

Ethische aspecten bij de postmortale orgaandonatie

door prof.dr. W.J.Eijk, arts, moraaltheoloog en mw.dr.M.W.H. Steemers-van Winkoop, ethica, pastor
Hoofdstuk 4 uit: Postmortale orgaandonatie. Een medisch-ethische en juridische beschouwing. Van Gorcum 1996, onder redactie van de Commissie Ethiek van het Nederlands Artsenverbond

1 Inleiding

Hoe goed de intentie van de postmortale orgaandonatie ook mag zijn, toch roept zij een aantal ethische vragen op, waaraan men niet voorbij mag gaan. Zoals bij de meeste problemen uit de medische ethiek staat ook hier de vraag centraal, welk beschikkingsrecht de mens over zijn lichaam toekomt. Het antwoord op deze vraag bepaalt het uitgangspunt voor de beantwoording van allerlei deelvragen.

Met name de discussie over de orgaandonatie laat zien hoezeer men in de westerse cultuur naar een utilistisch lichaamsbeeld is toegegroeid. We vinden het als burger niet ongewoon om na onze dood organen voor transplantatie te (moeten) afstaan. Orgaantransplantaties bevorderen deze utilistische visie op het menselijk lichaam. Het levende en dode lichaam of onderdelen daarvan hebben een (her)gebruikswaarde, een economische waarde of zelfs ruilwaarde gekregen. Daarmee lijkt het lichaam niet meer zozeer ons eigen lichaam te zijn, en daarmee uitdrukking van onze persoonlijkheid, onze identiteit, maar een verzameling van voor anderen nuttige en levensreddende organen. Door de toegenomen medisch technologische beheersbaarheid, die de orgaandonatie heeft mogelijk gemaakt, dreigt de mens in meerdere opzichten zijn 'zelfbeheersing' te verliezen (1).

Zou het mogelijk zijn om ook op een andere manier te spreken over de relatie tussen de mens en diens lichaam? Dat kan wanneer er enige relativisering van het menselijk lichaam plaats vindt en er aandacht is voor het gegeven dat de mens niet alleen een lichaam heeft, maar ook een lichaam is. Leven en dood zijn niet alleen de weergave van biologische processen, maar evenzeer van geestelijke processen. De mens is een heelheid en dat is meer dan lichamelijk. Dan komen noties als de onaantastbaarheid en beschermwaardigheid van het menselijk leven, integriteit en waardigheid van het lichaam aan de orde.

Omdat het lichaam tijdens het leven essentieel tot het zijn van de menselijke persoon hoort, deelt het ook in de waardigheid die aan de persoon toekomt. Het levende lichaam is daarom evenals de menselijke persoon zelf geen louter instrumenteel goed (gebruiksgoed). Hieruit volgt dat de mens noch over het eigen lichaam noch over dat van zijn medemensen beschikkingsrecht heeft (2). Na de dood verandert echter de betekenis van het lichaam. Het deelt niet langer in de waardigheid van de menselijke persoon, zodat men er tot op zekere hoogte -dat wil zeggen met respect voor de overledene en diens wil -als een instrumenteel goed over mag beschikken.

Aan de hand van dit uitgangspunt zal worden getracht op de verschillende afzonderlijke kwesties verbonden aan de postmortale orgaandonatie een antwoord te vinden.

2 De bezwaren tegen de postmortale orgaandonatie op zich

2.1 De intrinsieke bezwaren

Zowel in kerkelijke als niet-kerkelijke kringen ziet men geen intrinsieke bezwaren tegen de postmortale orgaandonatie. Het uittrekken van organen die voor het leven onmisbaar zijn, zou bij een levende donor diens dood betekenen. Na het intreden van de dood is het lichaam echter niet langer het lichaam van een menselijke persoon, maar een stoffelijk overschot.

Van katholieke zijde (3) sprak Pius XII zich reeds in 1956 in algemene zin positief over de orgaandonatie na de



dood uit. *“Vanuit moreel en godsdienstig perspectief kan men niets inbrengen tegen de verwijdering van de cornea van een overledene... Voor wie de corneae ontvangt, de patiënt, betekenen zij het herstel en de correctie van een defect dat vanaf de geboorte bestond of als gevolg van een ongeluk is ontstaan... Het overleden lichaam is niet langer een subject van rechten in de eigenlijke zin van het woord: want het lichaam is niet de drager van een menselijke persoon meer die alleen subject van rechten kan zijn. De extirpatie is niet langer het verwijderen van een goed; de gezichtsorganen (hun aanwezigheid, hun integriteit) dienen geen enkel doel meer”* (4).

Bij herhaling heeft de huidige paus Johannes Paulus II de gelovigen opgeroepen hun organen na de dood voor transplantatie ter beschikking te stellen (5). De Duitse bisschoppenconferentie heeft samen met de Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland in 1989 en 1990 zich positief over de postmortale orgaandonatie uitgelaten (6).

Ook binnen de diverse protestantse kerkgenootschappen in Nederland is de postmortale orgaanexplantatie praktisch algemeen aanvaard (7). Blijkens een vraag gesteld tijdens de discussie naar aanleiding van een lezing over het onderhavige onderwerp voor het NAV op 16 maart 1991 leeft in sommige orthodox-protestants-christelijke kringen als bezwaar tegen postmortale orgaandonatie, dat Jezus Christus na de kruisiging met zijn integrale lichaam in het graf is gelegd. Hier zou uit kunnen worden afgeleid, dat de christen met zijn gehele lichaam begraven dient te worden en postmortale orgaanexplantatie moreel verwerpelijk is. Het openen van het lichaam na de dood en het verwijderen van de organen zouden niet verenigbaar zijn met het geloof in de verrijzenis van het lichaam (8). Een “argumentum ad hominem” tegen deze visie is dat Jezus niet met Zijn integrale lichaam in het graf werd gelegd. Zijn handen en voeten waren met spijkers en Zijn zijde met een lans doorboord. De kruisdood is voornamelijk een dood door bloedverlies. Bovendien zouden, wanneer geen enkele mutilatie van het lichaam toelaatbaar zou zijn, chirurgische ingrepen moeten worden afgewezen. Een fundamenteel argument is dat normen, zoals die betreffende de menselijke persoon en het respect dat men jegens zijn stoffelijk overschot verschuldigd is, met het mens-zijn als zodanig samenhangen, dat wil zeggen: op de eerste plaats met de scheppingsorde en niet met de verlossingsorde.

Binnen de seculiere bioëthiek is de postmortale orgaandonatie in principe zonder meer aanvaard (9).

2.2 Bezwaren vanuit de keuzen in de gezondheidszorg

Een verder bezwaar tegen postmortale orgaandonatie betreft de vraag, of de grote kosten waarmee zij gepaard gaat – mede gelet op het succespercentage -gerechtvaardigd zijn, vooral nu keuzen in de gezondheidszorg onvermijdelijk zijn geworden.

De postmortale orgaandonatie is een kostbare onderneming vanwege de voorbereidende maatregelen die bij de kandidaat-donor moeten worden getroffen, de explantatie, het vervoer van de donororganen, de eventuele opslag in orgaanbanken, de bemiddeling door orgaancentra en de transplantatiechirurgie. Bovendien zullen ook grote uitgaven gemoeid zijn met de bevordering van de orgaandonatie door middel van intensieve voorlichting en de registratie van eventuele orgaandonoren onder alle leden van de Nederlandse bevolking vanaf achttien jaar. Voorstellen voor de registratie van kandidaatdonoren zijn gedaan in het Voorstel van Wet op de Orgaandonatie, dat de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Simons, en de Minister van Justitie, Hirsch Ballin, beide uit het voormalige kabinet Lubbers-III, in oktober 1991 aan de Tweede Kamer hebben aangeboden. (10)

Hoge kosten zijn ook verbonden aan de experimentele ontwikkeling van de orgaandonatie. Zo zijn de kosten voor een research programma betreffende anencefale pasgeborenen als orgaandonoren aan de Loma Linda Universiteit in Californië geschat op \$ 250.000 (11). Dit is een hoog bedrag, wanneer men bedenkt dat het programma in zijn geheel slechts 12 kinderen met anencefalie omvatte en geen enkele geslaagde



transplantatie heeft op geleverd.

