

Orgaandonatie na euthanasie

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

In 2009 en 2010 heeft een aantal Belgische artsen gerapporteerd over orgaandonatie bij patiënten die waren overleden aan euthanasie (Ysebaert e.a, 2009, 585-586; Ysebaert e.a, 2010). Het betrof uiteindelijk 20 procedures bij patiënten die euthanasie hadden ondergaan omwille van een degeneratieve neuromusculaire aandoening. De organen bij deze patiënten waren verkregen

d.m.v. een non-heart beating procedure, d.w.z. een werkwijze waarbij organen uit het lichaam gehaald worden nadat de hartdood is ingetreden, in dit geval dus hartdood nadat de dodelijke euthanatica waren toegediend. De vraag is hoe vanuit rooms-katholiek perspectief tegen deze vorm van orgaandonatie en de rol van de diverse betrokkenen bij het donatieproces aangekeken zou moeten worden, tegen de achtergrond van de officiële rooms-katholieke standpunten.

Huidige situatie

In een aantal West-Europese landen, waaronder Nederland, België en Duitsland, regelt Eurotransplant (ET) de werving en toewijzing van donororganen. ET heeft in haar registraties de mogelijkheid om te registreren dat orgaandonatie plaatsgevonden heeft na een euthanasieprocedure. Ook kunnen centra in de ET-systemen kenbaar maken dat ze organen van patiënten overleden aan euthanasie niet willen accepteren. Ondanks deze mogelijkheden is het onbekend hoeveel organen er in Nederland na euthanasie worden verkregen of getransplanteerd (Nederlandse Transplantatie Stichting, 2011). Eventuele Nederlandse gevallen komen in de ET-registraties nu in een groep 'Overigen' terecht, waardoor er geen nadere gegevens te achterhalen zijn.

Orgaandonatie na euthanasie in Nederland

De orgaandonatieprocedure die nu door Belgische artsen is gerapporteerd betreft kort samengevat een geplande euthanasieprocedure in het ziekenhuis die wordt gevolgd door een non-heart-beating type III orgaandonatie (Kootstra e.a, 1995, 2893-2894). De verkregen organen betreffen de nieren, de longen, de lever en de alvleesklier (ten behoeve van de eilandjes van Langerhans). Bij een euthanasieprocedure thuis zou orgaandonatie onmogelijk zijn, omdat dan de tijd tussen het intreden van de hartdood en het uitnemen



Dr Frans J. van Ittersum

Internist-nefroloog
Bestuurslid Stichting Medische Ethiek
(www.medische-ethiek.nl)
Buitengaats 44
1186 MC Amstelveen
E-mail: fj.van.ittersum@gmail.com



Dr Lambert J.M. Hendriks

Priester-moraaltheoloog
Vice-rector van Grootseminarie Rolduc
Heyendallaan 82
6464 EP Kerkrade
E-mail: l.hendriks@me.com

van de organen dusdanig lang zou worden dat de organen onbruikbaar zouden zijn voor transplantatie. De patiënten die een dergelijke gecombineerde euthanasie-orgaandonatieprocedure ondergaan, kiezen derhalve bewust voor orgaandonatie: door deze bewuste keuze kan de euthanasie alleen plaatsvinden in het ziekenhuis. Om een en ander goed te laten verlopen zijn in het ziekenhuis nog wel een aantal aanvullende organisatorische werkzaamheden nodig.

Redenerend vanuit de orgaandonatiepraktijk in Nederland, zal in het algemeen na een euthanasieprocedure het lichaam min of meer ongemoeid gelaten worden totdat de officier van Justitie heeft erkend dat het een volgens de wet toelaatbare euthanasieprocedure betreft. In geval van orgaandonatie is het vrijwel direct na het intreden van de hartdood noodzakelijk de gewenste organen te koelen en te perfunderen met preservatievloeistof. Er moet dus tevoren met de officier van Justitie overleg zijn geweest of er moet snel een voorlopige beslissing van deze officier kunnen worden verkregen. Ook zal de transplantatiecoördinator (TC), de functionaris die de donatieprocedure coördineert, al ruim voor het intreden van de dood – en dus voor het uitvoeren van de euthanasie – betrokken moeten zijn bij de organisatie, om dezelfde reden dat anders de organen te lang na de dood worden uitgenomen en niet meer geschikt zijn

voor transplantatie. De behandelend transplantatie-arts van de potentiële orgaanontvanger wordt pas als alles achter de rug is in kennis gesteld en is bij de euthanasie-orgaandonatieprocedure als zodanig niet betrokken. In de praktijk is deze euthanasie-orgaandonatie-procedure dus een intensieve samenwerking tussen de behandelend arts die de euthanasie uitvoert, de officier van Justitie en de transplantatiecoördinator. De laatste twee beslissen minimaal impliciet, maar mogelijk ook wel expliciet, mee over het moment en de omstandigheden waaronder de euthanasie zal plaatsvinden.

Ethische reflectie

Een aantal aspecten in deze werkwijze vraagt om een morele reflectie. De meest in het oog springende zijn de euthanasieprocedure, de orgaandonatie, de mogelijke medewerking van diverse mensen aan deze euthanasieprocedure, de morele status van de verworven organen en de schijn van goedkeuring van euthanasie wanneer men zonder bezwaren de organen die beschikbaar komen gaat gebruiken.

