

Modelprotocol

Postmortale orgaan- en weefseldonatie

Versie 12 – juli 2026

Colofon

Dit is een uitgave van:

De Nederlandse Transplantatie Stichting Haagse Schouwweg 6 | 2332 KG Leiden

Postbus 2304 | 2301 CH Leiden info@transplantatiestichting.nl | [Transplantatiestichting.nl](https://transplantatiestichting.nl)

Juli 2026 | versie 12

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van de Nederlandse Transplantatie Stichting.

De uitgave is uitgebracht in samenwerking met: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (diverse werkgroepen binnen) de Nederlandse Transplantatie Vereniging en de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care.

Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt dankzij financiële steun van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Wijzigingsrapport	6
Begrippenlijst	9
Afkortingenlijst	12
Introductie	14
Gebruiksaanwijzing voor ziekenhuizen	14
Gebruiksaanwijzing voor zorginstellingen en huisartsen	14
Donatieprofessionals	14
Donatieformulier.....	15
Wet- en regelgeving.....	15
Bijlagen.....	15
Orgaandonatie	16
1. Inleiding:	17
11. Donation after Brain Death (DBD).....	17
12. Donation after Circulatory Death (DCD).....	18
2. Donorherkenning	19
21. Welke afdelingen spelen een rol bij orgaandonatie?	19
22. Wanneer is orgaandonatie wel en niet mogelijk?.....	19
23. Kinderen als donor	21
24. Wat te doen bij twijfels over de geschiktheid voor orgaandonatie?.....	21
25. Geschikt voor orgaandonatie?	21
26. Niet geschikt voor orgaandonatie: weefseldonatie mogelijk?	21
27. Landelijk orgaanoverkoepelend hepatitis B protocol.....	22
28. Hepatitis C virus diagnostiek en behandeling na orgaantransplantatie van HCV positieve donoren	24
3. Donorregister raadplegen en vervolgstappen bepalen	27
3.1. Raadplegen Donorregister.....	28
3.2. Vervolgstappen bij wilsbekwame patiënten	31
3.3. Vervolgstappen bij wilsonbekwame patiënten	39
3.4. Vervolgstappen bij kinderen.....	44

35.	Niet-natuurlijk overlijden	45
36.	Vorbereidende handelingen voor een mogelijke orgaandonatie	45
4.	Het donatiegesprek.....	47
4.1.	Algemeen uitgangspunt voor het donatiegesprek	48
4.2.	Wie voert het donatiegesprek?	48
4.3.	Wanneer vindt het donatiegesprek plaats?	49
4.4.	Wat is het doel van het donatiegesprek?	49
4.5.	Met welke naasten voert de functionaris het donatiegesprek?	50
4.6.	Toestemming vragen aan nabestaanden of een specifieke persoon	51
4.7.	Welke nabestaanden zijn beslissingsbevoegd?	51
4.8.	Te bespreken onderwerpen bij orgaandonatie	52
4.9.	Te bespreken onderwerpen bij weefseldonatie	52
4.10.	De nabestaanden hebben bezwaar tegen de aard van de registratie.....	52
4.11.	De nabestaanden hebben bezwaar tegen doorgang van de donatie	53
4.12.	Vastleggen van de toestemming	54
4.13.	Toestemming: en dan?	55
5.	DBD-procedure:.....	56
5.1.	Vaststellen van de hersendood	57
5.2.	Donor aanmelden en organisatie logistiek.....	58
5.3.	Donorbehandeling.....	58
5.4.	Naar de operatiekamer	66
6.	DCD-procedure: Agonale fase en vaststellen van de dood	67
6.1.	Medische handelingen	67
6.2.	Donor aanmelden en organisatie logistiek.....	68
6.3.	Overstappen naar DBD-procedure	68
6.4.	Stoppen van de behandeling: switch-off.....	69
6.5.	Agonale fase	69
6.6.	Vaststellen van de dood op grond van circulatoire criteria (DCD)	70
6.7.	Naar de operatiekamer	70
7	Donor aanmelden en logistiek.....	71
7.1.	Medische onderzoeken	71
7.2.	Heteroanamnese	73
7.3.	Aanmelden van de donor bij Eurotransplant	73
7.4.	Organiseren van de logistiek	74
8	Informatieverstrekking aan familie en nazorg.....	75
8.1.	Informatieverstrekking aan de familie van de donor	75
8.2.	Toestemming voor transplantatiegericht onderzoek.....	76
8.3.	Rapportage van het gesprek.....	77

84	Terugkoppeling van de resultaten na 6 weken	77
85	Nazorg.....	77

Weefseldonatie..... 78

1.	Inleiding:	79
2.	Donorherkenning.....	80
2.1	Voorwaarden voor weefseldonatie	80
2.2	Algemene contra-indicaties.....	80
2.3	Donatie niet mogelijk; wat nu?	81
3.	Donorregister raadplegen en vervolgstappen bepalen	82
4.	Het donatiegesprek	83
5.	Informatieverstrekking aan familie	84
5.1	Algemene onderwerpen	84
5.2	Informatie over specifieke weefsels	85
6.	Donor aanmelden	88
6.1	Het aanmelden van een donor.....	88
6.2	Wanneer moet een donor aangemeld worden?.....	88
6.3	Wie mag een donor aanmelden?	89
6.4	Wat houdt het aannamesprek in?	89
6.5	Welke vragen kan je verwachten in het aannamesprek?	89
6.6	Na de aanmelding van de donor	89
6.7	Wat is de procedure bij acceptatie van de donor?.....	90
6.8	Wat is de procedure bij afwijzing van de donor?	90
6.9	Welke regels gelden er voor het delen van medische gegevens?	90
7	Vorbereiding op de wefseluitname	91
7.1	De donor koelen en het hoofd hoger leggen	91
7.2	Weefsels uitnemen: waar, wanneer en hoelang?.....	92
7.3	Postmortaal bloed afnemen.....	92
7.4	Obductie en wefseluitname: volgorde en voorwaarden.....	93
7.5	Andere verrichtingen in combinatie met wefseldonatie	93
8	Nazorg voor nabestaanden bij een wefseldonatie-procedure	95
8.1	Informatiebehoefte nazorg checken bij de nabestaanden	95
8.2	Hoe en waarover worden de nabestaanden geïnformeerd?	96
8.3	Bedankbrieven van ontvangers van gedoneerde weefsels	96
8.4	Hoe wordt de familie geïnformeerd als de donor zowel organen als weefsels doneert?.....	96

Wijzigingsrapport

Datum	Versie	Wijzigingen
Januari 2019	1.1	<ul style="list-style-type: none"> • Verhoging leeftijd hartdonatie naar 70 jaar • Wijzigingen in criteria voor weefseldonatie
April 2019	1.2	Eiwit/kreatine ratio bepalen bij nierdonatie
Januari 2020	1.3	Wijzigingen in criteria weefseldonatie
Juli 2020	1.4	Integreren Kwaliteitsstandaard Donatie Loslaten leeftijdsgrens longdonatie
April 2021	4	<ul style="list-style-type: none"> • Versie 4 is de opvolging van versie 1.4 • Hartdonatie bij DCD donoren • Wijzigingen in criteria voor weefseldonatie
Oktober 2021	4	<ul style="list-style-type: none"> • HIV geen absolute contra-indicatie meer voor orgaandonatie
Februari 2022	5	<ul style="list-style-type: none"> • Wijzigingen in criteria voor weefseldonatie • Verwijzing naar Protocol Kind als donor
Juli 2022	6	<ul style="list-style-type: none"> • Femorale arteriën vervallen voor weefseldonatie • Eigen wilsverklaring bij donor uit het buitenland
November 2022	6	<ul style="list-style-type: none"> • Swabafname komt te vervallen
Januari 2023	7	<ul style="list-style-type: none"> • Toedienen heparine DCD donoren
Juli 2023	7	<ul style="list-style-type: none"> • Wijzigingen in criteria voor weefseldonatie • Toedienen heparine ook bij orgaandonoren na euthanasie
Oktober 2024	8	<ul style="list-style-type: none"> • Wijziging definitie sepsis voor orgaandonatie • (Bekende) hemofilie B absolute contra-indicatie voor leverdonatie • Wijziging in brieven voor nabestaanden van weefseldonoren
Januari 2025	9	<ul style="list-style-type: none"> • Wijzigingen in criteria voor weefseldonatie (BMI>40 algemene contra-indicatie; COVID-19 vervalt als contra-indicatie voor cornea en huiddonatie; MGUS wordt een relatieve contra-indicatie.)

Deel 1 Orgaandonatie

- 2.2.1. Meerdere wijzigingen in algemene contra-indicaties.
- 2.2.2. Meerdere wijzigingen in relatieve contra-indicaties.
- 2.2.3. Meerdere wijzigingen in tabel 1, orgaanspecifieke contra-indicaties en leeftijdscriteria. Onder andere toevoeging hemofilie A bij lever, toevoegingen contra-indicaties hart en aanpassing leeftijdscriteria hart.
- 2.7. toevoeging van het landelijk orgaanoverkoepelend Hepatitis B protocol.
- 5.1. Toevoeging van informatie over de apneustest bij patiënten behandeld met ECMO.
- 6.1.2. Verwijderd: bij NRP hoeft de heparine niet op de IC te worden toegediend.
- 6.1.3. Toevoeging informatie over abdominale normotherme regionale perfusie (aNRP).
- 6.5. Maximale tijdsduur tot circulatiestilstand bij de lever gaat van 1 uur naar 2 uur.
- 7.1. Aanpassingen in medische onderzoeken, tabel 3. O.a. toevoeging CT-scan, toevoeging aanvullende onderzoeken hart.

Deel 2 Weefseldonatie

- 2.1. leeftijdscriterium verwijderd.
- 2.3. tabel 5 Weefselspecifieke contra-indicaties en leeftijdscriteria verwijderd.
- 6.5. Tabel 6.1 vragen over toestemming en persoonsgegevensdonor vervangen door een link naar de weefselvragenlijst op de NTS site.
- 7.5.2. Informatie over rituele wassing toegevoegd.

<p>Januari 2026</p>	<p>11</p>	<p>Introductie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donatieformulier versie jan. 2026 <p>Deel 1 Orgaandonatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.8 Hepatitis C virus diagnostiek en behandeling na orgaantransplantatie van HCV positieve donoren – toegevoegd. • 6.1.2 Aandachtspunten heparinetoediening bij DCD-donatie t.b.v. lever-, long-, nier en pancreaskwaliteit – toegevoegd ‘nier’. • 6.1.3. ‘Packed cells’ vervangen door ‘erythrocytenconcentraten (packed cells)’ • 7.1, tabel 3, ‘radioloog’ toegevoegd bij consult voor hart. <p>Deel 2 Weefseldonatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.2 Aanpassing tabel 4; algemene contra indicaties. Contra indicaties voor weefseldonatie teruggebracht naar 3. • 5.2.4 Stop uitname thoracale aorta • 7.5.1 Thanatopraxie niet mogelijk in combinatie met huiddonatie en met bot- en peesweefseldonatie
<p>Juli 2026</p>	<p>12</p>	<p>Introductie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Update linkjes naar de wetten en regelgeving <p>Deel 1 Orgaandonatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7.1. tabel 3. Aanpassing aanvullend onderzoek hart voor de CAG / CT coronairen <p>Deel 2 Weefseldonatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • NovaNORD vervangen door DC-app • Pag. 87 – hoofdstuk 5.2.4 vervallen – bloedvaten worden niet meer uitgenomen voor weefseldonatie

Begrippenlijst

In dit document staan verschillende begrippen die in deze context een specifieke betekenis hebben. Hieronder een toelichting op deze begrippen.

Patiënt	<p>Een persoon die is opgenomen in het ziekenhuis, van wie het overlijden spoedig wordt verwacht of die is overleden, en die mogelijk donor kan zijn.</p>
Nabestaanden	<p>Nabestaanden kunnen op grond van de Wet op de orgaandonatie (Wod) in bepaalde gevallen beslissingsbevoegd zijn. Nabestaanden hebben de mogelijkheid om bezwaar te maken tegen de aard van de registratie of tegen de donatie. Het gaat hierbij in de eerste plaats om de partner. Bij afwezigheid of onbereikbaarheid daarvan: de bloedverwanten (1e en 2e graad). En bij afwezigheid of onbereikbaarheid daarvan: de aanverwanten (1e en 2e graad). Er geldt geen onderscheid tussen de 1e en 2e graad. Zie paragraaf 4.7 om te zien wie er precies onder de nabestaanden vallen.</p> <p>NB: In de Wod wordt de term 'nabestaanden' ook gehanteerd voor situaties waarin de patiënt nog niet is overleden. Dat geldt ook voor dit protocol.</p>
Naasten	<p>Mensen die een (grote) rol speelden in het leven van de patiënt, zoals een buurvrouw of een goede vriend, met inbegrip van (maar niet beperkt tot) de nabestaanden t/m de 2e graad.</p> <p>NB: In de Wod wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen de 'naasten' en de 'nabestaanden'. Als het gaat om het informer over de registratie en de vervolgstappen, kan de functionaris zich tot alle naasten richten. Maar zodra er toestemming voor donatie nodig is, zijn alleen de nabestaanden beslissingsbevoegd. Bovendien mogen alleen de nabestaanden bezwaar maken tegen de aard van de registratie of tegen de donatie. Een naaste die geen nabestaande is, mag dit niet.</p>

<p>Donatiegesprek</p>	<p>Het geheel aan gesprekken met de naasten in het kader van een mogelijke donatie. Het donatiegesprek vindt plaats voorafgaand aan de eventuele weefsel- en/of orgaanuitname en nadat het ‘slechtnieuwsgesprek’ is gevoerd.</p> <p>Het donatiegesprek bevat 2 onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Initieel deel: gesprek waarin de functionaris de registratie in het Donorregister met de naasten bespreekt. Ook geeft de functionaris in dit gesprek informatie over donatie en vraagt hij – als dat aan de orde is – toestemming voor donatie aan de nabestaanden t/m de 2e graad of aan een specifieke persoon. • Specifiek deel: gesprek waarin de functionaris meer informatie geeft over welke specifieke organen, weefsels en afgenomen benodigd lichaamsmateriaal medisch geschikt zijn voor donatie. Hiervoor vraagt hij aan de naasten informatie over de sociale en medische voorgeschiedenis van de patiënt. Ook bespreekt de functionaris in dit gesprek de planning van de procedure. <p>NB: De bovenstaande indeling in het ‘initiële deel’ en het ‘specifieke deel’ van het donatiegesprek is gemaakt om meer structuur en duidelijkheid aan te brengen. Echter, een dergelijke scheiding is in de praktijk niet zo strikt te maken, omdat in beide delen dezelfde items kunnen voorkomen. In dat geval worden het initiële deel en het specifieke deel samengevoegd in één gesprek. Dit is mede afhankelijk van de specifieke informatiebehoefte van de naasten.</p>
<p>Functionaris</p>	<p>Persoon die het initiële deel van het donatiegesprek voert. De functionaris kan een arts zijn of een andere medische professional.</p>
<p>Wilsonbekwaam</p>	<p>Het gaat hier om wilsonbekwaamheid met betrekking tot orgaan- en weefsel-donatie. Een wilsonbekwame is iemand die ‘niet in staat is tot een redelijke waardering van de belangen ter zake’ en die niet ‘de betekenis van de feiten kan wegen in het licht van zijn eigen prioriteiten’. In het geval van donatie is iemand wilsonbekwaam als hij niet in staat is om te begrijpen wat donatie inhoudt en/of om te overzien wat de gevolgen van donatie zijn. Daardoor ontbreekt bij deze persoon de basis waarop wilsonbekwame personen hun keuze baseren. Mensen met een verstandelijke beperking hoeven niet per definitie wilsonbekwaam te zijn als het gaat om donatie. Of iemand wilsonbekwaam is, is een medische beoordeling, geen juridische.</p> <p>NB: Voor kinderen jonger dan 12 jaar, zie paragraaf 3.4.1.</p>