Hier staat echter tegenover, dat orgaantransplantatie ook een kostenbesparend effect kan hebben. Na een geslaagde niertransplantatie is geen nierdialyse meer nodig. Deze behandeling, die op zich al kostbaar is, brengt bovendien een hoog werkverzuim van de patiënt met zich mee. Het is daarom de vraag, in hoeverre de hoge uitgaven voor de ontwikkeling van de postmortale orgaandonatie niet worden gecompenseerd, doordat andere kostbare medische ingrepen komen te vervallen. Uit een onderzoek in de Verenigde Staten uit 1983 bleek dat de totale kosten verbonden aan een geslaagde niertransplantatie als de donornier gedurende minstens vier jaar goed functioneert, lager zijn dan die welke de voortzetting van de dialyse gedurende diezelfde periode met zich zou hebben meegebracht (12).

Bovendien vergt de zogenaamde "hoge technologie," waaronder de transplantatiegeneeskunde valt, slechts enkele procenten van het totale budget voor de gezondheidszorg, omdat relatief weinig patiënten er gebruik van maken. Het grootste deel wordt besteed aan de zogeheten "lage technologie," waartoe klinisch-chemisch laboratoriumonderzoek, electrocardiografie en de toepassing van nieuwe geneesmiddelen worden gerekend (13).

3 De zekerheid van de dood van de donor als absolute voorwaarde voor explantatie

In de meeste gevallen moet de orgaanexplantatie plaatsvinden op een moment, dat de ademhaling en de bloedsomloop nog intact zijn. Een situatie waarin het lichaam van een overledene een intacte ademhaling en bloedsomloop heeft, doet zich alleen maar voor bij een beademde patiënt bij wie een totale hersendood is vastgesteld. De partiële hersendood is geen adequaat criterium voor de dood van het menselijk individu als geheel.

Wanneer doodscriteria onzorgvuldig worden vastgelegd en gehanteerd, dan kan het gebeuren dat een donor te vroeg dood wordt verklaard en overlijdt aan de gevolgen van de explantatie. Hoe groot het belang van de ontvanger ook is en hoe indringend zijn of haar nood ook is, het mag niet voorkomen dat mensen worden doodverklaard die dat (nog) niet zijn. Hiermee dreigt immers een fundamenteel recht van de donor geschaad te worden, namelijk het recht op leven en de aanspraak op de beschermwaardigheid van dat leven, ook en juist dan wanneer zich dat in een terminale fase of bijna-dood-situatie bevindt. Wanneer er sprake is van enige twijfel over de vraag of iemand dood is of niet dient men zich te onthouden van orgaanexplantatie volgens het adagium 'in dubio abstine.' Zodra totale hersendood is vastgesteld, bestaat er zekerheid dat het lichaam niet langer het lichaam van een menselijke persoon is. Het uitnemen van – voor het leven onmisbare – organen impliceert dan niet meer het doden van de betrokken persoon.

Om een eventuele vermenging van belangen te voorkomen zal vereist moeten worden, dat de arts die de diagnose hersendood stelt, niet deel uitmaakt van het team dat de transplantatie uitvoert. Voorts mag hij niet zijn gerelateerd aan de potentiële ontvanger of diens familieleden.

Schulp, die het gebruik van de hersendood als doodscriterium afwijst, acht het wel bruikbaar als teken dat de dood spoedig zal intreden. Eventueel zouden donororganen volgens hem nog vóór de dood van de donor uit diens lichaam mogen worden uitgenomen, wanneer op basis van de hersendood mag worden verwacht, dat hij spoedig zal overlijden: *"Wellicht is dan het moment gekomen om iemand die zijn organen als vrije gift voor zijn (onbekende) vrienden wenste in te zetten, daar de mogelijkheid toe te bieden, al kost dit de donor het laatste restje leven (14)."*

Dit zou een vorm van zelfopoffering zijn naar het voorbeeld van Christus' kruisdood ten behoeve van het heil van de mensheid.



Zolang de donor leeft, is orgaanexplantatie actieve levensbeëindiging, ook al gaat het om “het laatste restje leven”. Mocht de patiënt zelf tevoren toestemming hebben gegeven, dan gaat het hier om een geval van directe suïcide bij volmacht. Directe suïcide als een vorm van zelfopoffering, bijvoorbeeld van een zieke die op deze wijze de financiële ondergang van zijn gezin wil voorkomen, is verdedigd door Bonhoeffer. (15) De mens is echter een eenheid van lichaam en geest. Omdat het lichaam essentieel tot de menselijke persoon behoort, impliceert directe suïcide dat de mens over zichzelf als zuiver middel tot een zelfgekozen doel beschikt. Hoe nobel het doel, in dit geval het schenken van de eigen organen, ook mag zijn, dit beschikkingsrecht over het eigen leven komt de mens niet toe (16). Een verwijzing naar de kruisdood van Christus ten behoeve van de mensheid is hier niet op zijn plaats. Zijn dood kwam door een vrije wilsbeslissing van anderen en niet van hemzelf tot stand, zodat van Hem niet kan worden gezegd dat Hij over het eigen leven heeft beschikt.

In het Voorstel van Wet op de orgaandonatie wordt toegestaan, dat met orgaan-preserverende maatregelen – zoals het kunstmatig in stand houden van ademhaling en bloedsomloop of het perfunderen van de nieren met een koude vloeistof via een catheter in de liesslagader – wordt begonnen, “op het moment dat de verantwoordelijke arts op grond van zijn kennis en ervaring van oordeel is dat de dood is ingetreden (17). Dit betekent dat klinisch onderzoek voor de hersendooddiagnostiek in dit geval voldoende wordt geacht. Als reden wordt genoemd dat met het vaststellen van hersendood met behulp van electro-encefalografie teveel tijd verloren zou gaan vanwege de wettelijk vereiste tijdsruimte tussen het eerste en het tweede electro-encefalogram.

Tegen deze bepaling bestaan geen medische en fundamentele ethische bezwaren. De diagnostiek van de hersendood berust, zoals gezegd, uiteindelijk op het aantonen van een irreversibele uitval van de hersenstam, die niet met behulp van electro-encefalografie, maar door klinisch onderzoek van de hersenstamreflexen wordt vastgesteld. In de Angelsaksische landen (18) wordt binnen het kader van de hersendooddiagnostiek electro-encefalografisch onderzoek zelfs in het geheel niet vereist, en dat op goede medische en ethische gronden.

4 Het beleid bij potentiële orgaandonoren

Aan eventuele postmortale orgaandonatie wordt gedacht vanaf het moment, dat de prognose van een comateuze patiënt infaust blijkt. Normaal is dat een indicatie tot abstineren. Wordt de patiënt echter als potentiële donor beschouwd, dan wordt gepoogd zijn leven door middel van kunstmatige beademing in stand te houden, totdat een irreversibele uitval van de hersenstam is geconstateerd. Om tijd te winnen zal, nog voordat de donor is overleden, al een HLA-typing worden uitgevoerd en de functies van de diverse toekomstige donororganen worden onderzocht. Bovendien wordt onderzoek gedaan naar overdraagbare aandoeningen als hepatitis-B, hepatitis-C en HIV-infectie. Kortom, er worden allerlei maatregelen genomen die voor de patiënt zelf geen therapeutische betekenis meer hebben, maar louter op het behoud van de donororganen zijn gericht. Noch moreel noch juridisch valt dit gemakkelijk te verdedigen, aldus Dupuis, die tevens constateert dat er aan dit probleem in de literatuur opmerkelijk weinig aandacht wordt besteed (19).

Primair staat hier niet vraag, of al deze maatregelen voor de betrokkene belastend zijn. Bij een comateuze patiënt valt dat niet vast te stellen. Heeft hij tevoren toestemming voor de orgaandonatie gegeven, dan mag men veronderstellen dat hij een zekere belasting die de daarvoor benodigde procedure met zich mee mocht brengen, vrijwillig heeft geaccepteerd, mits hij adequaat was voorgelicht. Bovendien is bij een totale uitval van de hersenschors en de hogere hersenkernen uitgesloten, dat de betrokken persoon zich van enige belasting bewust is.

