

Discriminatie bij orgaandonatie*

Er is in de voorgaande jaren veel te doen geweest rondom het onderwerp orgaandonatie. In 1998 is de Wet op de Orgaan Donatie (WOD, 1998) ingevoerd. Deze wet regelt in Nederland de orgaandonatie voor transplantatiedoeleinden, zowel voor donatie bij leven als voor donatie na de dood (postmortale donatie). Sinds 1998 is er altijd een tekort aan vrijwillige postmortale donoren geweest om aan de relatief grote

vraag tegemoet te komen. Dit artikel poogt niet dé oplossing aan te dragen voor dit probleem, hoewel dit probleem een oplossing behoeft. In dit artikel zal ik een beschouwend standpunt innemen en een bepaald aspect van het Nederlands donatiebeleid nader onderzoeken, vanuit zowel juridisch als ethisch perspectief.

Omdat het mijn persoonlijke mening is dat ethiek altijd verweven is met de levensvisie en/of geloofsovertuiging van haar bedrivers en dat zelfs geen beschouwing, hoe welgemeend ook geschreven, vrij blijft van de invloed van deze overtuigingen, heb ik ervoor gekozen dit artikel in te leiden met onderstaande bijbeltekst. Zij geldt voor mij als de rots voor mijn gedachtevorming omtrent het brede terrein van de orgaandonatie. Zoals velen van mijn voorgangers het bijbelverhaal van de barmhartige Samaritaan hebben gebruikt als een beeld voor de altruïstische gift bij orgaandonatie, zou ik niet alleen deze gelijkenis, maar het gehele evangelie van Jezus Christus willen aangrijpen als introductie voor dit onderwerp. Dit evangelie luidt als volgt: Hij heeft zijn leven gedoneerd. Maar de volgende vraag bij donatie is altijd: wie is de acceptor?

Niemand heeft grotere liefde, dan dat hij zijn leven inzet voor zijn vrienden.

Jezus Christus (Bijbel NBG 1951, Johannes 15:13)

Iemand die zich inschrijft in het donorregister in Nederland (postmortale orgaandonatie) kan op het donorcodocil geen voorkeur aangeven aangaande het soort acceptor. Een donor kan bijvoorbeeld niet aangeven dat hij/zij alleen een orgaan wil schenken aan een blank persoon. Dit zouden we zien als rassendiscriminatie. Ook kan een donor er niet voor kiezen alleen een orgaan te schenken aan iemand die zelf ook donor is (het principe van wederkerigheid bij orgaandonatie) of iemand die deel uitmaakt van zijn/haar familie. De



Chris Verhagen

Leuvenplein 148

3584 LH Utrecht

Email: C.D.Verhagen@students.uu.nl

bereidheid om te doneren wanneer de acceptor aan bepaalde voorwaarden voldoet wordt ook wel 'conditionele donatie' genoemd. Orgaandonatie bij leven biedt de donor meer vrijheid bij het aanwijzen van de acceptor: dit is meestal een familielid of een goede vriend/vriendin uit de kennissenkring. Zelden is er sprake van een anonieme orgaangift bij leven, hoewel de zogenoemde Samaritaanse gift zeker wel voorkomt (Zuidema e.a., 2009, 188). Men kan dus stellen dat iemand met een grote en liefdevolle familie of een grote kennissenkring makkelijker aan een nieuwe nier zal komen dan iemand zonder familie en zonder hechte vrienden. Op die manier heeft iemand die wat beter uit de 'loterij van het leven' is gekomen een grotere kans op betere zorg, omdat hij in een grote en liefhebbende familie geboren is. Of heeft iemand, die in sociaal opzicht wat sterker is en dus wat populairder, meer kans op een nieuwe nier dan iemand die sociaal zwak is.

