



Het afwegen van levens is voor de mens een onmogelijke taak

Katholiek Nieuwsblad, 4 juli 2014

door dr. Lambert Hendriks is docent moraaltheologie aan het Grootseminarie Rolduc en voorzitter van de Stichting Medische Ethiek

[KatholiekNieuwsblad](#)

Drie Nederlandse ethici pleitten er vorig jaar voor om patiënten op de intensive care die geen verdere behandeling meer wensen, te vragen om hun organen voor donatie beschikbaar te stellen. Onlangs haalde dit voorstel het nieuws. Er valt van alles op af te dingen, vindt Lambert Hendriks.

Het voorstel van de drie ethici roept gemengde gevoelens op. Tegelijk met de zorg om het welzijn van ernstig zieke patiënten en het meeleven met hen, mengt immers ook de schrijnende nood aan donororganen zich in de discussie. Wie zou er geen sympathie kunnen opbrengen voor een moedige poging om mensenlevens te redden door de nood aan donoren te lenigen? En als iemand toch niet verder wil leven, waarom zou je dan diens organen niet mogen gebruiken?

Het probleem

Toch is er hier meer aan de hand. Ethiek kan nooit gereduceerd worden tot een beschrijving van sympathie en gevoelens. Het gaat om een zorgvuldige analyse van feiten en waarden, om zo een objectieve beoordeling mogelijk te maken. En daar zit het probleem. Door de talloze medische-ethische proefballonnen die worden opgelaten, groeit de overtuiging dat die niet het resultaat zijn van zorgvuldige afweging. Het lijkt soms niet meer dan het peilen van de maatschappelijke aanvaardbaarheid.

Maar wat is dat eigenlijk nog? Alles hangt zozeer af van de manier waarop het nieuws gebracht wordt en de mate van aandacht die het krijgt. Een geldig criterium voor een gezonde ethiek is het in ieder geval allang niet meer. “Er zijn geen geldige morele en wettelijke bezwaren” tegen hun voorstel, concluderen de drie. Maar de vraag is welke bezwaren überhaupt nog geldig zouden kunnen zijn.

Heftig oordeel

Het verschuiven van grenzen heeft veel te maken met het verdwijnen van typisch christelijke menselijke waarden en het toenemen van andere criteria om goed en kwaad te onderscheiden. Bijvoorbeeld de vraag wat nuttiger is voor de samenleving of wat iemand vanuit een absolute autonomie zelf kiest.

Bij beide zijn echter grote vraagtekens te zetten. Is het werkelijk nuttig voor de samenleving als het respect voor het menselijk leven teruggebracht wordt tot de vraag: ‘Wilt u nog een operatie, of wilt u uw organen liever geven aan iemand die ze hard nodig heeft?’ En hoeveel zelfbeschikking kan iemand eigenlijk opbrengen als hij met een dergelijke vraag wordt geconfronteerd?

De artsen/ethici die het voorstel deden, beschrijven een mogelijke belangenverstrengeling als een “morele fictie”, aangezien het initiatief tot het stoppen van de behandeling altijd van de patiënt uitgaat. Dat is een heftig oordeel. Vooral omdat het ontzettend veel meer voor de hand ligt, dat juist volledige autonomie en volledige vrijheid bij dergelijke keuzes een fictie zijn.

De kern

De kern van het probleem wordt zo helder: de vraag om orgaandonor te worden, wordt voor de patiënt tot een oneigenlijk argument en een vertroebelende factor bij de toch al moeilijke keuze voor verdere behandeling of niet. Niemand kan zijn eigen leven en lichaam reduceren tot een bron van organen voor donatie; daarmee zou



hij zichzelf zeer tekort doen. Natuurlijk kiezen sommige mensen er zelfs bij leven voor om bijvoorbeeld een nier te doneren, maar dat doet niet af aan de onaantastbaarheid van het leven. De gever moet immers ook naar verwachting gezond blijven.

Bij dit voorstel is de motivatie om te stoppen met verdere behandeling ingegeven door de keuze om organen af te staan. Hiermee wordt ook de dood zelf tot een gewilde keuze, terwijl de waardigheid van ieder mensenleven om eerbied en respect vraagt, juist ook als de dood nabij is.

