

Samenvatting

In België zijn er relatief veel orgaandonoren. Met 25,7 donoren per miljoen inwoners scoren we na Spanje het best. Toch blijven de wachtlijsten voor orgaantransplantatie aangroeien. Zo moet men nu al drie jaar wachten op een nier, ongeveer een jaar op een nieuwe lever en vier maanden op een hart of longen.

Het risico is reëel dat het aantal potentiële donoren de komende jaren verder zal dalen. Belangrijkste oorzaken zijn een verouderende bevolking en het terugdringen van dodelijke verkeersongevallen. Met nieuwe medische technieken kan de pool van beschikbare kwalitatieve organen worden verhoogd. Maar in een snel vergrijzende maatschappij zijn deze maatregelen hoogstens voldoende om het aantal potentiële donoren stabiel te houden.

Vraag is dus welke initiatieven de overheid bijkomend kan nemen om tot een groter aanbod te komen. Op basis van literatuurstudie en gesprekken met deskundigen en transplantatiecoördinatoren stelt de N-VA enkele strategieën voor om orgaandonatie in ons land verder te optimaliseren.

Daarbij vertrekken we van de vaststelling dat België over een vrij goede wetgeving beschikt die stelt dat iedereen na zijn dood in aanmerking komt voor orgaandonatie tenzij men tijdens zijn leven verzet aantekent. Relatief weinig mensen weigeren expliciet donatie. De wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen moet dus zeker niet op de schop. Wel stellen we kleinere – noem het chirurgische – wijzigingen voor die onder meer het aantal geregistreerde donoren doen toenemen door de huisarts te betrekken d.m.v. het eHealth-platform. Verder willen we meer rechtszekerheid voor de arts.

Belangrijker is te sleutelen aan de organisatie op het terrein zelf door een betere identificatie van potentiële donoren. Op vele spoedgevallendiensten ontbreken de nodige procedures voor het bewaren en wegnemen van organen. Daarom is het van belang werk te maken van een globaal transplantatienetwerk naar analogie met het succesvolle Spaanse voorbeeld.

De acht erkende transplantatiecentra in België vormen de kern van dit netwerk. Alle andere ziekenhuizen sluiten verplicht een samenwerkingsovereenkomst af met een erkend centrum naar keuze. Elk ziekenhuis wijst ook een lokale coördinator aan die instaat voor de bewustmaking en de opleiding van het betrokken ziekenhuispersoneel. Uiteraard staat hier een kostprijs tegenover. We menen dat de kosten-batenanalyse positief zal uitvallen als we de beperkte investering vergelijken met het uitsparen van dure nierdialyses.

Informatiecampagnes kunnen uiteraard hun nut bewijzen. Zo heeft de federale campagne van 2005 aanleiding gegeven tot een stijging van het aantal donoren.

Tegelijk steeg het aantal positieve registraties. Niettemin hebben grootschalige campagnes een uitdovend karakter en zijn ze relatief duur. Bovendien is het risico op negatieve registratie minder beheersbaar dan bij meer gerichte informatiecampagnes waarbij de gemeente of de huisarts wordt ingeschakeld. We pleiten daarom voor campagnes met een duidelijk lokaal accent. Het is immers de gemeente die verantwoordelijk is voor de registratie van orgaandonoren. Kleinschalige campagnes kunnen de burger rechtstreeks aanspreken, bijvoorbeeld bij de oproep voor een nieuwe identiteitskaart, of hebben het voordeel om doelgroepgerichte acties (allochtone gemeenschap) te kunnen ontwikkelen.

Specifiek vraagt de N-VA ook dat levende donoren die een orgaan afstaan niet geconfronteerd worden met niet-gedekte kosten.

Recent werd het probleem van de zogenaamde landenbalans opgeworpen. Binnen Eurotransplant stelt zich een probleem met Nederland dat te weinig donoren kent, wat een instroom van Nederlandse patiënten op gang brengt richting België. Het probleem moet in eerste instantie in Nederland worden opgelost. De N-VA zal deze problematiek aankaarten in het Benelux-parlement.

De N-VA staat niet afkerig tegenover een groter samenwerkingsverband tussen de 27 lidstaten van de Europese Unie, maar geeft toch in eerste instantie prioriteit aan de optimalisering van het huidige samenwerkingsverband Eurotransplant (Benelux, Duitsland, Oostenrijk, Kroatië en Slovenië). In elk geval zou een exclusieve samenwerking met France Transplant een achteruitgang betekenen. Schaalvoordelen zijn bij orgaantransplantatie immers essentieel. Het lijkt ons dan ook nuttiger om Frankrijk aansluiting te doen zoeken bij Eurotransplant.

De N-VA zet zich tot slot met klem af tegen elke vorm van commerciële orgaanhandel. We stellen voor om een voortrekkersrol op te nemen en elke vorm van transplantatietoerisme (cfr. aanpak pedofilie) strafbaar te maken, ook al worden die feiten buiten België gepleegd.

1. Inleiding

Volgens Eurotransplant zijn er in België per miljoen inwoners 25,7 orgaandonoren.¹ Een Nederlandse studie stelt dat er in België 35 mogelijke donoren per miljoen inwoners zijn.² Ook de federale regering acht het niet onmogelijk om ongeveer 40 donoren per miljoen inwoners te halen.³

Deze analyse gaat in op de vraag hoe het aantal orgaandonoren verhoogd kan worden. Wij gaan in op de uitdagingen die zich stellen op het vlak van orgaantransplantaties en stellen enkele nieuwe strategieën voor die het aantal orgaandonoren kunnen doen toenemen. De focus ligt daarbij grotendeels op orgaandonatie door overleden donoren; donatie door levenden wordt hier zo goed als buiten beschouwing gelaten.

Ondanks de relatief hoge donorgraad van 25,7 donoren per miljoen inwoners (zie tabel 1) blijft de vraag het aanbod overtreffen. Dit heeft langere wachtlijsten tot gevolg (zie figuur 1), en hogere sterftcijfers van personen die op een vervangorgaan wachten. Zo moet men nu al gemiddeld drie jaar wachten op een nier, vier maanden op een hart of longen en ongeveer één jaar op een nieuwe lever.^{1,a}

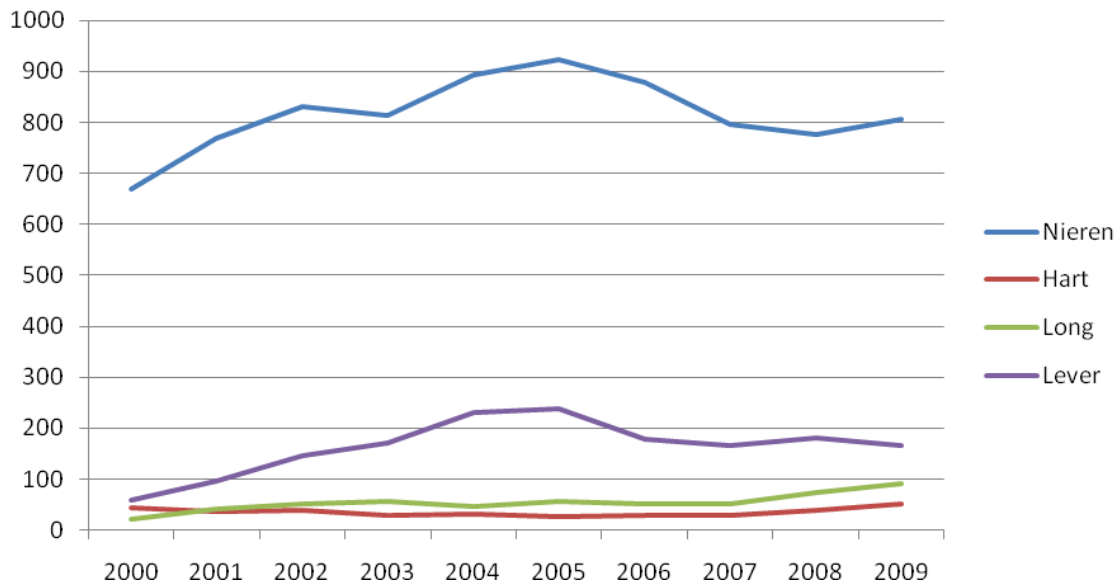
Tabel 1: Aantal donoren per miljoen inwoners