Op zich lijkt het vanzelfsprekend dat iemand bij leven niet zomaar zijn nier weggeeft aan een anoniem persoon. Ook lijkt het gemaakte onderscheid qua beleid tussen orgaandonatie bij leven versus orgaandonatie postmortaal heel logisch. Het zijn gevoelsmatig twee onvergelykbare situaties. In dit artikel wil ik deze gevoelsmatig onvergelykbare situaties met elkaar vergelijken om te kijken of de verschillen in beleid wel zo logisch zijn. Om tot een goede vergelijking te komen moet er voor beide regelingen eerst een aantal vragen beantwoord worden: wat houdt het beleid in, met het accent op de vrijheid die de donor heeft om specifieke eisen te stellen aangaande het soort acceptor? Wat zijn de belangrijkste waarden, die een rol gespeeld hebben bij de totstandkoming van de normen? Welk gewicht hebben deze waarden gekregen bij de totstandkoming van de normen en het huidige beleid? Vervolgens kan een vergelijking gemaakt worden en kan bepaald worden of in beide regelingen dezelfde

waarden hetzelfde gewicht hebben gekregen in de totstandkoming van het beleid.

Er wordt dus naar discriminatie (in de brede zin van het woord) gekeken op twee verschillende niveaus:

- 1 Discriminatie in die zin, dat een donor iets te zeggen heeft over wie zijn/haar orgaan ontvangt en dus op welke basis dan ook onderscheid maakt. Dit is discriminatie op het niveau van de acceptor.
- 2 Discriminatie in die zin, dat er onderscheid wordt gemaakt tussen de rechten van de donor die bij leven doneert en de donor die na de dood doneert. Dit is dus discriminatie op het niveau van de donor.

Verder poog ik te zoeken naar een redelijke en acceptabele rechtvaardigingsgrond voor discriminatie op het niveau van de donor en tracht ik een antwoord te vinden op de simpele vraag: waarom mag een overleden donor, uiteraard vóór het overlijden via een donorcodicil/wilsverklaring, niet bepalen waar zijn orgaan naartoe gaat en een levende donor wél? Hierbij pretendeer ik niet volledig te zijn, maar wil ik een fundament leggen voor verdere exploratie.

Postmortale orgaandonatie nader bezien

In de wet op de orgaandonatie heeft hoofdstuk 3 (artikelen 9-23) betrekking op het ter beschikking stellen van organen na overlijden. Kort samengevat komt het beleid op het volgende neer:

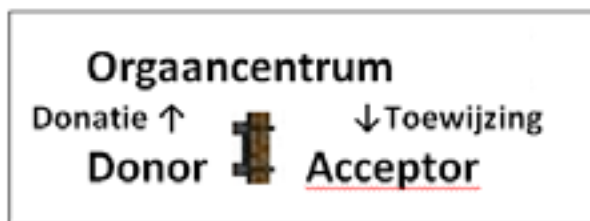
Meerderjarigen en minderjarigen van twaalf jaar en ouder, die in staat zijn tot een redelijke waardering van hun belangen terzake, mogen toestemming geven tot, dan wel bezwaar aantekenen tegen, het na hun dood verwijderen van hun organen of bepaalde door hen aan te wijzen organen. Dit gebeurt door het invullen en laten registreren van een donorformulier. Iedere Nederlandse burger krijgt op de leeftijd van 18 jaar zo'n donorformulier toegestuurd. Eventuele kosten mogen vergoed worden op basis van artikel 2, maar indien de toestemming verleend is met het oogmerk daarvoor een vergoeding te ontvangen die meer bedraagt dan de kosten, dan is deze nietig.

Wanneer een donor komt te overlijden wordt de dood vastgesteld door een arts die niet bij de verwijdering of implantatie van het orgaan betrokken mag zijn. Er wordt onmiddellijk melding gemaakt van het vermoedelijk

beschikbaar komen van organen voor implantatie bij een orgaancentrum. Vervolgens wijst het orgaancentrum iemand aan die voor het bij het centrum aangemeld orgaan in aanmerking komt. Hierbij wordt volgens artikel 18 "met geen andere factoren rekening gehouden dan met de bloed- en weefselovereenkomst van donor en ontvanger van het orgaan, de medische urgentie van de ontvanger en andere, met de toestand van het orgaan samenhangende, omstandigheden dan wel, indien deze factoren geen uitsluitsel geven, met de wachttijd van de ontvanger. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen daaromtrent nadere regels worden gesteld".