Wantrouwen

Orgaandonatie komt steeds vaker ter sprake. Eerder al was er het voorstel een systeem in te voeren waarbij mensen automatisch donor zijn, tenzij ze aangeven dat niet te willen. Ook het doneren van organen in combinatie met de keuze voor euthanasie is al bespreekbaar. Het is dan ook geen verrassing dat het wantrouwen ten aanzien van orgaandonatie lijkt te groeien. Dit mag dan veelal onterecht zijn, aangezien er momenteel genoeg zorgvuldigheid betracht lijkt te worden, maar de gedrevenheid om hierin steeds verder te gaan, helpt natuurlijk niet. In hun bijdrage stellen de ethici dat "het wantrouwen van de samenleving een serieuze bedreiging van het voorstel" is. Misschien is het goed eens te reflecteren over de vraag waar dit wantrouwen dan vandaan komt.

Onmogelijke taak

De christelijke bagage van onze samenleving is voor een bijzonder groot deel verdwenen. Het respect voor de onaantastbaarheid van het menselijk leven wordt steeds vaker als een last afgeschud, terwijl dit juist de levensader van een gezonde samenleving is. Hoe goed het verlangen ook is om de tekorten aan donororganen tegen te gaan: het afwegen van levens is voor de mens een onmogelijke taak. Juist ook voor wie op de intensive care verpleegd wordt.

Overgenomen met toestemming van [Katholiek Nieuwsblad](#).

LifeSite discussie over orgaandonatie: 'Nederlandse ethici doorbreken nieuw taboe'

[Katholiek Nieuwsblad](#), 16 juni 2014

[KatholiekNieuwsblad](#)

Vraag kansloze patiënten op de intensive care alvast om hun organen.

Dat opperden drie 'empirische ethici' van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam in 2013. Jelle Epker, Yorick de Groot en Erwin Kompanje deden hun voorstel in een [artikel in Clinical Ethics](#). Het wekt nu de woede van Wesley J. Smith, een bekende Amerikaanse prolife-advocaat en publicist, in de [National Review van LifeSiteNews](#).

"Geef ze een vinger en ze nemen je hele hand", schrijft Smith. "In bio-ethiek is er nooit een permanente grens waar de utilitaire aandrang niet overheen gaat."

Nu wil men ook al bewuste patiënten om hun organen vragen, als die geen levensondersteunende behandeling meer willen, aldus Smith. Tot nu toe wordt die behandeling alleen stopgezet bij met 'hersendode' patiënten van wie het bewustzijn al is uitgevallen. "Maar ook die grens ligt onder vuur."



“Hoewel het wegnemen van de beademing op verzoek van de patiënt op de intensive care zelden voorkomt en het aantal organen dat beschikbaar komt beperkt blijft, is dit wel de moeite waard om te overwegen”, menen de drie Rotterdamse ethici. “Wij beargumenteren dat er geen geldige morele en wettelijke bezwaren tegen zijn; het is ethisch haalbaar en praktisch doenlijk om patiënten om orgaandonatie na hun dood te vragen.”

Maar Wesley Smith weet wel een bezwaar: “Ik kan me voor zwakken en kwetsbaren nauwelijks iets gevaarlijkers voorstellen dan mensen in problemen het idee te geven dat hun dood meer waarde heeft dan hun leven. Nou ja, behalve dit dan: de samenleving datzelfde idee geven.”

Smith ziet als de volgende halte op het hellend vlak: zelfmoordenaars om hun organen vragen. Volgens hem is dat bij euthanasie in België al aan de orde (zie [Orgaandonatie na euthanasie door F.J. van Ittersum en L.J.M. Hendriks](#)).

De criteria voor de hersendood

door dr. J.A. Raymakers, secretaris-penningmeester Stichting Medische Ethiek



In het NTVG van 9-10-2013 stellen E. Kompanje e.a. voor de criteria voor het vaststellen van de hersendood in het kader van orgaandonatie te vereenvoudigen. [E.J.O. Kompanje, J.L. Epker, Y.J. de Groot, E.F.M. Wijdicks, M. van der Jagt. Vaststellen van hersendood bij orgaandonatie. Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:A6444](#) De vraag is wat zij voorstaan: vermijden van onnuttige diagnostiek of het mogelijk maken orgaandonatie in de stervensfase.