Centraal staat hier de vraag, of de patiënt binnen het geschetste beleid niet als instrumenteel goed wordt gebruikt en aldus zijn intrinsieke waardigheid als doel in zich wordt geschonden. Het antwoord wordt gevonden



in de deugdenethiek, die vanaf het einde vorige eeuw onder invloed van het neo-thomisme binnen de katholieke moraaltheologie (20) en sinds enkele tientallen jaren ook in de seculiere (bio)ethiek een herwaardering heeft ondergaan (21). De deugden laten zien, welke relatie er bestaat tussen de handelende persoon en de door hem verrichte moreel goede handeling. Het herhaald verrichten van moreel goede handelingen leidt tot de vorming van deugden, stabiele moreel goede karaktereigenschappen. Wie bij herhaling prudente beslissingen neemt, wordt prudent. Wie zich toelegt op de discretie, wordt een discreet mens. Hetzelfde geldt voor de altruïstische handeling. De goede handeling wordt steeds spontaner en met meer gemak gesteld, doordat de persoon innerlijk verandert, dat wil zeggen zelf een goed mens wordt. Bij de verrichting van een goede handeling is daardoor de persoon zelf ook mede het doel van de handeling, ook al zal deze wat betreft de primair beoogde effecten op anderen zijn gericht.

De vrijwillige donatie van de eigen organen beantwoordt aan de deugd van de broederliefde, het altruïsme of de solidariteit. Vanuit dit gezichtspunt bezien hebben de levensverlengende en diagnostische ingrepen – voor zover nodig ten behoeve van de orgaandonatie – ook de donor zelf tot doel. Daarom wordt de donor niet tot louter instrumenteel goed gedegradeerd, mits hij zelf de orgaandonatie heeft toegestaan.

Deze laatste voorwaarde is essentieel. De deugden vinden uiteindelijk hun wortel in vrij gekozen handelingen. Zolang onbekend is of de kandidaatdonor toestemming heeft gegeven, impliceert het treffen van de voorbereidende en conserverende maatregelen, dat de patiënt wordt geïnstrumentaliseerd. Het lijkt om deze reden niet acceptabel, dat familieleden toestemming kunnen geven voor het treffen van allerlei orgaan-preserverende maatregelen. Hun recht om – bij ontstentenis van een wilsverklaring van de betrokkene – te beslissen over orgaandonatie en het initiëren van de daartoe noodzakelijke procedure begint pas na de dood van de donor (22).

Het spreekt vanzelf dat de conserverende maatregelen niet met de normale geneeskundige zorg strijdig mogen zijn. Zij mogen alleen bij een infauste prognose worden toegepast, als uitstel ervan tot na de dood tot irreversibele beschadiging van de donororganen zou leiden.

5 Het beschikkingsrecht over het lichaam van de overledene

5.1 Is een wilsbeschikking van de overledene vereist?

Naar algemene overtuiging moet een wilsbeschikking worden gerespecteerd. De praktijk van de postmortale orgaandonatie zou daarom veel eenvoudiger zijn, wanneer iedere Nederlander een codicil bij zich droeg, een wilsbeschikking omtrent wat er met zijn lichaam en zijn organen na de dood mag gebeuren. Het aanbod aan donororganen zou zodoende sterk kunnen stijgen. Op dit moment heeft slechts een minderheid een codicil op zak. Vandaar dat er stemmen opgaan om de leden van de bevolking bij wet te dwingen tijdens hun leven via een wilsbeschikking kenbaar te maken of zij al dan niet na overlijden als orgaandonor willen fungeren.

Een dergelijke dwang ligt vervat in het zogenaamde geen-bezwaarsysteem. Dit houdt in dat iemand zonder meer geacht wordt orgaandonor te zijn, tenzij hij uitdrukkelijk daartegen bezwaar heeft aangetekend en dat officieel heeft laten registreren. Laat iemand dit na, dan kunnen zijn organen na overlijden zonder meer voor transplantatie doeleinden uit zijn lichaam worden verwijderd. Het hoeft geen betoog dat de invoering van dit systeem vereist dat tevoren een betrouwbare en waterdichte registratie van de eventuele bezwaren gegarandeerd is.

Binnen het geen-bezwaar-systeem moet iedere burger een keuze maken. Dit ligt principieel anders bij een toestemmingssysteem, waarbij iemand pas als orgaandonor in aanmerking komt, wanneer hij daar uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven. Mocht iemand dat nalaten, dan geldt hij niet als donor. Dit systeem dwingt

niet tot een keuze, maar verlangt een actieve handeling van degene die zijn organen na de dood wil afstaan.

Het wetsvoorstel van Staatssecretaris Simons houdt in dat het gemeentebestuur eenmaal per jaar aan alle ingezetenen, die de leeftijd van achttien jaar bereiken, een voorgedrukte donorkaart toezendt waarop zij hun wil inzake postmortale orgaandonatie kenbaar kunnen maken. In een centraal register worden toestemming tot donatie of bezwaar ertegen bijgehouden (of dit centraal systeem haalbaar is, staat overigens nog ter discussie). Te allen tijde kan deze wilsverklaring worden herroepen (23).

5.2 Het toestemmingsstelsel versus het geen-bezwaarsysteem

Het aanbod aan donororganen zal bij invoering van een geen-bezwaarsysteem ongetwijfeld stijgen. Het verlangt immers van degene die geen donor wil zijn, een actieve handeling – het aantekenen van bezwaar – die vaak zal worden nagelaten. Bij het toestemmingsstelsel wordt daarentegen juist degene die tot orgaandonatie bereid is, geacht stappen te ondernemen om dat kenbaar te maken. Omdat velen dit niet doen, moet men bij een toestemmingsstelsel in de meeste gevallen de naaste familieleden om toestemming vragen. Betrokken artsen en verpleegkundigen zien er echter tegenop om onder toch al emotioneel beladen omstandigheden de familie ook nog te confronteren met een verzoek om orgaandonatie.

Ervaringen in andere landen hebben uitgewezen dat een geen-bezwaarsysteem tot een verhoogd aanbod van donororganen leidt. De invoering ervan in België leidde tot een stijging van het aantal donornieren met 86% en van andere organen zelfs met 183%. In Singapore bedroeg het aantal donornieren in de jaren zeventig en de eerste helft van de jaren tachtig bij toepassing van een toestemmingsstelsel slechts enkele per jaar. In 1987 werd er een geen-bezwaarsysteem ingevoerd, dat inhoudt dat alle wilsbekwame burgers of ingezetenen tussen de 21 en 60 jaar oud die het slachtoffer zijn geworden van een verkeersongeluk, als nierdonoren gelden, tenzij zij tevoren bezwaar daartegen hebben aangetekend. Instemming van de familie is niet vereist. Met de religieuze opvattingen van Moslims wordt rekening gehouden, in die zin dat van hen automatisch wordt aangenomen dat zij bezwaar tegen orgaanexplantatie maken, ook al hebben zij dat niet uitdrukkelijk laten registreren. Dit gecombineerde systeem had een gunstig effect op het aantal beschikbare donornieren, zoals blijkt uit de tabel 1 (24).

Jaar	Human Organ Transplant Act	Vrijwillige toezegging	Totaal
1970-1976		gemiddeld 3 per jaar	gemiddeld 3 per jaar
1977		0	0
1978		2	2
1979		0	0
1980		0	0
1981		0	0
1982		6	6
1983		7	7
1984		14	14
1985		1	1
1986		15	15



1987		16	16
1988	16	7	23
1989	15	11	26

Van 16 van de lidstaten van de Raad van Europa (in totaal 22) die een wet- en regelgeving voor orgaandonatie kennen, hebben er 13 het geen-bezwaarsysteem ingevoerd. Het betreft België, Luxemburg, Frankrijk, Italië, Denemarken, Finland, Noorwegen, Oostenrijk, Zwitserland, Spanje, Portugal, Griekenland en Cyprus.

Tegenstanders van het geen-bezwaarsysteem wijzen erop dat de autonomie van het individu wordt geschonden, wanneer hij als gevolg van een wettelijke bepaling aan een keuze voor of tegen postmortale orgaandonatie niet zou kunnen ontkomen. Is dit een terechte constatering?