Land	Donoren
Spanje	35,1
België	25,7
Oostenrijk	25,4
Frankrijk	22,2
Noorwegen	21,1
Zweden	17,8
Finland	17,6
Kroatië	17,4
Slovenië	16,2
Duitsland	14,6
Denemarken	14,0
Nederland	13,0

Bron: Eurotransplant, Scandiatransplant

^a Te rekenen vanaf het begin van de nierdialyse

Figuur 1: evolutie van het aantal patiënten op wachtlijsten (2000 – 2009)



Bron: Eurotransplant

Het lange wachten op een orgaan

De 16-jarige Robin wachtte vier jaar op een nieuwe nier.

"Het waren vier lange jaren vol van onzekerheid en opdoffers. Telkens er een nier beschikbaar is, hoop je dat de lijdensweg voorbij is. Als ze je dan vertellen dat er geen goede overeenkomst is, stort je wereld in", zegt zijn moeder.

Uiteindelijk kreeg Robin een nier van een dertiger uit Duitsland waardoor hij niet langer aan de dialyse moet en hij opnieuw kan genieten van het leven en doen wat zijn leeftijdsgenoten doen.

Hoewel het nog steeds afwachten blijft of Robins lichaam de nier aanvaardt, hoopt zijn moeder dat hij een tweede kans krijgt. Ze is de familie van de donor dan ook eeuwig dankbaar dat zij toestemming gaven om de organen af te staan.

(De Morgen, 23 januari 2010)

Bovendien bestaat het risico dat het aantal potentiële donoren de volgende jaren verder zal dalen door een verouderende bevolking (oudere organen zijn vaak minder geschikt voor transplantatie). Ook de broodnodige inspanningen die de overheid levert om de verkeersveiligheid te verbeteren (837 dodelijke verkeersongevallen in 2009 tegenover 1.014 in 2005) hebben een invloed op het aantal donoren.⁴ Het aandeel van verkeersslachtoffers in het totaal aantal donoren is de voorbij tien jaar dan ook met 50 procent gedaald.

Strategieën die het aantal donoren doen toenemen zijn noodzakelijk wil men vermijden dat het aantal sterfgevallen bij patiënten die wachten op een nieuw orgaan gaat stijgen.

Maar niet alleen de patiënt heeft baat bij meer orgaandonoren, ook de overheid zou hier op termijn voordeel uit kunnen halen. Zo zou men bij de behandeling van nierfalen een besparing kunnen realiseren tussen de 24 en de 48 miljoen euro op jaarbasis als er meer nieren beschikbaar zouden zijn. De belangrijkste reden voor deze besparing is het grote verschil in kostprijs tussen een levenslange nierdialyse en een eenmalige niertransplantatie.⁵

2. De huidige wetgeving

Toen bleek dat Tuur V. na een zwaar verkeersongeval niet meer te redden was, vroegen de artsen aan zijn familie of zijn organen mochten afgestaan worden.

"Het was een moeilijke beslissing", zegt zijn vader. "Maar omdat Tuur er altijd stond voor anderen, hebben we het toegestaan. Zijn hart, longen, nieren en lever werden verwijderd en zijn ondertussen getransplanteerd. Zo leeft onze zoon toch nog een stukje voort."

(Het Nieuwsblad, 29 oktober 2010)

Orgaandonatie in België wordt geregeld door de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen (*Belgisch Staatsblad* 14/02/1987). Bij het opstellen van deze wetgeving ging bijzondere aandacht uit naar het spanningsveld tussen enerzijds de eerbied voor de persoonlijkheidsrechten op het eigen lichaam en anderzijds het uitbouwen van een sociaal noodzakelijk onderdeel van onze gezondheidszorg.⁶ Daarom werd naast de wettelijke bepalingen ook bijzonder veel belang gehecht aan het doen ontstaan van een klimaat van menselijke solidariteit over de dood heen.

Op basis van al deze overwegingen kwam men uiteindelijk tot een geen-bezwaarsysteem (presumed consent) waarbij iedereen donator is, tenzij men zich hier uitdrukkelijk tegen verzet, bijvoorbeeld door een registratie van dit verzet bij de gemeente (de zogenaamde 'opting-out'). Er bleef evenwel een grijze zone in de wetgeving. De familie in de eerste graad kon zich namelijk verzetten tegen het wegnemen van organen als de overledene niet uitdrukkelijk zijn wens tot orgaandonatie had kenbaar gemaakt. Omwille van deze mogelijkheid tot weigering door de naaste familie, spreekt men in dit geval van de 'zachte variant' van het geen-bezwaarsysteem.

Tabel 2: Evolutie van het aantal Belgen die kiezen voor 'opting-out' of die zich laten registreren als donator

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Opt-out	192.542	192.867	193.585	193.040	190.257	191.668	192.959	189.956
Donor	27.449	28.999	30.295	32.557	58.032	74.331	88.228	100.419

Bron: UZ Gent - Transplantatiecentrum

Door een wetwijziging in 2007 (Wet van 25 februari 2007; B.S. 13/04/2007) werd de mogelijkheid tot verzet door de naaste familie opgeheven waardoor in België in theorie de harde vorm van het geen-bezwaarsysteem van toepassing werd. Desondanks blijft men in België nog steeds de naaste familie betrekken bij de beslissing tot wegnemen van organen.⁷ Dit is een gevolg van artikel 10, § 4, 2°, van de wet van 1986 die stelt dat een geneesheer niet tot wegname van een of meer organen mag overgaan wanneer door de donor verzet is uitgedrukt en de geneesheer daarvan kennis is gegeven.

Deontologisch gezien maakt de geneesheer dan ook een fout als hij de familie niet vraagt of de overledene zich verzet heeft tegen het wegnemen van organen. Het is nog maar de vraag of de familie in haar antwoord de wens van de overledene of die van de nabestaanden zelf uitdrukt. Ingaan tegen de wens van de familie ligt bovendien zeer gevoelig, onder andere door de eventuele negatieve publiciteit die dat met zich meebrengt. De schade op lange termijn die dat kan berokkenen, weegt volgens de betrokken artsen niet op tegen een extra orgaandonor.⁸

Dat is een mogelijke reden waarom het aantal orgaandonoren niet significant gestegen is na het doorvoeren van de wetwijziging van 2007. (zie tabel 3)

Tabel 3: evolutie van het aantal orgaandonoren in België

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
258	222	223	248	220	237	273	291	265	276

Bron: Eurotransplant

Dit betekent niet dat we de wetgeving zomaar als niet relevant kunnen afdoen. Als we de cijfers van tabel 1 internationaal vergelijken zien we dat de landen met het hoogste aantal donoren (Spanje, België en Oostenrijk) die landen zijn waarin een geen-bezwaarsysteem (zowel in de harde als in de zachte vorm) van toepassing is.⁹

Landen met andere systemen zoals Nederland^b en Duitsland^c, waar men zich uitdrukkelijk moet registreren als donor, scoren beduidend slechter. In de literatuur wordt dit toegeschreven aan de protestantse cultuur. In landen met meer protestantse invloeden zoals Nederland, Duitsland en Scandinavië ligt het aantal donoren over het algemeen lager dan in landen met een meer katholieke moraal.