Kompanje e.a. stellen voor het EEG als diagnosticum niet meer te gebruiken omdat dit geen indicatie geeft over de functie van diepere hersendelen (thalamus, hypothalamus). Tot nu toe heeft men in een groot aantal landen dit criterium wel gehandhaafd omdat het naast de criteria voor onherstelbare beschadiging van de hersenstam (stamreflexen, spontane ademhaling, bewustzijn) grotere zekerheid over de dood van de hersenen als geheel zou verschaffen. Dit argument is blijkbaar niet volledig sluitend en dit was ook aangegeven in het document hierover van de Gezondheidsraad, dat in het artikel wordt aangehaald.

Technisch gezien zou nodig zijn dat men ofwel aantoonde dat er geen doorbloeding is van de hogere hersendelen door middel van een of andere vorm van directe of indirecte angiografie of een vorm van functionele MRI of een vorm van PET. MRI is praktisch ondoenlijk, directe (intra-arteriële), indirecte (CT-)angiografie is wel toegepast.

Waar het om gaat is echter niet de techniek maar het criterium van de dood van de persoon dat met die techniek beoordeeld wordt en dat men hier wil loslaten. Voorstanders van het hanteren van ‘hersenstamcriteria’ argumenteren dat het lichaam door uitval van de hersenstam ongeschikt is om als samenhangend levend organisme te functioneren en dus dood is. In de hersenstam worden immers ademhaling, circulatie, temperatuurregeling en nog meer vegetatieve functies gecoördineerd, terwijl ook het bewustzijn ervan afhankelijk is.

De vraag is dus wat is de mens en wat is precies de dood, waardoor die mens niet meer aanwezig is en er dus geen recht op bescherming van zijn leven is. In de Rooms-katholieke opvatting over de menselijke persoon



houdt deze op te bestaan als het lichaam ongeschikt is geworden om door het onstoffelijke levensbeginsel, de ziel, die de formele substantiële (=wezensbepalende) oorzaak is van het mens-zijn, in het actuele zijn gehandhaafd te worden. Zoals St. Thomas zegt is de ziel op twee wijzen betrokken in de actualiteit van ons mens-zijn en dus a.h.w. op twee wijzen met het lichaam verbonden: Het is haar wezen dat zij de formele oorzaak is van het mens-zijn (zonder ziel geen menselijk levend wezen) en daarnaast heeft zij krachten, vermogens, ze is immers de zetel van rede en wil en stuurt onze menselijke handelingen (ons denken, ons spreken, het bewegen van een hand of een meer complexe activiteit e.d.) door middel van een bemiddelend iets en als zodanig wijzen wij op empirische gronden de hersenen aan (anima unitur corpore ut forma sine medio, ut motor autem per medium, Aquinas Anima, a. 9).

Hieruit volgt dat wanneer de hersenen de mogelijkheid om die functie te vervullen geheel verloren hebben, de verbinding tussen lichaam en ziel in de zin van motor definitief verbroken is. De ziel verandert daardoor niet, maar kan haar werkingen niet uitoefenen. Ze is daardoor gescheiden van het lichaam, want door dit ongeschikt worden van het lichaam ontbreekt de materiële causa van een menselijke persoon waarvan de ziel de formele causa is.

Er is eerst de theoretische vraag of die geschiktheid wordt bepaald door het functioneren van alle hersencellen en de ongeschiktheid door het verdwijnen van levensverrichtingen van alle hersencellen. Het eerste is kennelijk niet zo want men kan leven met het gemis van hele gedeelten van de hersenen. Wel kan men met de auteurs de vraag stellen of het staken van de functie van alle hersencellen noodzakelijk is voor de dood van de persoon, in onze visie dus voor het ongeschikt worden van het lichaam om met de ziel als motor verenigd te blijven worden (zie de tekst van St Thomas). Als dat niet zo is dan volgt de praktische vraag: hoe kan men dan met zekerheid vaststellen om welke delen van de hersenen het gaat. Is het de menselijke neocortex die ons morfologisch van dieren scheidt? Al met al lijkt het dan toch een goede keus om de functie daarvan dan toch maar in de beoordeling te betrekken via het EEG.