De praktijk laat zien dat er een grote groep mensen is die niet nadenkt over de noodzaak en consequenties van orgaandonatie en daardoor niet toekomt aan een vorm van zelfbeschikking. Deze nalatigheid is onjuist te noemen, ook wanneer er geen orgaandonatie in het geding is. De mens heeft de taak om zich op een onverwacht sterven voor te bereiden. Velen zijn zich van die verantwoordelijkheid bewust door het nemen van een uitvaartpolis of het bespreken van wensen in geval van plotseling overlijden. Het zou goed zijn om in dit kader ook na te denken over eventuele orgaandonatie.

De mens dient zich, zeker in deze tijd, te bezinnen over zijn levenseinde. Men kan plotseling en onverwacht sterven of na een lang leven. Het is voor de nabestaanden een troost te weten dat de overledene voorbereid was in die zin dat hij zijn wil geformuleerd heeft. Voor de overledene zelf is het noodzakelijk zich voor te bereiden op een (mogelijk ontijdig) sterven.

Daar komt bij dat de individuen in onze samenleving in tal van andere situaties ook voor een keuze worden gesteld. Wanneer een kind de leeftijd heeft bereikt dat het naar de basisschool moet, zijn de ouders gedwongen om een school voor hun kind te kiezen. Deze keuze impliceert in ons land in principe tevens een fundamenteel levensbeschouwelijke keuze, ook al zal niet elk ouderpaar zich daar zo bewust van zijn. Ook in de geneeskunde komen vergelijkbare situaties voor. Een patiënt aan wie door de arts de mogelijkheid van een levensverlengende handeling wordt aangeboden, moet een keuze maken deze al dan niet te ondergaan.

Dat iemand voor een keuze wordt gesteld, valt dus op zich zowel moreel als juridisch te rechtvaardigen. Een geen-bezwaar-systeem is daarom niet perse verwerpelijk, mits de patiënt in alle vrijheid kan uitmaken, of hij zijn organen na de dood wel of niet voor transplantatiedoeleinden ter beschikking stelt. Voor dit laatste is vereist dat alle leden van de samenleving uitgebreid en op een voor hen begrijpelijke wijze zijn voorgelicht. Zij moeten duidelijkheid hebben omtrent het doel van de orgaandonatie en de resultaten die ermee bereikt kunnen worden. Verder zouden zij zich moeten realiseren dat een lichaam ondanks dat het als gevolg van kunstmatige beademing rose, warm en met kloppend hart in bed ligt, na vaststelling van de totale hersendood feitelijk een beademd lijk is. Momenteel is dit fenomeen onder het grote publiek onvoldoende bekend.

Wil men iedereen voor een echt vrije keuze stellen, dan moet bovendien elke vorm van morele druk worden vermeden. Uitspraken als "uw nalatigheid kost anderen het leven" zijn onterecht en zetten mensen nodeloos onder druk om zich als donor ter beschikking te stellen, terwijl zij deze beslissing niet willen of kunnen nemen.

Hoewel het geen-bezwaarsysteem niet fundamenteel verwerpelijk is, is het wel de vraag of het prudent is het op korte termijn door te voeren. De genoemde intensieve voorlichting van de bevolking vergt een periode van minstens vijf jaar. Voordat een geen-bezwaarsysteem wordt doorgevoerd, moet er bovendien de principiële bereidheid bestaan om voor transplantatie extra geld uit te trekken, als het aantal donororganen inderdaad mocht stijgen.



Of invoering ervan prudent is, hangt tevens af van de verwachten acceptatie onder de bevolking. Het geen-bezwaarsysteem heeft in Frankrijk niet het beoogde effect gesorteerd, omdat de familiebanden er van dien aard zijn dat artsen in de praktijk zonder toestemming van de familieleden niet tot orgaanexplantatie overgaan en dus feitelijk volgens een toestemmingssysteem te werk gaan (25). Tot voor kort leek het geen-bezwaarsysteem in Nederland weinig weerstand op te roepen (26). De Gezondheidsraad (1990) (27), de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (28) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (1990) zijn van mening dat bij afwezigheid van een wilsverklaring van de overledene, in die zin dat hij noch toestemming voor orgaanuitname heeft gegeven noch bezwaar ertegen heeft aangetekend, het uitnemen van de organen toch mogelijk moet zijn. De Commissie Medische Ethiek van de KNMG koos in haar pre-advies aan het hoofdbestuur ook voor een toestemmingssysteem, omdat naar haar mening afwezigheid van een wilsverklaring eventuele bezwaren niet uitsluit. Desalniettemin geeft het Hoofdbestuur van de KNMG de voorkeur aan een geen-bezwaarsysteem omdat het verwacht dat binnen dit systeem meer donororganen ter beschikking zullen komen (29). Tijdens de bespreking van het voorliggende Voorstel van wet op de orgaandonatie in de Tweede Kamer bleek uit de commotie zowel in de Kamer zelf als in de media naar aanleiding van het voorstel van de CDA-fractie om een geen-bezwaar-systeem in te voeren, dat de acceptatie ervan in ons land geenszins vanzelfsprekend is. Invoering van een geen-bezwaarsysteem op korte termijn is daarom niet prudent.

Tot slot moet worden opgemerkt dat het 'gave-karakter' van de orgaandonatie beter tot zijn recht komt bij een toestemmingssysteem (30). Het waarborgen van een vrije beslissing en correcte voorlichting kunnen er echter toe leiden dat ook binnen het geen-bezwaar-systeem het te doneren orgaan daadwerkelijk een geschenk blijft en ook ook als zodanig ervaren wordt.

5.3 Hoever reikt het beschikkingsrecht van de familie?

In hoeverre moet met de wensen van de familie rekening worden gehouden? Zowel volgens de op dit moment vigerende regeling van de orgaandonatie in de Wet op de Lijkbezorging als ook volgens het Voorstel van Wet op de orgaandonatie (31) heeft de familie een subsidiair toestemmingsrecht. Dat wil zeggen dat bij ontstentenis van een wilsverklaring van een meerderjarige donor de naaste familie en bij een menselijke vrucht of een minderjarige de ouders of de voogd voor orgaanexplantatie toestemming kunnen geven.

In zijn Tweede Nota van Wijziging heeft staatssecretaris Simons van het kabinet Lubbers-III als extra mogelijkheid toegevoegd, dat middels de donorkaart de beslissing over de orgaandonatie bij voorbaat expliciet aan de nabestaanden wordt overgelaten. Naast het feit dat het wetsvoorstel op zich al de mogelijkheid inhoudt om de familie te laten beslissen, is als bezwaar hiertegen opgeworpen dat deze regeling het aanbod aan donororganen nog verder zou kunnen doen afnemen. Als de donor zijn familieleden niet via de donorkaart expliciet heeft willen machtigen, dan zou dat voor hen een reden kunnen zijn hun toestemming tot orgaanexplantatie te weigeren (32).

In de praktijk wordt ondanks de toestemming van de donor middels een codicil toch met de wens van de familieleden rekening gehouden en van orgaanexplantatie afgezien, als zij zich daartegen verzetten. De vraag is of dat valt te rechtvaardigen. Het komt vaker voor dat de nabestaanden het met de wilsbeschikking van de overledene in de vorm van een testament niet eens zijn. Dat is echter geen reden om van diens wilsbeschikking af te wijken. Waarom zou dat bij postmortale orgaandonatie dan anders liggen?

Het stoffelijk overschot van de overledene heeft zeker bij goede onderlinge relaties voor naaste familieleden een waarde van een volstrekt andere orde dan zijn bezittingen. Aan dit gegeven kan men niet zonder meer voorbijgaan, ook al zal de overledene zelf toestemming voor orgaanexplantatie hebben gegeven of er geen bezwaar tegen hebben gehad. Serieus dient overwogen te worden de wens van de naaste familieleden te laten



prevaleren, als de emotionele belasting ten gevolge van sectie en explantatie hun psychische draagkracht dreigt te overschrijden.