Orgaandonatie wordt in de rooms-katholieke moraaltheologie toegejuicht, mits het wordt gedaan als een vrijwillige, onbaatzuchtige daad uit naastenliefde (Catechismus van de Katholieke Kerk, 2005; Nederlandse Bisschoppen, 1995). In het geval van orgaandonatie na euthanasie zal aan die twee voorwaarden worden voldaan. De handeling van orgaandonatie is dus zeker qua object moreel goed. De rooms-katholieke kerk keurt echter euthanasie af, vanwege de overtuiging dat de mens geen volledige beschikking heeft over het lichaam, dat mede de menselijke persoon constitueert (Raymakers e.a, 2010, 402-412). Men loopt de kans mee te werken aan het kwaad, als men betrokken is bij de gecombineerde euthanasie-orgaandonatieprocedure of deze door stilzwijgen goed lijkt te keuren.

Medewerking aan het kwaad

Al lang geleden hebben rooms-katholieke moraaltheologen onderkend dat medewerking aan het kwaad kan plaatsvinden op verschillende niveaus (Eijk, 2010, 79-89). Een vaak aangehaald voorbeeld gaat over medewerking die men aan abortus provocatus kan geven: de operatiekamerassistent die hierbij assisteert en de medewerker die het instrumentarium steriliseert werken allen in verschillende mate mee aan de abortus. Om deze mate van medewerking te kunnen onderscheiden heeft men medewerking ingedeeld in:

Formele medewerking. Hierbij stemt men in met de handelingen die de hoofdpersoon uitvoert. Het kan zijn dat de medewerker hierbij dezelfde intentie heeft als de hoofdpersoon: men noemt zijn medewerking dan *expli-*

ciet formeel. Wanneer men niet per se dezelfde intentie heeft als de hoofdpersoon, maar wel meewerkt aan het beoogde doel, noemt met de medewerking *impliciet* formeel.

Materiële medewerking. Men werkt wel mee aan een handeling, maar stemt er niet mee in dat deze plaatsvindt. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de medewerker die het abortusinstrumentarium steriliseert, maar persoonlijk morele bezwaren heeft tegen abortus provocatus.

Formele medewerking is altijd ongeoorloofd. Materiële medewerking is in zichzelf ook ongeoorloofd, maar niet altijd te vermijden. Iedereen werkt in meer of mindere mate wel op materiële wijze mee aan het kwaad. Een voorbeeld hiervan is het Nederlandse ziektekostenstelsel. Als men uit moreel oogpunt in de verste verte niet mee wil werken aan abortus, zal het heel moeilijk zijn een ziektekostenverzekering te vinden. Er bestaat weliswaar een wettelijke mogelijkheid een Pro Life polis te kiezen waarbij abortus niet meeverzekerd is, maar de Pro Life polis is weer ondergebracht bij een grotere moedermaatschappij en indirect zal men toch in enige mate aan abortus meebetalen. Het afsluiten van een Pro Life polis heeft dus meer het karakter van een morele stellingname dan dat men in het geheel niet meer meewerkt

aan abortus (Jochemsen e.a, 2005). Bij materiële medewerking is daarom een tweede onderscheid tussen *directe* of *indirecte* medewerking noodzakelijk:

Van *directe medewerking* is sprake wanneer de handeling van de medewerkers een operationele eenheid met die van de hoofdpersoon vormt. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de operatieassistent die de aborterende arts assisteert. Directe materiële medewerking is vrijwel altijd tevens - minstens - impliciet-formeel en daarom niet acceptabel.

Indirecte medewerking kan onder een aantal omstandigheden worden gerechtvaardigd. De eerste voorwaarde is dat de handeling die de medewerker zelf uitvoert op zich geen ongeoorloofde handeling is. De tweede voorwaarde is dat de medewerker een voldoende ernstige reden heeft om aan de handeling mee te werken. Hierbij is van belang hoe ernstig het kwaad is waaraan wordt meegewerkt en hoe eenvoudig dit te vermijden is. Verder is van belang dat men zich – ondanks de medewerking – van de kwade handeling distantieert. De medewerking van degene die het instrumentarium steriliseert, maar tegen abortus is, en bij weigering van zijn medewerking het risico loopt zijn baan te verliezen, zou onder *geoorloofde indirecte materiële medewerking* kunnen vallen.

Een foute daad kan niet door een goede worden verdoezeld

Medewerking aan een euthanasie-orgaandonatieprocedure

De patiënt en de behandelend arts

In geval van orgaandonatie na euthanasie moet gekeken worden naar de onderscheiden verantwoordelijkheden van de patiënt, de behandelend arts, de officier van justitie, de transplantatiecoördinator (TC), het uitnameteam (chirurgen, operatiekamerassistenten) en de transplantatie-arts van de orgaanontvanger. Voor de patiënt en de behandelend arts geldt dezelfde beoordeling als voor euthanasie zonder orgaandonatie. Hoezeer de patiënt ook in een uitzichtloze situatie terechtgekomen is, en hoe moeilijk het ook zal zijn het lijden te verlichten en draaglijk te maken, de patiënt heeft niet in absolute zin het recht te beschikken over zijn eigen, van God gekregen leven. De patiënt heeft binnen bepaalde grenzen wel het recht en de plicht om zijn leven zelf in te richten, maar het leven zelf staat niet ter beschikking van de mens. Als zodanig mag hij zijn behandelend arts niet vragen dit leven te beëindigen. De behandelend arts heeft een eigen verantwoordelijkheid: hij is evenzeer gehouden het leven te respecteren, ook als de patiënt hierom vraagt. Wanneer de behandelend arts - zoals bij euthanasie het geval is - de levensbeëindigende handeling uitvoert op verzoek van de patiënt, is hij samen met de patiënt de hoofdpersoon van deze handeling.