In een toespraak over orgaantransplantatie (Toespraak tot de deelnemers aan het 18e Internationale Congres van het Transplantatie Genootschap, 29 augustus 2000) wijst H. Paus Johannes Paulus II erop dat nieuwe criteria t.a.v. de dood, zoals hersendood, anders moeten worden begrepen dan oudere doodscriteria. Waar de oude criteria, zoals een hartstilstand, erop duiden dat de dood zeer spoedig zal intreden, geven de nieuwe criteria, zoals hersendood, aan dat de dood inmiddels is ingetreden.

In dit licht schrijven Kompanje e.a. niet expliciet wat ze voorstaan: orgaandonatie mogelijk maken als een persoon een ernstige hersenbeschadiging met infauste prognose heeft, maar mogelijk nog wel levend is in de gedachtegang van St. Thomas en Johannes Paulus II of verdedigen dat hersenstamdood betekent dat de dood inmiddels is ingetreden. De verhandeling in het NTVG-artikel over het activiteit in de hypothalamus geven eerder aan dat er met de huidige werkwijze (uitval hersenstam en valk EEG) nog wel een risico bestaat dat de persoon in kwestie nog niet is overleden, maar stervende is. De keuze van de auteurs voor afschaffing van het EEG en beperken van de diagnostiek van hersendood tot het testen van de hersenstam betekent waarschijnlijk dat ze orgaandonatie in een late stervensfase geen probleem vinden.

Waar we vooral voor moeten waken is dat we ons ervan af maken met formuleringen – op welke onderzoeksmethode ze ook gebaseerd zijn – die er op gericht zijn iemand legaal dood te verklaren zodat het uitnemen van organen door de civiele wet is toegestaan in plaats van ons te blijven afvragen of we moreel gezien het recht hebben de organen uit te nemen omdat we zeker weten dat de dood is ingetreden. Een dergelijke verschuiving werd ook voorgesteld in de discussie over de non-heartbeating donors in 2008. (Truog RD, Miller FG. The dead donor rule and organ transplantation. *New Engl J Med* 359: 2008; 674-675) Bij gebrek aan een bevredigende technische oplossing van het probleem wordt de vraag naar het werkelijk dood zijn als



futiel afgedaan en vervangen door een naar de utiliteit van het handelen. Maar als we de discussie over het zijn ondergeschikt maken aan die over utiliteit dan raken we ver van het juiste spoor, zeker als het over de mens gaat!

Donatie voorbereiden zonder Donorregister mag

Medisch Contact, 26 juli 2013



In Medisch Contact lichten N. Jansen en E. Kompanje de recente wetswijziging t.a.v. voorbereidingen voor orgaandonatie toe.

Bespreking voorbereidende handelingen op orgaandonatie door kardinaal dr. W.J. Eijk (paragraaf 2)

Actief donorsysteem zonder morele druk

Medisch Contact, 17 januari 2013



In Medisch Contact probeert jurist F. van Agt de angel uit het Actief Donorregistratiesysteem te halen.

The Erosion of Ethics in Organ Transplantation

What's a Catholic to Do?

Zenit, 14 november 2012

by Denise Hunnell, MD, a Fellow of Human Life International, the world's largest international pro-life organization



Caleb Beaver died at age 16 on Christmas Day in 2011 due to a previously undiagnosed congenital malformation of his blood vessels. His devastated parents agreed to the donation of his heart, kidneys, lungs, liver, and pancreas. Several months later, his mother and father were able to meet with the grateful recipient of Caleb's heart and hear their son's beating heart in this new body. While the meeting could not erase their grief, the meeting offered Caleb's parents a small bit of consolation that his death had brought life to someone else.

Organ donation can certainly be a supreme act of generosity. Pope John Paul II endorsed organ transplantation in both his encyclical *Evangelium Vitae* as well as his 2000 address to the 18th International Congress of the

Transplantation Society as a way to build up an “authentic culture of life”. However, Pope John Paul II was also careful to insist that this lifesaving technology must be governed by critical ethical principles in order to fulfill its life affirming potential.