5.4 Kan de gemeenschap het lijk voor de orgaanexplantatie vorderen?

Wie ernstig ziek is en alleen door orgaantransplantatie kan voortleven of kan leven op een voor hem aanvaardbaar niveau, heeft belang bij het op tijd beschikbaar komen van het juiste orgaan. Wanneer de 'gave-om-niet' uitblijft, dan kan de idee post vatten dat men een recht op een donororgaan heeft en dit recht vervolgens afdwingen. In meerdere landen – waaronder de Verenigde Staten van Amerika – worden momenteel juridische procedures aangespannen waarmee men probeert familieleden die over organen met weefsel typen beschikken die goed bij een bepaalde ontvanger passen, te dwingen tot het bij leven afstaan van die weefsels of dat orgaan dat paarsgewijze in het lichaam voorkomt. In de meeste gevallen gaat het om botweefsel of een nier. Tot nu toe zijn er geen uitspraken die een dergelijk recht bevestigen, maar de vragen zijn er wel (33).

De rechter zou alleen tegen de wil van de donor en eventueel die van zijn familieleden kunnen ingaan, als het lichaam van een overledene eigendom van de gemeenschap zou zijn. De Italiaanse moraaltheoloog Ciccone acht zelfs een wet die de explantatie van organen tegen de uitdrukkelijke wil van de overledene mogelijk maakt, een "legitieme interventie om zeer nadelige consequenties voor het leven van anderen te voorkomen, die voortvloeien uit de vooroordelen en verkeerde inzichten van sommigen" (34).

Hier stoten we op het moeilijke vraagstuk van de verhouding tussen de individuen en de maatschappij als geheel. In 1956 wees Pius XII op het essentiële verschil tussen de fysieke eenheid van het menselijk lichaam en de morele eenheid die de gemeenschap vormt. De delen van een fysieke eenheid, bijvoorbeeld de delen van het lichaam, gaan totaal op in het geheel, zodat zij geen enkele zelfstandigheid hebben en slechts ten behoeve van het geheel bestaan. Een morele eenheid zoals de mensheid of de gemeenschap vormt daarentegen slechts een geheel op het vlak van het handelen en de gemeenschappelijke finaliteit. Wat betreft zijn zijn is de menselijke persoon doel in zich en niet louter middel, ook niet ten behoeve van de gemeenschap. De gemeenschap kan dus wel eisen stellen aan haar leden op het vlak van het handelen, maar mag niet over henzelf en hun lichaam beschikken (35).

Deze redenering geldt op de eerste plaats voor levende donoren, maar ook na de dood verdient het menselijk lichaam respect. Iets van de waardigheid van de menselijke persoon, waar het lichaam aan geparticipeerd heeft, blijft na de dood.

5.5 Welk respect is men tegenover het menselijk lijk verschuldigd?

De integriteit van het dode lichaam wordt door de orgaanexplantatie sterk geschonden. Zo wordt bij een multi-orgaandonatie het lichaam van de overledene maximaal geopend, hetgeen betekent dat er een incisie wordt gemaakt vanaf het sleutelbeen tot het schaambeen, waarbij zoveel mogelijk nog bruikbare organen worden verwijderd. Het dode lichaam wordt hierbij zonder meer als een instrumenteel goed bejegend. Hiertegen bestaan geen essentiële ethische bezwaren, omdat het dode lichaam niet langer rechtstreeks in de waardigheid van de menselijke persoon participeert. Het is niet langer "subject van rechten" (36). Omdat het echter wel intrinsiek onderdeel van een menselijke persoon is geweest, verdient het – zoals gezegd – respect en moet met de wensen van de overledene en diens naaste verwanten rekening worden gehouden. Volgens het Nederlandse recht bestaat er ook na het overlijden een (persoonlijksheids)recht op de integriteit van het lichaam (37).

6 Is postmortale orgaandonatie een morele verplichting?

6.1 Een morele plicht van de kant van de donor?

Het maakt veel uit of men de postmortale orgaandonatie ziet als een daad van broederliefde, solidariteit of



altruïsme, ofwel als een kwestie van rechtvaardigheid. Als zij onder de deugd van de rechtvaardigheid zou vallen, dan zou er een strikte verplichting tot postmortale orgaandonatie bestaan. De weigering om de organen na overlijden voor transplantatiedoeleinden ter beschikking te stellen, zou dan immoreel zijn. Volgens Ciccone betekent zo'n weigering dat *"men er de voorkeur aan geeft het eigen lichaam met al zijn organen nutteloos te laten vergaan in het graf, in plaats van ze te laten gebruiken om anderen van een vroegtijdige dood te redden. Een dergelijk keuze kan slechts als irrationeel, absurd, en alleen alom deze reden ethisch ontoelaatbaar worden geacht"* (38).

Dezelfde tendens wordt ook aangetroffen in de verklaring van de Duitse bisschoppenconferentie van 2 juli 1990, waarin gesteld wordt dat in een noodgeval (en dus niet ten principale) het recht van de ontvanger van een orgaan om te leven prevaleert boven het recht van de overleden donor om met zijn organen begraven te worden.

Ciccone ziet een analogie tussen de weigering om voedsel te geven aan iemand die op het punt staat te verhongeren, en de weigering organen te schenken aan iemand voor wie de vervanging van een orgaan levensnoodzakelijk is. Deze analogie gaat echter mank in zoverre dat organen onderdeel van het eigen lichaam uitmaken en voedsel niet. Een medemens heeft zonder meer recht op voedsel, wanneer hij het zelf niet heeft en ik hem dat kan verschaffen, maar geen strikt recht op mijn organen, ook niet na mijn overlijden. De donatie van organen is ongetwijfeld moreel gezien een heel goede handeling, maar de zaken mogen niet worden omgedraaid. Een moreel goede handeling is niet altijd en overal verplicht. De orgaandonatie is een zeer verdienstelijke daad van broederliefde, solidariteit of altruïsme, de nalatigheid waarvan niet van dien aard is dat zij verwijtbaar zou zijn. Daarom, zei Pius XII, *"moet men de vrijheid en de vrijwilligheid van de belanghebbenden respecteren; men moet deze kwestie niet voorstellen als iets dat onder gewone omstandigheden een plicht is of een verplichte act van liefde"* (39).

Johannes Paulus II (april 1990) noemt "de urgente nood aan een snelle beschikbaarheid van organen voor niertransplantatie" voor de gelovigen een "uitdaging aan hun edelmoedigheid en broederliefde" (40). Ook de protestantse kerken in Nederland achten de plicht tot naastenliefde en solidariteit niet zo sterk dat daaruit zonder meer een plicht tot (postmortale) orgaandonatie kan worden afgeleid. Deze plicht gaat in hun ogen slechts zover dat de mens gehouden is om na te denken over het thema orgaandonatie, opdat hij een weloverwogen besluit voor dan wel tegen orgaandonatie kan nemen (41).

Binnen de seculiere bioëthiek wordt orgaandonatie wel een bovennormale plicht genoemd, dat wil zeggen een wenselijke maar niet moreel verplichte handeling, vanwege de diverse opvattingen die er rond postmortale orgaanexplantatie bestaan, en het respect voor de autonomie van de donor (42).

6.2 Een morele plicht van de kant van het ziekenhuis

Aan donororganen bestaat een grote behoefte en de transplantatie kan voor menigeen levensbehoud of bevrijding van de afhankelijkheid van machines (nierdialyse) betekenen. Bij invoering van een geen-bezwaarsysteem moet ermee rekening worden gehouden dat de ziekenhuizen onder een zekere druk komen te staan om bij elke potentiële kandidaat die geen bezwaar heeft aangetekend, de procedure voor orgaandonatie na het overlijden in gang te zetten. Dit is vooral voor de kleinere ziekenhuizen uitermate belastend. Bovendien kunnen zich verschillende redenen voordoen om van orgaanexplantatie af te zien. Het lijkt daarom onredelijk in dit verband voor de ziekenhuizen een verplichting in te voeren (43).

7 De rechtvaardige verdeling van de beschikbare donororganen

Als gevolg van de schaarste aan donororganen overtreft de vraag het aanbod. Daardoor ontstaat het moeilijke



probleem van de rechtvaardige verdeling van de donororganen. Welke recipiënt komt het eerst in aanmerking? Welke selectiecriteria kunnen worden gehanteerd met betrekking tot de screening van potentiële recipiënten?

