geen bezwaar tegen (Paus Pius XII).

Een praktisch probleem is dat organen snel na het tot stilstand komen van de bloedsomloop beschadigd raken. Weefsels zijn tot 24 uur na overlijden nog te gebruiken; organen als lever en nieren moeten binnen minuten worden uitgenomen.

De doorbaak voor de postmortale orgaandonatie kwam aan het einde van de zestiger jaren van de vorige eeuw als gevolg van de toenemende medische mogelijkheden. Bij het behandelen van patiënten met ernstige hersenbeschadiging met kunstmatige beademing, bleken er situaties op te treden waarbij de machinale beademing niet kon worden gestaakt vanwege de ernst van de hersenbeschadiging. Deze mensen waren ook alle comateus. Wetenschappers uit Harvard kwamen met het concept van totale hersendood. Totale hersendood is een situatie van zeer ernstige hersenbeschadiging, waarbij de patiënt comateus is en niet zelf de prikkel heeft om te gaan ademen. Een kans op herstel is uitgesloten. Door de kunstmatige beademing blijft het hart kloppen, wordt het lichaam van zuurstof voorzien en ziet de patiënt er normaal roze gekleurd uit. Zolang de beademingsmachine zijn werk blijft doen, zal het hart ook blijven kloppen en de klassieke hartdood niet intreden. Wetenschappers stelden voor deze hersendood als een nieuw doodscriterium in te voeren.

Binnen de kerk werd over dit onderwerp ook uitvoerig gediscussieerd. De Pauselijke Academie van Wetenschappen kwam in 1985 tot de conclusie dat in geval van totale hersendood de dood inmiddels is ingetreden. Paus Johannes Paulus II heeft dit in 2000 in een toespraak bevestigd en benadrukt dat de aanwezigheid van hersendood betekent dat de dood al is ingetreden. Aan dit alles ligt een filosofisch concept ten grondslag. Uitgangspunt hierbij is het de menselijke persoon – en dus ook het menselijk lichaam – bij leven functioneert als een samenhangend en gecoördineerd geheel. Na de klassieke hartdood kunnen delen van het menselijk lichaam nog zelfstandig enige tijd doorfunctioneren: de samenhang en coördinatie is dan echter al afwezig. Zo kunnen kort na de dood spieren zich nog samentrekken en gaat de groei van haren en nagels nog een aantal dagen door. Er kan dus ook een toestand bestaan waarin deze coördinatie van het levengevend principe van de menselijke persoon is weggevallen, maar delen van het lichaam nog door blijven werken, bijvoorbeeld doordat een beademingsmachine deze delen van het lichaam hierbij helpt. De dood is dan al ingetreden. Een dergelijke situatie doet zich voor bij hersendood. De ernstige en onherstelbare beschadiging van hersenen betekenen dat samenhangend en gecoördineerd functioneren van het lichaam onmogelijk geworden is.

De kerk heeft altijd aan medisch deskundigen overgelaten met welke technieken hersendood met zekerheid vast te stellen is. Wel is het belangrijk zeker te weten dat de dood al is ingetreden voordat de organen worden verwijderd. Het zou niet goed zijn als de dood wordt veroorzaakt door de uitname van de organen.

Voordeel voor orgaandonatie is dat in een situatie van hersendood de organen goed doorbloed blijven tot het

moment waarop ze uit het lichaam genomen worden. Voor de nabestaanden is postmortale orgaandonatie emotioneel vaak lastig te bevatten: de overledene ligt op de Intensive Care nog roze gekleurd in bed en wekt veelal de indruk van een slapende dan van een overledene. Het hart klopt en de bloedsomloop is intact. Gevoelsmatig hebben mensen vaak meer het idee dat het de dood in zal treden door het verwijderen van de organen, dan dat het moment van overlijden al is gepasseerd.

De menselijke persoon: lichamelijk en geestelijk

In onze tijd denkt men overwegend dat de mens uit twee delen bestaat. Eén deel is het lichaam, het andere is de ziel of iets als hersenfunctie. Of dit wel of niet logisch is, is maar de vraag.

Het beginsel van vrijheid in verantwoordelijkheid

Het beginsel van vrijheid in verantwoordelijkheid houdt in dat de mens zelf vrij is in het nemen van besluiten omtrent medische ingrepen en behandelingen en daartoe door niemand gedwongen kan worden. Hij moet het besluit nemen met inachtneming van adequate informatie over aard en gevolgen en redelijke overweging van voor- en nadelen. De mens is zelf als eerste verantwoordelijk voor zijn gezondheid.