De officier van justitie

Het aandeel van de officier van justitie staat niet op één lijn met dat van de patiënt of de arts; de officier van justitie hoeft zich niet uit te laten over de morele geoorlooftheid van euthanasie, maar de vraag beantwoorden of de euthanasie verricht is volgens de zorgvuldigheidsvereisten die in de Wet toetsing levensbeëindigend handelen op verzoek zijn genoemd; het aandeel van de officier van justitie kan niet zonder meer als moreel ongeoorloofd worden gekwalificeerd.

De transplantatiecoördinator

De rol van de TC is anders. Deze voert de euthanasie niet uit en kan mogelijk op zich ethische bezwaren hebben tegen euthanasie. Wel is er in de regel sprake van een vorm van directe materiële medewerking, omdat het moment van de euthanasie en de wijze waarop deze plaatsvindt, in veel gevallen met deze TC zal worden afgestemd om ervoor te zorgen dat de organen kort na de dood kunnen worden uitgenomen. Ook zal de TC zeer waarschijnlijk geen duidelijke afstand nemen van de euthanasiepraktijk, waardoor naar buiten toe de indruk ontstaat dat hij ermee instemt – ook wanneer dat feitelijk niet het geval is – en daardoor aanleiding geeft tot ergernis. Vergelijkbare situaties doen zich voor bij

onderzoekers die voor hun onderzoek foetaal materiaal nodig hebben. Zij kunnen hiervoor gebruik maken van foetussen die intra-uterien spontaan zijn overleden. Foetussen die door abortus provocatus zijn omgekomen zijn echter eenvoudiger verkrijgbaar. Omdat deze onderzoekers niet direct betrokken zijn bij de abortus provocatus is in het verleden geconcludeerd dat het moreel verantwoord is deze geaborteerde foetussen

voor onderzoek te gebruiken, omdat er geen directe formele of materiële betrokkenheid van deze onderzoekers aan de abortus provocatus is. De Congregatie voor de Geloofsleer heeft

Ook het maken van afspraken over het tijdstip van orgaanuitname betekent medewerking aan de euthanasie

in de Instructie *Dignitas Personae* geconcludeerd dat een dergelijke onafhankelijkheid onvoldoende is om het gebruik van het door abortus verkregen foetale materiaal te rechtvaardigen (Congregatie voor de Geloofsleer, 2008). Het probleem is dan dat door de noodzaak voor het maken van meerdere afspraken met de abortusartsen een directe betrokkenheid ontstaat en er bijgevolg sprake is van directe medewerking. In feite is de situatie van de TC vergelijkbaar met de wetenschappelijk onderzoeker die gebruikt maakt van foetaal materiaal: door de nauwe betrokkenheid met de gehele procedure, dus ook met de euthanasie, kan de TC zich niet volledig meer distantiëren van de euthanasie en hiervan onafhankelijk blijven. Hoewel hij fysiek buiten de levensbeëindigende handeling blijft, is er door de afspraken die hij maakt met de patiënt-donor en de betrokken arts die de benodigde middelen verstrekt, van zijn kant een vorm van directe medewerking aan de euthanasie.

Het uitnameteam

De leden van het uitnameteam staan verder van de euthanasie af. Zij komen in actie wanneer de hartdood al is ingetreden. Idealiter staan zij in de startblokken wanneer de dood intreedt. Er zal dus zeker met hen overleg zijn wanneer de euthanasie zal moeten plaatsvinden, om te bewerkstelligen dat de organen niet te laat worden verwijderd. Doordat ook met hen afspraken moeten worden gemaakt met betrekking tot de euthanasie, is er ook van hun kant sprake van een vorm van directe medewerking aan euthanasie.

De ontvanger en zijn transplantatie-arts

Als de hele procedure van de orgaanuitname is gepland, wordt door Eurotransplant een geschikte ontvanger geselecteerd. Eurotransplant licht hierover de behandelend transplantatie-arts van deze ontvanger in. De bijdragen van deze transplantatie-arts aan het geheel van euthanasie en orgaanuitname is zeer beperkt. De gehele procedure is al uitgedacht en georganiseerd wanneer de transplantatie-arts op de hoogte wordt gebracht van de

beschikbaarheid van een orgaan. Zijn medewerking is derhalve indirect. Wel heeft hij afspraken gemaakt met Eurotransplant, de organisatie die donororganen verdeelt, maar niet met de behandelend arts van de donor zelf met betrekking tot het tijdstip en de uitvoering van de euthanasie.

De volgende betrokkene is de ontvangende patiënt. Ook hiervoor geldt dat deze pas wordt ingelicht als alle organisatorische en andere activiteiten hebben plaatsgevonden. In de huidige praktijk in Nederland wordt aan ontvangers niet gevraagd welke organen zij zouden willen ontvangen. Strikt genomen bieden de registraties van Eurotransplant deze mogelijkheid wel. Zo zou er om medische redenen door de patiënt of zijn behandelend arts ervoor gekozen kunnen worden dat men bepaalde organen, bijvoorbeeld van een non-heart-beating donor, niet wil ontvangen. Op analoge wijze heeft men de keus organen, die verkregen zijn na een euthanasieprocedure, te weigeren.