Hoewel de criteria bij selectie van de acceptor per orgaan verschillen, valt op dat geen van deze criteria afhankelijk is van de wil van de donor. De donor heeft dus geen inspraak in de toewijzing van de organen. De toewijzing vindt immers plaats op een hoger niveau dan het niveau van de donor.

Schematisch ziet de procedure er uit zoals in afbeelding 1 is weergegeven.



Afbeelding 1

Deze afbeelding maakt ook duidelijk dat de donor in essentie niet doneert aan de acceptor, maar aan het orgaancentrum, aan de maatschappij. Tussen de donor en de acceptor bevindt zich een scheidende wand. Ze kennen elkaar niet, zien elkaar niet en hebben geen invloed op elkaar. Verder is de donor ten tijde van de transplantatie per definitie al niet meer in leven.

Waarden en hun gewicht

Volk en Ubel (2008,1542) en Stahl (2008,109) benoemen een aantal belangrijke waarden die een rol spelen in de ethiek van orgaandonatie: *autonomie, rechtvaardigheid/gelijkheid, eerlijkheid, medische uitkomst* en *speciale obligatie naar een geliefde*.

De peiler van ons donatiebeleid is het respect voor de *autonomie* van de donor. De nadruk ligt hierbij op vrijwilligheid, authenticiteit en doelbewuste overweging. De donor moet in alle vrijheid tot zijn/haar keuze gekomen zijn om na de dood een orgaan af te staan, zonder dwang van buitenaf. De keuze voor donatie moet idealiter zuiver altruïstisch zijn. Van zuiver altruïsme is al geen

sprake meer als er iets tegenover staat, zoals het geval zou zijn in een ‘Geen donor? Dan ook geen acceptor!’ beleid. Ook wanneer de markt zich erin mengt, bijvoorbeeld doordat zorgverzekeraars korting bieden aan verzekerden die zich als orgaandonor laten registreren, kan zuiver altruïsme vermengd worden met financiële of andere bijvoegmerken.

Een ander belangrijk principe is *rechtvaardigheid/gelijkheid*. Dit uit zich in ons donatiebeleid voornamelijk bij de verdeling van organen. De criteria die bij toewijzing gehanteerd worden zijn reeds beschreven en zijn met uitzondering van ‘urgentie’ en ‘wachtijd’ gericht op een zo hoog mogelijke donor-acceptor compatibiliteit en dus een zo groot mogelijke kans op slagen: een zo gunstig mogelijke *medische uitkomst*. Het criterium van ‘wachtijd’ berust op het principe van ‘wie het eerst komt, die het eerst maalt’ en het principe van gelijke behandeling, zonder onderscheid tussen personen. Het criterium van ‘urgentie’ ligt wat ingewikkelder. Dit criterium, dat getypeerd kan worden als egalitairistisch (Ten Have e.a., 2003, 165), is strijdig met het voorgenoemde ‘wie het eerst komt, die het eerst maalt’ principe. Het voert buiten de strekking van dit artikel om hier dieper op in te gaan. Wat wél relevant is, is om te expliciteren welke criteria in ieder geval niet gebruikt mogen worden. Op basis van artikel 1 van de Nederlandse Grondwet en artikel 14 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens mag bij de toewijzing niet primair gediscrimineerd worden op basis van “enig onderscheid op welke grond ook, zoals geslacht, ras, kleur, taal, godsdienst, politieke of andere mening, nationale of maatschappelijke afkomst, het behoren tot een nationale minderheid, vermogen, geboorte of andere status”, tenzij deze factoren de succeskans bij transplantatie beïnvloeden.