^b Wet van 24 mei 1996, houdende regelen omtrent het ter beschikking stellen van organen (Wet op de orgaandonatie)

^c Gesetz vom 5. November 1997 über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG)

Dat heeft deels te maken met het feit dat binnen de 'katholieke' landen meer de nadruk wordt gelegd op het 'groter goed' en bijgevolg het individueel beschikkingsrecht ingeperkt wordt, waar dit recht in 'protestantse' landen voorrang krijgt op alle andere argumenten, waardoor een '*opting in*'-systeem het enige is dat er maatschappelijk aanvaard wordt.¹⁰

3. Mogelijke oplossingen

a. Nieuwe medische technieken

Het aantal personen dat in aanmerking komt voor orgaandonatie kan uitgebreid worden door meer gebruik te maken van '*non-heartbeating*'-donoren (NHBD). NHBD's zijn overleden personen wiens hart niet meer klopt. Zij verschillen hierin van de klassieke hersendode donoren. Omdat de organen van deze overleden geen zuurstof meer krijgen, gaat hun kwaliteit er snel op achteruit. Om deze reden zag men in het verleden af van het gebruik van deze organen. Door de ontwikkeling van nieuwe technieken moet het mogelijk worden om de kwaliteit van deze organen opnieuw op een aanvaardbaar niveau te krijgen en zo de pool van beschikbare organen te verhogen.

Ook het ontwikkelen van technieken om oudere organen te kunnen gebruiken is een absolute noodzaak. Uit cijfers van Eurotransplant, het samenwerkingsverband tussen een aantal Europese landen, blijkt immers dat de gemiddelde leeftijd van donoren tussen 1990 en 2009 sterk is toegenomen (zie tabel 4). Dit betekent dat in België nog maar 30 procent van de donoren jonger is dan veertig. In 1990 was dit nog 65 procent.

In een vergrijzende maatschappij zijn deze maatregelen er vooral opgericht om het aantal potentiële donoren in de eerste plaats stabiel te houden.

Tabel 4: gemiddelde leeftijd van donoren per orgaan (evolutie 1990 – 2005)

Orgaan	1990	2009
Nier	36	53
Hart	30	43
Long	25	45
Lever	26	53
Pancreas	30	35

Bron: Eurotransplant

b. Een nationaal transplantatienetwerk

Een belangrijke uitdaging om tot meer donoren te komen, moet op het terrein worden aangepakt. Het is een feit dat men niet altijd snel genoeg reageert als een potentiële donor aankomt in het ziekenhuis. Op vele spoedgevallendiensten ontbreken de nodige procedures voor het bewaren en wegnemen van organen nadat de patiënt overleden is, waardoor de kans toeneemt dat er organen verloren gaan.

Daarom is het belangrijk dat er in België verder werk gemaakt wordt van een globaal transplantatienetwerk.

De acht erkende transplantatiecentra moeten de kern vormen van dit netwerk.^d Alle andere Belgische ziekenhuizen sluiten verplicht een samenwerkingsovereenkomst af met een erkend transplantatiecentrum naar keuze. Op die manier kunnen alle ziekenhuizen gebruik maken van de diensten van een van de Belgische transplantatiecoördinatoren en zullen er ook minder bruikbare organen verloren gaan.

Verder zal elk ziekenhuis ook verplicht worden om een lokale transplantatiecoördinator in dienst te nemen. Het is niet de bedoeling dat deze lokale coördinator de taken van de transplantatiecoördinatoren van de transplantatiecentra gaat overnemen. Dit houdt immers een continue permanentie in, wat financieel niet haalbaar is. Het is wel de bedoeling dat de lokale coördinator instaat voor de bewustmaking en de opleiding van het ziekenhuispersoneel op het gebied van het wegnemen van organen.

Een gelijkaardig systeem bestaat nu al in Spanje. Daar hebben alle 139 ziekenhuizen die organen mogen wegnemen een team dat zich uitsluitend bezighoudt met transplantatiecoördinatie. Door dat nationale systeem (*Organización Nacional de Trasplantes*) vermijdt men dat het afhangt van een gemotiveerd individu of een ziekenhuis voldoende aandacht besteedt aan orgaandonatie.

Uiteraard heeft zo'n systeem een prijs. De artsen en verpleegkundigen die deeltijds voor de coördinatieteams werken, krijgen hiervoor een vergoeding. Het Spaanse voorbeeld leert ons dat de meerkost beperkt kan blijven (kostprijs van twee miljoen euro in Spanje).¹⁰ In België zou deze kost gefinancierd kunnen worden met een deel van de besparingen die gerealiseerd zullen worden bij een afname van het aantal nierdialyses (zie punt 1).

De wijze waarop deze financiering moet gebeuren, is voor discussie vatbaar. Er gaan zowel stemmen op om deze te geven aan het ziekenhuis, aan de individuele arts die de organen wegneemt of aan de transplantatiecoördinator. In ieder geval moet de financiering minstens kostendekkend zijn en dienen eventuele bijkomende middelen

^d UZ Antwerpen, UZ Gent, UZ Leuven, UZ Brussel, Hôpital Erasme (Brussel), Cliniques Universitaires St-Luc (Brussel), CHU de Liège en OLV Aalst (enkel voor harttransplantaties)

besteed te worden aan het verbeteren van de donorcapaciteit van het betrokken ziekenhuis.

De N-VA pleit ervoor om deze financiering rechtstreeks te laten toekomen aan de transplantatiecoördinator of het coördinatieteam. Op die manier vermijden we dat de middelen in de algemene middelen van het ziekenhuis terecht komen, waardoor niet kan nagegaan worden of zij daadwerkelijk gebruik worden voor de bevordering van orgaandonatie.

Daarnaast moet in er in de opleiding van verpleegkundigen en artsen voldoende aandacht besteed worden aan de problematiek op het gebied van orgaandonatie, -wegname en -transplantatie.¹¹

Zowel de versterkte aandacht tijdens de opleiding als de aanwezigheid van een lokale transplantatiecoördinator moet ertoe leiden dat denken aan orgaandonatie en -transplantatie vanzelfsprekend wordt voor alle betrokken zorgverleners.

c. Aanpassingen aan de wet van 13 juni 1986

Het overlijden van een familielid is op zich al een zeer ingrijpende gebeurtenis. Daarbij komt nog dat de arts in sommige gevallen de familie moet inlichten over het eventuele wegnemen van organen en de vraag moet stellen of de overledene hiertegen verzet te kennen heeft gegeven.

Vlaams Parlementslid Greet Van Linter maakte van dichtbij mee hoe moeilijk het is om als familie te beslissen over het afstaan van organen.

“Door het plotselinge overlijden van mijn twintigjarige nichtje werden haar ouders geconfronteerd met de vraag tot orgaandonatie. Hoewel de transplantatiecoördinator de nodige uitleg gaf, moest het allemaal zeer snel gaan. Voor haar ouders, die toch al zwaar aangeslagen waren, bleef er geen tijd over om goed na te denken. Ze krijgen niet de nodige tijd om doelgericht te reageren of om afscheid te nemen. Dit leidt tot schrijnende situaties waarbij de familie bij de patiënt weggeduwd wordt om aan de procedures te kunnen beginnen.”