Vergewisplicht	<p>De vergewisplicht ziet toe op de wilsbekwaamheid van de patiënt.</p> <p>In de nieuwe donorwet is ervoor gekozen om de vergewisplicht expliciet vast te leggen. Het betreffende artikel bevat de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan voordat de procedure voor het uitnemen van organen/weefsels start. Een van die voorwaarden is dat de aangewezen functionaris zich moet vergewissen van de wilsbekwaamheid van de patiënt ten tijde van de registratie.</p>
Aannemelijk maken	<p>Bij een 'ja'- of 'geen bezwaar'-registratie kunnen nabestaanden aannemelijk maken dat de registratie niet overeenkomt met de wens van de patiënt. Zijn de nabestaanden ervan overtuigd dat de 'ja'- of 'geen bezwaar'-registratie niet klopt? Dan moeten zij dit kenbaar maken en uitleggen aan de functionaris. Hoe ze dat doen, is vormvrij. De wet spreekt over "aannemelijk maken", zonder dat dit wordt ingevuld. Het gaat niet om 'bewijzen', maar om 'uiteenzetten' en 'uitleggen'. De functionaris vraagt aan de nabestaanden om uit te leggen waarom zij menen dat de registratie niet overeenkomt met de wens van de patiënt. Kunnen zij dit voldoende overtuigend uitleggen, dan kan de registratie ongeldig worden en geldt de informatie van de nabestaanden. Het is aan het professionele oordeel van de functionaris om te beslissen of hij erop kan vertrouwen dat de registratie overeenkomt met de wens van de patiënt.</p>
Ingezetene	<p>Een natuurlijk persoon die ingeschreven is in de Basisregistratie Personen. In de praktijk betekent dit dat deze persoon zijn werkelijke woonplaats in Nederland heeft.</p>
Kwaliteitsstandaard Donatie	<p>Kwaliteitsstandaard die is opgesteld in het kader van de wijziging van de Wet op de orgaandonatie in 2020. Deze kwaliteitsstandaard richt zich op de raadpleging van het Donorregister en het daaropvolgende gesprek met de naasten en nabestaanden. In de standaard is de bestaande praktijk rond donatie vastgelegd en zijn de nieuwe onderdelen van de Wod vertaald naar de praktijk. De kwaliteitsstandaard is geïntegreerd in hoofdstuk 3 en 4 van dit modelprotocol. Het document is te downloaden op de website van de Nederlandse Transplantatie Stichting.</p>

Afkortingenlijst

Afkorting

Betekenis

ALS	Amyotrofe laterale sclerose
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BMI	Body Mass Index
BSN	Burgerservicenummer
CABG	Coronary Artery Bypass Grafting
cm	Centimeter
CRP	C-reactief Proteïne
CT	Computed Tomography
CTA	CT-angiografie
DBD	Donation after Brain Death
DCD	Donation after Circulatory Death
DPA	Donation Procurement Application
ECG	Electrocardiogram
EEG	Elektro-encefalografie
FiO2	Inspiratoire zuurstoffractie
H2O	Water
Hb	Hemoglobine
Hg	Hydrargyrum
HIV	Human Immunodeficiency Virus
Ht	Hematocriet
HTL	Human T-Lymphotropic
HTLV	Human T-Lymphotropic Virus
IC	Intensive Care
Kg	Kilogram
MAP	Gemiddelde arteriële bloeddruk
Max.	Maximum
Mg	Milligram
MGUS	Monoclonal gammopathy of undetermined significance

mm	Millimeter
mmHg	Millimeters kwikdruk
mmol/l	Millimol per liter
MS	Multiple sclerose
mμ	Micro unit
NTS	Nederlandse Transplantatie Stichting
NVIC	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
OK	Operatiekamer
PaO2	Partiële arteriële zuurstofspanning
PEEP	Positive end-expiratory pressure
SDD	Selectieve darm-decontaminatie
SEH	Spoedeisende Hulp
SLE	Systemische Lupus Erythematosus
SOD	Superoxide dismutase
ODC	Orgaandonatiecoördinator
TCD	Transcranieel Doppleronderzoek
TSH	Thyroid stimulerend hormoon
TX/txp	Transplantatie
UMC	Universitair medisch centrum
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wod	Wet op de orgaandonatie

Introductie

Voor je ligt het Modelprotocol postmortale orgaan- en weefseldonatie. Hierin vind je praktische informatie over het verloop van de donatieprocedure. Het protocol bestaat uit 2 delen. Het eerste deel gaat over postmortale orgaandonatie en het tweede deel over postmortale weefseldonatie. In elk deel wordt stap voor stap de donatieprocedure beschreven: van de donorherkenning tot het moment dat de donor naar de operatiekamer wordt gebracht. Daarnaast is er een [Protocol Kind als donor](#).

Voor de leesbaarheid wordt in dit protocol de hij-vorm gebruikt. Uiteraard geldt dat er hier ook zij/haar en hen/hun gelezen kan worden.

Gebruiksaanwijzing voor ziekenhuizen

Dit Modelprotocol is een voorbeeldprotocol voor ziekenhuizen. Ziekenhuizen kunnen het gebruiken om hun eigen ziekenhuisprotocol te controleren en zo nodig aan te passen. Dit Modelprotocol voldoet aan de eisen die de wet aan een ziekenhuisprotocol stelt. De hoofdstukken in het protocol hebben een verschillende juridische status. Als een hoofdstuk een normatieve basis heeft – en er dus niet van afgeweken mag worden – staat dit er expliciet bij vermeld.

In dit Modelprotocol staat niet altijd aangegeven welke functionarissen bevoegd zijn om een bepaalde taak uit te voeren. Dit moet het ziekenhuis zelf bepalen. Dit kan per ziekenhuis verschillen. In Bijlage 1 is een invulvel toegevoegd waarin de bevoegde functionarissen kunnen worden weergegeven.

Gebruiksaanwijzing voor zorginstellingen en huisartsen

Het mogelijk maken van weefseldonatie zou het uitgangspunt moeten zijn van zorginstellingen, maar zij zijn niet verplicht om donatie mogelijk te maken. Een arts hoeft het Donorregister niet te raadplegen als deze procedure niet mogelijk is in de zorginstelling. Indien dit wel het geval is dan dient er in de zorginstelling een protocol voor donatie te zijn. Als er geen contra-indicaties voor weefseldonatie zijn, dan bepaalt de behandelend arts vanuit zijn eigen professionele verantwoordelijkheid of het Donorregister geraadpleegd wordt. Dit geldt ook voor de huisarts indien de patiënt thuis overlijdt.

Donatieprofessionals

Dit protocol is onder andere bestemd voor artsen en verpleegkundigen die betrokken zijn bij donatieprocedures. Zij kunnen bij hun werk de hulp inroepen van de volgende donatieprofessionals:

- **Donatiecoördinator:** er is voor elk ziekenhuis een donatiecoördinator beschikbaar. Deze ondersteunt het donatiebeleid in het ziekenhuis, geeft scholing en beantwoordt vragen over donatie. Wil je weten hoe de donatiecoördinator in jouw ziekenhuis jou kan helpen? Neem dan contact met hem op. De contactgegevens vind je in Bijlage 1.

- **(Coördinerend) donatie-intensivist:** kernziekenhuizen hebben een donatie-intensivist in dienst. Dit is een intensivist met een specifieke focus op donatie. Daarnaast heeft iedere regio een coördinerend donatie-intensivist. Hij werkt voor alle ziekenhuizen binnen het cluster. Wil je weten hoe de donatie-intensivist in jouw regio of cluster jou kan helpen? Neem dan contact met hem op. De contactgegevens vind je in Bijlage 1.
- **Orgaandonatiecoördinator (ODC):** de UMC's hebben orgaandonatiecoördinatoren in dienst. Deze zijn in alle ziekenhuizen inzetbaar om een orgaandonatieprocedure te coördineren.

De kernziekenhuizen in Nederland hebben een Commissie Orgaan- en Weefseldonatie, waarin het donatiebeleid besproken en geëvalueerd wordt. Ook satellietziekenhuizen kunnen een dergelijke commissie inrichten.

Donatieformulier

Ziekenhuizen zijn verplicht om bij ieder overlijden een donatieformulier in te vullen. Dit formulier is in alle ziekenhuizen opgenomen in het pakket formulieren die na een overlijden moeten worden ingevuld. Het donatieformulier is te vinden in [Bestel & download op transplantatiestichting.nl](#). De donatiecoördinator in het ziekenhuis verwerkt de informatie uit de donatieformulieren in de landelijke database van de NTS.

Wet- en regelgeving

De regels voor postmortale orgaan- en weefseldonatie in Nederland zijn vastgelegd in Europese en Nederlandse wetgeving. Hieronder staan de belangrijkste wetten en richtlijnen. Dit overzicht is echter niet volledig. Heb je vragen over het juridisch kader of over andere wet- en regelgeving voor postmortale orgaan- of weefseldonatie? Neem dan contact op met de NTS.

De belangrijkste wetten en richtlijnen voor donatie in Nederland zijn:

- [EU-richtlijn 2010/45/EU](#) (pdf, 810 kb)
- [EU-richtlijn 2004/23/EG](#) (pdf, 246 kb)
- [Wet op de orgaandonatie](#)
- [Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal](#)
- [Besluit veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal](#)
- [Regeling veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal](#)

Bijlagen

Dit protocol heeft 3 bijlagen. De eerste twee zijn te downloaden via [transplantatiestichting.nl](#), de derde is integraal onderdeel van dit protocol:

- Bijlage 1: [Contactgegevens donatieprofessionals en bevoegdheden functionarissen](#) (pdf, 73 kb). Ieder ziekenhuis vult een eigen overzicht in; dit is de blanco versie.
- Bijlage 2: [Formulier vaststellen hersendood](#) (pdf, 107 kb)
- Bijlage 3: Landelijk orgaanoverkoepeld hepatitis B protocol, zie [paragraaf 2.7](#).
- Bijlage 4: Hepatitis C virus diagnostiek en behandeling na orgaantransplantatie van HCV positieve donoren, zie [paragraaf 2.8](#).

Deel 1:

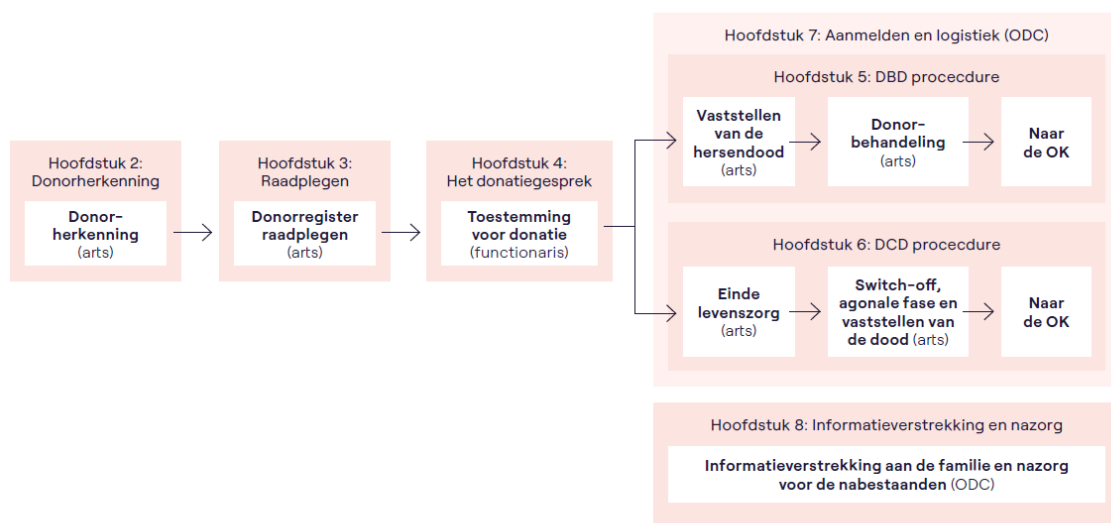
Orgaandonatie

1. Inleiding:

Het orgaandonatieproces

Dit deel van het protocol gaat over postmortale orgaandonatie. Het proces van postmortale orgaandonatie wordt in Schema 1 chronologisch weergegeven. Het schema laat zien op welk moment welke stappen van toepassing zijn, wie verantwoordelijk is voor welke stap en wat elke stap inhoudt. De stappen worden toegelicht in de hoofdstukken.

In het schema wordt onderscheid gemaakt tussen de DBD-procedure en de DCD-procedure. Per procedure worden er verschillende stappen genomen. Een DBD-procedure begint met het vaststellen van de dood, terwijl bij een DCD-procedure de dood pas in de laatste fase wordt vastgesteld. In paragraaf 1.1 (DBD) en paragraaf 1.2 (DCD) wordt dit toegelicht. De aanmelding van de donor en de organisatie van de logistiek zijn voor beide procedures gelijk. Deze taken worden beschreven in hoofdstuk 7.



Schema 1: Overzicht orgaandonatie

1.1. Donation after Brain Death (DBD)

Bij een DBD-procedure wordt de dood vastgesteld op grond van neurologische criteria, ook wel hersendood genoemd. Voor het vaststellen van de hersendood volgen artsen het Hersendoodprotocol (zie [paragraaf 5.1](#)). In Nederland wordt de hersendood alleen vastgesteld als de patiënt in aanmerking komt voor orgaandonatie.

Na het vaststellen van de hersendood komt de ODC in het ziekenhuis om de vereiste onderzoeken te laten uitvoeren, de donor aan te melden bij Eurotransplant en de logistiek te organiseren. De donor heeft een intacte circulatie en de beademing wordt gecontinueerd tot het moment van de orgaanuitname op de operatiekamer.

1.2. Donation after Circulatory Death (DCD)

Bij een DCD-procedure wordt de dood vastgesteld op basis van circulatoire criteria.