Tot slot

Als men deze bezwaren met betrekking tot medewerking naast elkaar legt, zou men kunnen denken dat men niet aan de euthanasie-orgaandonatieprocedure op zich moet meewerken, maar dat het verder wel goed is dat de genoemde organen voor transplantatie beschikbaar komen. Rondom de gecombineerde euthanasie-orgaandonatieprocedure hangt het idee dat “het een het ander weer goedmaakt”. Dat is misschien wel het grootste bezwaar van een dergelijke combinatieprocedure. Want naast de eerstverantwoordelijken voor de euthanasie, de patiënt (donor) en de behandelend arts, dragen ook de anderen die verder van de euthanasie af staan medeverantwoordelijkheid, zoals de TC en het uitnameteam, – en wellicht ook – de ontvangend transplantatie-arts en de ontvangende patiënt, als zij ervan op de hoogte zijn dat de orgaanuitname in samenhang met euthanasie heeft plaatsgevonden: door de organen zonder meer te accepteren wekken zij de schijn euthanasie goed te keuren en kunnen daarmee aanleiding geven tot ergernis (scandalum) (Eijk, 2010, 79-89). Met ergernis wordt in dit verband bedoeld dat men door een daad, die op zich niet laakbaar hoeft te zijn, het normbesef van anderen ondermijnt of verzwakt waardoor zij op hun beurt weer tot moreel ongeoorloofd handelen zouden kunnen worden verleid. Uit het laatste oogpunt zou het logisch zijn organen verkregen binnen het kader van een euthanasie-orgaandonatieprocedure helemaal te weigeren.

De schrijnende medische toestand van de patiënt laat in de huidige situatie van schaarste aan donororganen echter niet altijd de ruimte om een ter beschikking geko-

men orgaan voorbij te laten gaan en te wachten op een volgend aanbod. *Dignitas personae* werkt een voorbeeld uit dat moraaltheologisch vergelijkbaar is (Congregatie voor de Geloofsleer, 2008): ouders die een vaccin gebruiken voor hun kind, wiens gezondheid ernstig bedreigd is, terwijl het vaccin verkregen is door gebruik te maken van op ongeoorloofde wijze verkregen kiemcellijnen. De Congregatie voor de Geloofsleer schrijft hierover dat een en ander is toegestaan, mits men kenbaar maakt dat men het met de ontwikkelingsmethode van het vaccin niet eens is. Toegepast op transplantatiepatiënten zou dit betekenen dat zij het orgaan mogen accepteren, maar zich duidelijk distantieren van de euthanasie voor zover hen dat mogelijk is. Ook zou men bij de acceptatie van het orgaan de noodzaak kunnen betrekken: een patiënt met leverfalen of met zeer moeilijk uitvoerbare dialysebehandelingen is in een veel meer levensbedreigende situatie dan iemand die met bijvoorbeeld frequente nachtelijke dialyse in een goede conditie is, waardoor er meer reden is om een dergelijk orgaan toch te accepteren. Het zal duidelijk zijn dat juist de situaties waarin orgaandonaties een rol spelen vaak schrijnend zijn, waardoor morele keuzes ook vanuit een oprecht geweten moeilijk blijven. Het is echter onvermijdelijk ook in moeilijke gevallen een ethische reflectie toe

te laten waarbij de bredere context van het handelen, in dit geval de ermee in verband staande euthanasie, betrokken wordt.

Het is niet moreel neutraal op welke manier een orgaan beschikbaar komt

Conclusies

Vanuit de visie van de rooms-katholieke kerk is orgaandonatie na euthanasie geen ontwikkeling die moet worden toegejuicht. Er kan door de acceptatie van de euthanasie-orgaandonatieprocedure gemakkelijk een tendens ontstaan om euthanasie, een intrinsiek kwade handeling, te rechtvaardigen op basis van orgaandonatie, een handeling uit naastenliefde. Omdat er vanwege de afhankelijkheid veel directe afspraken moeten worden gemaakt tussen de arts die de euthanasie uitvoert enerzijds en de TC en het uitnameteam anderzijds, is de medewerking van de laatsten direct materieel en daarom ongeoorloofd. De patiënt en de ontvangende transplantatie-arts zijn ook gehouden afstand te nemen van deze wijze waarop de organen verkregen zijn. Zij zullen moeten afwegen of de medische situatie van de ontvanger dusdanig schrijnend en levensbedreigend is dat deze rechtvaardigt dat de organen geaccepteerd worden. De oproep tot zulke overwegingen komt zonder twijfel soms strikt over, maar wil een poging zijn om de orgaandonatie na euthanasie te overdenken vanuit het officiële standpunt van de rooms-katholieke kerk. Vanuit dit standpunt volgt zeker niet dat iemand die een orgaan accepteert dat als gevolg van euthanasie beschikbaar

komt, ook aan deze euthanasie mede schuldig wordt. Wel laat het duidelijk zien dat bij het accepteren van een orgaan dat gedoneerd wordt, het niet moreel neutraal is op welke manier dat orgaan beschikbaar is gekomen.

Literatuur

- Congregatie voor de Geloofsleer. Instructie Dignitas Personae. Rome, 2008.
- Eijk WJ, Principes voor het oplossen van conflictsituaties. In: Eijk WJ, Hendriks LJM & Raymakers JA (eds.), Handboek Katholieke Medische Ethiek. Almere: Parthenon, 2010, 79-89.
- Jochensen H & Seldenrijk R, Waarom een christelijke zorgpolis? Katholiek Nieuwsblad (7 oktober 2005).
- Kootstra G, Daemen JH & Oomen AP, Categories of non-heart-beating donors. Transplant. Proc. 1995; 27 (5): 2893-2894.
- Nederlandse Bisschoppen, Orgaandonatie - Daad van naastenliefde. 1995.

- Nederlandse Transplantatie Stichting, Orgaandonatie na euthanasie. 2011. Persoonlijke communicatie.
- Orgaan-transplantatie (§2296). In: Catechismus van de Katholieke Kerk. Kampen: Gooi en Sticht, 2005.
- Raymakers JA & Eijk WJ, Actieve levensbeëindiging. In: Eijk WJ, Hendriks LJM & Raymakers JA (eds.), Handboek Katholieke Medische Ethiek. Almere: Parthenon, 2010, 402-412.
- Ysebaert D, Van Beeumen G, De Greef K, Squifflet JP, Detry O, De Roover A, Delbouille MH, Van Donink W, Roeyen G, Chapelle T, Bosmans JL, Van Raemdonck D, Faymonville ME, Laureys S, Lamy M & Cras P, Organ procurement after euthanasia: Belgian experience. Transplant. Proc. 2009; 41 (2): 585-586.
- Ysebaert D, Van Raemdonck D & Meurisse M, Organ Donation after Euthanasia. Belgian experience: medical & practical aspects. Slide, 2010.