*(Parl. St. VI. Parl. Commissievergadering
C260-WEL24 – 27 mei 2008)*

Omdat dit zelfs onder normale omstandigheden een gewichtige beslissing is waarbij zowel rekening moet worden gehouden met het zelfbeschikkingsrecht van het individu als met de inter-persoonlijke solidariteit die een wezenlijk kenmerk vormt van onze maatschappij, moet er gezocht worden naar een manier waarop de keuze van het individu verzoend kan worden met de verzuchtingen en de vragen van een familie in rouw.

Het valt dan ook te overwegen om artikel 10, § 4, 2° van de wet van 13 juni 1986 te schrappen. Op die manier beslist enkel het individu zelf over het mogelijke afstaan van zijn organen. Enkel in dit geval mag de arts dan niet overgaan tot het wegnemen van de organen.

Deze voorgestelde wetswijziging doet geen afbreuk aan het zelfbeschikkingsrecht van het individu. De mogelijkheid blijft bestaan om het wegnemen van organen te weigeren. Tegelijkertijd zorgt zij er ook voor dat de menselijke solidariteit versterkt wordt door een oplossing te bieden voor de 15 tot 20 procent weigeringen door familieleden.¹²

Het belang van de rol van de familie mag in deze discussie niet vergeten worden. Deze wetswijziging moet dan ook gepaard gaan met een bewustmakingscampagne waarin mensen gewezen wordt op het belang van overleg met hun familie vooraleer men een beslissing neemt over het al dan niet weigeren van orgaandonatie.

Wat tegen deze wetswijziging pleit, is dat artsen toch steeds de naaste familie zullen informeren en dat als deze bezwaar uiten de organen toch niet weggenomen zullen worden uit schrik voor de negatieve publiciteit. In tegenstelling tot de hierna vermelde wijziging hoeft dit dus geen prioriteit te zijn.

Oog hebben voor mogelijke orgaandonoren, tijd nemen voor de familie werkt!

Dat bewijst een groot regionaal ziekenhuis in West-Vlaanderen.

Iemand van de dienst anesthesie investeert immers veel tijd in de gesprekken met de familie van een mogelijke orgaandonor. De dokter in kwestie attendeert en sensibiliseert zijn collega's waardoor slechts heel weinig mensen uiteindelijk weigeren hun familielid af te staan als donor. Daar waar het landelijk gemiddelde rond de 15 %-20 % zit, is dit in het betrokken ziekenhuis slechts 5-7 %!

Een andere piste om de familie te ontzien bij het nemen van deze zeer moeilijke beslissing, is het aantal geregistreerde orgaandonoren doen toenemen. Eens iemand zich uitdrukkelijk heeft bekend tot orgaandonatie kan niemand nog bezwaar aantekenen tegen het wegnemen van organen.

Uit tabel 2 blijkt dat slechts een minderheid van de bevolking zich al heeft laten registreren. Dit is deels te wijten aan de huidige procedure die uitsluitend verloopt via het gemeentebestuur. Naast het feit dat de burger niet voldoende geïnformeerd is over de bestaande mogelijkheid tot registratie, is de drempel om over een ethisch gevoelig onderwerp als dit te spreken met een onbekende ambtenaar vaak te hoog.

Om het lage aantal registraties te verhogen, werd in het verleden al voorgesteld om ook de huisarts hierbij te betrekken.¹³ De huisarts heeft in de meeste gevallen een vertrouwensrelatie opgebouwd met zijn patiënt. Voor hem is het makkelijker om hierover een gesprek aan te knopen en de nodige informatie te verstrekken.

Met de oprichting van het eHealth-platform is er bovendien een technische oplossing voorhanden die het mogelijk maakt dat de huisarts zelf de toestemming of weigering tot orgaandonatie registreert.

d. De burger informeren

Limburg zoekt orgaandonoren

Als je in Lommel en Hasselt begin 2010 opgeroepen werd voor een nieuwe identiteitskaart, kreeg je een brochure over orgaandonatie en een registratieformulier mee.

De resultaten van de actie waren spectaculair. In Lommel liet 10 % van de mensen zich registreren als donor. In Hasselt steeg het aantal maandelijkse registraties van zes naar zestien.

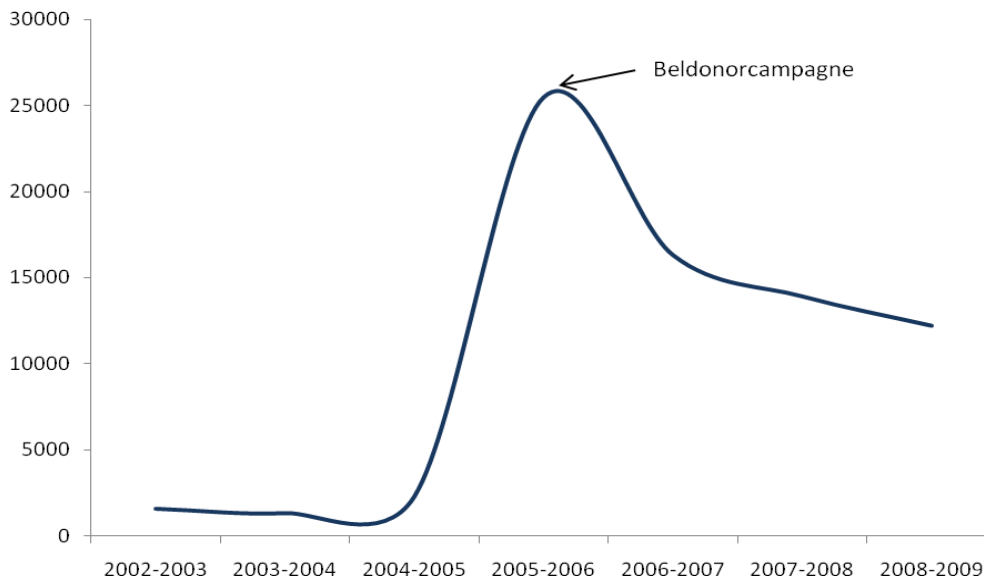
(De Standaard, 14 juli 2010)

Onbekend is onbemand. Dat geldt ook voor orgaandonatie. De informatie-campagne van 2005 heeft dan ook tot goede resultaten geleid. Zowel het aantal orgaandonoren als het aantal personen die zich expliciet als donor lieten registreren namen tussen 2005 en 2006 sterk toe (zie tabellen 2 en 3).

De sterke stijging van het aantal geregistreerde donoren is hoopvol. Het toont aan dat onze bevolking bereid is om zijn organen af te staan. Bovendien geeft dit aanleiding tot een meer duidelijke situatie voor de nabestaanden en de behandelende arts bij overlijden.

Een nadeel van deze campagnes is wel dat ze relatief duur zijn en dat hun effect uitdovend is (zie figuur 2). Gelijkaardige ervaringen met campagnes om het antibioticaverbruik terug te dringen, tonen aan dat het effect na twee jaar begint te verminderen.^{14,15} Voor een blijvend effect moet men dus op geregelde tijdstippen een nieuwe campagne op poten zetten.

Figuur 2: Evolutie van het aantal nieuwe registraties als orgaandonor



Bron: UZ Gent – Transplantatiecentrum

Turnhoutenaren toonbeeld voor orgaandonatie

De inwoners van de stad Turnhout kunnen zich op de jaarlijkse Knollenmarkt laten registreren als orgaandonor. 81 mensen zijn hier op ingegaan.

"Onze stad is al lang bezig met de promotie van orgaandonatie", zegt Sam Hufkens van de dienst Welzijn en Gezondheid.