Na het overlijden van de patiënt kan de orgaandonatie plaatsvinden. De ODC komt ruim voor het overlijden naar het ziekenhuis om de vereiste onderzoeken uit te laten voeren, de donor aan te melden bij Eurotransplant en de logistiek te organiseren. Er bestaan

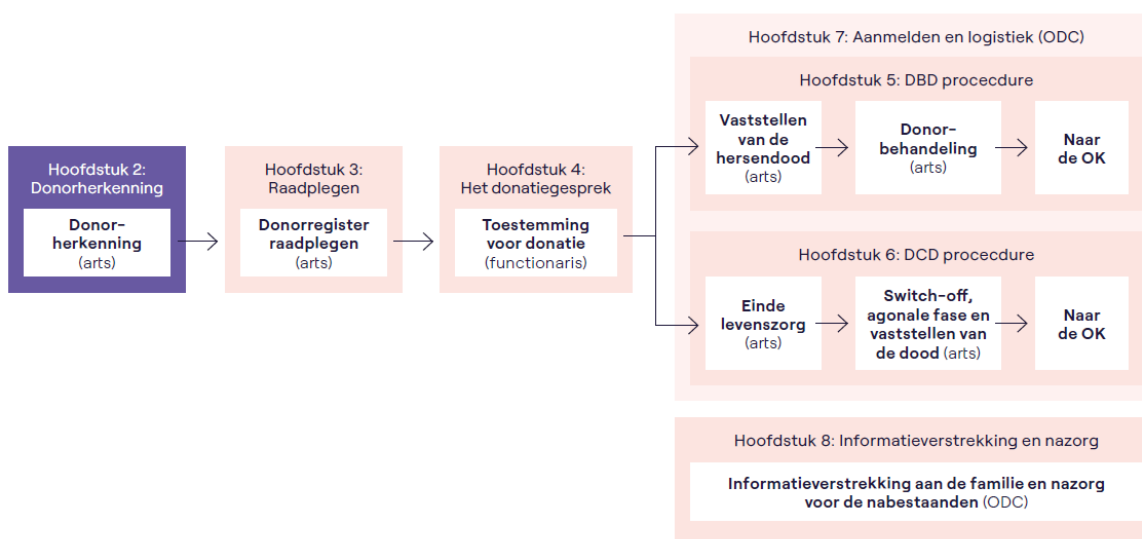
5 DCD-categorieën, waarbij de donatieprocedure steeds anders is:

1. **DCD-I:** de patiënt is overleden buiten het ziekenhuis.
2. **DCD-II:** de reanimatie van de patiënt is onsuccesvol geweest.
3. **DCD-III:** er is besloten om te stoppen met de levensverlengende behandeling van de patiënt. De patiënt is niet hersendood. Het stoppen van de behandeling zal naar verwachting leiden tot een circulatiestilstand en het overlijden van de patiënt.
4. **DCD-IV:** bij de patiënt is hersendood vastgesteld en er treedt een circulatiestilstand op vóór de start van de orgaanuitname.
5. **DCD-V:** de patiënt overlijdt na een euthanasieprocedure.

Dit Modelprotocol beschrijft de DCD-III-procedure. In Nederland worden geen DCD-I- en DCD-II-procedures uitgevoerd. Categorie IV komt zelden voor. Voor DCD-V is een aparte [richtlijn](#) ontwikkeld.

2. Donorherkenning

Het donatieproces start bij de herkenning van een potentiële donor. Dit hoofdstuk biedt daar handvatten voor. Het hoofdstuk beschrijft de criteria en contra-indicaties voor orgaandonatie. Het gekleurde blokje in Schema 2 geeft weer welke stap in dit hoofdstuk beschreven wordt.



Schema 2: Overzicht orgaandonatie: Donorherkenning

2.1. Welke afdelingen spelen een rol bij orgaandonatie?

Orgaandonatieprocedures vinden plaats op de (kinder-)intensive care (IC). De meeste patiënten die mogelijk orgaandonor zijn, liggen al op de IC. Potentiële orgaandonoren kunnen echter ook opgenomen zijn op de SEH of op de afdeling Neurologie. Deze patiënten worden dan overgeplaatst naar de IC, waardoor orgaandonatie mogelijk blijft. Het beleid, de criteria en de logistiek verschillen per ziekenhuis.

2.2. Wanneer is orgaandonatie wel en niet mogelijk?

Als een arts besluit om de levensverlengende behandeling van een patiënt te stoppen en de verwachting is dat de patiënt overlijdt, moet aan de mogelijkheid van orgaandonatie gedacht worden. Of donatie mogelijk is, hangt af van de vraag of er sprake is van contra-indicaties. Er is onderscheid tussen algemene contra-indicaties, relatieve contra-indicaties en orgaanspecifieke contra-indicaties.

2.2.1. Algemene contra-indicaties

De algemene contra-indicaties voor orgaandonatie zijn:

- De identiteit van de patiënt is onbekend;
- <24 uur adequaat behandelde sepsis;
- Actieve tuberculose;
- Een actieve infectie met rabiës, herpes zoster of rubella;

- Anencefalie.

In al deze gevallen is orgaandonatie uitgesloten.

2.2.2. Relatieve contra-indicaties

De relatieve contra-indicaties zijn:

- HIV;
- Chronische/actieve niet behandelbare infecties, bijvoorbeeld Q koorts;
- Hepatitis B (zie [paragraaf 2.7](#));
- Maligniteiten;
- Een onbekende doodsoorzaak;

LET OP: Bij maligniteiten is donatie soms wel mogelijk, namelijk:

- Bij enkele primaire, niet-gemetastaseerde hersentumoren;
- Als de maligniteit curatief is behandeld.

Als er sprake is van een relatieve contra-indicatie, is er overleg nodig met het Orgaancentrum (071 579 57 95) of de dienstdoende ODC.

2.2.3. Orgaanspecifieke contra-indicaties en leeftijdsriteria

Organen kunnen uitgesloten worden van donatie door onderliggende ziekten of door het niet voldoen aan de leeftijdsriteria. In Tabel 1 hieronder staan de contra-indicaties en de bijbehorende leeftijdsriteria per orgaan. De leeftijdsriteria per orgaan verschillen voor een DBD- en een DCD-procedure.

Tabel 1: Orgaanspecifieke contra-indicaties en leeftijdsriteria

Orgaan	Contra-indicatie	Leeftijdsriteria DBD	Leeftijdsriteria DCD
Nieren	• Primaire nierziekte	Geen grens	Tot ± 75 jaar
Lever	• Bewezen levercirrose • (Bekende) hemofilie A en B	Geen grens	Vanaf 1 maand
Longen	• Chronische obstructieve longziekte waarvoor medicatie is voorgeschreven • Andere ernstige longpathologie, zoals fibroserende longziekte • Bewezen aspiratie – overleg met de ODC (NB: Bij enkelzijdige aspiratie komt de niet-aangedane long wel voor donatie in aanmerking) • Melanoom	Geen grens* *bij donoren met een leeftijd van >75 jaar dient vooroverleg plaats te vinden met een ODC, die contact opneemt met de longtransplantatie-centra	Geen grens* *bij donoren met een leeftijd van >75 jaar dient vooroverleg plaats te vinden met een ODC, die contact opneemt met de longtransplantatie-centra
Hart	• Angina pectoris, myocardinfarct, coronaire bypassoperatie in voorgeschiedenis • Ernstig kleplijden • Maligne ritmestoornissen • Cardiomyopathie	Tot ± 70 jaar	• Tot 60 jaar, bij 61 jaar overleg met de ODC • Gewicht minimaal 50 kg

	<ul style="list-style-type: none"> • Insulineafhankelijke diabetes mellitus • Plotse hartdood/overlijden met hoge verdenking primair cardiale oorzaak, HIV en Actieve hepatitis B/C • Aangeboren hartafwijking • Coronairlijden • Noradrenaline > 0,3 ug/Kg/min 		
Pancreas	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus type I en II • Chronische of acute pancreatitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Gehele: tot ± 60 jaar • Eilandjes: tot ± 75 jaar 	<ul style="list-style-type: none"> • Gehele: 5 tot ± 50 jaar • Eilandjes: tot ± 75 jaar
Dunne darm	<ul style="list-style-type: none"> • Darmresectie in voorgeschiedenis • Inflammatoire darmziekte • Coeliakie 	1 tot ± 50 jaar	

2.3. Kinderen als donor

In Nederland kunnen kinderen ook orgaandonor zijn. Kinderen vanaf 12 jaar kunnen zich laten registreren in het Donorregister en kinderen onder de 12 jaar kunnen donor zijn als de ouders daarvoor toestemming geven. Raadpleeg daarom bij kinderen vanaf 12 jaar het Donorregister en neem bij elke mogelijke orgaandonor onder de 18 jaar contact op met het Orgaancentrum (071 579 57 95) of de dienstdoende ODC. Doe dit vóór het gesprek met de ouders/familie. Kijk voor meer informatie over kinderen als donor in [paragraaf 3.4](#) of in het [Protocol Kind als donor](#).

2.4. Wat te doen bij twijfels over de geschiktheid voor orgaandonatie?

Neem bij twijfel over een contra-indicatie of bij twijfel over de geschiktheid van een patiënt voor orgaandonatie contact op met het Orgaancentrum via 071 579 57 95, of met de dienstdoende ODC.

2.5. Geschikt voor orgaandonatie?

Is er geen sprake van algemene contra-indicaties? Raadpleeg dan het Donorregister en neem daarna contact op met het Orgaancentrum via 071 579 57 95, of met de dienstdoende ODC.

2.6. Niet geschikt voor orgaandonatie: weefseldonatie mogelijk?

Blijkt orgaandonatie bij een patiënt niet mogelijk? Kijk dan in [hoofdstuk 2 van deel 2](#) van dit protocol of de patiënt mogelijk weefsels kan doneren. De weefseldonatieprocedure kan gestart worden na het overlijden van de patiënt.

2.7. Landelijk orgaanoverkoepelend hepatitis B protocol

Serostatus donor	Interpretatie serostatus donor	Serostatus ontvanger SOT	Interpretatie serostatus ontvanger	Anti-HBs titer ontvanger	Advies Lever	Advies NierTx	Advies Long/Hart/Dunne darm Tx	Opmerking
Anti-HBcore negatief en HBsAg negatief	Geen infectie	Anti-HBcore negatief en HBsAg negatief	Geen infectie	Niet van invloed	Orgaan geschikt, geen actie noodzakelijk	Orgaan geschikt, geen actie noodzakelijk	Orgaan geschikt, geen actie noodzakelijk	
Anti-HBcore negatief en HBsAg negatief	Geen infectie	Anti-HBcore positief maar HBsAg negatief	Doorgemaakte infectie	<10 (negatief)*	Profylaxe 6 maanden, follow-up elke 3mnd gedurende 1 jaar	Profylaxe 6 maanden, follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	Profylaxe 12 maanden, follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	*Verricht HBV DNA. Als positief, volg schema Actieve infectie: overleg met MDL, viroloog en/of infectioloog.
				>10 en <100*	Orgaan geschikt, geen actie noodzakelijk	Profylaxe 6 maanden, follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	Profylaxe 12 maanden, follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	*Verricht HBV DNA. Als positief, volg schema Actieve infectie: overleg met MDL, viroloog en/of infectioloog.
				>100	Orgaan geschikt, geen actie noodzakelijk	Follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	Profylaxe 12 maanden, follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	
Anti-HBcore negatief en HBsAg negatief	Geen infectie	HBsAg positief	Actieve infectie	Nvt	Overleg met MDL, viroloog en/of infectioloog	Overleg met MDL, viroloog en/of infectioloog	Overleg met MDL, viroloog en/of infectioloog	Volg de specifieke protocollen die hier van toepassing zijn.
Anti-HBcore positief maar HBsAg negatief	Doorgemaakte infectie	Anti-HBcore negatief en HBsAg negatief	Geen infectie	<10 (negatief)	Profylaxe levenslang, follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	Profylaxe 6 maanden, follow-up elke 3mnd gedurende 1 jaar	Profylaxe 6 maanden, follow-up elke 3mnd gedurende 1 jaar	Vooraf vaccineren. Volg regel passend bij anti-HBs titer.
				>10 en <100 (positief, gevaccineerd)	Profylaxe levenslang, follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	Orgaan geschikt, geen actie noodzakelijk	Orgaan geschikt, geen actie noodzakelijk	
				>100 (positief, gevaccineerd)	Profylaxe levenslang**, follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	Orgaan geschikt, geen actie noodzakelijk	Orgaan geschikt, geen actie noodzakelijk	**Na 12 maanden kan worden overwogen om de profylaxe te staken, als anti-HBs stabiel >100 is. Follow-up moet gegarandeerd zijn.
Anti-HBcore positief maar HBsAg negatief	Doorgemaakte infectie	Anti-HBcore positief maar HBsAg negatief	Doorgemaakte infectie	<10 (negatief)*	Profylaxe levenslang, follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	Profylaxe 6 maanden, follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	Profylaxe 12 maanden, follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	*Verricht HBV DNA. Als positief, volg schema Actieve infectie: overleg met MDL, viroloog en/of infectioloog.
				>10 en <100*	Profylaxe 6 maanden**, follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	Profylaxe 6 maanden, follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	Profylaxe 12 maanden, follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	*Verricht HBV DNA. Als positief, volg schema Actieve infectie. ***Profylaxe alleen staken als anti-HBs stabiel (niet dalend) is.
				>100	Follow-up** elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	Follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	Profylaxe 12 maanden, follow-up elke 3mnd 1e jr, dan elke 6mnd	**Follow-up moet gegarandeerd zijn. Anders is profylaxe gedurende 6 maanden geïndiceerd. Bij dalende anti-HBs titer: overleg met viroloog.
Anti-HBcore positief maar HBsAg negatief	Doorgemaakte infectie	HBsAg positief	Actieve infectie	Nvt	Overleg met MDL, viroloog en/of infectioloog	Overleg met MDL, viroloog en/of infectioloog	Overleg met MDL, viroloog en/of infectioloog	
HBsAg positief	Actieve infectie	Anti-HBcore negatief en HBsAg negatief	Geen infectie	Niet van invloed	Orgaan in principe niet geschikt	Orgaan in principe niet geschikt	Orgaan in principe niet geschikt	
HBsAg positief	Actieve infectie	Anti-HBcore positief maar HBsAg negatief	Doorgemaakte infectie	Niet van invloed	Orgaan in principe niet geschikt	Orgaan in principe niet geschikt	Orgaan in principe niet geschikt	
HBsAg positief	Actieve infectie	HBsAg positief	Actieve infectie	Nvt	Overleg met MDL, viroloog en/of infectioloog	Overleg met MDL, viroloog en/of infectioloog	Overleg met MDL, viroloog en/of infectioloog	

Bij anti-rejectie therapie zoals ATG, rituximab, alemtuzumab: (her)start profylaxe in overleg met de MDL/viroloog/infectioloog.

Indien adequate follow-up niet kan worden gegarandeerd, overweeg levenslange antivirale profylaxe.

Follow-up: HBsAg, anti-HBs en HBV DNA

Referenties:

Huprikar, AJT 2015

British Transplantation Society Guidelines 2018

Joya-Vasquez, Transplantation 2002

Veroux, Med Sci Monit 2016

Terrault, Hepatology 2018

EASL guideline 2017

Cholongitas, J of Hepatology 2010

Park, Aliment Pharmacol Ther 2020

Lenci, Liver Transplantation 2016

Orfanidou, Liver Int 2021

Wang, Transpl 2017

Busebee Clin Transp 2024

Loomba, Gastroenterology 2017

Download [het landelijk orgaanoverkoepelend hepatitis B protocol](#), voor een betere leesweergave.

2.8. Hepatitis C virus diagnostiek en behandeling na orgaantransplantatie van HCV positieve donoren

2.8.1 Introductie

Door de introductie van direct-acting antivirale (DAA) therapie is de behandeling van hepatitis C virus (HCV) sterk verbeterd, met >95% effectiviteit. Hierdoor zijn er meer mogelijkheden om HCV-positieve organen (nieren, harten, longen en levers) te transplanteren. De transplantatie van HCV-positieve donoren naar HCV-negatieve ontvangers blijkt veilig te zijn, waardoor wachtlijsten verkort kunnen worden en wachtlijstmortaliteit en -morbiditeit verminderd kunnen worden.

Dit protocol dient als richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van HCV na solide orgaantransplantatie (SOT), in het geval van een HCV-positieve donor en een HCV-negatieve ontvanger.

2.8.2 HCV-positieve donoren- categorieën

Er zijn drie categorieën HCV-positieve donoren, met verschillende interpretaties en adviezen. De verdere paragrafen richten zich op categorie 3, en categorie 2 indien HCV PCR uitslag positief is.