Samenvatting

Onlangs hebben Belgische artsen gerapporteerd over orgaandonatie na euthanasie. Het betreft een gecombineerde procedure bij patiënten met een neurodegeneratieve aandoening, waarbij na toediening van de dodelijke euthanatica de harddood wordt afgewacht alvorens de organen worden verwijderd (non-heart-beating type III). Vanuit rooms-katholiek perspectief wordt niet alleen euthanasie afgekeurd. Ook medewerking aan dergelijke gecombineerde procedures vergt dat er zo intensief met uitvoerenden van de euthanasie moet worden samengewerkt, dat deze medewerking niet goedgekeurd kan worden. Daarnaast kan medewerking aan dergelijke procedures – ook al doet men dit alleen omwille van degenen die wachten op een donororgaan – de indruk wekken dat men de euthanasie goedkeurt. Ook voor patiënten die in een moeilijke medische situatie beslissen toch een orgaan dat verkregen is na euthanasie te accepteren, is het van belang dat zij zich met nadruk van de euthanasie zelf distantiëren.

Trefwoorden: *euthanasie, orgaandonatie.*

Summary

Recently, Belgian physicians have reported on organ donation after euthanasia. In patients mainly suffering from a neurodegenerative disorder, the organ donation procedure started after cardiac death as a result of a lethal drug administration (non-heart-beating type III organ donation). From a Roman Catholic viewpoint, not only the act of euthanasia is disapproved. Equally, the participants procuring the organs must cooperate so intensively with the actors of euthanasia, that, because of this participation, their acts cannot be approved either. In addition, even if it is done to be charitable to patients awaiting a donor organ, participation in these procedures can be suggestive of approving euthanasia. Furthermore, patients who, in a difficult medical situation, chose to accept an organ obtained after euthanasia, should dissociate themselves explicitly from the euthanasia itself.

Respect voor een gift van leven

Reactie op het artikel 'Orgaandonatie na euthanasie. Een ethische beschouwing vanuit het standpunt van de rooms-katholieke kerk'

De kern van het ethisch betoog in deze publicatie ligt samengebond in de zogenoemde 'pakkende zin': "een foute daad kan niet door een goede worden verdoezeld". Ongetwijfeld verwijzen de auteurs hiermee naar euthanasie, waarna de organen worden weggenomen. De ethische vraag is echter of euthanasie steeds als een 'foute' daad moet worden beoordeeld. Nog dieper gaand betekent dit dat de auteurs – en met hen ook het Kerkelijk Magisterium – gebruik maken van een zogenoemd handelingsdeontologisch ethisch model. Dit model wordt door het Magisterium gehanteerd in de seksuele ethiek, de ethiek in verband met de medische mogelijkheden bij het beginnende leven én ook in verband met euthanasie. Dit model werd uitgebreid toegelicht in de Encycliek *Veritatis Splendor* van Johannes-Paulus II (1993).

Toch kan men niet stellen dat de kerkelijke leer uitsluitend van dit model gebruik maakt. Een meer proportioneel model wordt gebruikt in de sociale leer van de Kerk. Het Tweede Vaticaans Concilie, en vooral de Pastorale Constitutie *Gaudium et Spes*, alsook sommige onderdelen van de Verklaring over de Euthanasie van 1980 bevatten ook al een 'proportioneel' model van het afwegen van gewetensverantwoordelijkheid.

Ik ben hiervan zelf een sterke voorstander en verdedig een personalistische ethiek, waarbij men nagaat hoe men – in het licht van het menselijk wenselijke – het meest menselijk mogelijke kan realiseren (zie mijn *Handboek Medische Ethiek*, uitgegeven bij Lannoo Campus te Leuven, 2008). Dit houdt in dezen in: wanneer iemand volgens de bepalingen van de wet bewust en zelfstandig heeft gevraagd om de toepassing van euthanasie én daarna de wens uit om na de vaststelling van de hartdood, de organen vrij te geven voor wegneming, dan is dit mijns inziens een weloverwogen ethische beslissing die men dient te respecteren. Het is meegenomen – maar niet doorslaggevend – dat men hiermee levenskansen kan bieden aan mensen die wachten op een transplantatie. De nood aan organen is immers zeer groot, en het is mijns inziens zelfs een ethisch probleem op zich. De medische wereld is in staat tegemoet te komen aan deze nood, onder meer door ook gebruik te maken van organen bij hartdoden. Een

eerlijke afweging van deze mogelijkheden realiseert dus heel veel menselijkheid en goedheid.

Streven naar zorgvuldigheid

Daarenboven kan men stellen dat het Ethics Committee van Eurotransplant (in deze materie uiteraard alleen adviserend), en de lokale commissies voor medische ethiek (ook adviserend) de verantwoordelijken in de transplantatiecentra tot de uiterste zorgvuldigheid hebben geïnspireerd bij de uitwerking van deze procedure. Vooreerst wordt ze alleen toegepast in landen waar euthanasie wettelijk geregeld is. Eventueel kunnen transplantatiecentra in andere landen de op deze wijze bekomen organen, wel aanvaarden voor transplantatie. Vervolgens wordt een strikte scheiding voorzien tussen de arts die belast is met de inwilliging van de euthanasievraag én het medisch team dat de orgaanprelevatie zal uitvoeren. En ten slotte gebeurt deze procedure in volledige transparantie en openheid.