Hierdoor zijn 3,76 % van de Turnhoutenaren geregistreerd als donor en slechts 1,32 % hebben verzet aangetekend. In België zijn deze percentages 0,95 % en 1,74 %.

(Het Laatste Nieuws 16 oktober 2010 en 22 oktober 2010)

De vraag die zich dus stelt is of men grootschalige campagnes moet blijven herhalen of dat men beter investeert in andere, meer kleinschalige initiatieven om zo het aantal registraties op te trekken. Zo zijn er zeer veel gemeentebesturen die op regelmatige basis informatiesessies rond orgaandonatie organiseren.

Andere lokale besturen gaan nog verder met specifieke initiatieven. De provincie Vlaams-Brabant plaatst grote informatieborden aan de loketten van de dienst bevolking om mensen eraan te herinneren dat ze zich kunnen laten registreren als donor. Ook Turnhout heeft hier veel ervaring mee en met groot succes: het aantal geregistreerde donoren ligt er vier maal hoger dan het dan het nationale gemiddelde.

Uit gesprekken met de verantwoordelijken van de transplantatiecentra blijkt dat zij zeer positief staan tegenover deze initiatieven. Verder onderzoek kan wellicht aantonen dat deze campagnes kostenefficiënt zijn en dus de kern moeten vormen van informatiecampagnes waarbij de centrale overheid zich beperkt tot een coördinerende rol.

e. Meer evenwicht binnen het systeem

Orgaandonatie staat of valt met de solidariteit tussen de verschillende betrokken partijen. Momenteel zijn er tussen de Eurotransplant-landen verschillen in het aantal organen dat per land beschikbaar is. Een gevolg daarvan is dat bepaalde landen een netto-uitvoerder van organen zijn.

Binnen Eurotransplant streeft men ernaar om de zogenaamde landenbalans (dit is de verhouding tussen het aantal organen dat een land aanbiedt aan andere landen en het aantal organen dat het ontvangt) op ongeveer 1 te houden. Toch stelt zich hier een probleem met Nederland.

Door het lagere aantal donoren zijn de Nederlandse criteria om op de wachtlijst voor transplantatie te komen strenger dan de Belgische. Nederlandse patiënten die afgewezen worden, richten zich nadien soms tot een Belgisch centrum waar zij wel aanvaard worden. Als deze patiënten een nieuw orgaan krijgen, worden zij als een Belgische patiënt aanzien met alle gevolgen van dien.⁸

Wat we in deze discussie zeker moeten vermijden is dat we in goedkope slagzinnen vervallen zoals voormalig senator Vankrunkelsven, die het dossier op een weinig subtiele wijze onder de aandacht bracht: *'Waren die Nederlandse patiënten niet naar België gekomen, dan zouden die organen naar Belgische patiënten gegaan zijn die hier op een wachtlijst staan.'*¹⁶ Uiteraard is dat niet het geval! De toewijzing van organen binnen Eurotransplant gebeurt op basis van medische criteria en het is dus verre van zeker dat het vrijgekomen orgaan naar een Belgische patiënt zou gegaan zijn indien er geen Nederlandse patiënten zouden zijn opgedaagd.

Besprekingen binnen Eurotransplant hebben nog niet tot een oplossing geleid voor wat uiteindelijk een politiek probleem is. Nederland heeft te weinig orgaandonoren en de Nederlandse regering zou meer initiatieven moeten nemen om dit aantal te verhogen.

Daarnaast stelt zich in eigen land ook nog een probleem: het evenwicht tussen orgaandonoren en -ontvangers binnen de allochtone gemeenschap. Hoewel cijfers ontbreken, wordt het aantal allochtone patiënten op de wachtlijsten geschat op ongeveer 12,5 procent. Hun donorgraad ligt echter zeer laag.¹⁷

Aangezien de meeste grote godsdiensten (islam, hindoeïsme en jodaisme) orgaandonatie proberen te stimuleren, gaat het hier om een cultureel en niet om een religieus probleem. Dit belang van cultuur wordt onderstreept door zowel wetenschappelijk onderzoek als door de praktijk.¹⁰

Een studie uit 1999 vond een statistisch significant verschil tussen het aantal Belgen dat zich liet registreren als niet-donor en het aantal niet-Belgen dat het zelfde deed.^e Het ging om respectievelijk 1,75 procent en 3,23 procent.¹⁸

Een woord uit de praktijk komt van Walter Van Donink, de transplantatiecoördinator van het UZ Antwerpen, die in De Standaard van 14 juli 2010 het volgende laat optekenen: *"Vooral in de allochtone gemeenschap is er nog werk aan de winkel. We merken dat als iemand beter geïntegreerd is, die persoon sneller geneigd is om orgaandonatie toe te staan. Met de graad van integratie groeit ook de solidariteit."*

Zowel de allochtone gemeenschap als de zorgverstrekkers zijn verantwoordelijk voor de aanpak van dit probleem. Binnen de verschillende allochtone gemeenschappen moet de duidelijke boodschap verspreid worden dat orgaandonatie niet verboden wordt door hun religie. Daarnaast zouden de zorgverstrekkers met de nodige empathie en kennis van de gevoeligheden een familie met een andere culturele achtergrond moeten kunnen overtuigen om de organen van een overledene af te staan. Hier zou bijkomende aandacht aan besteed kunnen worden tijdens de EDHEP-opleidingen.^f

Om stigmatisering van een of meerdere groepen te voorkomen, lijkt het ons aangewezen om hier niet met grote algemene informatiecampagnes te werken maar om lokale en kleinschalige initiatieven te ondersteunen. Zo werkt het transplantatiecentrum van het UZ Gent hierrond nauw samen met lokale imams.

f. Voorrang geven aan donoren?

Een andere mogelijke piste om het aantal donoren te doen toenemen, is het ontraden van de *'opting-out'*, bijvoorbeeld door potentiële donoren voorrang te geven bij het toekennen van organen. We kunnen dit bijvoorbeeld organiseren door personen bonuspunten te geven als ze zich laten registreren als orgaandonor, waarbij men meer punten krijgt als men zich op jongere leeftijd laat registreren.

^e Iedereen die meer dan zes maanden in België verblijft, wordt door de Belgische wetgeving op het gebied van orgaandonatie als Belg aanzien. Bijgevolg vallen ook deze personen onder het geen-bezwaarsysteem en moeten zij hun weigering tot orgaandonatie laten registreren als zij niet willen dat hun organen na hun dood worden weggenomen.

^f Het *'European Donor Hospital Education Programme'* (EDHEP) is een opleidingsprogramma van Eurotransplant dat er specifiek op gericht is om zorgverstrekkers te leren omgaan met rouwende familieleden, waarbij vooral de nadruk ligt om de gevoeligheden van de familie te leren onderkennen zodat deze weggenomen kunnen worden en niet in de weg staan van een eventuele orgaandonatie.¹⁹

Voor long-, hart- en levertransplantatie wordt de plaats op de transplantatiewachtlijst ook nu al bepaald op basis van een aantal objectieve criteria, waaraan punten verbonden zijn. Een van deze criteria is de ernst van de ziekte die een transplantatie noodzakelijk maakt. Hoe meer punten men heeft, hoe hoger men op de transplantatielijst komt. Het voorgestelde systeem zou hier dus toepasbaar zijn.

Voor niertransplantaties is dit moeilijker aangezien donornieren altijd toegekend worden aan de patiënt bij wie het laagste gevaar op afstoting bestaat, los van de plaats van de patiënt op de wachtlijst.