NB: Indien er aanwijzingen zijn dat de donor gefaald heeft op DAA-therapie, is dit protocol niet van toepassing en dient het orgaan niet geaccepteerd te worden.

Categorie	Interpretatie en advies
1. Anti-HCV positieve donoren met een negatieve HCV PCR.	Doorgemaakte HCV infectie of vals-positieve test. Geen actieve HCV infectie. Geen verdere acties nodig.
2. Anti-HCV positieve donoren waarbij PCR resultaat onbekend is.	Neem extra plasma af bij de donor voor HCV PCR. Overleg met viroloog over de mogelijkheid voor cito HCV PCR. Indien de uitslag niet op tijd is, beschouw de patiënt dan als positief (categorie 3).
3. Anti-HCV positieve donoren met een positieve PCR.	Orgaan kan geaccepteerd worden na informed consent, zie verdere richtlijn.

2.8.3 Afwegingen om een HCV+ orgaan te accepteren

De kans dat de ontvanger in een donor positieve/receptor negatieve (D+/R-) HCV setting positief wordt na transplantatie, is nagenoeg 100% in alle type organen. Er dient door de hoofdbehandelaar een afweging gemaakt te worden, waarbij factoren zoals kwaliteit van het orgaan, mogelijke co-infecties, mogelijkheid tot HCV DAA therapie na transplantatie en wachtlijstmorbiditeit en -mortaliteit een rol spelen. In geval het orgaan een lever betreft, zullen deze in principe niet geaccepteerd te worden, tenzij de aanwezigheid op cirrose/fibrose door de MDL-arts uitgesloten kan worden.

2.8.4 Informed consent

Het verdient de sterke voorkeur om in de voorbereiding dan wel electief patiënten toestemming te vragen voor acceptatie van een mogelijke anti-HCV positieve donor. Hierbij dient besproken te worden dat de kans dat een ontvanger in een D+/R- HCV setting positief wordt nagenoeg 100% is, maar dat de behandeling hiervan succesvol is. Het wordt afgeraden om toestemming te vragen ten tijde van een aanbod.

2.8.5 Diagnostiek

Zoals eerder beschreven is in een D+/R- HCV positieve setting de kans dat een ontvanger HCV positief wordt, nagenoeg 100% en kan men profylactische behandeling overwegen zonder plasma HCV PCR. Indien men de HCV infectie bij de ontvanger wil vaststellen, kan er tussen dag 3 en 5 na transplantatie een plasma HCV PCR af bij de ontvanger worden afgenomen. Is de HCV PCR negatief is, bepaal dan op dag 7 de HCV PCR nogmaals. Van de HCV ontvangers is 90% binnen 7 dagen viremisch. Men kan in

deze gevallen alsnog pre-emptief starten. Mocht de HCV PCR op dag 7 nog steeds negatief zijn, herhaal dan wekelijks tot week 4. Mocht de PCR na week 4 negatief zijn, is een HCV infectie bij de ontvanger nagenoeg onwaarschijnlijk. Overleg met viroloog, infectioloog en/of MDL-arts over de follow-up diagnostiek.

2.8.6 Behandeling

Behandeling vindt plaats na overleg met viroloog, infectioloog en/of MDL-arts.

Tijdige behandeling dient plaats te vinden zoals hieronder beschreven om complicaties te voorkomen zoals acute hepatitis en non-hepatische complicaties zoals acute HCV gerelateerde glomerulonefritis, acute pancreatitis, acute cellulaire resectie en vasculopathie.

Advies DAA therapie D+/R- HCV na levertransplantatie:

Start vroege behandeling met een pangenotypisch DAA regime zodra de patiënt stabiel is: binnen één week na transplantatie, maar uiterlijk binnen twee weken na transplantatie.

Middel	Duur	Kosten*
Glecaprevir (100mg)/pibrentasvir (40mg) tablet 1dd3st (overeenkomend met 1dd glecaprevir 300mg/pibrentasvir 120mg)	12 weken	€156 per stuk
Sofosbuvir (400mg)/velpatasvir (100mg) tablet 1dd1st	12 weken	€321 per stuk

* Zie voor actuele informatie www.medicijnkosten.nl

NB: voor D+/R- HCV situaties na levertransplantatie bestaat er nog geen verkorte therapie in tegenstelling tot andere SOT.

Advies DAA therapie D+/R- na non-lever SOT (nieren, hart, long)

Optie A)

Start profylactisch (geen positieve PCR) of pre-emptief (al wel een positieve PCR) met een pangenotypisch DAA regime, tussen dag 0 en dag 7 posttransplantatie zodra patiënt klinisch stabiel is.

Middel	Duur	Kosten*
Glecaprevir (100mg)/pibrentasvir (40mg) tablet 1dd3st (overeenkomend met 1dd glecaprevir 300mg/pibrentasvir 120mg)	8 weken	€156 per stuk
Sofosbuvir (400mg)/velpatasvir (100mg) tablet 1dd1	12 weken	€321 per stuk

Optie B)

Wanneer therapie wordt uitgesteld tot na de eerste week van therapie, start therapie zodra de patiënt stabiel is.

Middel	Duur	Kosten*
Glecaprevir (100mg)/pibrentasvir (40mg) tablet 1dd3st (overeenkomend met 1dd glecaprevir 300mg/pibrentasvir 120mg)	12 weken	€156 per stuk
Sofosbuvir (400mg)/velpatasvir (100mg) tablet 1dd1st	12 weken	€321 per stuk

* Zie voor actuele informatie www.medicijnkosten.nl

2.8.7 Monitoring van de therapie

Monitor het effect van de behandeling middels HCV PCR aan het einde van de behandeling (EOT). Daarnaast dient HCV PCR op week 12 (SVR12) en week 24 (SVR24) na einde van de behandeling plaats te vinden. Overleg met een infectioloog/MDL-arts en/of viroloog als de EOT meting of SVR metingen positief blijken te zijn.

2.8.8 Overwegingen bij nierfunctiestoornissen, leverfunctiestoornissen en DAA interacties

Bij HCV patiënten met chronische nierinsufficiëntie inclusief patiënten met eGFR <30 ml/min en patiënten met hemodialyse kunnen de DAA's volgens aanbevelingen worden voorgeschreven zonder dosisaanpassing.

Zie voor interacties www.hep-druginteractions.org voor de meest up-to-date adviezen, naast de tabellen in de EASL Richtlijn met interacties van DAA's met veel voorkomende co-medicatie.

Deze richtlijn gaat specifiek in op de volgende interacties:

Middel	Sofosbuvir-Velpatasvir	Glecaprevir-Pibrentasvir
Azathioprine		
Ciclosporine		
Etanercept		
Mycofenolaat		
Sirolimus		
Tacrolimus		
Amiodaron		
Protonpompremmers		

	Geen klinische significante interactie te verwachten
	Potentiële interactie; dosisaanpassing, toedieningsaanpassing of extra monitoring is mogelijk niet nodig.
	Potentiële interactie; dosis aanpassing, toedieningsaanpassing of extra monitoring nodig (NB de interactie kan van invloed zijn op zowel de DAA als op het andere middel)
	Deze medicatie mag niet tegelijkertijd gegeven worden

2.8.9 Referenties

- <https://www.hcvguidelines.org/>: Treatment of HCV-Uninfected Transplant Recipients Receiving Organs From HCV-Viremic Donors (AASLD/IDSA)
- Hcvrichtsnoer.nl
- EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series. J Hepatol. 2020 Nov; EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series☆
- Friebus-Kardash J, Gäckler A, Kribben A, Witzke O, Wedemeyer H, Treckmann J, Herzer K, Eisenberger U. Successful early sofosbuvir-based antiviral treatment after transplantation of kidneys from HCV-viremic donors into HCV-negative recipients. Transpl Infect Dis. 2019 Oct;21(5):e13146. doi: 10.1111/tid.13146. Epub 2019 Jul 31. PMID: 31306562.
- Steinbrink JM, Byrns J, Berg C, Kappus M, King L, Ellis MJ, Sanoff S, Agarwal R, DeVore AD, Reynolds JM, Hartwig MG, Milano C, Sudan D, Maziarz EK, Saullo J, Alexander BD, Wolfe CR. Real-world Experiences in the Transplantation of Hepatitis C-NAAT-positive Organs. Transplant Direct. 2023 Oct 10;9(11):e1539. doi: 10.1097/TXD.0000000000001539. PMID: 37829247; PMCID: PMC10567032.
- Woolley AE, Singh SK, Goldberg HJ, Mallidi HR, Givertz MM, Mehra MR, Coppolino A, Kuztos AE, Johnson ME, Chen K, Haddad EA, Fanikos J, Harrington DP, Camp PC, Baden LR; DONATE HCV Trial Team. Heart and Lung Transplants from HCV-Infected Donors to Uninfected Recipients. N Engl J Med. 2019 Apr 25;380(17):1606-1617. doi: 10.1056/NEJMoa1812406. Epub 2019 Apr 3. PMID: 30946553; PMCID: PMC7369135.
- Aslam S, Grossi P, Schlendorf KH, Holm AM, Woolley AE, Blumberg E, Mehra MR; working group members. Utilization of hepatitis C virus-infected organ donors in cardiothoracic transplantation: An ISHLT expert consensus statement. J Heart Lung Transplant. 2020 May;39(5):418-432. doi: 10.1016/j.healun.2020.03.004. Epub 2020 Mar 19. PMID: 32362393.

3. Donorregister raadplegen en vervolgstappen bepalen

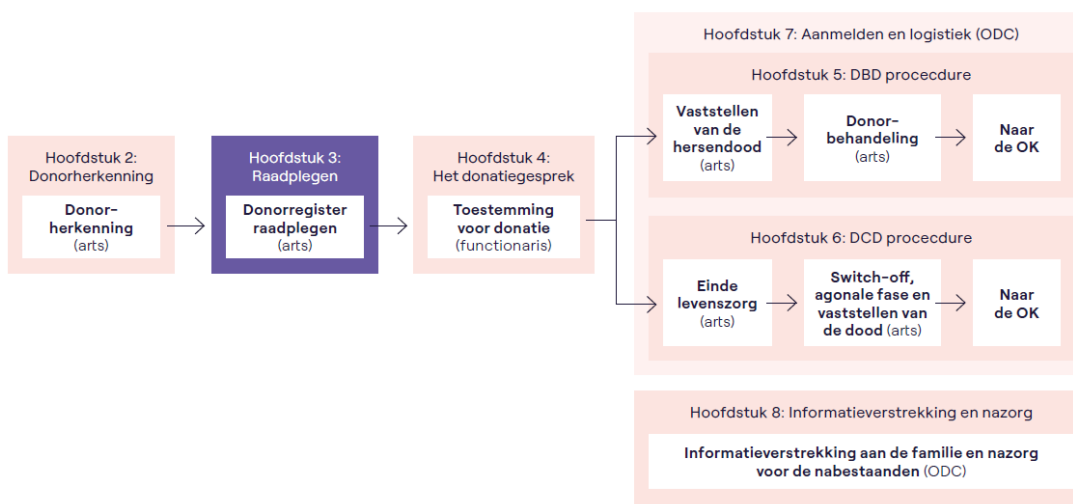
Dit hoofdstuk gaat in op de procedure voor het raadplegen van het Donorregister: wie mag dat doen, en wanneer en hoe ([paragraaf 3.1](#))? Vervolgens beschrijft het hoofdstuk wat de verschillende registraties betekenen en wat per type registratie van de functionaris verwacht wordt. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen wilsbekwame patiënten ([paragraaf 3.2](#)), wilsonbekwame patiënten ([paragraaf 3.3](#)) en kinderen ([paragraaf 3.4](#)). Ook vind je hier de richtlijnen bij een niet-natuurlijk overlijden ([paragraaf 3.5](#)). Het hoofdstuk sluit af met de vraag wanneer de arts mag beginnen met de voorbereidende handelingen voor een mogelijke orgaandonatie.

Dit en het volgende hoofdstuk zijn mede gebaseerd op de Kwaliteitsstandaard Donatie, die in het kader van de wijziging van de Wet op de orgaandonatie – per 1 juli 2020 – is ontwikkeld. Bij de behandeling van de nieuwe donorwet in de Eerste Kamer is de motie- Nooren aangenomen. Daarin vroeg de Eerste Kamer om een kwaliteitsstandaard te ontwikkelen die een uniforme zorg voor en omgang met de nabestaanden waarborgt. Alle artsen zijn verplicht om zich aan deze kwaliteitsstandaard te houden. Deze is niet alleen geïntegreerd in deze hoofdstukken, maar ook apart te downloaden op de [website](#) van de Nederlandse Transplantatie Stichting.

LET OP:

- In dit hoofdstuk wordt ook gesproken over weefseldonatie, omdat de procedure rond toestemming voor orgaandonatie overeenkomt met die voor weefseldonatie. Alleen bij wilsonbekwaamheid is er een verschil. Dat wordt toegelicht in [paragraaf 3.3](#).
- Alle paragrafen in dit hoofdstuk zijn een uitwerking van de Wet op de orgaandonatie, en zijn dus normatief. Daar mag dus niet van worden afgeweken.

Schema 3 laat zien welke stap in het orgaandonatieproces dit hoofdstuk beschrijft.



Schema 3: Overzicht orgaan- en weefseldonatie: Donorregister raadplegen en vervolgstappen bepalen

3.1. Raadplegen Donorregister

3.1.1. Wanneer raadplegen?

De Wod verplicht artsen in ziekenhuizen om altijd het Donorregister te raadplegen als een patiënt:

- Geschikt is als orgaan- en/of weefseldonor en er een gerede kans is dat hij binnen afzienbare tijd overlijdt; of
- Geschikt is als weefseldonor en net is overleden.

Overlijdt een patiënt buiten het ziekenhuis en ben je hier als huisarts of andere extramurale arts bij betrokken? Dan is het uw professionele verantwoordelijkheid om het Donorregister te raadplegen.

Raadpleeg het Donorregister voordat het gesprek over donatie met de familie plaatsvindt.

Wilsverklaring

Het Donorregister moet ook geraadpleegd worden als er bij de patiënt een andere wilsverklaring is aangetroffen. Dit is nodig om te controleren of de wilsverklaring niet strijdig is met de registratie in het Donorregister. Je leest hier meer over in [paragraaf 3.1.2.](#)

Het Donorregister hoeft niet geraadpleegd te worden als:

- De patiënt niet voldoet aan de criteria voor orgaan- en weefseldonatie of als er algemene contra-indicaties zijn (zie [Deel 1: Orgaandonatie, Hoofdstuk 2. Donorherkenning](#) of [Deel 2: Weefseldonatie, Hoofdstuk 2 Donorherkenning](#)).
 - Bel bij twijfel over de geschiktheid naar het Orgaancentrum: 071 579 57 95.
- De patiënt jonger is dan 12 jaar.
 - Er gelden dan speciale regels voor toestemming (zie [paragraaf 3.4](#)).
- De identiteit onbekend is en het daarom niet mogelijk is om het register te raadplegen.
 - Donatie is dan niet toegestaan.
- De potentiële donor langer dan 24 uur geleden is overleden.
 - Donatie is dan niet meer mogelijk.

Raadpleeg het Donorregister ook bij niet-Nederlanders

De Wod geldt voor iedereen die in Nederland overlijdt, dus ook voor personen die niet (standaard) in Nederland wonen of die niet de Nederlandse nationaliteit hebben.