Euthanasie en orgaandonatie

Ik ben geen voorstander van euthanasie. Ik ben van oordeel dat met een goede palliatieve zorg (en de mogelijkheid van palliatieve sedatie) op een meer menswaardige wijze omgegaan kan worden met het levenseinde. Toch heb ik respect voor die mensen die komen tot het stellen van de euthanasievraag én voor artsen die – na zorgvuldige afweging - ingaan op deze vraag. Ik leef bovendien in een land (België) waar een wettelijke regeling voor euthanasie is uitgewerkt. Tevens erken ik dat het ingaan op het euthanasieverzoek bij sommige patiënten een uitdrukking kan zijn van het streven naar het minste kwaad. Dit is echter slechts één onderdeel van het ethisch debat. Wanneer de betrokken patiënten dan ook nog uitdrukkelijk de wens uiten om hun organen na overlijden af te staan aan andere mensen, dan staat men voor een andere ethische overweging. Deze beide procedures zijn strikt gescheiden. Ik kan echt niet inzien waarom men deze wens niet zou mogen respecteren.

Slotwoord

Maar nog eens, de kern van het ethisch debat ligt in een diepere keuze: kiest men voor een handelingsdeontologisch ethisch model waarbij men voor 'eeuwig en altijd' bepaalde handelingen als 'ongeoorloofd' denkt te moe-

ten bestempelen? Of kiest men voor een verantwoordelijkheidsmodel, waarbij men in geweten kan streven naar het waar maken van de meeste waarden in elke concrete levenssituatie waarin men zich bevindt? Voor mij is de keuze duidelijk. De auteurs van dit artikel hebben een andere keuze gemaakt. In alle eerlijkheid moet ik toegeven dat beide standpunten onverzoenbaar zijn.

Prof. dr Paul Schotsmans

Professor medische ethiek

Faculteit Geneeskunde, K.U. Leuven

Kapucijnenvoer 35, B-3000 Leuven, België

E-mail: Paul.Schotsmans@med.kuleuven.be

Reactie

Orgaandonatie na euthanasie: terughoudendheid geboden

Reactie op het artikel 'Orgaandonatie na euthanasie. Een ethische beschouwing vanuit het standpunt van de rooms-katholieke kerk'

De internist-nefroloog Van Ittersum en de priester-moraaltheoloog Hendriks bespreken vanuit rooms-katholiek perspectief de vraag of het uitnemen van organen ten behoeve van orgaandonatie na euthanasie en het transplanteren en ontvangen van na euthanasie verkregen organen geoorloofd is. Alvorens hierop in te gaan willen wij de achtergrond van orgaandonatie na euthanasie toelichten. Een gevolg van het succes van orgaantransplantatie is een tekort aan donororganen en steeds langere wachttijden voor ontvangers. Dat heeft geleid tot minder strenge selectiecriteria voor organen met meer problemen bij ontvangers en tot steeds vaker accepteren van organen van levende donoren, ondanks de mogelijkheid van ernstige complicaties bij en zelfs overlijden van de donor. In dat licht is het in overweging nemen van orgaandonatie als de wens daartoe is geuit door een euthanasiekandidaat begrijpelijk en valt het niet zo goed te begrijpen dat de auteurs dit aspect niet meewegen in hun oordeelsvorming.

Van Ittersum en Hendriks beantwoorden de door hen opgeworpen vraag ontkennend, zij het met enige nuances. Hun argumenten hiervoor zijn: euthanasie is een kwaad, het uitnemen van organen na euthanasie brengt onvermijdelijk mee dat men meewerkt aan het verrichten van euthanasie en voor zover dit niet het geval zou zijn: op zijn minst suggereert het uitnemen en gebruik van organen na euthanasie dat men euthanasie goedkeurt, billijkt of gedooft. Het morele oordeel van Van Ittersum en Hendriks staat en valt natuurlijk met de kwalificatie van euthanasie als een kwaad. Wij kwalificeren euthanasie anders. Hier nader op ingaan zou

ons echter, denken wij, buiten het bestek van dit commentaar brengen. Wij richten ons dan ook op een aantal andere zaken.

Verbod gaat voorbij aan altruïsme van donoren en noden van ontvangers

Ten eerste: wij denken dat Van Ittersum en Hendriks de betrokkenheid van degene die organen uitneemt na euthanasie, bij het verrichten van de euthanasie te zwaar aanzetten. Het verrichten van euthanasie en het uitnemen van donororganen zijn in beginsel gescheiden procedures. Dit blijkt bijvoorbeeld hieruit dat organen pas na meer dan een protocollair vastgelegde periode, nu vijf minuten na hartstilstand, worden uitgenomen, ofschoon bij orgaandonatie elke minuut telt met het oog op het behoud van de kwaliteit van organen. Dit gezegd hebbende menen wij, dat de auteurs hier wel een punt hebben. In de praktijk zullen het precieze moment en de plaats van euthanasie beïnvloed worden door hetgeen uit het oogpunt van de donatie en transplantatie van organen het beste is. Er zal door betrokkenen in het algemeen voor moeten worden gewaakt dat dit zo min mogelijk gebeurt. En dat geldt a fortiori voor degenen voor wie euthanasie een kwaad is.