The first principle is the donation must be voluntary and free of all coercion. That is why there can be no sale of human organs: the prospect of financial profit would put pressure on the poor to sell their organs for subsistence. A marketplace approach would also unfairly favor those who have the means to pay as organ recipients. Second, the human dignity of both the donor and the recipient must be respected. A potential organ donor must always be seen first as a human being and a patient deserving of optimal medical care. He should never be viewed as merely a cluster of organs waiting to be harvested. With this in mind, respect for human life from conception to natural death prohibits the removal of vital organs for transplant until after a patient has died.

The explosion in organ transplant technology has resulted in a tremendous shortage of available organs. Over 6500 patients died in 2011 while they were waiting for an organ transplant. With so many patients facing death without a transplant, it is not surprising that a black market for human organs has emerged. Organ trafficking has become a major enterprise of organized crime in Latin America, Asia, and the Middle East. Western nations in Europe as well as the United States are not immune from this exploitive trade. According to the European Society of Organ Transplantation, those most likely to sell their organs include the poor, the hungry, the socially marginalized, and illegal immigrants and refugees. Dr. Francis Delmonico, a Harvard transplant surgeon, estimates that 10% of all kidney transplants worldwide are performed with illegally trafficked organs. While many governments have enacted penalties for organ trafficking, few are aggressively seeking to eliminate the black market trade of human body parts.

Perhaps even more worrisome than the deplorable practice of buying and selling human organs are the trends emerging in mainstream medicine. Two of the principles outlined by Pope John Paul II, the expectation that a potential donor is viewed as a fully human patient first, and the requirement that a donor of vital organs be dead before the organs are harvested, have long been cornerstones of transplant programs. The shortages of available organs for transplant have motivated some to question the need for such standards.

Normally, patients are not evaluated as possible organ donors until after a decision to remove life sustaining medical care is made. This ensures that the decision to withdraw extraordinary means of support is made without coercion from the transplant team waiting for the patient's organs. The United Network for Organ Sharing (UNOS), a nonprofit organization contracted by the United States Department of Health and Human Services (HHS) to administer the nation's organ transplant program, is revising the requirements for organ donation programs in order to allow patients to be evaluated as potential organ donors before any decisions are made about the withdrawal of life sustaining measures. The first attempt by UNOS to revise the guidelines actually designated specific neurological diseases such as high level spinal cord injuries, muscular dystrophy, and Lou Gehrig's disease as conditions to be flagged as potential organ donors on any admission to the hospital. This brought such an outcry from disability advocates that the current revision no longer recommends singling out specific diagnoses for organ donation. Instead, all patients will be evaluated as potential donors, and no consultation with families is required. In fact, UNOS states that it is unnecessary to obtain consent for organ donation from the next of kin or other health care surrogate if a patient has indicated they want to be an organ donor through something like a living will or a check in the organ donor box on their drivers license. This rush to label a patient as an organ donor effectively removes the protective barrier between patient care and preparation for organ donation, thus diminishing the trust between patients and their doctors.

Equally disturbing is the push to remove vital organs from living patients. Since the first transplants were done,



there has been a lively debate over what constitutes death, and such discussions are still active today. Some advocate for criteria that rely on the presence or absence of cardiovascular circulation and define death as the absence of a beating heart. Others push for the absence of electrical brain activity to be the gold standard of death. Until recently, the issue was always centered on reaching maximum certainty that death has occurred before harvesting organs for transplant. Now the emphasis is shifting to making sure the patient is “close enough” to dead for transplant.

In their book *Death, Dying, and Organ Transplantation*, Drs. Franklin Miller and Robert Truog argue that it is not necessary to wait for death in patients who are voluntary organ donors and in whom death is imminent. In Canada, the Canadian Council for Donation and Transplantation markedly loosened the neurological criteria required for organ harvesting, leading critics to question whether the patients declared dead under the new liberalized criterion are really dead.

Standard protocols for donation after circulatory death typically require a two to five minute delay from the time heart function ceases to the time organs are removed. The new UNOS requirements discussed above remove any required waiting period before removing organs after the heart stops. Each transplant center is free to define circulatory death as it sees fit. As a utilitarian ethic becomes mainstream and donor death becomes optional, the need for certainty of death becomes superfluous.

Clearly, these developments are at odds with Catholic ethical principles. The Ethical Religious Directives for Catholic Health Care Services clearly state:

63. Catholic health care institutions should encourage and provide the means whereby those who wish to do so may arrange for the donation of their organs and bodily tissue, for ethically legitimate purposes, so that they may be used for donation and research after death.