Personen die een halfjaar twee derde van de tijd rechtmatig in Nederland wonen, kunnen zich registreren in het Donorregister. Ook asielzoekers die in de procedure zitten voor een (permanente) verblijfsvergunning, kunnen zich registreren. Daarom moet bij buitenlanders die langer in Nederland verblijven het Donorregister geraadpleegd worden. Daarnaast moet het ziekenhuis redelijke inspanningen verrichten om na te gaan of er een handgetekende verklaring of donorcodicil aanwezig is. Is de persoon niet geregistreerd en heeft hij geen handgetekende verklaring of donorcodicil achtergelaten? Dan moeten de nabestaanden t/m de 2e graad beslissen over donatie. Zijn deze niet bereikbaar, dan is donatie niet toegestaan.

Personen die tijdelijk in Nederland zijn, bijvoorbeeld vanwege een vakantie, kunnen ook donor zijn. De Nederlandse wetgeving is dan van toepassing. De nabestaanden t/m de 2e graad moeten toestemming geven voor de donatie. Zijn deze niet bereikbaar, dan vindt er geen donatie plaats.

Wanneer een eigen wilsverklaring wordt aangetroffen, moet worden nagegaan of deze in Nederland geldig is. De verklaring is geldig als er een naam, datum en handtekening op staan. Donatie moet altijd ook nog met naasten worden besproken anders kan er geen donatie plaatsvinden.

3.1.2. Wat als er een wilsverklaring is?

De patiënt kan zijn wens ook in een eigen wilsverklaring hebben vastgelegd. Is dat het geval, moet de functionaris zich inspannen om uitvoering te geven aan de wens die in de wilsverklaring staat. Deze verklaring is geldig als er een naam, datum en handtekening op staan. De functionaris moet deze verklaring altijd met de naasten van de patiënt bespreken.

Is een dergelijke eigen wilsverklaring van de patiënt aanwezig, dan moet de functionaris nog steeds het Donorregister raadplegen. Het doel daarvan is om te controleren of de wilsverklaring niet strijdig is met de registratie in het Donorregister. Is dat wel het geval of zijn er van een patiënt meerdere tegenstrijdige wilsverklaringen aanwezig? Dan is het uitgangspunt dat de meest recente registratie of wilsverklaring geldig is.

LET OP: In een uitzonderlijke situatie kan het voorkomen dat de patiënt in het Donorregister geregistreerd staat met 'ja' of 'geen bezwaar' en dat de gevonden wilsverklaring daarmee niet overeenstemt. In dat geval geldt de eigen wilsverklaring (die door de patiënt zelfstandig is opgesteld), ook als die verklaring minder recent is dan de registratie in het Donorregister. Dit heeft de wetgever zo beslist.

3.1.3. Wie mag het Donorregister raadplegen?

Het ziekenhuis beslist welke beroepsgroepen of functionarissen het Donorregister mogen raadplegen. Wie hiertoe in uw ziekenhuis bevoegd is, is te lezen op het inlegvel in Bijlage 1.

Voor raadpleging van het Donorregister is een registratie in het BIG-register noodzakelijk. Het ziekenhuis kan ervoor kiezen om ook werknemers zonder BIG-registratie de bevoegdheid te geven om het Donorregister te raadplegen. Dit mag alleen als deze medewerkers het register raadplegen onder de verantwoordelijkheid van een professional met een BIG-registratie.

3.1.4. Hoe raadplegen?

De functionaris kan het Donorregister raadplegen door te bellen naar het Orgaancentrum: 071 579 57 95.

Het Orgaancentrum is intermediair voor het raadplegen van het register. De functionaris kan niet rechtstreeks in het Donorregister kijken.

Voor het raadplegen van het Donorregister zijn de volgende gegevens nodig:

- Aanvragend functionaris
 - Naam (en indien van toepassing: naam van de werknemer die namens de functionaris het register raadpleegt)
 - BIG-registratienummer
 - Telefoonnummer waarop deze contactpersoon bereikbaar is (alleen in geval van orgaandonatie)
- Instelling
 - Naam
 - Adres (alleen bij raadpleging van buiten een ziekenhuis)
 - Afdeling (waar de patiënt op dat moment ligt)
- Patiënt
 - BSN
 - Achternaam
 - Voorvoegsels
 - Voorletters
 - Geboortedatum
 - Geslacht
 - Adres

Tijdens de telefonische raadpleging kan de medewerker van het Orgaancentrum eerst enkele medische vragen stellen. Het doel hiervan is om de meest voorkomende contra-indicaties voor donatie uit te sluiten. Dit duurt ongeveer 5 minuten. Zijn er geen contra-indicaties aanwezig? Dan raadpleegt de medewerker het Donorregister en geeft hij de uitslag telefonisch door. Daarbij geeft de medewerker ook aan voor welke organen en/of weefsels toestemming is gegeven en voor welke niet.

De functionaris kan tijdens de procedure (op verzoek van de familie) te allen tijde een uitdraai van de wilsbeschikking bij het Orgaancentrum opvragen. De donatiecoördinator van het ziekenhuis kan via DC-applicatie de uitslag van de raadpleging terugvinden. Deze informatie kan, indien gewenst, aan het patiëntendossier worden toegevoegd. Dit is geen verplichting.

Gesprekken met het Orgaancentrum worden vastgelegd op band vanwege scholingsdoeleinden, om het gesprek terug te kunnen luisteren en voor archivering.

3.2. Vervolgstappen bij wilsbekwame patiënten

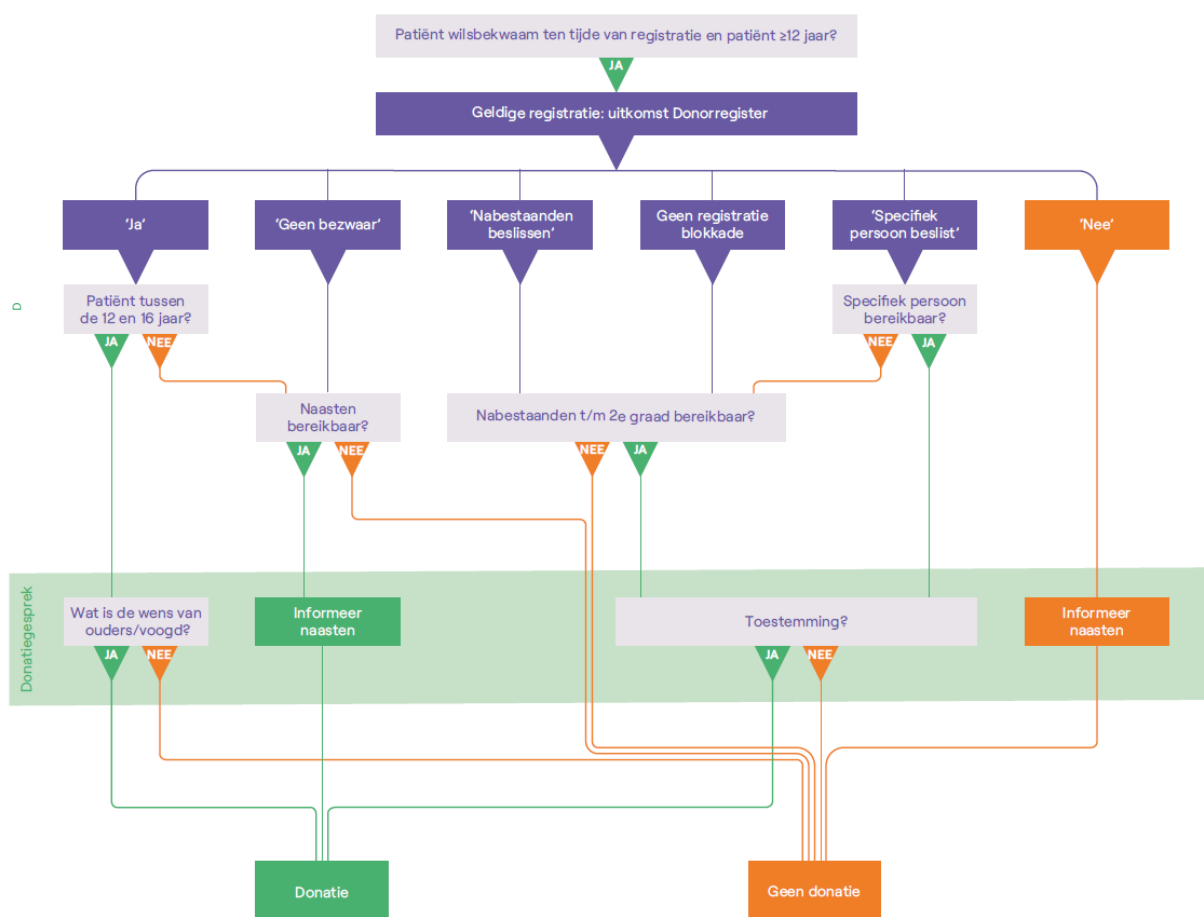
Wat de stap na de raadpleging van het Donorregister is, hangt af van de uitslag van de raadpleging én van de wilsbekwaamheid en leeftijd van de patiënt.

- Was de patiënt bij zijn overlijden 12 jaar of ouder? En was hij op het moment van de registratie wilsbekwaam? Volg dan het stroomschema in [paragraaf 3.2.1](#).

In [paragraaf 3.2.2](#) t/m [3.2.7](#) worden de stappen per registratie toegelicht.

- Was de patiënt op het moment van de registratie wilsonbekwaam? Lees dan in [paragraaf 3.3](#) wat de procedure is.
- Was de patiënt bij overlijden jonger dan 18 jaar? Lees dan de (aanvullende) richtlijnen in [paragraaf 3.4](#).

3.2.1. Stroomschema: Kwaliteitsstandaard donatie



NB: Het informeren van naasten geldt voor elke uitkomst van het Donorregister.

© Maaike Wijnands/oeHoe infographics & illustrations

3.2.2. Geregistreerd met 'geen bezwaar'

Staat de patiënt in het Donorregister geregistreerd met 'geen bezwaar' tegen donatie? Dan betekent dit dat donatie van weefsels en organen ten behoeve van transplantatie is toegestaan. Er is geen aanvullende toestemming nodig. Wel moet de functionaris de naasten informeren over de manier waarop deze registratie tot stand is gekomen. De registratie is rechtsgeldig als de patiënt ten tijde van de registratie wilsbekwaam was.

→ Lees in [paragraaf 3.3](#) wat te doen als de patiënt ten tijde van de registratie wilsonbekwaam was.

Uitgangspunten voor het gesprek

De uitgangspunten voor het gesprek met de naasten staan beschreven in [hoofdstuk 4](#). Het gesprek moet vóór de donatie plaatsvinden. De functionaris kan daarbij gebruikmaken van de informatie in het volgende kader.

Informatie: totstandkoming registratie 'geen bezwaar'

De registratie 'geen bezwaar' is tot stand gekomen doordat de patiënt zijn wens niet zelf in het Donorregister heeft vastgelegd, hoewel het Donorregister hem hierover 3 brieven heeft gestuurd. Deze registratie is vervolgens schriftelijk aan de patiënt bevestigd.

Het Donorregister stuurt minimaal 3 brieven naar personen die hun keuze niet hebben geregistreerd. In de eerste 2 brieven roept het Donorregister deze personen op om hun keuze vast te leggen. In deze brieven staat ook dat zij geregistreerd worden met 'geen bezwaar' als zij hun keuze niet vastleggen. Heeft een persoon na de responsperiode zijn keuze niet geregistreerd, dan stuurt het Donorregister de derde brief. Daarin staat dat deze persoon geregistreerd staat met 'geen bezwaar', omdat hij zijn keuze niet actief heeft vastgelegd. Daarbij is aangegeven dat 'geen bezwaar' betekent dat er toestemming is voor donatie. Bovendien staat in de brief dat de betreffende persoon zijn registratie met 'geen bezwaar' te allen tijde kan wijzigen, met daarbij een uitleg hoe hij dat kan doen.

Het Donorregister schrijft alleen ingezetenen van 18 jaar en ouder aan die niet geregistreerd staan. Alleen zij kunnen dus met deze status in het Donorregister staan.

NB: Kinderen van 12 t/m 17 jaar kunnen zich uit eigen beweging registreren. Deze groep kan dus niet met 'geen bezwaar' in het Donorregister staan.

Reactie van de nabestaanden

Zijn de nabestaanden ervan overtuigd dat de 'geen bezwaar'-registratie niet overeenkomt met de wens van de patiënt? Dan kunnen zij dit kenbaar maken en uitleggen aan de functionaris. Hoe ze dat doen, is vormvrij. De wet spreekt over "aannemelijk maken", zonder dat dit wordt ingevuld. Het gaat niet om 'bewijzen', maar om 'uiteenzetten' en 'uitleggen'.

De functionaris vraagt in dit geval aan de nabestaanden om uit te leggen waarom zij menen dat de registratie niet overeenkomt met de wens van de patiënt. Kunnen zij dit voldoende overtuigend uitleggen, dan kan de registratie ongeldig worden en geldt de informatie van de nabestaanden. Het is aan het professionele oordeel van de functionaris om te beslissen of hij erop kan vertrouwen dat de registratie overeenkomt met de wens van de patiënt.

LET OP: verschil tussen naasten en nabestaanden

In de Wod wordt onderscheid gemaakt tussen 'naasten' en 'nabestaanden':

- De functionaris moet de **naasten** informeren over de registratie. Hieronder vallen alle mensen die een (grote) rol speelden in het leven van de patiënt.
- Maar alleen **nabestaanden** kunnen aannemelijk maken dat de registratie niet overeenkomt met de wens van de patiënt. Hieronder vallen de partner, de bloedverwanten (1e en 2e graad) en de aanverwanten (1e en 2e graad) van de patiënt. In [paragraaf 4.7](#) staat wie dit precies zijn.

Wat als het niet lukt om de naasten (op tijd) te bereiken of als er geen naasten zijn? Zoals hierboven is aangegeven, moet de functionaris de naasten over de registratie informeren voordat de donatie plaatsvindt. Lukt het niet om iemand van de naasten te bereiken? Dan probeert de functionaris de donatie uit te stellen totdat er wel iemand bereikt is. In [paragraaf 4.5](#) staat welke stappen de functionaris neemt om de naasten te bereiken.

Totdat de naasten zijn bereikt, mag de functionaris al wel voorbereidende handelingen voor de donatie verrichten, zoals beschreven in [paragraaf 3.6](#). Kan de functionaris niemand van de naasten bereiken? Of kan de donatie niet langer worden uitgesteld? Dan vindt er geen donatie plaats. Het informeren van de naasten over de registratie is namelijk een verplicht onderdeel van de procedure. Daarnaast kan de functionaris via de naasten ook informatie verkrijgen over de medische en sociale voorgeschiedenis van de patiënt, met inbegrip van diens wilsbekwaamheid.

Heeft de patiënt geen nabestaanden en geen naasten? Dan vindt er ook geen donatie plaats.

3.2.3. Geregistreerd met 'ja'

Staat de patiënt in het Donorregister geregistreerd met 'ja, ik geef toestemming voor donatie' en is deze registratie rechtsgeldig? Dan betekent dit dat de uitname van weefsels en organen ten behoeve van transplantatie is toegestaan. Er is geen aanvullende toestemming nodig. Wel moet de functionaris de naasten informeren over de manier waarop deze toestemming tot stand is gekomen. De registratie is rechtsgeldig als de patiënt ten tijde van de registratie 12 jaar of ouder én wilsbekwaam was.

→ Lees in [paragraaf 3.3](#) wat te doen als de patiënt ten tijde van de registratie wilsbekwaam was.