7.1 Het selectieniveau

Voordat de vraag naar de selectiecriteria kan worden gesteld, moet eerst helder zijn op welk niveau de selectie plaats gaat vinden (44). Dit kan op micro-niveau plaatsvinden, hetgeen inhoudt dat de arts of het team in individuele gevallen beslist wie een ter beschikking gekomen orgaan zal ontvangen. Hier zijn ongetwijfeld nadelen aan verbonden. De arts heeft een persoonlijke relatie met zijn patiënten en zou zich een rechter over hun lot kunnen voelen met alle spanningen van dien. Dit lijken redenen om de voorkeur te geven aan een selectie op macro-niveau. Deze vindt plaats, doordat de overheid, de ziektekostenverzekeraars of eventuele andere overkoepelende instanties bepaalde categorieën patiënten van orgaantransplantatie uitsluiten. Dit gebeurt zonder aanzien des persoons, zodat deze fundamentele schending van de verdelende rechtvaardigheid structureel wordt vermeden.

7.2 Selectie op macro-niveau

Redenen voor het uitsluiten van bepaalde categorieën kunnen zijn de geringe kans op succes en de kosten die aan de transplantatie van bepaalde organen verbonden zijn. Op medische gronden kan men bijvoorbeeld een minder grote kans op succes verwachten van niertransplantatie bij diabetes mellitus, hooggeïmmuniseerde patiënten, de tweede of derde poging tot niertransplantatie en gebrekkige compliantie van de kant van de patiënt tijdens de dialyse. Morele factoren spelen een rol bij Jehova's getuigen, die op basis van hun uitleg van bepaalde bijbelteksten (Leviticus 7, 26-27 en Handelingen 15, 28-29) bloedtransfusie afwijzen, welke bij een niertransplantatie in de regel moeilijk gemist kan worden. De Medisch Ethische Commissie van de Nederlandse Transplantatie Vereniging is van oordeel dat Jehova's Getuigen met chronische irreversibele nierinsufficiëntie desondanks voor niertransplantatie in aanmerking dienen te komen (45).

Hoewel selectie op macro-niveau ontegenzeggelijk enkele voordelen biedt, kleven aan het systematisch buitensluiten van bepaalde groepen ook grote bezwaren. Wanneer patiënten die tot een buitengesloten categorie behoren, zich dat realiseren, kunnen zij zich ook als mens afgeschreven voelen en de moed verliezen, omdat hen alle hoop op de enige redding die er voor hen is, ontnomen wordt. Het is bovendien niet ondenkbaar dat een patiënt uit een categorie die niet voor transplantatie in aanmerking komt, vanwege zijn belang voor anderen – bijvoorbeeld zijn gezin – toch meer recht op transplantatie heeft dan een ander, bij wie medisch gezien de kans op succes hoger is. Het structureel uitsluiten van elk aanzien des persoons kan in zich ook tot onrechtvaardigheid leiden. Er zijn immers naast medische criteria nog tal van andere criteria, die in de besluitvorming moeten worden meegewogen. Selectie op macro-niveau lijkt daarom niet gewenst.

7.3 Selectie op micro-niveau

Aan selectie op micro-niveau valt niet te ontkomen. De vraag is hoe op een rechtvaardige manier geselecteerd kan worden. Loting, chronologische selectie en selectie op basis van een wachtlijst hoeven niet zonder meer te worden afgewezen, maar zijn bij voorkeur van toepassing, wanneer een keuze moet worden gemaakt tussen potentiële recipiënten, bij wie de kans op succes gelijk ligt. Wanneer dit laatste niet het geval is, is het redelijk om het verkregen donororgaan aan die kandidaat toe te wijzen die er naar verwachting het meeste profijt van zal hebben.

Om dit "profiel" te kunnen inschatten worden medische en persoonsgebonden (niet-medische) criteria gehanteerd. De medische criteria betreffen de kans dat het getransplanteerde orgaan aanslaat, de overlevingskans, de verhoging van de levensverwachting, de te verwachten verbetering van de levensomstandigheden, de eventuele belasting, complicaties en risico's. Onder de aanvaardbare persoonsgebonden criteria vallen de leeftijd en de sociale positie van de potentiële recipiënt. Bij de toewijzing



van een donornier zal de keuze redelijkerwijs eerder op een ouder van een gezin met jonge kinderen vallen dan op iemand van hoge leeftijd, van wie anderen niet meer in directe zin afhankelijk zijn (46).

7.4 Wederkerigheid inzake orgaandonatie?

Als selectie criterium is ook wel het wederkerigheidsprincipe naar voren gebracht (47). Uit onderzoeken blijkt dat er een grote discrepantie bestaat tussen degenen die een codicil hebben, en degenen die dat niet hebben, maar – indien dat nodig mocht blijken – wel graag voor orgaantransplantatie in aanmerking zouden komen. Deze situatie heeft ertoe geleid dat sommigen zich afvragen of tegenover een vermeend recht op een orgaan een plicht zou moeten staan om een codicil te dragen. Tegenover de claim stelt men dan de eigen bereidheid om aan de claim van anderen te kunnen voldoen.

Artikel 12 van de Human Organ Transplant Act in Singapore (1987) behelst dat personen die een niertransplantatie nodig hebben, prioriteit bij de toewijzing van donornieren krijgen, wanneer zij er geen bezwaar tegen hebben aangetekend om zelf als donor te fungeren. Mocht iemand later op zijn bezwaar terugkomen, dan krijgt hij na een periode van twee jaar dezelfde rechten als de overige potentiële recipiënten (48). Als tegenargument geldt vaak dat men iemand niet mag dwingen tot het onderschrijven van een codicil, en daarmee tot orgaandonatie.

Wanneer men een levensreddend orgaan van anderen ontvangt, is dat een gave om niet. Dit gegeven schept onloochenbaar een zekere verantwoordelijkheid, waarbij men zich dient af te vragen of het wel eerlijk is om deze gave van anderen zo vanzelfsprekend te aanvaarden zonder deze, in beginsel, zelf aan anderen te willen doen. Dit is echter iets dat ieder zich persoonlijk zou moeten afvragen.

De moeilijkheid van het wederkerigheidsprincipe is dat het onthouden van donororganen als een sanctie gaat functioneren voor hen die geen codicil bezitten. Zelfs al zou het niet als een sanctie, maar als een vorm van restitutie moeten worden opgevat (49), dan blijft de toepassing van het wederkerigheidsprincipe op bezwaren stuiten. Een praktisch bezwaar is dat men dan ook geen bloedtransfusie zou moeten toedienen aan mensen die niet als bloeddonor staan geregistreerd. Mocht iemand weten dat bij hem een orgaantransplantatie nodig is, dan zou hij nog snel een codicil kunnen opstellen, waardoor de toepassing van het wederkerigheidsprincipe in de praktijk een farce wordt (50). Een fundamenteel bezwaar is dat sancties en restitutie hier volstrekt niet van toepassing zijn. Dat zijn zij slechts, wanneer iemand door zijn gedrag de rechtvaardigheid schendt. Orgaandonatie betreft echter, zoals gezegd, niet een strikte verplichting waaraan de donor op basis van rechtvaardigheid zou zijn gehouden, maar een gave uit broederliefde, solidariteit of altruïsme.

7.5 De handel in donororganen

Zoals gezegd, is solidariteit met de zieke en lijdende medemens een goed motief voor het in alle vrijheid en zonder dwang genomen besluit om een codicil te tekenen ten behoeve van postmortale orgaandonatie. Er zijn ook verkeerde motieven denkbaar. Mensen in ontwikkelingslanden worden soms door armoede gedwongen om bloed voor bloedtransfusie af te staan.

In 1989 deden de berichten de ronde dat er een wereldwijde handel in menselijke organen bestond. Dit heeft de orgaandonatie in een kwaad daglicht gezet. Waarschijnlijk zijn deze negatieve geruchten nog versterkt door het inmiddels verfilmde boek “Coma” van de schrijver Robin Cook. Hardnekkige geruchten over mensen die gedood worden om hun organen te verkrijgen, hebben een negatieve invloed op de acceptatie van postmortale orgaandonatie.