Belangrijk op dit moment is dat het principe van autonomie niet zo ver strekt dat de donor op welke manier dan ook voorwaarden mag stellen aangaande het soort acceptor waaraan het orgaancentrum zijn/haar orgaan toekent. De eigenschappen op basis waarvan het orgaancentrum niet mag discrimineren gaan dus net zo goed op voor de donor. Met deze eigenschappen kunnen groepen afgebakend worden. Hierbij is dus sprake van ‘conditionele orgaandonatie’. Een verschil hiermee vormt ‘bestemde orgaandonatie’. Van bestemde orgaandonatie is sprake wanneer de donor zijn orgaan bij voorkeur of uitsluitend aan een specifiek persoon wil geven. Ook dit onderscheid wordt beschreven door Volk en Ubel (2008). Zij beschrijven dat bestemde orgaandonatie slechts moreel aanvaardbaar kan zijn als er een pre-existente relatie is tussen de donor en de acceptor. Zij geven hierbij het voorbeeld van een 21 jaar oude, potentiële donor van wie de vader

Hoewel de criteria bij selectie van de acceptor per orgaan verschillen, valt op dat geen van deze criteria afhankelijk is van de wil van de donor

op de wachtlijst staat voor een niertransplantatie. Er is geen twijfel over mogelijk dat de zoon na overlijden zijn nier het liefst aan zijn vader zou geven. In dit geval weegt de *speciale obligatie naar een geliefde* zwaarder dan de waarde van *eerlijkheid* ten aanzien van de wachtlijsten. *Speciale obligatie naar een geliefde* zou ik als volgt willen definieëren: een situatie waarin een persoon in een relatie van oprechte liefde staat tot een ander persoon en deze oprechte liefde de persoon ertoe dwingt de ander te helpen. Met een dergelijke situatie lijkt de WOD echter geen rekening te houden.

Orgaandonatie bij leven nader bezien

In de wet op orgaandonatie heeft hoofdstuk 2 (artikelen 3-8) betrekking op het ter beschikking stellen van organen bij leven. Bij deze vorm van orgaandonatie gaat het om organen die gemist kunnen worden, zoals de nier, een deel van de lever, bloed en stamcellen. De belangrijkste punten uit deze artikelen tracht ik hier samen te vatten:

Een meerderjarige die in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, kan toestemming verlenen voor het bij zijn leven bij hem verwijderen van een door hem aangewezen orgaan ten behoeve van implantatie bij een bepaald persoon. Hierbij moet de hulpverlener de donor goed informeren omtrent de procedure en de gevolgen en risico's voor diens gezondheid. Tevens moet de hulpverlener zich ervan vergewissen dat de donor de toestemming vrijelijk en in het besef van de gevolgen heeft verleend. Eventuele kosten mogen vergoed worden op basis van artikel 2, maar indien de toestemming verleend is met het oogmerk daarvoor een vergoeding te ontvangen die meer bedraagt dan de kosten, dan is deze nietig.

Opvallend is dat er geen nadere omschrijving wordt gegeven van de mogelijke acceptor, in artikel 3 beschreven als “een bepaald persoon”. Dit betekent dat het de wilsbekwame donor vrij staat te kiezen aan wie hij/zij zijn of haar orgaan doneert.

Wat ook opvalt, is dat er in tegenstelling tot het beleid bij postmortale orgaandonatie geen orgaancentrum tussen de donor en de acceptor bemiddelt. De donor doneert direct aan de acceptor, zonder tussenwand. Beiden zijn in leven ten tijde van de orgaan gift. Ook voor deze situatie kan een schematische weergave opgesteld worden, zoals te zien in afbeelding 2.

Donor → Acceptor
Toewijzing & donatie

Afbeelding 2

Er kunnen in dit plaatje vraagtekens gezet worden bij het gebruik van het woord 'toewijzing'. Vaak is het immers niet zo dat de persoon eerst een intrinsieke altruïstische drang ervaart om bij leven een orgaan af te staan en daarna pas bedenkt of hij/zij het orgaan aan een specifieke persoon wil toewijzen en zo ja, aan wie. Vaker is er bij deze vorm van donatie sprake van een situatie waarin een familielid of een goede kennis dringend een nier nodig heeft. Vervolgens komt een familielid of vriend tot het besluit dat hij/zij bereid is een nier af te staan om de prognose van de patiënt te verbeteren of zelfs het leven te redden. In dit geval is er dus niet echt sprake van toewijzing.