Nu al bestaan er binnen de transplantatiegeneeskunde voorbeelden waarbij het gedrag van de patiënt een invloed heeft op zijn kans om een vervangorgaan te krijgen. Zo gelden er internationaal aanvaarde richtsnoeren voor long- en levertransplantaties waarbij patiënten niet in aanmerking komen voor een transplantatie als zij in de zes maanden voor de geplande ingreep gerookt (bij een longtransplantatie) of gedronken hebben (bij levertransplantaties).^{20, 21}

Wel ligt het in onze maatschappij zeer gevoelig om de toegang tot gezondheidszorg te beperken, zowel omwille van de solidariteit als omwille van het scheppen van precedentes.

Uit gesprekken met een aantal betrokkenen blijkt dat het werkveld zeer terughoudend staat tegenover dergelijke maatregel. Zij vrezen dat het de orgaandonatie in een negatief daglicht zal brengen en onderwerp zal maken van controverse. Zelfs zij die positiever staan t.a.v. de vraag of het wel ethisch te verantwoorden is dat iemand die geen donor is in aanmerking kan komen voor een orgaan, zien uiteindelijk weinig voordelen van zo'n systeem.²²

Bovendien is het nog maar de vraag of deze maatregel veel effect zou hebben. Er zijn namelijk maar 200.000 Belgen die zich hebben laten registreren als niet-donor (zie tabel 2). Zelfs als zij allemaal hun '*opting-out*' zouden terugtrekken, komen er maximaal 5 donoren bij.

Het gevaar bestaat dan ook dat we een bijzonder gevoelig debat openen dat een averechts effect zou kunnen ressorteren op het aantal donoren. Daarom lijkt het ons geen goed idee om het relatieve recht op een transplantatie te koppelen aan de donorstatus van de patiënt.

g. De vrije markt?

Een laatste mogelijke piste bestaat erin om commerciële orgaanhandel mogelijk te maken, wat nu wettelijk verboden is.

Transplantatietoerisme

In Kosovo werd een internationaal orgaanhandelsnetwerk opgerold.

Slachtoffers werden geronseld in Moldavië, Kazachstan, Rusland en Turkije en leefden meestal in extreme armoede of hadden geldproblemen. Ze werden tot 14.500 euro beloofd voor een nier.

Deze nieren werden dan getransplanteerd bij rijke klanten die hier tot 100.000 euro voor betaalden.

(De Standaard, 13 november 2010)

Om ethische redenen verzetten wij ons tegen elke vorm van commerciële orgaanhandel. Wij zijn van mening dat het afstaan van organen, zowel bij leven als bij dood, een daad van medemenselijkheid is waaraan geen geldelijke waarde gekoppeld kan worden. Bovendien ondermijnt het invoeren van het handelsprincipe de menselijke solidariteit waardoor het gevaar bestaat dat er uiteindelijk minder organen beschikbaar zullen zijn voor donatie.

Tegelijkertijd bestaat het gevaar dat het vooral mensen uit sociaal zwakkere groepen zullen zijn die hun organen verkopen, waardoor er geen sprake is van een vrije keuze of van zelfbeschikkingsrecht van een individu over zijn eigen organen.

Daarnaast bestaat ook het gevaar dat de oorsprong en de kwaliteit van de gebruikte

organen onduidelijk zal zijn. Dit gevaar wordt nog meer acuut als de commerciële orgaandonoren uit ontwikkelingslanden komen. Hier kan het afstaan van een orgaan zelfs potentieel dodelijk zijn. Zowel voor de donor als voor de ontvanger zijn de medische risico's gewoonweg te groot.

De Raad van Europa en de Wereldgezondheidsorganisatie van de Verenigde Naties pleiten dan ook voor een radicaal verbod op elke vorm van commerciële orgaantransplantatie net omwille van het gevaar op illegale orgaanhandel en de risico's die eraan verbonden zijn.^{23,24}

Naar aanleiding van deze oproep van de Wereldgezondheidsorganisatie werd in 2008 de verklaring van Istanbul over orgaansmokkel en transplantatietoerisme goedgekeurd.⁹ In deze verklaring, die ook gesteund wordt door de Belgische Transplantatievereniging, worden de verschillende overheden opgeroepen om de nodige initiatieven te nemen zodat er een einde komt aan commerciële orgaantransplantaties.

Hoewel de huidige Belgische wetgeving al stelt dat een donor niet mag betaald worden voor het afstaan van een orgaan, gaat ze nog niet ver genoeg. Daarom stellen wij voor om het strafwetboek zodanig aan te passen dat al wie zich schuldig maakt aan commerciële orgaandonatie en/of transplantatie, of die hiervan de vluchten plukt, strafrechtelijk kan veroordeeld worden.

⁹ <http://www.declarationofistanbul.org/>

Hierbij moet een onderscheid worden gemaakt tussen patiënten en niet-patiënten. Met niet-patiënten bedoelen we artsen, verpleegkundigen, ronselaars en andere personen die zich inlaten met commerciële orgaanhandel. Omdat deze personen de spil zijn in de netwerken die de grootste financiële winsten maken, dienen zij het zwaarst gestraft worden.

Tegelijkertijd is het ook nodig om aan de vraagzijde bestraffend op te treden. De vraag naar organen is een belangrijke oorzaak voor het bestaan van een illegaal commercieel circuit. Hoewel wij begrip opbrengen voor het feit dat deze patiënten vaak ten einde raad zijn en alles zullen proberen doen om te genezen, neemt dit niet weg dat deelname aan commerciële orgaanhandel altijd strafbaar moet zijn, zij het met lichtere straffen dan die voor niet-patiënten.

Tenslotte willen wij dat personen die zich in het buitenland schuldig maken aan commerciële orgaantransplantatie ook hier vervolgd kunnen worden. Deze wetwijziging lijkt ons zeer zinvol in de wetenschap dat de meeste commerciële transplantaties gebeuren buiten België en in landen buiten de Europese Unie.

Hiermee zou ons land opnieuw het initiatief nemen in het toepassen van internationale regelgeving. Net zoals voor landmijnen en clustermunitie kunnen we ook hier als voorbeeld dienen voor andere landen, zodat de situatie van de armste en meeste kwetsbare groepen kan verbeterd worden.

4. De rol van andere overheden

a. De Vlaamse Gemeenschap

De vorige Vlaamse minister van Welzijn, Steven Vanackere, zag geen specifieke rol weggelegd voor de Vlaamse overheid. Op een vraag van Vlaams Parlementslid Vera Jans antwoordde hij: *"De Vlaamse overheid heeft zich tot nu tot altijd gedragen als een overheid die acht dat dit een federale bevoegdheid is. ... Voor de Vlaamse overheid betreft dit een materie die onder de federale en Europese regelgeving valt. Campagnes zijn eerder op een federaal dan op gemeenschapsniveau te verwachten. ... Er zijn in het verleden nog geen Vlaamse initiatieven ondernomen om te informeren en sensibiliseren rond orgaandotatie. Het is inderdaad zeer belangrijk dat de bevolking op regelmatige wijze wordt geïnformeerd over orgaandotatie en over de administratieve procedure daartoe."*²⁵

Hoewel de analyse klopt dat op het vlak van orgaantransplantatie schaalvoordelen zeer belangrijk zijn, is er volgens ons een belangrijke rol weggelegd voor de gemeenschappen. Uit de beschikbare informatie blijkt immers dat informatie-campagnes een grote invloed hebben op het aantal donoren.^h

^h Zie de lokale initiatieven in Turnhout, Hasselt, Lommel

Wij pleiten er dan ook voor dat de gemeenschappen in overleg met de federale overheid zelf aanvullende informatiecampagnes op poten kunnen zetten, gericht op zorgverstrekkers of binnen de eigen administratie. Verder kunnen de gemeenschappen ook de lokale overheden ondersteunen bij de diverse bewustmakingsacties die de gemeenten rond orgaandonatie organiseren.

b. Europa

Zowel de Europese Commissie als het Europees Parlement hebben de voorbij jaren al een aantal initiatieven genomen om het tekort aan orgaandonoren aan te pakken. Voorbeelden hiervan zijn een voorstel voor het invoeren van een Europese donorkaarten en een voorstel tot het oprichten van nationale agentschappen voor orgaantransplantatie.ⁱ

Een belangrijke rol voor Europa is het uitbouwen van een samenwerkingsverband dat de 27 lidstaten verenigt. Deze samenwerkingsverbanden bestaan nu al op beperktere schaal waarbij Eurotransplant^j en Scandiatransplant^k de voornaamste zijn. Frankrijk, Spanje en het Verenigd Koninkrijk zijn dus momenteel niet betrokken bij deze netwerken.