64. Such organs should not be removed until it has been medically determined that the patient has died. In order to prevent any conflict of interest, the physician who determines death should not be a member of the transplant team.

So what is a Catholic to do? As with other end of life decisions, it is important to designate a health care surrogate who will make sure your health care conforms to Catholic principles when you are unable to speak for yourself. In light of the increasing speed with which organs are removed from patients who have previously designated themselves as organ donors, it is wise to consider carefully the possible consequences of making your intentions to be an organ donor public through an advanced directive or a checked box on your drivers license. When possible, know your health care facility. Ideally, your hospital should be able to provide some assurance that any organ procurement protocol will assure quality care to the donor until the time of natural death and no vital organs will be removed before a patient is dead.

Organ transplantation, when done ethically, remains a heroic act of generosity. This legitimate and life-saving practice must not be degraded by turning human organs into commodities, and turning seriously wounded or disabled persons into mere suppliers of organs.

Orgaandonatie anoniem ?

door dr. F.J. van Ittersum, internist-nefroloog, bestuurslid Stichting Medische Ethiek



In het BNN programma “Hart nodig” (23 mei 2012) hebben nabestaanden van een hartdonor de ontvanger van het orgaan ontmoet. BNN denkt dat aan dergelijke ontmoetingen meer behoefte is. De Nederlandse Transplantatievereniging (NTV) is tegen.

Orgaandonatie na het overlijden vindt in Nederland conform de Wet op de Orgaandonatie plaats in anonimiteit. D.w.z. de nabestaanden van de donor en de ontvangers van de organen worden niet op de hoogte gesteld van elkaars identiteit. De nabestaanden van de donor krijgen wel algemene informatie over de organen die voor transplantatie zijn gebruikt en hoeveel mensen ermee zijn geholpen. De ontvangers hebben de mogelijkheid via een anonieme brief aan de nabestaanden de donor te bedanken.

In de Verenigde Staten zijn al langer organisaties actief die nabestaanden van donoren in contact brengen met de orgaanontvangers. Een aantal succesverhalen van deze organisaties is onlangs op de Nederlandse televisie te zien geweest. In deze verhalen gaat het over dankbaarheid die jegens de donor kan worden betuigd en het “goede gevoel” bij de nabestaanden dat de donor na zijn overlijden nog iets voor anderen heeft kunnen betekenen. Voor de nabestaanden is dit soms een bron van troost.

De NTV heeft afwijzend op deze activiteiten gereageerd. De gehanteerde argumenten gaan terug op privacybescherming, die in de wet vertaald wordt naar anonimiteit, onderzoek waaruit blijkt dat de meeste ontvangers geen prijs stellen op contact met de nabestaanden en teleurstellingen of onwenselijke verwickelingen die in dergelijke contacten zouden kunnen ontstaan. Zo voelen ontvangers zich in de praktijk nog wel eens verplicht iets terug te moeten doen voor de nabestaanden van de donor. Ook kunnen de nabestaanden teleurgesteld zijn over de ontvangers, bijvoorbeeld door verschil in maatschappelijk positie, leeftijd, levensstijl of gezondheidsgedrag.

De NTV realiseert zich natuurlijk ook dat het principe van anonimiteit in de wet niet absoluut is. Bij donaties bij leven geven familieleden, partners of andere bekenden een orgaan of een deel ervan (nier, deel van de lever) aan elkaar en is er van anonimiteit geen sprake. In het voorbereidingstraject van deze donaties wordt geprobeerd te beoordelen of er na transplantatie ongewenste verwickelingen tussen de donor en de ontvanger zouden kunnen optreden, bijvoorbeeld omdat de donor met de donatie – al dan niet bewust – beoogt extra materiële of immateriële middelen van de ontvanger te verkrijgen. Als er op deze problemen een risico lijkt te bestaan, gaat de donatie bij leven niet door. Bij orgaandonatie na de dood is het niet mogelijk deze negatieve interacties tussen nabestaanden en de ontvangers tevoren te beoordelen en zo mogelijk te voorkomen. Om die reden is er tot op heden gekozen voor donatie in anonimiteit.