Waarden en hun gewicht

Ook bij orgaandonatie bij leven is *autonomie* de belangrijkste waarde. De donor moet ook nu zelf tot de vrije keuze komen om een orgaan af te staan. In geval van een anonieme orgaangift bij leven (hoe zeldzaam dan ook) is het ook nu niet moreel verantwoord dat de patiënt voorwaarden stelt aangaande het soort acceptor, op basis van eigenschappen als ras, geslacht, huidskleur, leeftijd, voorgeschiedenis, etc.

Rechtvaardigheid en *gelijkheid* lijken bij orgaandonatie bij leven een minder grote rol te spelen. Zoals reeds beschreven heeft dit te maken met het feit dat er, in tegenstelling tot post-mortale orgaandonatie, niet gedoneerd wordt aan een orgaancentrum, maar direct aan een geliefde of aan een familielid. Toch kan men zich afvragen of er niet te weinig gewicht is toegekend aan *rechtvaardigheid* en *gelijkheid*. Is het bijvoorbeeld rechtvaardig dat iemand die al twee jaar op de wachtlijst staat voor een nier gepasseerd wordt, alleen omdat hij toevallig niemand heeft die hem bij leven een nier schenkt? In dit geval wordt aan de *speciale obligatie naar een geliefde* meer waarde toegekend dan aan *gelijkheid*. Als met deze *speciale obligatie naar een geliefde* geen rekening gehouden zou worden zou je al snel een communistische situatie krijgen, waarbij iemand slechts zijn orgaan bij leven kan afstaan aan de maatschappij en de maatschappij het orgaan toebedeelt aan een patiënt. Dit zou er ook voor zorgen dat er veel minder organen van levende orgaandonoren vrijkomen, omdat het belangrijkste motief om bij leven een orgaan te doneren, het helpen van een geliefde, wegvalt.

Het lijkt erop dat er aan de *medische uitkomst* niet meer of minder waarde wordt toegekend dan bij post-mortale

orgaandonatie. Wel is de variabiliteit hier een stuk kleiner. De kans dat de donor en de acceptor compatibel zijn is immers lang geen 100 procent. Bij het postmortale beleid zou dan een andere acceptor in de lijst in aanmerking komen, maar bij een bestemde orgaangift kan daar geen sprake van zijn. Op het principe van het gepaarde donorruilprogramma ga ik nu niet verder in, hoewel dit wel een zekere oplossing biedt voor het genoemde probleem.

Vergelijking

Inmiddels zijn er een aantal opvallende verschillen aan de orde gekomen tussen de 'levende donor' en de 'overleden donor', die wat meer licht werpen op de vraag waarom de overleden donor 'niet mag bepalen' waar zijn/haar orgaan naartoe gaat en een levende donor in zekere zin wél. Deze verschillen zet ik hier op een rij.

Het belangrijkste verschil tussen de levende donor en de overleden donor (de persoon die een donorcodocil invult voor postmortale orgaandonatie) is het *motief voor donatie*. In geval van orgaandonatie bij leven is er meestal een situatie ontstaan waarbij een familielid, vriend of kennis een orgaan nodig heeft. Er is meestal geen sprake van een primair verlangen in de donor om zijn/haar nier weg te geven, maar er is sprake van een speciale obligatie naar een geliefde toe, vanuit een langer bestaande relatie met die persoon, leidend tot een reactionair verlangen om hem/haar te helpen. Als deze situatie niet was ontstaan, zou er ook geen motief zijn voor de levende donor om zijn/haar orgaan weg te geven. In geval van de overleden donor is het motief vaak minder dringend en persoonlijk (niet altijd!). De acceptor heeft voor de donor geen gezicht. De beste rechtvaardigingsgrond luidt dus als volgt: bij een levende donor is er vaak sprake van een *speciale obligatie naar een geliefde*, bij post-mortale orgaandonatie is dit vaak niet of op een minder directe manier het geval.