Het risico van commercie en handel in organen is, dat mensen door hun penibele financiële situatie gedwongen worden organen af te staan of alleen financieel goed gesitueerden in aanmerking voor transplantatie komen. Commercies en handel leiden tot misstanden en ongelijkheid. Deze ongelijkheid is reeds op navrante wijze

aanwezig wanneer men bedenkt met welke middelen men in de westerse samenleving één mens in leven houdt en hoe weinig men besteedt aan de absolute beschermwaardigheid en onaantastbaarheid van mensen uit ontwikkelingslanden.

Als fundamenteel bezwaar geldt dat organen die deel hebben uitgemaakt van een menselijk lichaam, in zich geen commercieel object kunnen zijn, maar alleen een geschenk. Hoewel het lichaam na de dood geen subject van rechten meer is en als instrumenteel goed mag worden beschouwd, zijn de organen toch essentieel onderdeel van een menselijke persoon geweest. Fox en Swazey wijzen erop dat het commercialiseren van de orgaandonatie versterkt wordt door “the progressive ‘biologization’ of donated organs,” die zij gedurende de tachtiger en negentiger jaren hebben geconstateerd (51).

De boven besproken conserverende maatregelen zouden bovendien niet vanuit de deugdenethiek als vervulling van de betrokken donor als mens kunnen gelden, wanneer deze zijn organen met een winstoogmerk ter beschikking zou stellen. De toepassing van conserveren de maatregelen zouden dan de degradatie van de donor zelf tot instrumenteel goed betekenen.

Soms komen anderen dan de donor op het idee dat donatie van organen of weefsels een goede zaak is en dat men na overlijden de betrokken naasten hiervoor geen toestemming hoeft te vragen. In 1989 kwam een omvangrijke ‘handel’ in hersenvliezen aan het licht. Het Duits bedrijf Braun Medical kreeg al jaren lang gratis honderden hersenvliezen van overleden ziekenhuispatiënten zonder dat hiervoor bij de nabestaanden toestemming was gevraagd. Hoewel de medewerkers van het Bredase ziekenhuis De Baronie hieruit geen geldelijk gewin haalden is een dergelijke handelwijze moreel niet te rechtvaardigen omdat noch de donor (vooraf) noch diens nabestaanden (achteraf) om toestemming is gevraagd.

Aanbevelingen

1 De zekerheid van de dood is een absolute voorwaarde voor orgaanexplantatie:

- a. bij een beademde patiënt is voor de vaststelling van de dood het aantonen van de irreversibele uitval van de hersenstam vereist;
- b. hiervoor is klinisch onderzoek van de hersenstamreflexen voldoende.

2 Orgaanpreserverende maatregelen en diagnostische ingrepen die geen therapeutische betekenis voor de donor hebben, maar louter op de orgaandonatie zijn afgestemd, zijn onder strikte voorwaarden toelaatbaar:

- a. *conditio sine qua non* voor de toelaatbaarheid ervan is dat de kandidaatdonor zelf toestemming heeft gegeven of – bij invoering van een geen-bezwaarsysteem – geen bezwaar heeft aangetekend;
- b. toestemming alleen van de familie is hiervoor onvoldoende.

3 Wat betreft de verwerving van donororganen verdient de invoering van een toestemmingssysteem de voorkeur, omdat dit – gezien de huidige maatschappelijke discussie hieromtrent – prudenter lijkt te zijn en het ‘gave-karakter’ van de orgaandonatie beter tot uitdrukking brengt. Invoering van een geen-bezwaarsysteem valt echter niet zonder meer af te wijzen, mits:

- a. de vrijheid om al dan niet als orgaandonor te fungeren wordt gegarandeerd;
- b. tevoren in een periode van vijf jaar de bevolking intensief over het concept van de totale hersendood en de procedure van de orgaandonatie is voorgelicht;
- c. een betrouwbare registratie van degenen die bezwaar tegen orgaandonatie aantekenen, gegarandeerd is en de arts die orgaanexplantatie overweegt, hieromtrent direct informatie kan inwinnen;
- d. en wanneer de orgaandonatie en de daarvoor vereiste procedure de psychische draagkracht van de naaste familie te boven gaat, van het uitsluiten van de organen wordt afgezien, ook al heeft de betrokkene



toestemming gegeven of geen bezwaar aangetekend.

4 Orgaandonatie is geen strikte verplichting op basis van rechtvaardigheid, maar een daad van broederliefde, solidariteit of altruïsme:

- a. weigering van orgaandonatie mag niet als een onrechtvaardige en als zodanig moreel verkeerde beslissing worden afgeschilderd;
- b. de ziekenhuizen moeten niet verplicht worden om bij elke potentiële donor de procedure voor orgaandonatie in gang te zetten.

5 De beschikbare donororganen moeten worden toegewezen overeenkomstig de normen van de verdelende rechtvaardigheid:

- a. selectie van recipiënten op macroniveau is ongewenst;
- b. loting, chronologische selectie en selectie op basis van wachtlijsten zijn van toepassing bij recipiënten bij wie de kans op profijt naar verwachting gelijk ligt;
- c. voor de inschatting van het mogelijke profijt van een orgaantransplantatie worden gehanteerd
 - medische criteria: de kans dat het getransplanteerde orgaan aanslaat, de overlevingskans, de verhoging van de levensverwachting, de te verwachten verbetering van de levensomstandigheden, de eventuele belasting, complicaties en risico's;
 - persoonsgebonden criteria: leeftijd en sociale positie;
- d. het wederkerigheidsprincipe moet niet worden toegepast, noch als sanctie noch als vorm van restitutie;
- e. menselijke donororganen kunnen alleen een geschenk zijn maar geen commercieel object.

Noten

[size=x-small]1. Cfr Transplantatie van foetaal weefsel, een medische en een ethische beschouwing met bijzondere aandacht voor de behandeling van patiënten met de ziekte van Parkinson, Ede: Prof Dr G .A. Lindeboominstituut, 1993 (Rapport nr 9).

2. Eijk WJ. De hedendaagse stromingen en de christelijke mensvisie in de medische ethiek, in: Eijk WJ, Lelkens JPM. Wat is menswaardige gezondheidszorg?, Oegstgeest: Colomba, 1994:3038.

3. Cfr Steemers-van Winkoop MWH. Leven door de dood: de visie van het leergezag in de RK Kerk ten aanzien van orgaandonatie, Tijdschrift voor Gezondheid en Ethiek 1994;4 nr 2:43-47.

4. Pius XII. Toespraak tot de Associazione Italiana Donatori della Cornea (14-5-1956), Acta Apostolicae Sedis 1956;48:459-467, hier geciteerd p. 464.

5. L'Osservatore Romano (Wochenausgabe in deutscher Sprache), 20 1990;20 nr 21 dd 25 mei; Cfr L'Osservatore Romano (Weekly edition in English, 1991,24 juni.

6. Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz, Gott ist ein Freund des Lebens, Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, Trier, 1989:102-105; Organtransplantationen, Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Würzburg/Himmelspforten, 2 juli 1990.

7. van Dorp WG. Orgaantransplantatie bijbels verantwoord? Bijbel en Wetenschap 1987;103:221-223; Pastorale vragen rond orgaan- en weefseldonatie, Driebergen: Samenwerkingsorgaan voor het Pastoraat van de Nederlandse Hervormde Kerk, de Gereformeerde Kerken in Nederland en de Evangelisch-Lutherse Kerk in het Koninkrijk der Nederlanden, z.j. (Werkmateriaal Pastoraat nr. VI), p. 6; Verheij J. Orgaantransplantatie," in: Jochemsen H, Cusveller BS. Christelijke oriëntatie in medisch-ethische onderwerpen, Veenendaal/Amsterdam: Nederlandse Patiënten Vereniging/Buijten & Schipperheijn, 1992: 165; Seldenrijk R. Organen en Weefsels op Reis. Een medisch-ethische afweging van de transplantatiegeneeskunde. Leiden: J.J. Groen en Zoon, 1993: 185-188; Pranger D. Zo spreken de kerken over orgaandonatie, Nier Stichting Nederland, 1993:16-17;27-49.

8. op't Hof WJ. Mag een christen een donorcodicil dragen? Terdege 1990;24 oktober, 7 november.