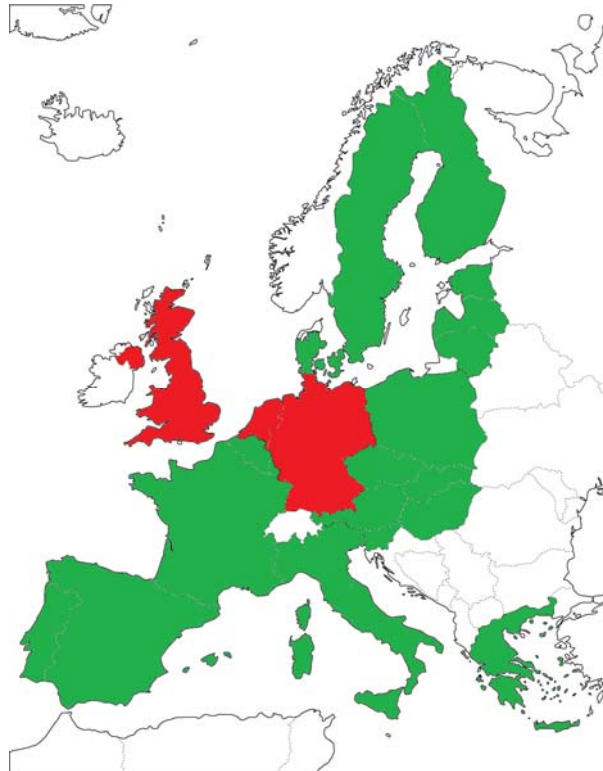
Het oprichten van een overkoepelend Europees netwerk zou de nodige schaalvoordelen opleveren. Verder kunnen ook Europese bewustmakingscampagnes georganiseerd worden. Dit moet het aantal orgaandonoren in landen die nu sterk achterblijven, zoals Roemenië met 0,5 donoren per miljoen inwoners, omhoog kunnen trekken.

Verdere initiatieven van de Europese Unie op het vlak van de regelgeving blijken niet nodig te zijn. Uit een studie die de KULeuven uitgevoerd heeft op vraag van Europarlementslid Frieda Brepoels blijkt dat de overgrote meerderheid van de lidstaten die een wetgeving hebben rond orgaandonatie gekozen heeft voor een of andere vorm van het geen-bezwaarsysteem (zie figuur 3).²⁶

ⁱ Met een Europese donorkaart moet het mogelijk worden dat als artsen geconfronteerd worden met een overleden buitenlandse patiënt zij kunnen nagaan of de betrokkene organen wil afstaan.

^j België, Nederland, Luxemburg, Duitsland, Oostenrijk, Kroatië en Slovenië

^k Denemarken, Zweden, Noorwegen, Finland en IJsland

Figuur 3: Het geen-bezwaarsysteem in Europa

5. Andere bedenkingen

Tijdens de gesprekken met de verantwoordelijken van verschillende transplantatiecentra zijn een aantal zaken naar voor gekomen die niet noodzakelijk tot het onderwerp van deze paper behoren maar die toch de moeite waard zijn om mee te geven.

Een eerste opmerking betreft de levende donoren. Momenteel worden personen die een orgaan afstaan vaak geconfronteerd met kosten die niet gedekt worden door de verplichte verzekering of door de hospitalisatieverzekering. Volgens een studie uitgevoerd door de Universitaire Ziekenhuizen Leuven blijkt dat een gemiddelde nierdonor bijna 13.000 euro aan kosten heeft, waarvan 2.000 euro die niet door de verplichte verzekering gedekt worden.²⁷

Ook worden zij vaak geconfronteerd met problemen bij hun werkgever, onder meer op het vlak van afwezigheden. Er zou een initiatief moeten komen opdat levende donoren geen bijkomende kosten oplopen naar aanleiding van hun zeer altruïstische daad.

Een tweede opmerking slaat op de werking van Eurotransplant. Bepaalde betrokkenen wijzen op het feit dat de FOD Volksgezondheid te weinig aandacht heeft voor de werking van Eurotransplant. De federale administratie zou hier een meer actieve rol kunnen opnemen die tot een verdere optimalisering van de werking van Eurotransplant leidt, bijvoorbeeld inzake het dossier van de landenbalans.

Ook wordt door sommige beleidsmakers de mogelijkheid geopperd om Eurotransplant in te ruilen voor France Transplant. Dit zou een achteruitgang zijn voor de Belgische patiënten, aangezien schaalvoordelen bij orgaantransplantatie zeer belangrijk zijn. Hoewel een samenwerking met Frankrijk mogelijk moet zijn, mag de samenwerking binnen Eurotransplant niet opgegeven worden. Dit is dan ook een dossier dat kritisch opgevolgd moet worden.

Tenslotte pleiten wij er voor om artikel 6, § 2, van de wet van 13 juni 1986 te schrappen. Dit artikel stelt dat organen ook weggenomen kunnen worden bij levende wilsonbekwame meerderjarige donoren als zijn wettelijke vertegenwoordiger hiertoe de toestemming geeft.

Dit artikel is in strijd met Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en met de aanbeveling inzake biogeneeskunde van de Raad van Europa. Het is immers verboden om bij personen die zelf niet instaat zijn toestemming te geven geneeskundige handelingen uit te voeren die geen voordeel hebben voor de patiënt zelf.

Hoewel dit artikel nooit toegepast wordt door de Belgische artsen omwille van de ethische bezwaren is het beter om dit te schrappen uit de wetgeving.

6. Besluit

Als we willen vermijden dat er in de toekomst een acuut orgaantekort ontstaat, zal ook de overheid haar verantwoordelijkheid moeten nemen. Op basis van een uitgebreide literatuurstudie en diverse gesprekken met mensen uit het werkveld en deskundigen, komen we tot een cocktail van maatregelen die tot een hoger aanbod van organen moet leiden. Het is daarbij uitdrukkelijk niet de bedoeling om de huidige werking te verstoren. Iedereen is er het immers over eens dat België het zo slecht nog niet doet. Toch kan met een aantal gerichte maatregelen gewerkt worden aan een aanbod dat de vraag kan beantwoorden.