Bijzonderheden bij specifieke organen of weefsels

- Heeft de patiënt bepaalde organen en weefsels uitgesloten van de toestemming voor donatie? Dan vindt er geen donatie van deze organen en weefsels plaats. Dat gebeurt ook niet als de nabestaanden t/m de 2e graad te kennen geven hier wel toestemming voor te willen geven.
- Was er op het moment van de registratie sprake van weefsels of organen die toen nog niet getransplanteerd konden worden en nu wel? Vraag dan aanvullende toestemming aan de nabestaanden voor de donatie van die organen of weefsels.

Voorbeeld: Voorheen werd alleen de cornea getransplanteerd, nu worden ook andere onderdelen van het oog getransplanteerd. De patiënt heeft tijdens zijn registratie alleen toestemming gegeven voor transplantatie van de cornea. Daarom moet aanvullende toestemming aan de nabestaanden gevraagd worden voor transplantatie van oogweefsel.

Uitgangspunten voor het gesprek

Voor het gesprek gelden de uitgangspunten die beschreven zijn in [hoofdstuk 4](#). Het gesprek moet vóór de donatie plaatsvinden. De functionaris kan daarbij gebruikmaken van de informatie in het volgende kader.

Informatie: Totstandkoming registratie 'Ja, ik geef toestemming voor donatie'

De registratie 'ja, ik geef toestemming voor donatie' is tot stand gekomen doordat de patiënt zijn wens actief heeft vastgelegd in het Donorregister. Deze registratie is vervolgens digitaal of schriftelijk aan de patiënt bevestigd.

Iedere ingezetene van 12 jaar of ouder kan deze registratie vastleggen in het Donorregister.

Reactie van de nabestaanden

Zijn de nabestaanden ervan overtuigd dat de 'ja'-registratie niet overeenkomt met de wens van de patiënt? Dan kunnen zij dit kenbaar maken en uitleggen aan de functionaris. Hoe ze dat doen, is vormvrij. De wet spreekt over "aannemelijk maken", zonder dat dit wordt ingevuld. Het gaat niet om 'bewijzen', maar om 'uiteenzetten' en 'uitleggen'.

De functionaris vraagt aan de nabestaanden om uit te leggen waarom zij menen dat de registratie niet overeenkomt met de wens van de patiënt. Kunnen zij dit voldoende overtuigend uitleggen, dan kan de registratie ongeldig worden en geldt de informatie van de nabestaanden. Het is aan het professionele oordeel van de functionaris om te beslissen of hij erop kan vertrouwen dat de registratie overeenkomt met de wens van de patiënt.

LET OP: verschil tussen naasten en nabestaanden

In de Wod wordt onderscheid gemaakt tussen 'naasten' en 'nabestaanden':

- De functionaris moet de **naasten** informeren over de registratie. Hieronder vallen alle mensen die een (grote) rol speelden in het leven van de patiënt.
- Maar alleen **nabestaanden** kunnen aannemelijk maken dat de registratie niet overeenkomt met de wens van de patiënt. Hieronder vallen de partner, de bloedverwanten (1e en 2e graad) en de aanverwanten (1e en 2e graad) van de patiënt. In [paragraaf 4.7](#) staat wie dit precies zijn.

Wat als de patiënt jonger is dan 16 jaar?

Kinderen kunnen zich vanaf 12 jaar registreren in het Donorregister. Is een patiënt bij overlijden 12, 13, 14 of 15 jaar? Dan geldt er een wettelijk vetorecht voor de ouders die de ouderlijke macht uitoefenen of voor de voogd. Zij kunnen zonder opgave van redenen beslissen dat de donatie – ondanks de toestemming van de patiënt – niet doorgaat.

Mochten de ouders of de voogd bezwaar maken tegen donatie, dan zal de functionaris onder de aandacht brengen dat het kind een andere wens had dan zij.

→ Lees in [paragraaf 3.4.1](#) hoe om te gaan met kinderen jonger dan 12 jaar.

Wat als het niet lukt om de naasten (op tijd) te bereiken of als er geen naasten zijn?

Zoals hierboven is aangegeven, moet de functionaris de naasten over de registratie informeren voordat de donatie plaatsvindt. Lukt het niet om iemand van de naasten te bereiken?

Dan probeert de functionaris om de donatie uit te stellen totdat er wel iemand bereikt is. In [paragraaf 4.5](#) staat welke stappen de functionaris neemt om de naasten te bereiken.

In de tussentijd mag de functionaris al wel voorbereidende handelingen voor de donatie verrichten, zoals beschreven in [paragraaf 3.6](#). Kan de functionaris niemand van de naasten bereiken? Of kan de donatie niet langer worden uitgesteld? Dan vindt er geen donatie plaats. Het informeren van de naasten over de registratie is namelijk een verplicht onderdeel van de procedure. Daarnaast kan de functionaris via de naasten ook informatie verkrijgen over de medische en sociale voorgeschiedenis van de patiënt, met inbegrip van diens wilsbekwaamheid.

Heeft de patiënt geen naasten? Dan vindt er ook geen donatie plaats om dezelfde redenen als hiervoor vermeld.

3.2.4. Geregistreerd met 'nee'

Staat de patiënt in het Donorregister geregistreerd met 'nee' en is deze registratie rechts- geldig? Dan betekent dit dat hij er bewust voor gekozen heeft om geen toestemming te geven voor donatie. In dat geval vindt er geen donatie plaats. **Wel moet de functionaris de naasten van de patiënt over deze registratie informeren.** De registratie is rechtsgeldig als de patiënt ten tijde van de registratie 12 jaar of ouder én wilsbekwaam was.

→ Lees in [paragraaf 3.3](#) wat te doen als de patiënt ten tijde van de registratie wilsonbekwaam was.

Donatie nooit toegestaan

Bij dit type registratie is donatie in geen enkel geval toegestaan, ook niet als de patiënt 12 tot 16 jaar oud is en de ouders die de ouderlijke macht uitoefenen of de voogd een andere wens hebben.

3.2.5. Geregistreerd met 'De beslissing is overgelaten aan de nabestaanden'

Heeft de patiënt in het Donorregister geregistreerd dat hij de beslissing over donatie overlaat aan zijn nabestaanden en is deze registratie rechtsgeldig? **Dan moet de functionaris de naasten van de patiënt over deze registratie informeren. Ook moet hij toestemming voor donatie vragen aan de nabestaanden t/m de 2e graad.** De registratie is rechtsgeldig als de patiënt ten tijde van de registratie 12 jaar of ouder én wilsbekwaam was.

→ Lees in [paragraaf 3.3](#) wat te doen als de patiënt ten tijde van de registratie wilsonbekwaam was.

Uitgangspunten voor het gesprek

Voor het gesprek met de nabestaanden gelden de uitgangspunten die beschreven zijn in [hoofdstuk 4](#). In [paragraaf 4.6](#) en [4.7](#) staat beschreven hoe de functionaris toestemming moet vragen, welke nabestaanden beslissingsbevoegd zijn en hoe te handelen als deze nabestaanden het onderling niet eens zijn.

Wat als het niet lukt om de nabestaanden (op tijd) te bereiken of als er geen nabestaanden zijn? Lukt het niet om iemand van de nabestaanden te bereiken? Dan probeert de functionaris om de donatie uit te stellen totdat er wel iemand bereikt is. In [paragraaf 4.5](#) staat welke stappen de functionaris neemt om de nabestaanden te bereiken.

Totdat de nabestaanden zijn bereikt, mag de functionaris al wel voorbereidende handelingen voor de donatie verrichten, zoals beschreven in [paragraaf 3.6](#). Kan de functionaris niemand van de nabestaanden bereiken? Of kan de donatie niet langer worden uitgesteld? Dan is er geen toestemming en vindt er geen donatie plaats. Het vragen van toestemming aan de nabestaanden is in dit geval immers een verplicht onderdeel van de procedure. Daarnaast kan de functionaris via de nabestaanden ook informatie verkrijgen over de medische en sociale voorgeschiedenis van de patiënt, met inbegrip van diens wilsbekwaamheid.

Zijn er geen nabestaanden t/m de 2e graad meer in leven, dan is donatie niet toegestaan. Er is dan geen toestemming voor donatie.

3.2.6. Geregistreerd met ‘De beslissing is overgelaten aan een specifieke persoon’

Heeft de patiënt in het Donorregister geregistreerd dat hij de beslissing over donatie overlaat aan een specifieke persoon en is deze registratie rechtsgeldig? **Dan moet de functionaris die persoon over de registratie informeren en toestemming aan hem vragen voor donatie.** Als dat aan de orde is, moet de functionaris ook andere naasten over deze registratie informeren. De registratie is rechtsgeldig als de patiënt ten tijde van de registratie 12 jaar of ouder én wilsbekwaam was.

→ Lees in [paragraaf 3.3](#) wat te doen als de patiënt ten tijde van de registratie wilsbekwaam was.

Uitgangspunten voor het gesprek

Voor het gesprek met de aangewezen persoon gelden de uitgangspunten die beschreven zijn in [hoofdstuk 4](#). In [paragraaf 4.6](#) staan de richtlijnen voor het vragen van toestemming voor donatie.

Wat als het niet (op tijd) lukt om de aangewezen persoon (en de nabestaanden) te bereiken?

Het uitgangspunt is dat de functionaris in alle gevallen – als dat redelijkerwijs mogelijk is – contact moet opnemen met de aangewezen persoon om een geldige toestemming te verkrijgen. Als het niet meteen lukt om de aangewezen persoon te bereiken, informeert de functionaris de naasten daarover. Zo mogelijk vraagt hij hen om te helpen om deze persoon te bereiken.

Lukt het daarna nog niet om de aangewezen persoon te bereiken? Dan probeert de functionaris om de donatie uit te stellen totdat deze persoon bereikt is. In [paragraaf 4.5](#) staat welke stappen de functionaris neemt om de aangewezen persoon te bereiken. In de tussentijd mag de functionaris al wel voorbereidende handelingen voor de donatie verrichten, zoals beschreven in [paragraaf 3.6](#).

Kan de donatie niet langer worden uitgesteld? En kan de functionaris de aangewezen persoon alsnog niet bereiken of is deze persoon overleden? Dan vraagt de functionaris toestemming aan de nabestaanden t/m de 2e graad. In [paragraaf 4.6](#) en [4.7](#) staan daarvoor de richtlijnen.

Lukt het ook niet om een van de nabestaanden t/m de 2e graad te bereiken? Of heeft de patiënt geen nabestaanden t/m de 2e graad? Dan kan de donatie geen doorgang vinden. Er moet expliciete toestemming zijn, hetzij van de aangewezen persoon, hetzij van de nabestaanden t/m de 2e graad.

Wat te doen als de aangewezen persoon en de nabestaanden van mening verschillen? Geeft de aangewezen persoon **toestemming** voor donatie, maar hebben de nabestaanden daar bezwaren tegen? Dan kunnen de nabestaanden deze bezwaren altijd kenbaar maken. In sommige gevallen kan de functionaris er dan voor kiezen om de donatie geen doorgang te laten vinden. Maar let op: als de aangewezen persoon **geen toestemming** geeft voor donatie, dan kunnen de nabestaanden dit niet veranderen.

Om deze beslissing te kunnen nemen is het – juist bij deze specifieke registratie – van belang dat de functionaris goed kijkt naar de relatie tussen de aangewezen persoon, de patiënt en diens nabestaanden. Immers, de patiënt heeft met nadruk aangegeven dat hij wilde dat die aangewezen persoon over de donatie zou beslissen.

3.2.7. Er is een blokkade van het Donorregister / Er is geen registratie aanwezig

Blijkt uit het raadplegen van het Donorregister dat de betreffende registratie is geblokkeerd (zie informatieblok hieronder)? Of is er geen registratie aanwezig? **Dan moet de functionaris de naasten van de patiënt hierover informeren en aan hen uitleggen hoe dit kan.** De functionaris kan hiervoor de informatie gebruiken die in het onderstaande kader staat.

De functionaris moet in dit geval een redelijke inspanning verrichten om te kijken of de patiënt zijn beslissing ten aanzien van donatie op een andere wijze heeft vastgelegd. Zijn er geen andere verklaringen aanwezig, dan is er geen keuze van de patiënt bekend. Deze keuze kan dus niet als uitgangspunt dienen voor het gesprek met de naasten. Ook is er geen toestemming voor donatie. Daarom moet de functionaris toestemming vragen aan de nabestaanden t/m de 2e graad.

Informatie: totstandkoming blokkade of geen registratie aanwezig

Er is een blokkade van het Donorregister als de patiënt zijn keuze kortgeleden schriftelijk heeft geregistreerd of gewijzigd. De registratie is pas na ongeveer 4 weken raadpleegbaar, op het moment dat de geregistreerde hiervan een schriftelijke bevestiging heeft ontvangen. In geval van een digitale registratie of wijziging wordt de registratie niet geblokkeerd, omdat deze direct wordt doorgevoerd en online bevestigd.

Er is geen registratie van de patiënt aanwezig als deze patiënt zijn keuze nog niet heeft geregistreerd en hij nog geen 2 brieven heeft gekregen met de vraag om dat te doen. Dit kan in 3 gevallen voorkomen: kort na de invoering van de nieuwe donorwet, als iemand korter dan 3 jaar in Nederland woont, of als iemand kortgeleden 18 jaar is geworden.

Uitgangspunten voor het gesprek

Voor het gesprek met de nabestaanden gelden de uitgangspunten die beschreven zijn in [hoofdstuk 4](#). In [paragraaf 4.6](#) en [4.7](#) staat beschreven hoe de functionaris toestemming moet vragen, welke nabestaanden beslissingsbevoegd zijn en hoe te handelen als deze nabestaanden het onderling niet eens zijn.

Wat als het niet lukt om de nabestaanden (op tijd) te bereiken of als er geen nabestaanden zijn? Lukt het niet om iemand van de nabestaanden te bereiken? Dan probeert de functionaris om de donatie uit te stellen totdat er wel iemand bereikt is. In [paragraaf 4.5](#) staat welke stappen de functionaris neemt om de nabestaanden te bereiken.

Totdat de nabestaanden zijn bereikt, mag de functionaris al wel voorbereidende handelingen voor de donatie verrichten, zoals beschreven in [paragraaf 3.6](#). Kan de functionaris niemand van de nabestaanden bereiken? Of kan de donatie niet langer worden uitgesteld? Dan is er geen toestemming en vindt er geen donatie plaats. Het vragen van toestemming aan de nabestaanden is in dit geval namelijk een verplicht onderdeel van de procedure. Daarnaast kan de functionaris via de nabestaanden ook informatie verkrijgen over de medische en sociale voorgeschiedenis van de patiënt, met inbegrip van diens wilsbekwaamheid.

Zijn er geen nabestaanden t/m de 2e graad meer in leven, dan is donatie niet toegestaan. Er is dan geen toestemming voor donatie.

3.3. Vervolgstappen bij wilsonbekwame patiënten

Soms kunnen er vermoedens zijn dat de patiënt tijdens (een deel van) zijn leven wilsonbekwaam was. Dit kan onder meer blijken uit het gesprek met de naasten, uit het medisch dossier of uit andere aanwezige informatie, bijvoorbeeld over een verblijf in een woonvoorziening voor mensen met een verstandelijk beperking. Was de patiënt wilsonbekwaam op het moment van de registratie in het Donorregister? Dan kan hij, sinds de wijziging van de Wod op 1 juli 2020, soms toch donor zijn. Daarom neemt de functionaris bij vermoedelijke wilsonbekwaamheid de volgende stappen.