9. de Beaufort ID, Dupuis HM. Ethische vragen met betrekking tot weefsel- en orgaantransplantaties, in: de Beaufort ID, Dupuis HM. (red.), Handboek gezondheidsethiek, Van Gorcum, Assen 1988:592-595; Dupuis HM. Orgaandonatie en verkrijging van organen: 'van de kant van de donor', Ethiek en recht in de gezondheidszorg, aanvulling 9-mei 1992, X:XIII: 122-123.
10. Tweede Kamer, 1991-92, 22 358, nr.2, artikel 10:4; nr.3:33-35.
11. Rothenberg LS. The Anencephalic Neonate and Brain Death: An International Review of Medical, Ethical, and Legal Issues," Transplantation Proceedings 1990;22: 1037.
12. Teo B. Is the adoption of more efficient strategies of organ procurement the answer to persistent organ shortage in transplantation? Bioethics 1992;6:nr 2: 117.
13. Kiezen en delen. Rapport van de commissie Keuzen in de zorg, Rijswijk, 1991: 139-140.
14. Schulp JA. Geen plaats meer voor de ziel," Bijbel en Wetenschap 1987;103:225.
15. Bonhoeffer D. Ethics, London: SCM Press, 1955: 126.
16. Eijk WJ. Euthanasie, hulp bij suïcide en actieve levensbeëindiging zonder verzoek," in: Eijk WJ, Lelkens JPM. Wat is menswaardige gezondheidszorg?, op. cit., p. 115-116.
17. Tweede Kamer, 1991-1992, 22 358, nr. 3:24.
18. Zie hoofdstuk 2: 12, en hoofdstuk 3: 19.
19. Dupuis HM. Orgaandonatie en verkrijging van organen: 'van de kant van de donor,' op. cit., p. 122-123.
20. Gallagher JA. Time Past, Time Future. An Historical Study of Catholic Moral Theology, Mahwah (New York): Paulist Press, 1990:56-58. Dit wordt duidelijk in handboeken als Tanquerey A. Synopsis theologiae moralis et pastoralis, Parijs/Romae, 1943 (13e ed.), 3 vol. en Prümmer DM. Manuale Theologiae Moralis, Barcelona, 1946;3(10e ed.).
21. In de seculiere ethiek is de hernieuwde belangstelling voor de deugden voor een groot deel te danken aan MacIntyre A. After virtue. A study in moral theory, Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1981. Vgl. van den Beld A. De plaats van de deugd in de hedendaagse ethiek, in: Hubbeling HG, Veldhuis R. (red.), Ethiek in meervoud, Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1985: 145-176. Voor de herleving van de deugdenethiek in de seculiere bioëthiek zie Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, New York/Oxford: Oxford University Press, 1989:374-385 (3e ed.).
22. Ook in het Voorstel van wet op de Orgaandonatie wordt ervan uitgegaan, dat de toepassing van orgaanpreserverende maatregelen vóór het overlijden van de patiënt alleen met diens toestemming mag plaatsvinden (art.20, lid 1, Tweede Kamer, 1991-1992, 22 358, nr.2:6; Akveld JEM. Het Voorstel van wet op de Orgaandonatie gewogen, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1992;16:72-73. Een afwijkend advies gaf de Gezondheidsraad in 1987, die orgaan-preserverende maatregelen wel toelaatbaar acht, ook zolang niet vaststaat of de potentiële donor bezwaar heeft gehad, en de nabestaanden geen overwegende bezwaren hebben geuit (Gezondheidsraad, Algemene transplantatieproblematiek, 's-Gravenhage, 1987: 114).
23. Tweede Kamer, 1991-1992, 22 358, nr 2, art. 9-10; Kokkedee VI. Een concept-voorstel van wet op de orgaandonatie; de toestemmingsregeling voor postmortale orgaanverwijdering, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1991 ;135 no.7:286-290.
24. Teo B. Organs for transplantation. The Singapore experience, Hastings Center Report 1991;21 nr 6:10-13.
25. Teo B. Is the adoption of more efficient strategies of organ procurement the answer to persistent organ shortage in transplantation? Bioethics 1992;6 nr2: 127 -128.
26. Kokkedee W. Postmortale orgaandonatie. Juridische aspecten, Medisch Contact 1994;49 nr 36:1117-1118; Stevens P. Orgaandonatie. De praktijk, ibid.: 1116.
27. Gezondheidsraad, Algemene transplantatieproblematiek, op. cit.:112-114.
28. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies orgaandonatie, Zoetermeer, 1990:23-24.
29. Spreeuwenberg C. Orgaandonatie en zelfbeschikking, Medisch Contact 45 (1990;45 nr 44: 1299.



30. Jochemsen H. Orgaantransplantatie. "De kwesties van het doodscriterium en de toestemming," *Pro vita humana* 1995;2:35-36.
31. Tweede Kamer, 1991-1992, 22 358, nr 2, artikel 11, 1.
32. Kramer M, Akveld H. Wetgeving orgaandonatie. De tijd stond even stil, *Medisch Contact* 1994;49 nr 2:54.
33. Cfr Wolbert W. Ein Recht auf den Leib des anderen? Zu einigen Fragen der Organtransplantation, *Stimmen der Zeit* 1991;116 nr 5:331-344.
34. Ciccone L. I trapianti d'organo: aspetti etici, *Medicina e Morale* 1990;40 nr 4:704.
35. Pius XII. Toespraak tot de Associazione Italiana Donatori della Cornea, op.cit.:461-462.
36. Ibid.:464-465.
37. van Thiel GJMW, Smalbraak-Schieven GJ, de Kanter-Loven BMJ. Het beslissysteem bij orgaandonatie. Rechten en plichten strijden om de voorrang, *Medisch Contact* 1993;48 nr. 43:1341.
38. Ciccone L. I trapianti d'organo: aspetti etici, op. cit.:698.
39. Pius XII. Toespraak tot de Associazione Italiana Donatori della Cornea, op. cit.:465.
40. Giovanni Paolo II ad un gruppo internazionale di medici nefrologi, *L'Osservatore Romano*, 1990, 30 april-I mei:6.
41. Samenwerkingsorgaan voor het Pastoraat van de Nederlandse Hervormde Kerk de Gereformeerde Kerken in Nederland en de Evangelisch-Lutherse Kerk in het Koninkrijk der Nederlanden, op. cit., p. 2 en 6; Pranger D. Zo spreken de kerken over orgaandonatie, op. cit., pp. 16-17;27 -49.
42. van Thiel GJMW, Smalbraak-Schieven GJ, de Kanter-Loven BMJ. Het beslissysteem bij orgaandonatie. Rechten en plichten strijden om de voorrang, op. cit.: 1339.
43. Op de Coul AAW. Het toestemmingsgesprek bij orgaandonatie. De praktijk, *Medisch Contact* 1993;48 nr. 43:1343.
44. Dupuis HM. Transplantatiegeneeskunde: Ethische aspecten, *Ethiek en recht in de gezondheidszorg*, aanvulling-december 1990, X:XIII: 102-104.
45. Medisch Ethische Commissie van de Nederlandse Transplantatie Vereniging, "Niertransplantatie bij Jehova's Getuigen," *Medisch Contact* 1993;48 nr 50:1591-1592.
46. Dupuis HM. Transplantatiegeneeskunde: Ethische aspecten, op. cit.:104; in de Anglo-Amerikaanse literatuur worden de medische en de persoonsgebonden criteria samengevat onder "medical utility" respectievelijk "social utility," zie Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*, op. cit.:294-296.
47. Dupuis HM. Ethische aspecten van transplantaties, *Medisch Contact* 1987;42:393-395.
48. Teo B. Is the adoption of more efficient strategies of organ procurement the answer to persistent organ shortage in transplantation? op. cit.:114. Bovendien wordt donorschap aangemoedigd, doordat de naaste familieleden van nierdonoren de eerste vijf jaar na de donatie een korting van 50% genieten op de kosten verbonden aan medische behandeling in de staatsziekenhuizen.
49. Smart B. Fault and the allocation of spare organs, *Journal of medical ethics* 1994;20 nr 1 :26-30.
50. Medisch Ethische Commissie van de Nederlandse Transplantatie Vereniging. "Bereidheid tot orgaandonatie als uitgangspunt voor het recht op een donororgaan," *Medisch Contact* 1993;48 nr 50: 1593.
51. Fox RC, Swazey JP. Leaving the Field, *Hastings Center Report* 1992;22 nr 5: 13.[/size]