

Medisch Ethische Commissie (MEC)

Leden:

Dr. Marion Siebelink, UMCG, voorzitter

Drs. Michael Bos

André Broeks, Isala

Dr. Karlien Cransberg, EMC

Dr. Michael Kuipers, MCL

Dr. Jacqueline van de Wetering, EMC

Jaarverslag Medisch Ethische Commissie NTV

De samenstelling van de MEC is in 2016 ongewijzigd gebleven en is drie keer bijeen geweest. Tussendoor heeft de MEC contact met elkaar gehad wanneer advies gewenst was. De volgende items zijn door de MEC opgepakt.

Een gepensioneerd huisarts heeft via de NTS contact gezocht met een gedachte dat hij kan dragen aan het vergroten van de donorpool voor nieren. Zijn voorstel is levende nier donatie in ruil voor een transplantatievoucher voor een aan te wijzen ontvanger.

De MEC heeft op verzoek van de NTS dit voorstel getoetst en kwam tot een volgend advies.

Het voorstel is moeilijk verenigbaar met de WOD en de regels en procedures met betrekking tot de allocatie van organen van postmortale donoren. Enerzijds is het aan een meerderjarige en wilsbekwame persoon toegestaan een orgaan (nier, leversegment) bij leven te doneren aan zowel een bekende als anonieme persoon (WOD art. 3), maar anderzijds geschiedt de allocatie van postmortale organen volgens een algoritme waarbij potentiële ontvangers geselecteerd worden op basis van strikte medische kenmerken (match, urgentie) en wachttijd. Dit systeem laat niet toe dat een patiënt prioriteit krijgt op basis van een toezegging uit het verleden. De beoogde ontvanger zal dus pas in aanmerking komen voor een postmortale donornier, wanneer zijn/haar actuele positie op de wachtlijst (geaccumuleerde wachttijd) en de match met de beschikbare donornier dat uitwijzen. De enige thans geldende uitzondering is, wanneer iemand die bij leven een nier heeft gedoneerd, op termijn zelf een terminale nierinsufficiëntie ontwikkelt: in dat geval wordt aan deze patiënt prioriteit verleend (door een maximum aantal punten toe te kennen). Aan een levende nierdonor wordt dus wel een toezegging gedaan, bij wijze van vangnet voor hemzelf.

De MEC/NTV is in 2016 nauw betrokken geweest bij het ontwikkelen van de nieuwe richtlijn Orgaan Donatie na Euthanasie (ODE). De uitgangspunten hiervoor zijn de adviezen zoals opgesteld in de brief van de NTV/MEC d.d. 8 juli 2015.

Invitational meeting

In 2015 had het MEC-symposium als onderwerp grenzen aan transplantatie. een logisch vervolg hierop was een verkenning van de grenzen aan orgaandonatie. Dit was dan ook het thema van 2016.

Tal van ontwikkelingen vragen om de grenzen van de orgaandonatie nader te verkennen en soms ook te verleggen. Daarbij valt te denken aan het verruimen van leeftijdsgrenzen voor donatie (accepteren van oudere donoren, maar ook zeer jonge, bijv. neonaten). Ook de rol van donatie na vaststelling van circulatoir overlijden (DCD), als een belangrijke bron van postmortale organen, neemt verder toe. Dit vraagt om nadere bepaling van de rol van de intensivist op de IC en de Spoedeisende Hulp.

Ook kwam het verhaal van orgaandonatie na euthanasie aan bod vanuit het perspectief van de intensivist. Het vraagt om een zorgvuldig samenspel van de huisarts, die leidend is bij de toestemming

voor, en bij het uitvoeren van de euthanasie, met de ziekenhuisstaf en transplantatiecoördinator, die verantwoordelijk zijn voor de donatieprocedure. Een goede scheiding van taken en verantwoordelijkheden is hierbij geboden.

Een volgend thema was directed deceased donation- DDD. De vraag is of het mogelijk en wenselijk is dat postmortale donoren (of hun nabestaanden) zelf bepalen aan wie hun organen worden toegewezen. In de afgelopen jaren zijn donorziekenhuizen herhaaldelijk geconfronteerd met zulke verzoeken, wat op gespannen voet lijkt te staan met de huidige wettelijke praktijk. In de US en de UK is dit onder bepaalde omstandigheden toegestaan.

Moet dit ook in Nederland mogelijk zijn?

Als afsluiting zijn de mogelijkheden verkend van de DCD I - II uncontrolled groep besproken. Dit vraagt om grote zorgvuldigheid bij het vaststellen van de dood en de communicatie daarover met de familie. Uit onderzoek blijkt dat er vaker toestemming wordt verkregen van nabestaanden in de DCD I-II groep dan in de DCD III groep. Het vermoeden bestaat dat de nabestaanden een duidelijk beeld hebben dat hun naaste is overleden en er alles aan is gedaan. En in de DCD-III groep liggen mensen vaak langer op de intensive –care, is er vaak al van alles gebeurd en hebben de nabestaanden meer moeite om dan toestemming te geven.

Duidelijk is dat door schaarste de grenzen aan donatie steeds verder worden opgerekt. Maar zoals altijd nieuwe grenzen geven ook weer nieuwe mogelijkheden.

De MEC nodigt de NTV leden uit om ethische dilemma's te delen en thema's voor de Invitational Meeting 2017 aan te dragen.