Een tweede belangrijk onderscheid is het *verschil tussen bestemde orgaandonatie en conditionele orgaandonatie*. Bestemde orgaandonatie is een persoon aanwijzen als acceptor. Conditionele orgaandonatie is het afbakenen van een groep potentiële acceptoren door middel van bepaalde voorwaarden, zoals ras, geslacht of donorstatus. Conditionele orgaandonatie wordt in het huidige systeem afgekeurd, zowel bij de levende donor als de overleden donor. Bij de levende donor is er meestal sprake van bestemde orgaandonatie. Dit is te rechtvaardigen als er sprake is van een *pre-existente relatie* (een sleutelwoord in dit argument!) tussen donor en acceptor. Indien hiervan geen sprake is, dan kan het motief van de donor alsnog in twijfel getrokken worden, want dan zijn er vaak andere belangen die meespelen, bijvoorbeeld commerciële belangen (Epstein e.a., 2009, 357). Bij de 'overleden donor' is bestemde orgaandonatie maar beperkt mogelijk op basis van een pre-existente relatie.

Lang niet iedereen die een donorcodocil invult heeft immers een familielid of een kennis die op de wachtlijst staat voor een orgaan. Mocht dit wel het geval zijn, dan valt het best te beargumenteren dat de WOD wat meer ruimte mag bieden voor bestemde post-mortale orgaan-donatie.

Een derde verschil tussen de levende donor en de overleden donor is de waarde van de gift. De levende donor neemt een groter risico dan de overleden donor: alleen

Met enige voorzichtigheid kan gesteld worden dat de overleden donor zelf niets meer heeft aan zijn/haar orgaan. Stof zal immers tot stof wederkeren

al de kans op algemene operatie-complicaties zorgen ervoor dat de levende donor een risico neemt door zijn/haar orgaan af te staan. Daar komt nog bij dat een operatie veel fysieke en mentale belasting met zich mee kan brengen. Overigens is uit onderzoek gebleken dat iemand die een nier afstaat nadien geen verminderde levensverwachting heeft in vergelijking met iemand die beide nieren nog heeft (Ibrahim e.a., 2009, 522). Met enige voorzichtigheid kan gesteld worden dat de overleden donor zelf niets meer heeft aan zijn/haar orgaan. Stof zal immers tot stof wederkeren. De donor heeft in die zin niets te verliezen. Gevoelsmatig kan dit anders liggen. De procedure van post-mortale orgaantransplantatie kan best intimiderend en belastend zijn, vooral voor de nabestaanden. Toch kan gesteld worden dat de levende donor een grotere en onzekerdere investering doet dan de overleden donor. Dit zou een geldige rechtvaardigingsgrond kunnen zijn om de levende donor ook meer inspraak te geven in waar zijn/haar orgaan naar toe gaat.

Conclusie

In de voorgaande paragraaf heb ik getracht het huidige orgaan-donatiebeleid in Nederland te beschrijven en heb ik me geconcentreerd op het contrast tussen de vrijheid die de 'levende' donor heeft om invloed uit te oefenen op wie de acceptor wordt en de vrijheid die de 'overleden' donor daarin heeft. Daarbij is duidelijk geworden dat er wel degelijk verschillen zijn in de wetgeving, vooral in het opzicht dat de wetgeving accepteert dat een levende donor zijn/haar acceptor zelf kiest, maar dat de overleden donor daar geen invloed op heeft. Om een verklaring te zoeken voor dit verschil is de situatie van de levende donor vergeleken met die van de overleden donor. Hieruit zijn een aantal mogelijke rechtvaardigingsgronden gevonden voor het verschil in beleid: het motief voor de donatie is anders en komt op een andere manier tot stand, er is een verschil tussen bestemde orgaan-donatie en conditionele orgaan-donatie en het verschil in waarde van de gift. Tot slot zou ik willen eindigen met een aantal, nadrukkelijk niet retorisch bedoelde, vragen: zou de postmortale donor invloed moeten krijgen op de toewijzing van zijn/haar orgaan? Zo ja, hoeveel invloed dan precies? En als een dergelijke beleidswijziging zou