Ten tweede: wij begrijpen de gedachtegang van de auteurs wanneer zij stellen dat het uitnemen, transplanteren en ontvangen van organen na euthanasie met zich mee brengt of in ieder geval de suggestie wekt dat men euthanasie billijkt. Voor degenen (van rooms-katholieke huize) voor wie euthanasie een kwaad is, betekent dit dan ook inderdaad dat het uitnemen, gebruiken en ontvangen van organen na euthanasie op zijn minst onbehaaglijk zal zijn. Evenals het bij tegenstanders van

de doodstraf vast en zeker onbehagen zou oproepen wanneer zij organen zouden transplanteren van donoren na het voltrekken van een doodvonnis, zelfs indien de geëxecuteerde bij leven heeft verklaard zijn organen te willen doneren.

Wij begrijpen dat de auteurs onbehagen voelen bij de verwevenheid van euthanasie en orgaandonatie. Een zeker onbehagen voelen wij ook. Voor ons zit het onbehagen echter eerder ergens anders in. Waar wij voor zouden willen waken is dat de mogelijkheid van orgaandonatie wordt *aangekaart* bij patiënten die overwegen euthanasie te ondergaan of aangeven die weg in te willen slaan. Dat zou ongepast zijn. Het initiatief voor het gesprek over orgaandonatie moet volledig liggen bij de patiënt die euthanasie overweegt of besloten heeft dit te ondergaan. Daarom denken wij dat de zaken op zijn minst zo geregeld moeten worden dat alleen patiënten die in een veel eerder stadium of los van de euthanasie, kenbaar hebben gemaakt als orgaandonor te willen fungeren, in aanmerking kunnen komen voor het doneren van organen na euthanasie.

Ten derde: In de redenering van de auteurs zou het in beginsel toelaatbaar zijn bij patiënten die euthanasie overwegen, voorafgaande aan de euthanasie, bijvoorbeeld een nier uit te nemen. Daarentegen is het volgens de auteurs volstrekt ontoelaatbaar de nier uit te nemen na euthanasie, ofschoon in beide gevallen de patiënt te kennen heeft gegeven zijn nier te willen doneren. Dat valt niet te rijmen en de auteurs zouden dat hebben moeten bespreken.

Ten vierde: Van Ittersum en Hendriks aanvaarden (impliciet) als consequentie van hun redenering dat het volledig onmogelijk wordt gemaakt om gevolg te geven aan de uitdrukkelijke (en onbaatzuchtige) wens van mensen om ten behoeve van mensen in nood organen te doneren, op het moment dat zij onfortuinlijkerwijs in een situatie zijn beland waarin zij euthanasie overwegen.

Wij vragen ons af of het volgens de auteurs dan ook niet uit het oogpunt van consistentie zo zou moeten zijn dat in geen geval organen van mensen die suïcide hebben gepleegd, voor donatie zouden mogen worden gebruikt. Ten vijfde: de auteurs hebben geen oog voor het menselijk vrijwel onmogelijke van de door hen geformuleerde eis aan een gelukkige en dankbare ontvanger van een orgaan de euthanasie bij de donor van dat orgaan te veroordelen.

Samengevat delen wij tot op zekere hoogte het onbehagen van Van Ittersum en Hendriks over orgaandonatie na euthanasie, maar om een andere reden: wij zijn huiverig voor het ongevraagd ter sprake brengen van orgaandonatie na euthanasie. De strikte benadering van de auteurs en de impliciete veroordeling van vrijwel allen die bij donatie en transplantatie betrokken zijn, leidt vooral en ten onrechte tot het voorbijgaan aan een oprechte wens tot orgaandonatie van een mens en tot het stellen van de soms onmogelijke eis aan een orgaanontvanger met hen euthanasie expliciet te veroordelen.

Dr Frans Huysmans

Internist-nefroloog, voorzitter Commissie Mensgebonden Onderzoek regio Arnhem-Nijmegen
Afdeling Nierziekten 464
UMC St Radboud
Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen
E-mail: F.Huysmans@nier.umcn.nl

Dr mr Frans van Agt

Hoofd/beleidsmedewerker Commissie Mensgebonden Onderzoek regio Arnhem-Nijmegen
Instituut Waarborging Kwaliteit en Veiligheid 578
UMC St Radboud
Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen
E-mail: F.vanAgt@iwkv.umcn.nl

Mededeling

Ivf-behandelingen vindt men normaal, maar artsen willen vrouwen boven de 45 jaar deze behandeling niet geven omdat zij het onnatuurlijk vinden dat een oudere vrouw zwanger wordt. Sommige patiënten proberen het gebruik van de producten van de farmaceutische industrie te beperken omdat deze tegennatuurlijk zouden zijn. Wat is die natuur precies? Het natuurlijke in de reformwinkel is iets heel anders dan in de Oostvaardersplassen of een laboratorium.

De natuur als argument te gebruiken, als zou het veilig of onschadelijk zijn of soms juist bruut, verwoordt vaak een *gut feeling* die moeilijk onder woorden is te brengen. Dat het natuurlijke goed zou zijn, is echter in de moraalwetenschappen één van de best weerlegde argumenten, maar desondanks blijft het een grote rol spelen op alle terreinen in de maatschappij en zeker in de geneeskunde.

De Vereniging voor Filosofie en Geneeskunde (VFG) houdt op zaterdag 15 oktober 2011 te Leiden haar jaarcongres getiteld: 'Natuur en Geneeskunde. Een tegenstelling?' Vanuit kentheoretisch, wijsgerig-antropologisch, ethisch en politiek-filosofisch perspectief zal worden stilgestaan bij de natuur als argument in de geneeskundige praktijk. Nadere informatie bij: Marjanne van Zwol (m.vanzwol@vumc.nl). Zie ook www.filosofieengeneeskunde.nl

In de reacties van zowel Schotsmans als Huysmans en Van Agt op ons artikel komt het vooral aan op ons principiële standpunt dat euthanasie altijd een moreel kwaad is. Hierbij willen wij niet opteren voor een bepaald model, maar ervoor staan dat het menselijk leven een absolute, onvervreembare waardigheid heeft. Dit is een inzicht dat onlosmakelijk verbonden is met de moraal van de rooms-katholieke kerk. Vanuit deze visie wordt niet alleen euthanasie afgekeurd, maar ook die handelingen die ermee verbonden zijn of die euthanasie als iets legitiems voorstellen, zoals de orgaandonatie die door de euthanasie mogelijk wordt.