Daarom dienen volgende de initiatieven genomen te worden:

- aanpassen van de wet van 13 juni 1986 zodat de registratie als donor of als niet-donor ook kan gebeuren door de huisarts via het *eHealth*-platform;
- de nodige financiering voorzien zodat in elk ziekenhuis op elk ogenblik een lokale transplantatiecoördinator aanwezig of minstens bereikbaar is;

- aanpassen van de ziekenhuiswetgeving zodat elk erkend Belgisch ziekenhuis verplicht een samenwerkingsakkoord moet afsluiten met een transplantatiecentrum;
- de door Vlaanderen uitgevoerde ziekenhuis-audits aanpassen zodat ook hier wordt gekeken naar de samenwerkingsverbanden en de aanwezigheid van een transplantatiecoördinator;
- in de opleiding van verpleegkundigen, artsen en ambulanciers voldoende aandacht besteden aan de problematiek van orgaandonatie en –afname;
- het opzetten van gerichte informatiecampagnes naar specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld allochtonen, zodat de donorgraad in deze groepen toeneemt;
- lokale initiatieven om mensen te stimuleren zich te registreren als orgaandonor ondersteunen;
- binnen het Benelux-parlement de problematiek in verband met het lage aantal orgaandonoren in Nederland en de landenbalans binnen Eurotransplant aankaarten;
- een panel van ethici vragen om zich te buigen over het voorstel om de donorstatus te koppelen aan het recht op een transplantatie.

Als al deze maatregelen tot het gewenste resultaat leiden en we het aantal orgaandonoren kunnen optrekken tot het theoretische potentieel, zouden tot 250 mensen per jaar extra een donororgaan krijgen. Als je weet dat in 2009 ‘slechts’ 810 patiënten een orgaantransplantatie kregen, wordt pas echt duidelijk wat een belangrijke verbetering dit zou zijn.

Naast deze inhoudelijk initiatieven stellen wij ook voor om:

- de nodige wetgevende initiatieven te nemen zodat orgaantoerisme en commerciële orgaanhandel in België gerechtelijke vervolgd kunnen worden;
- ervoor te zorgen dat onze bevoegde overheden het nodige doen om de werking van Eurotransplant te verbeteren en dat wij binnen deze vereniging een vooraanstaande rol blijven spelen.

Mogelijke initiatieven

- Indienen van een wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 13 juni 1986 (Federaal Parlement).
- Indienen van een wetsvoorstel tot wijziging van de ziekenhuiswetgeving (Federaal Parlement).
- Indienen van een wetsvoorstel om transplantatietoerisme en commerciële orgaanhandel strafbaar te maken (Federaal Parlement).
- Indienen van een resolutie om de nodige financiering te voorzien voor de lokale transplantatiecoördinatoren (Federaal Parlement).
- Aanpassen van de ziekenhuis-audits (Vlaams Parlement).
- Indienen van resoluties rond informatiecampagnes (Federaal Parlement, Vlaams Parlement, Europees Parlement).
- Indienen van resolutie rond verdere Europese samenwerking (Federaal Parlement, Europees Parlement).
- Onderwerpen voor mogelijke parlementaire vragen: informatiecampagnes, levende donatie, Eurotransplant/France transplant (Federaal Parlement, Vlaams Parlement).
- Op 1 januari 2001 wordt Nederland voorzitter van het BeNeLux-parlement. De N-VA-vertegenwoordigers zullen orgaandonatie op de agenda plaatsen en vragen dat Nederland het aantal donoren opkrikt en een voorbeeld neemt aan de Belgische situatie.

Bibliografie

1. Eurotransplant *Annual Report 2009*. Leiden.
2. Coppen R., Marquet R.L., & Friele R.D. Het donorpotentieel. Nivel, Utrecht. 2003.
3. Memorie van toelichting. Parl. St. Kamer. DOC 51 2680/001
4. Bron: Observatorium voor de verkeersveiligheid
5. Cleemput, I., Kesteloot, K., Vanrenterghem, Y., & De Geest, S. 2004. The Economic Implications of Non-Adherence after Renal Transplantation. *Pharmacoeconomics*. 2004 ;22 (18): 1217-34.
6. Memorie van toelichting. Parl. St. Senaat. 1984-85, nr. 832.
7. UZ Leuven. Heart-Beating donatieprocedure. Leuven, België, 2009.
8. Van Raemdonck D. Persoonlijk gesprek met J De Haes, 2010
9. Rithalia, A., McDaid, C., Sara, S., Myers, L., & Sowden, A. Impact of presumed consent for organ donation on donation rates: a systematic review. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.a3162, 2009.
10. Cameron S, Forsythe J. How can we improve organ donation rates? Research in to the identification of factors which may influence the variation. *Nefrologia*, 21 (S5): 68-77, 2001.
11. Kälbe, T., Alcaraz, A., Budde, K., Humke, U., Karam, G., Lucan, M., et al. *Guidelines on Renal Transplantation*. European Association of Urology. 2009.
12. UZ Gent – Transplantatiecentrum - <http://www.uzgenttransplant.be/donatie/wetgeving.asp>
13. Parl. St. Senaat 4-1142/1. Voorstel van resolutie betreffende het promoten van orgaandonatie en het gebruik van het eHealth-platform voor het registreren van orgaandonatie. Ingediend door Louis Ide op 22 januari 2009
14. Coenen S., Costers M., De Corte S., De Sutter A., Goossens H. The First Antibiotic Awareness Day after a Decade of Improving Outpatient Antibiotic Use in Belgium. *Acta Clinica Belgica*, 63(5): 296-300, 2008.
15. Goossens H., Guillemot D., Ferech M., Schlemmer B., Costers M., van Breda M., Baker L.J., Cars O., Davey P.G. National campaigns to improve antibiotic use. *Eur J Clin Pharmacol*, 62: 373-9, 2006.
16. De Huisarts. Welles nietes over orgaandonatie, nr. 908, 12 februari 2009.
17. De Huisarts. Orgaandonatie: vaak stopt religie solidariteit, nr. 875, 8 mei 2008
18. Roels L., Deschoolmeester G. & Vanrenterghem Y. A Profile of People Objecting to Organ Donation in a Country With a Presumed Consent Law: Data from the Belgian National Registry. *Transpl Proc*. 29: 1473-75, 1997.

19. Cohen B., Wright C. A European Perspective on Organ Procurement: Breaking Down the Barriers to Organ Donation. *Transplantation*, 68(7): 985-90, 1999.
20. Orens, J. B., Estenne, M., Arcasoy, S., Conte, J. V., Corris, P., Egan, J. J., et al. International Guidelines for the Selection of Lung Transplant Candidates: 2006 Update - A Consensus Report From the Pulmonary Scientific Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation. *J Heart Lung Transplan*, 25: 745-55, 2006.
21. Liver Transplant Group. *UK Liver Transplant Group Recommendations for Liver Transplant Assessment in the Context of Alcohol-related Liver Disease*. Opgeroepen op Oktober 20, 2010, van UK Transplant: http://www.uktransplant.org.uk/ukt/about_transplants/organ_allocation/pdf/liver_advisory_group_alcohol_guidelines-november_2005.pdf (2005, November)
22. Pirenne J., Persoonlijk gesprek met J De Haes, 2010.
23. World Health Assembly Resolution 57.18, Human organ en tissue transplantation, 22 May 2004, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R18-en.pdf
24. Raad van Europa/Verenigde Naties. Trafficking in organs, tissues and cells and trafficking in human being for the purpose of the removal of organs. Straatsburg, 2009.
25. Parl. St. VI. Parl. Commissievergadering C260-WEL24 – 27 mei 2008
26. Nys H., Removal of Organs in the EU. European Ethical-Legal Papers n° 4, Leuven, 2007.
27. Kesteloot K. Et al. Studie kostprijs levende orgaandonatie: pilootproject, op vraag van de FOD Volksgezondheid. Symposium Koninklijke Academie Geneeskunde: Orgaandonatie en Transplantatie. Waar staat men in België?, Brussel, 9 december 2010.