leiden tot meer donoren en een oplossing zou kunnen bieden voor het donortekort, moet de overheid dit dan aangrijpen, ook wanneer dit een toename betekent van de 'discriminatie in de orgaan-donatie'? Heiligt het doel in zo'n situatie de middelen? Het laatste woord is daar

waarschijnlijk nog niet over geschreven. Wellicht zouden we een voorbeeld kunnen nemen aan de evangelische donatie, die vrij is van discriminatie.

Want niet licht zal iemand voor een rechtvaardige sterven – maar misschien heeft iemand nog de moed voor een goede te sterven – God echter bewijst zijn liefde jegens ons, doordat Christus, toen wij nog zondaren waren, voor ons gestorven is.

Paulus (Bijbel NBG 1951, Romeinen 5:8)

***Dit artikel heeft de Paul Sporken Essayprijs 2009 gewonnen, uitgeschreven door het Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek.**

Literatuur

- Epstein M & Danovitch G, Responding to offers of altruistic living unrelated kidney donation by group associations: an ethical analysis. *Nephrol Dial Transplant* 2009; 24: 357-360. Have H ten, Meulen RHJ ter, Leeuwen E van, *Medische ethiek*. 2^e druk. 2003, 165.
- Ibrahim HN et al., Long-term consequences of kidney donation. *N Engl J Med* 2009; Jan 29: 360(5): 522-3.
- Johannes 15:13, De Bijbel: Vertaling 1951 Nederlands Bijbelgenootschap.
- Nederlandse Grondwet hoofdstuk 1 artikel 1. Overheid. Beschikbaar via http://wetten.overheid.nl/BWBR0001840/geldigheidsdatum_06-03-2009#Hoofdstuk1_Artikel1.
- Romeinen 5:8, De Bijbel: Vertaling 1951 Nederlands Bijbelgenootschap.
- Stahl JE, Tramontano AC, Swan JS, Cohen BJ, Balancing urgency, age and quality of life in organ allocation decisions: what would you do? *A survey*. *J Med Ethics* 2008; Feb: 34(2): 109-15.
- Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden. 1950. Beschikbaar via: <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/655FDBCf-1D46-4B36-9DAB-99F4CB59863C/0/DutchN%C3%A9erlandais.pdf>.
- Volk ML & Ubel PA, A gift of life: ethical and practical problems with conditional and directed donation. *Transplantation* 2008; Jun 15: 85(11):1542-4.
- Wet op de orgaan-donatie. Overheid. 1998. Beschikbaar via: http://wetten.overheid.nl/BWBR0008066/geldigheidsdatum_18-02-2009.
- Zuidema W, Roodnat JI, Kranenburg LW, Erdman RAM, Hilhorst MT, IJzermans JNM, Weimar W, Programma voor Samaritaanse nierdonatie in Erasmus MC, 2000-september 2008. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2009; 153: B188.

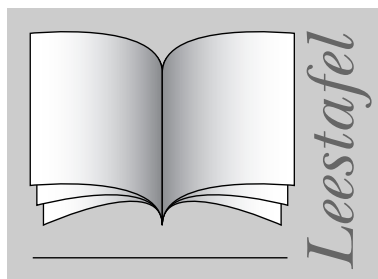
Samenvatting

Iemand die zich inschrijft in het donorregister in Nederland (postmortale orgaandonatie) kan op het donorcodicil geen voorkeur aangeven aangaande het soort acceptor. Orgaandonatie bij leven biedt de donor meer vrijheid bij het aanwijzen van de acceptor. De auteur beschouwt het donatiebeleid in Nederland met nadruk op dit verschil en zoekt naar ethische gronden om de beleidsverschillen te verklaren. Daarbij wordt duidelijk dat een aantal aspecten verklarend zijn voor de verschillen: het motief voor de donatie, het verschil tussen bestemde orgaandonatie en conditionele orgaandonatie en de waarde van de gift. Daarbij trekt de auteur het verband tussen orgaandonatie en de evangelieboodschap.