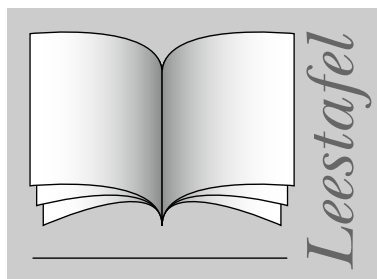
Ten aanzien van de door ons beschreven problemen met medewerking aan de beschreven procedure meent Schotsmans dat er een strikte scheiding is tussen degenen die de euthanasie uitvoeren en degenen die zich met de orgaandonatie bezighouden. Huysmans en Van Agt relativiseren – als inhoudsdeskundigen – deze stelling en geven toe dat in de praktijk deze strikte scheiding niet kan bestaan. Wij blijven derhalve van mening dat de door ons geschetste problemen met betrekking tot medewerking aan de besproken procedures reëel zijn.

Huysmans en Van Agt hebben zeker gelijk als zij stellen dat het afstaan van één nier voordat euthanasie wordt uitgevoerd in de rooms-katholieke visie anders ligt en niet per definitie stuit op de problemen ten aanzien van medewerking die wij in ons artikel hebben benoemd.

Tenslotte wekken de drie commentatoren de indruk dat wij geen oog hebben voor de nood van mensen die wachten op een donororgaan en daarnaast mensen die meewerken aan de beschreven procedures veroordelen. Dat is een misvatting. Een ethische analyse zoals door ons uitgevoerd gaat over kwalificaties van handelingen, niet over het veroordelen van personen. Verder zullen Schotsmans en Huysmans en Van Agt het met ons eens zijn dat de orgaandonatiepraktijken in onder andere Pakistan en China niet gelegitimeerd worden door het schrijnende tekort aan donororganen. Ergens ligt er dus voor iedereen een grens, ook in tijden van tekorten. Het feit dat men naar deze grens op zoek gaat betekent natuurlijk allerm minst dat men geen compassie zou hebben met degenen die op een orgaan wachten. In deze zin hoeft er ook geen tegenstelling te bestaan tussen een ethiek met principiële uitgangspunten en een personalistische ethiek, zoals Schotsmans die voorstaat, aangezien de intrinsieke waardigheid van de persoon voor ons nu juist de reden is om euthanasie af te keuren.

Dr Frans J. van Ittersum

Dr Lambert J.M. Hendriks



Haan G de, Benedictus R, Graafeiland R van, Wissenburg M (eds.): *Gen-ethische grensverkenningen. Een liberale benadering van ethische kwesties in de medische biotechnologie*. Den Haag: Teldersstichting, 2010. 101 blz. ISBN/EAN: 978-90-73896-46-8. Prijs: € 15,00.

Gen-ethische Grensverkenningen presenteert een liberale visie op een aantal ethische vragen, die voortvloeien uit de beschikbaarheid van steeds meer genetische informatie enerzijds en uit de ontwikkelingen in de medische biotechnologie anderzijds. De liberale visie impliceert volgens de auteurs een beginselethiek waarbij het in geval van

mogelijke negatieve gevolgen nodig kan zijn, "iets van die principes toe te geven" (p. 21). De individuele vrijheid, vooral geïnterpreteerd als negatieve 'vrijheid van ...', wordt als het belangrijkste fundament van deze ethiek beschouwd, voorzichtig begrensd door het (niet-)schadebeginsel. Daarnaast is er ruimte voor sociale rechtvaardigheid, geïnterpreteerd als bescherming van de minimale bestaanszekerheid van de allerzwaksten in de samenleving. Naast de individualistische insteek van deze ethiek wordt ook een pleidooi gehouden voor het principe van marktwerking, waarvan een betere prijs-kwaliteitverhouding, meer maatschappelijke rechtvaardigheid, en de verdere uitbreiding van individuele vrijheden worden verwacht. Het grootste deel van de 100 pagina's sterke bundel beslaan de overwegingen ten aanzien van de toegepaste thema's: preventieve geneeskunde, pre-implantatie genetische diagnostiek (PGD), genterapie, en *personalized medicine*. In het geval van risico-overwegingen binnen de preventieve geneeskunde

wordt afgewogen tussen de financiële belangen van verzekeringsmaatschappijen en het recht van patiënten te beschikken over hun gezondheidsrelevante informatie. De auteurs laten dit laatste zwaarder wegen, behalve in het geval van verzekeringen tegen grote risico's (hoge kosten). Heel ver gaan zij bij de discussie over PGD. Het prevaleren van de negatieve individuele vrijheid rechtvaardigt de selectie op niet-ziek makende eigenschappen van het toekomstige kind. Daarbij hoort dan ook de selectie op het geslacht (p. 92), nota bene niet om geslachtsgebonden genetische aandoeningen te voorkomen. Conform de intentie van de auteurs presenteert de bundel inderdaad een toegespitste discussiebijdrage met een liberaal profiel. Het is te hopen dat deze bijdrage de maatschappelijke discussie gaat prikkelen, en dat hij uiteindelijk gaat leiden tot een verdere verheldering van de in de discussie gebruikte argumenten, alsmede tot kennis van de inhoudelijke posities in het politieke debat.

Norbert Steinkamp