Verder bestaat de mogelijkheid dat nabestaanden of ontvangers geen contact willen hebben. Dit zou opgelost moeten worden door mensen een keuze aan te bieden. Dit kan op zich weer een ander probleem geven als bijvoorbeeld de ontvanger er geen prijs op stelt, maar de nabestaanden van de donor wel contact zouden willen hebben. Op de nabestaanden van de donor zou dit ondankbaar kunnen overkomen.

Hoe zouden we vanuit Rooms-katholiek perspectief tegen deze ontwikkeling moeten aankijken ?

De Rooms-katholieke Kerk beschouwt orgaandonatie als een vrijwillige “gave”, een daad van naastenliefde, van de ene mens aan de ander. Naastenliefde wordt gekarakteriseerd door onbaatzuchtigheid. Dit betekent dat men iets doet uit solidariteit met een ander, zonder daar iets voor terug te krijgen. Vanuit dit – idealistische – perspectief van de donor is het bedankje van de ontvangers niet zondermeer nodig. Het “gave”-karakter is evenmin gekoppeld aan anonimiteit. Zoals al beschreven bij de levende donaties, kunnen mensen onbaatzuchtig een orgaan afstaan, terwijl ze de ontvanger persoonlijk kennen. Het is verder begrijpelijk en goed dat degene die de “gave” ontvangt een zekere verplichting voelt dankbaarheid te betonen.

De “gave” uit naastenliefde betekent wel dat de donor en de nabestaanden geen problemen mogen hebben

met welke kenmerken van de ontvangers dan ook. Helaas lukt het mensen niet altijd elkaar op die manier onbaatzuchtig lief te hebben. Dat is eigenlijk de grootste valkuil van het in contact brengen van de ontvanger met de nabestaanden van de donor. De vrees van de NTV dat in dit contact iets misgaat lijkt dan ook wel gegrond. Al is er vanuit Rooms-katholiek perspectief geen koppeling tussen "gave" en anonimiteit, het is natuurlijk wel prudent ongewenste gevolgen van de donatie te voorkomen. Anonimiteit beschermt mensen tegen de gevolgen van menselijke zwakheden en is een praktische manier om deze vervelende gevolgen te vermijden. De ontvanger die in de nabestaanden zijn donor oprecht hartelijker en vooral persoonlijker zou willen bedanken betaalt hiervoor de prijs. Christenen hebben gelukkig nog de mogelijkheid dank te betuigen in hun gebed en voor de donor te bidden.

Houdingen ten aanzien van orgaandonatie en orgaanontvangst

Rapport over houdingen t.a.v. het ontvangen en afstaan van een orgaan.

Ruim de helft van de Nederlandse bevolking geeft aan bij overlijden organen te willen afstaan. Ruim 60 procent zou een orgaan willen ontvangen indien zij dit nodig zouden hebben. Opvattingen over het afstaan van organen worden vooral bepaald door kerkelijke gezindte, opleiding en ervaren gezondheid. Vooral jongeren staan open voor het ontvangen van een donororgaan.



Houdingen ten aanzien van orgaandonatie en orgaanontvangst

Niet-gelovigen vaker bereid tot afstaan van organen dan gelovigen

CBS, 10 april 2012

Ruim de helft van de volwassen Nederlandse bevolking geeft aan bij overlijden hun organen te willen afstaan. Bijna twee derde zou een orgaan willen ontvangen indien zij dit nodig zouden hebben. Levensovertuiging en leeftijd spelen een belangrijke rol hierbij.

Houdingen ten aanzien van orgaandonatie en orgaanontvangst



Orgaandonatie na euthanasie

Een ethische beschouwing vanuit het standpunt van de Rooms-katholieke kerk



Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek, 21(3), september 2011, blz 76-84 (inclusief commentaren)

Deze maand beschrijven dr. F.J. van Ittersum, internist-nefroloog, en dr. L.J.M. Hendriks, priester-moraaltheoloog, in het Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek de bezwaren die er vanuit Rooms-katholiek perspectief bestaan tegen orgaandonatie na euthanasie. Deze bezwaren hebben met name te maken met de medewerking die men – zelfs als dit ongewild is – moet geven aan de euthanasieprocedure en de kans die men loopt op die manier de euthanasie goed te keuren of op zijn minst niet af te keuren.



[Download het volledige artikel met commentaren](#)