3.3.1. Nagaan of de patiënt ten tijde van de registratie wilsonbekwaam was

Allereerst gaat de functionaris na of de patiënt daadwerkelijk tijdens (een deel van) zijn leven wilsonbekwaam was. Daarvoor raadpleegt hij verschillende bronnen. Het bepalen van de wils(on)bekwaamheid wordt gezien als een medische vaardigheid: het is onderdeel van het algemeen medisch handelen.

Wanneer is iemand wilsonbekwaam?

In het geval van orgaan- en/of weefseldonatie is iemand wilsonbekwaam als hij het vermogen ontbeert om informatie over donatie te verwerken en/of om op basis daarvan een beslissing te nemen. Het kan zijn dat de patiënt voor andere beslissingen in zijn leven wel wilsbekwaam was.¹

Het kan soms onduidelijk zijn of de patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van donatie. Mocht deze onduidelijkheid er zijn, dan bespreekt de functionaris dit met de wettelijk vertegenwoordiger (als deze benoemd is) en/of de naasten van de patiënt. Het advies is om de wilsonbekwaamheid te bevestigen met behulp van verschillende bronnen.

3.3.2. Nagaan of de registratie geldig is

Was de patiënt tijdens (een deel van) zijn leven wilsonbekwaam, dan gaat de functionaris na of de registratie in het Donorregister geldig is. Daarvoor vraagt hij bij het Donorregister wanneer en door wie de registratie is gedaan.

De registratie is geldig als:

1. De patiënt deze zelf heeft gedaan in een tijd dat hij 12 jaar of ouder en wel wilsbekwaam was; of
2. De patiënt geregistreerd is met 'geen bezwaar' in een tijd dat hij wel wilsbekwaam was; of
3. Een wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt de registratie heeft gedaan in een tijd dat de patiënt 18 jaar of ouder en wilsonbekwaam was.

In de eerste 2 gevallen kan de functionaris handelen alsof de patiënt zijn leven lang wilsbekwaam is geweest. Zie daarvoor [paragraaf 3.2](#). In het derde geval volgt de functionaris de werkwijze die beschreven staat in:

- [paragraaf 3.3.3](#) en [3.3.4](#) als het donatiegesprek plaatsvindt VOOR het overlijden van de patiënt (orgaandonatie);
- [paragraaf 3.3.5](#) en [3.3.6](#) als het donatiegesprek plaatsvindt NA het overlijden van de patiënt (weefseldonatie).

1 De arts beoordeelt de wilsbekwaamheid op basis van criteria van Grisso en Appelbaum: Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. The New Engl J Med. 1988;319:1635-8.

De registratie is niet geldig als de patiënt:

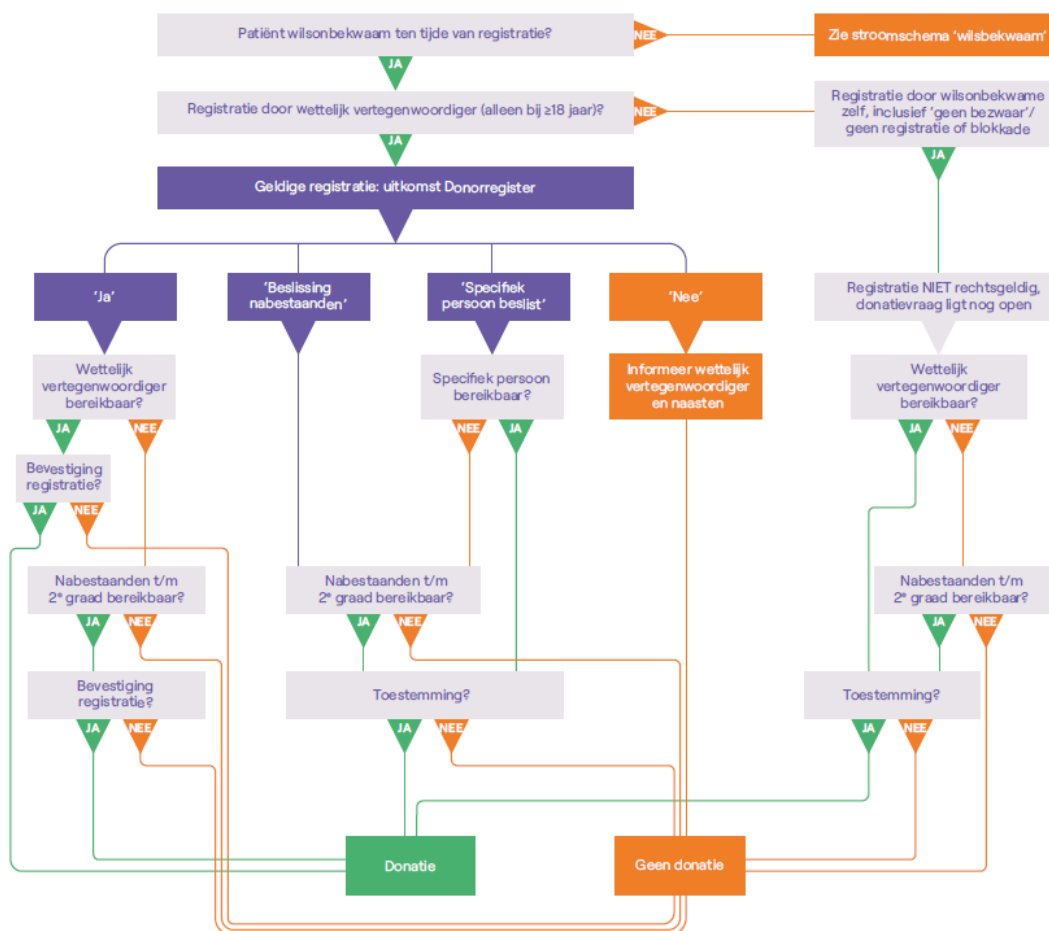
1. De registratie zelf heeft gedaan in een periode dat hij wilsonbekwaam was; of
2. Geregistreerd is met 'geen bezwaar' in een periode dat hij wilsonbekwaam was.

Als de registratie ongeldig is, kan deze niet als uitgangspunt dienen voor het gesprek met de naasten. De functionaris moet dan toestemming vragen voor donatie. Datzelfde geldt als er geen registratie aanwezig is. Aan wie de functionaris die toestemming moet vragen, hangt af van de vraag of het gesprek plaatsvindt VOOR het overlijden van de patiënt (orgaandonatie) of NA het overlijden van de patiënt (weefseldonatie). Zie daarvoor de volgende paragrafen.

3.3.3. Vervolgstappen bij orgaandonatie (stroomschema)

Overlijdt de patiënt in het ziekenhuis en is hij geschikt als orgaandonor en mogelijk ook als weefseldonor? Dan voert de functionaris het donatiegesprek kort voordat de patiënt daadwerkelijk is overleden. Met wie hij dit gesprek voert en of hij daarin toestemming moet vragen voor donatie, zie je in het volgende schema:

Schema: Kwaliteitsstandaard orgaandonatie: patiënt is nog NIET overleden?



NB: Het informeren van naasten geldt voor elke uitkomst van het Donorregister.

© Maaike Wijnands/beHoe infographics & illustrations

3.3.4. Vervolgstappen bij orgaandonatie (toelichting)

Zoals uit het schema in [paragraaf 3.3.3](#) blijkt, hangen de vervolgstappen bij wilsonbekwame patiënten af van wie de registratie heeft gedaan en wanneer. Hieronder worden de verschillende situaties nader toegelicht.

1. De registratie is gedaan door een wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt

Een wettelijk vertegenwoordiger (bijvoorbeeld een curator, mentor of schriftelijk gemachtigde) kan namens de patiënt diens keuze vastleggen in het Donorregister. Heeft een wettelijk vertegenwoordiger dat gedaan in de tijd dat de patiënt wilsonbekwaam was? En is de patiënt bij overlijden 18 jaar of ouder? Dan is deze registratie geldig. De functionaris moet de registratie dan bespreken met de wettelijk vertegenwoordiger en/of de nabestaanden. Daarbij geldt het volgende:

- **Is de patiënt geregistreerd met 'ja'?**

Dan moet de functionaris aan de wettelijk vertegenwoordiger vragen of hij deze registratie bevestigt. Zo ja, dan kan de donatie doorgang vinden. Zo nee, dan vindt er geen donatie plaats.

Is de wettelijk vertegenwoordiger niet bereikbaar? Dan kan de functionaris de nabestaanden t/m de 2e graad om de bevestiging vragen. Bevestigen zij de registratie, dan kan de donatie doorgang vinden. Bevestigen zij de registratie niet of zijn er geen nabestaanden t/m de 2e graad bereikbaar? Dan vindt er geen donatie plaats.

- **Is de patiënt geregistreerd met 'beslissing overgelaten aan de nabestaanden'?**

Dan moet de functionaris toestemming voor donatie vragen aan de nabestaanden t/m de 2e graad. Zie daarvoor [paragraaf 3.2.5](#).

- **Is de patiënt geregistreerd met 'beslissing overgelaten aan een specifieke persoon'?**

Dan moet de functionaris toestemming voor donatie vragen aan de aangewezen persoon. Zie daarvoor [paragraaf 3.2.6](#). Overigens kan een wettelijk vertegenwoordiger ook zichzelf hebben aangewezen als specifieke persoon die mag beslissen over de donatie.

- **Is de patiënt geregistreerd met 'nee'?**

Dan vindt er geen donatie plaats. De functionaris informeert de wettelijk vertegenwoordiger en de naasten hierover.

2. De registratie is gedaan door de patiënt zelf in een tijd dat hij wilsonbekwaam was

Heeft de functionaris de datum van de registratie gecheckt bij het Donorregister/ Orgaancentrum? En was de patiënt op die datum wilsonbekwaam? Dan is deze registratie ongeldig. De functionaris moet dan toestemming voor donatie vragen aan de wettelijk vertegenwoordiger. Geeft deze toestemming, dan kan de donatie doorgang vinden. Geeft deze geen toestemming, dan vindt er geen donatie plaats.

Is de wettelijk vertegenwoordiger niet bereikbaar? Dan kan de functionaris toestemming vragen aan de nabestaanden t/m de 2e graad. Geven zij toestemming, dan kan de donatie doorgang vinden. Geven zij geen toestemming of zijn er geen nabestaanden t/m de 2e graad bereikbaar? Dan vindt er geen donatie plaats.

3. De patiënt is geregistreerd met 'geen bezwaar' in een tijd dat hij wilsonbekwaam was

Hiervoor geldt dezelfde procedure als bij punt 2.

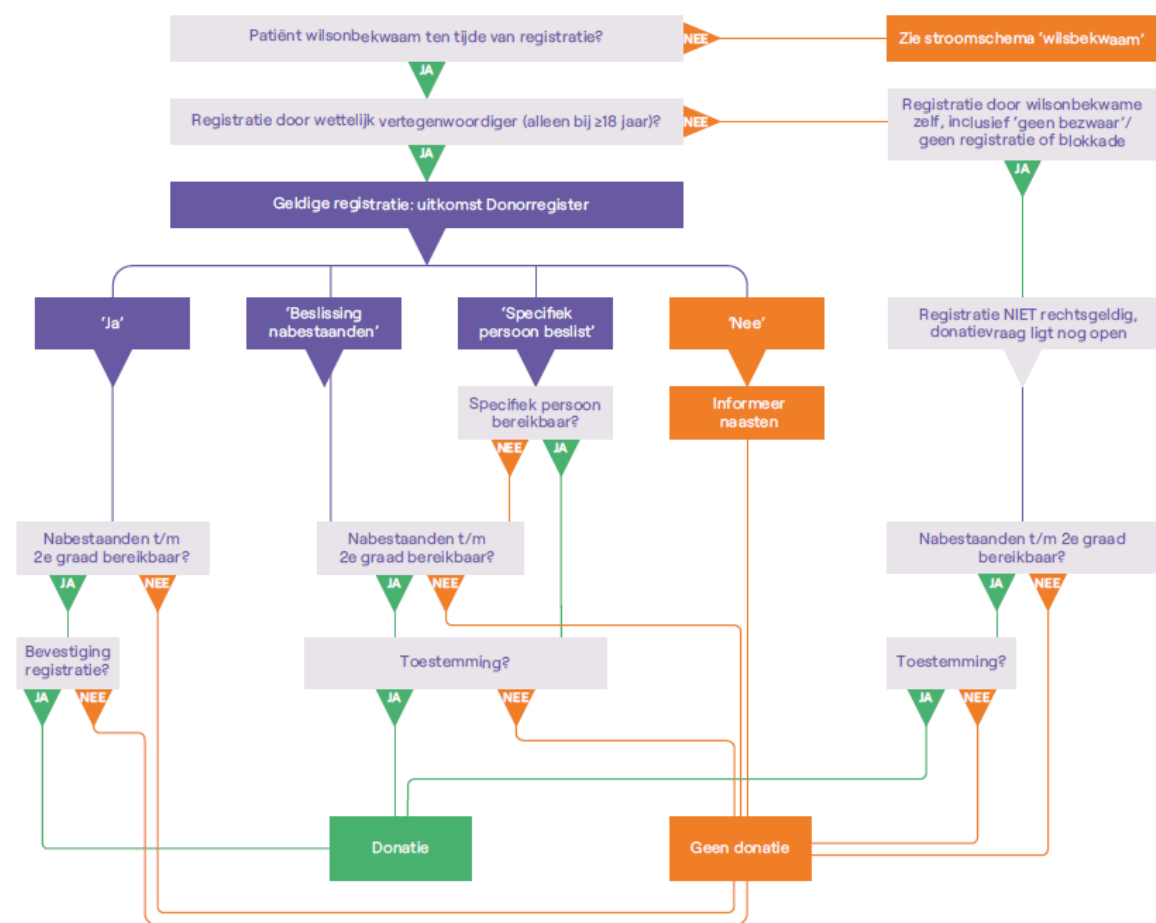
4. Er is een blokkade van het Donorregister of er is geen registratie aanwezig

Hiervoor geldt dezelfde procedure als bij punt 2.

3.3.5. Vervolgstappen bij weefseldonatie (stroomschema)

Is een patiënt uitsluitend geschikt als weefseldonor, dan voert de functionaris het donatiegesprek nadat de patiënt is overleden. De wettelijk vertegenwoordiger heeft dan geen beslissingsbevoegdheid meer. De functionaris voert het donatiegesprek daarom met de nabestaanden t/m de 2e graad. Wat hij met hen bespreekt, is te zien in het volgende schema:

Schema: Kwaliteitsstandaard weefseldonatie: patiënt is overleden



NB: Het informeren van naasten geldt voor elke uitkomst van het Donorregister.

© Maaike Wijnands/oeHoe Infographics & Illustraties

3.3.6. Vervolgstappen bij weefseldonatie (toelichting)

Zoals uit het schema in [paragraaf 3.3.5](#) blijkt, hangen de vervolgstappen bij wilsonbekwame patiënten af van wie de registratie heeft gedaan en wanneer. Hieronder worden de verschillende situaties nader toegelicht.

1. De registratie is gedaan door een wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt

Een wettelijk vertegenwoordiger (bijvoorbeeld een curator, mentor of schriftelijk gemachtigde) kan namens de patiënt diens keuze vastleggen in het Donorregister. Heeft een wettelijk vertegenwoordiger dat gedaan in de tijd dat de patiënt wilsonbekwaam was? En is de patiënt bij overlijden 18 jaar of ouder? Dan is deze registratie geldig. De functionaris moet de registratie dan bespreken met de nabestaanden t/m de 2e graad. Hij kan dit niet met de wettelijk vertegenwoordiger bespreken, omdat deze na het overlijden van patiënt geen beslissingsbevoegdheid meer heeft.