Trefwoorden: *orgaandonatie, discriminatie, Bijbel*

Summary

A person who has been registered in the Dutch organ donation register (postmortal organ donation) cannot determine what kind of acceptor will receive his/her organ. A living organ donor has more liberty to determine who will receive the organ. The author observes the Dutch organ donation policy while emphasising this difference and looks for ethical grounds to explain the differences in policy. Certain aspects explain these differences: the motive for donation, the difference between directed organ donation and conditional organ donation and the value of the gift. Furthermore, the author draws a connection between organ donation and the Christian gospel.



Welie SPK, *Criteria for Assessment of Patient Competence. A Conceptual Analysis from the Legal, Psychological and Ethical Perspectives.* Proefschrift. Maastricht University, 2008. 264 blz. ISBN: 978-90-9023128-0. NUR 820.

Sander Welie probeert vanuit een juridisch, psychologisch en ethisch perspectief te beschrijven hoe wilsbekwaamheid beoordeeld wordt of moet worden. Hij

beschrijft dat in de praktijk vaak geen expliciete beoordeling gedaan wordt van de wilsbekwaamheid. En dat is niet eens zo slecht: beoordeling kent allerlei haken en ogen en als alle partijen, patiënt, arts en familie tot overeenstemming kunnen komen is zo'n beoordeling eigenlijk niet nodig.

Daarnaast is het concept zowel juridisch, medisch en ethisch zo onhelder dat het maar de vraag is of het van meerwaarde is voor de zorg. Welie stelt namelijk dat noch de relevante literatuur, noch de hulpverleners heldere en geldige criteria aanreiken voor de beoordeling van wilsbekwaamheid. Daarom gaat hij over tot een analyse van de problematische aard van het begrip wilsbekwaamheid.

Welies conclusies zijn interessant te noemen: in plaats van 'wie beslist' stelt hij de vraag naar 'goede zorg'. Hij doet hiermee

meer recht aan de praktijk dan bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die van elke met dwang opgenomen patiënt een wilsbekwaamheidsbeoordeling wil. Dat gaat voorbij aan de dynamische en contextuele invulling van het begrip, die tegenwoordig gegeven wordt door internationale en nationale auteurs, en ook door Welie.

Dit proefschrift is te verwelkomen: zijn empirisch onderbouwde bevindingen brengen belangrijke nuances aan in het huidige wilsbekwaamheidsdebat. Toch is het moeilijke kost: de materie is complex en de uitkomst van de zoektocht naar criteria blijft toch wat onbevredigend. De kaft is echter aangenaam luchtig: deze wordt – heel origineel – opgesierd door een trefende Suske&Wiske-strip.

Andrea Ruissen

Mededeling

Conferentie 'Betere kwaliteit en veiligheid in de zorg: wat werkt?' Georganiseerd door IQ healthcare. 10 september 2010 in De Vereniging, Nijmegen. Tijd: 9.00 – 17.30 uur. Sprekers o.a. Minister Ab Klink, kwaliteitsgoeroe Don Berwick (onder voorbehoud), Sir Liam Donaldson (Chief Medical Officer UK), Ed Wagner (uitvinder van Chronic Care Model), nieuwe WRR voorzitter André Knottnerus, innovator Bas Bloem, veiligheidsexpert Charles Vincent en auteur Karin Spaik.

Onderwerpen die aan de orde komen zijn onder andere: Patiëntveiligheid, Taakverschuiving in de rol van de verpleegkundige, Implementatie van richtlijnen, Transparantie en 'Pay for Quality,' Integrale zorg voor chronisch zieken en Versterking van de positie van de patiënt. Ook wordt er teruggeblikt op het kwaliteitsbeleid van de afgelopen jaren. Voor meer informatie: www.iqhealthcare.nl.