Voor het gesprek met de nabestaanden geldt het volgende:

- **Is de patiënt geregistreerd met 'ja'?**

Dan moet de functionaris aan de nabestaanden vragen of zij deze registratie bevestigen. Zo ja, dan kan de donatie doorgang vinden. Bevestigen zij de registratie niet of zijn er geen nabestaanden t/m de 2e graad bereikbaar? Dan vindt er geen donatie plaats.

- **Is de patiënt geregistreerd met 'beslissing overgelaten aan de nabestaanden'?**

Dan moet de functionaris toestemming voor donatie vragen aan de nabestaanden t/m de 2e graad. Zie daarvoor [paragraaf 3.2.5](#).

- **Is de patiënt geregistreerd met 'beslissing overgelaten aan een specifieke persoon'?**

Dan moet de functionaris toestemming voor donatie vragen aan die aangewezen persoon. Zie daarvoor [paragraaf 3.2.6](#).

- **Is de patiënt geregistreerd met 'nee'?**

Dan vindt er geen donatie plaats. De functionaris informeert de naasten hierover.

2. De registratie is gedaan door de patiënt in een tijd dat hij wilsonbekwaam was

Heeft de functionaris de datum van de registratie gecheckt bij het Donorregister/ Orgaancentrum? En was de patiënt op die datum wilsonbekwaam? Of was hij zijn hele leven wilsonbekwaam? Dan is deze registratie ongeldig. De functionaris moet dan toestemming voor donatie vragen aan de nabestaanden t/m de 2e graad. Geven zij toestemming, dan kan de donatie doorgang vinden. Geven zij geen toestemming of zijn er geen nabestaanden t/m de 2e graad bereikbaar? Dan vindt er geen donatie plaats.

3. De patiënt is geregistreerd met 'geen bezwaar' in een tijd dat hij wilsonbekwaam was

Hiervoor geldt dezelfde procedure als bij punt 2.

4. Er is een blokkade van het Donorregister of er is geen registratie aanwezig

Hiervoor geldt dezelfde procedure als bij punt 2.

3.4. Vervolgstappen bij kinderen

Als de patiënt bij overlijden jonger is dan 18 jaar, gelden er speciale regels voor donatie. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen kinderen onder de 12 jaar, kinderen van 12 t/m 15 jaar en kinderen van 16 jaar en ouder. Klik hier voor het [Protocol Kind als donor](#).

3.4.1. Kinderen onder de 12 jaar

Kinderen die jonger zijn dan 12 jaar kunnen zich niet registreren in het Donorregister. Een eventuele eigen wilsverklaring van het kind is niet rechtsgeldig. Donatie bij kinderen onder de 12 jaar is alleen toegestaan als de ouder(s) met ouderlijk gezag of de voogd daarvoor toestemming geven. Daarbij geldt het volgende:

- Hebben beide ouders het ouderlijk gezag? Dan moeten zij allebei toestemming geven. Zijn ze het niet met elkaar eens, dan is er geen toestemming voor donatie.
- Heeft 1 ouder het ouderlijk gezag? Dan moet die ouder toestemming geven.
- Heeft geen van beide ouders het ouderlijk gezag? Dan moet de voogd toestemming geven. Het is aan het oordeel van de functionaris om te bepalen of de ouders bij het gesprek met de voogd aanwezig zijn.
- Leeft/leven de ouder(s) die voorheen het ouderlijk gezag had(den), niet meer? Dan moet de voogd toestemming geven.

3.4.2. Kinderen van 12 tot en met 15 jaar

Een kind van 12 jaar of ouder kan zich registreren in het Donorregister. Een eventuele handgetekende wilsverklaring is ook rechtsgeldig. Is een kind bij overlijden 12, 13, 14 of 15 jaar en is er van dat kind een registratie of wilsverklaring bekend? Dan bespreekt de functionaris de registratie of wilsverklaring met de ouder(s) met ouderlijk gezag of de voogd. Daarbij geldt het volgende:

- Heeft het kind aangegeven dat hij toestemming geeft voor donatie? Dan mogen de ouders of voogd daar bezwaar tegen maken zonder opgave van redenen. De keuze van de ouders of voogd is dan leidend.
- Heeft het kind aangegeven dat hij toestemming geeft voor donatie? En maakt een van de ouders daar bezwaar tegen en de andere niet? En bereiken zij geen consensus? Dan vindt er geen donatie plaats.
- Heeft het kind aangegeven dat hij geen toestemming geeft voor donatie? Dan vindt er geen donatie plaats.
- Heeft het kind zich niet geregistreerd en is er geen wilsverklaring aanwezig? Dan beslist/beslissen de ouder(s) met ouderlijk gezag of de voogd.
- Was het kind wilsonbekwaam op het moment van de registratie of wilsverklaring? Dan is de registratie of de wilsverklaring niet rechtsgeldig. In dat geval beslist/beslissen de ouder(s) met ouderlijk gezag of de voogd.

Als de ouders of voogd beslissen, gelden de regels in [paragraaf 3.4.1](#).

3.4.3. Kinderen van 16 jaar en ouder

Vanaf 16 jaar is de beslissing van het kind leidend. 16- en 17-jarigen worden in de Wod gelijkgesteld aan meerderjarigen. Dit betekent dat voor hen dezelfde procedure geldt als voor volwassenen. Zie daarvoor [paragraaf 3.2](#) (als het kind wilsbekwaam was) of [paragraaf 3.3](#) (als het kind wilsonbekwaam was).

3.5. Niet-natuurlijk overlijden

Kan de behandelend arts geen verklaring van natuurlijk overlijden afgeven? Dan is orgaan- of weefseldonatie nog steeds een mogelijkheid. Wel is er toestemming van de officier van justitie nodig.

Toestemming van de officier van justitie

Bij een niet-natuurlijk overlijden, volgt de functionaris dezelfde stappen als bij een natuurlijk overlijden: hij raadpleegt het Donorregister, gaat na of er toestemming voor donatie is of vraagt toestemming aan de nabestaanden of een aangewezen persoon. Volgt uit deze stappen dat er toestemming voor donatie is? Dan moet hij vervolgens toestemming vragen aan de officier van justitie. Dit is bij een niet-natuurlijk overlijden wettelijk vereist.

Als er geen vermoeden bestaat van een strafbaar feit, zal de officier van justitie snel toestemming kunnen geven. Is er een vermoeden van een strafbaar feit? Dan zal de officier van justitie overwegen welke maatregelen nodig zijn om donatie te laten plaatsvinden. Een maatregel kan een gerechtelijke sectie zijn, waarbij een patholoog van het Nederlands Forensisch Instituut aanwezig is. Ook kan de officier van justitie besluiten om geen toestemming voor donatie te geven.

Taken van de behandelend arts en de orgaandonatiecoördinator

Het is de taak van de behandelend arts om contact op te nemen met de forensisch geneeskundige om de niet-natuurlijke dood in combinatie met mogelijke donatie te melden. Afhankelijk van de situatie zal de forensisch geneeskundige vóór of na de donatie een schouw verrichten.

In geval van orgaandonatie kan de ODC zorgen voor een besluit/toestemming van de officier van justitie voor de donatie. Dit kan rechtstreeks of via de forensisch geneeskundige, afhankelijk van lokale afspraken.

3.6. Voorbereidende handelingen voor een mogelijke orgaandonatie

Is er mogelijk sprake van orgaandonatie, dan mogen er voorbereidende handelingen voor de donatie worden verricht voordat de potentiële donor is overleden. Het doel hiervan is om de organen geschikt te houden voor transplantatie. Hieronder staat wat voorbereidende handelingen zijn en welke voorwaarden hiervoor gelden. Deze regels komen uit de Wod.

3.6.1. Wat zijn voorbereidende handelingen?

De voorbereidende handelingen voor orgaandonatie zijn:

- Onderzoeken doen die noodzakelijk zijn ter voorbereiding van de donatie;
- De kunstmatige beademing in werking stellen of in standhouden;
- De bloedsomloop kunstmatig in stand houden;
- Andere maatregelen nemen die noodzakelijk zijn om de organen geschikt te houden voor donatie.

Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat een patiënt mag worden geïntubeerd om orgaandonatie mogelijk te maken. Dit mag alleen als aan onderstaande voorwaarden is voldaan.

3.6.2. Wanneer mag gestart worden met de voorbereidende handelingen?

De arts mag beginnen met de voorbereidende handelingen als voldaan is aan alle volgende voorwaarden:

- **Het Donorregister is geraadpleegd.**
 - Is de patiënt geregistreerd met 'ja of 'geen bezwaar'? Dan mag direct gestart worden met de voorbereidende handelingen.
 - **Als de patiënt met 'NEE' geregistreerd staat, mogen er geen voorbereidende handelingen worden verricht. Donatie is dan niet van toepassing.**
 - Als de patiënt de keuze aan de nabestaanden of een specifieke persoon heeft overgelaten, mag gestart worden met de voorbereidende handelingen in afwachting van het gesprek met de nabestaanden of de specifieke persoon.
 - Als er een blokkade is van het Donorregister of als er geen registratie van de patiënt aanwezig is, mag gestart worden met de voorbereidende handelingen in afwachting van het gesprek met de nabestaanden.
- Het is medisch zinloos om de patiënt verder te behandelen.
- Het besluit tot staken van de behandeling moet genomen zijn, voordat er handelingen worden verricht die alleen bedoeld zijn voor de donatie.
- De patiënt zal binnen afzienbare tijd overlijden.
- De voorbereidende handelingen zijn niet in strijd met de geneeskundige behandeling.
- Er kan niet met de voorbereidende handelingen worden gewacht tot na het overlijden.
- De familie heeft geen bezwaar gemaakt tegen de voorbereidende handelingen. Als de familie nog niet bereikt is, mag gestart worden met de voorbereidende handelingen.

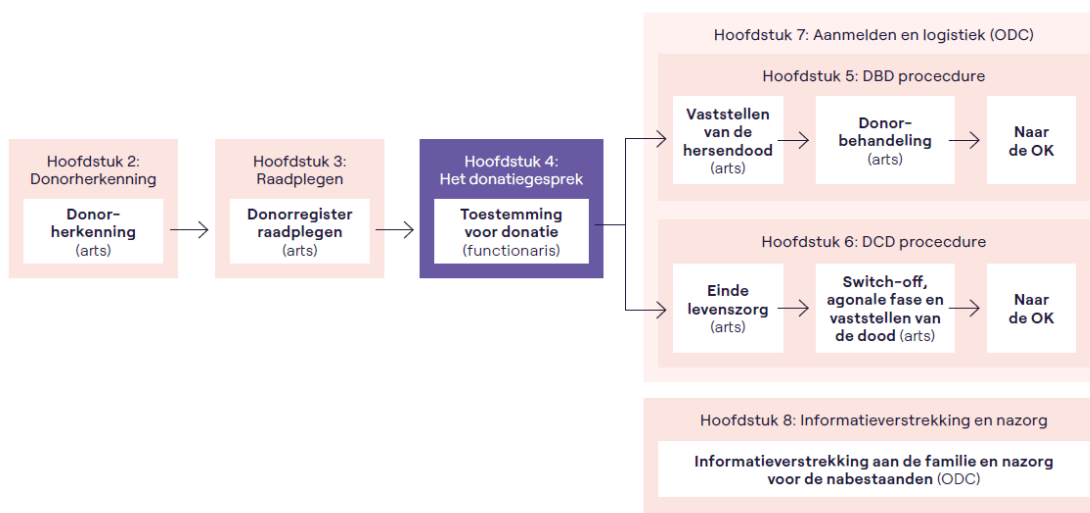
4. Het donatiegesprek

Na de raadpleging van het Donorregister vindt er altijd een gesprek plaats met de naasten van de patiënt over de registratie in het Donorregister. Dit gesprek noemen we het initiële deel van het donatiegesprek. Dit hoofdstuk beschrijft de uitgangspunten voor dit gesprek en de omgang met de naasten. Deze uitgangspunten zijn van toepassing op alle gesprekken die in [paragraaf 3.2](#) t/m [3.4](#) beschreven zijn. Ook beschrijft dit hoofdstuk wie het gesprek voert ([paragraaf 4.2](#)), met welke naasten en nabestaanden het gesprek plaatsvindt ([paragraaf 4.5](#) t/m [4.7](#)) en hoe de functionaris kan omgaan met eventuele bezwaren tegen de registratie of de donatie ([paragraaf 4.10](#) en [4.11](#)).

LET OP:

- Dit hoofdstuk is mede gebaseerd op de Kwaliteitsstandaard Donatie, die in het kader van de wijziging van de Wod – per 1 juli 2020 – is ontwikkeld. Alle artsen zijn verplicht om zich aan deze standaard te houden.
- In dit hoofdstuk wordt ook gesproken over weefseldonatie, omdat het gesprek met de naasten over orgaandonatie overeenkomt met dat over weefseldonatie. Soms gaat het gesprek ook over zowel weefsel- als orgaandonatie.
- Alle paragrafen in dit hoofdstuk zijn een uitwerking van de Wet op de orgaandonatie (Wod), en zijn dus normatief. Daar mag dus niet van worden afgeweken.

Schema 4 laat zien welke stap in het orgaandonatieproces dit hoofdstuk beschrijft.



Schema 4: Overzicht orgaan- en weefseldonatie: Het donatiegesprek

4.1. Algemeen uitgangspunt voor het donatiegesprek

In het onderstaande kader staat het algemene uitgangspunt beschreven dat geldt voor het donatiegesprek en de omgang met de naasten. Dit is de basis voor de hele donatieprocedure.

Algemeen uitgangspunt voor de omgang met de naasten

Het uitgangspunt voor het donatiegesprek en de omgang met de naasten is om zo veel mogelijk recht te doen aan de wil van de patiënt. Daarbij is de registratie van de patiënt in het Donorregister in principe leidend. De functionaris die het gesprek met de naasten voert, spant zich in om de geregistreerde wens van de patiënt doorgang te laten vinden. Hij bespreekt de registratie altijd met de naasten. Er is ruimte en tijd voor hen om hierop te reageren. Als volgens de nabestaanden de registratie niet overeenkomt met de feitelijke wens van de patiënt, gaat de functionaris in dialoog met hen na of dat aannemelijk is. Daarbij probeert de functionaris zo veel mogelijk om met de nabestaanden tot overeenstemming te komen.

LET OP: Staat een patiënt geregistreerd met 'Nee, ik geef geen toestemming', dan kunnen de nabestaanden deze conclusie niet aanpassen. In dat geval vindt er geen donatie plaats. Heeft de patiënt bepaalde organen of weefsels uitgesloten voor donatie? Dan kunnen de nabestaanden dit ook niet veranderen. In dat geval vindt er geen donatie plaats van de betreffende organen of weefsels.

4.2. Wie voert het donatiegesprek?

Het ziekenhuis wijst functionarissen uit een of meerdere beroepsgroepen aan die het donatiegesprek mogen voeren. Het ziekenhuis vult dit in op het invulvel (zie Bijlage 1). De functionaris die met de naasten het gesprek over donatie aangaat, is er enkel voor de patiënt en zijn naasten. De norm is dat deze functionaris geen enkele betrokkenheid heeft bij de patiënten die op de wachtlijst voor een orgaan- en/of

weefseltransplantatie staan. Als de naasten dit wensen, is het mogelijk om andere professionals bij het gesprek te vragen. De functionaris kan de naasten ook actief wijzen op de mogelijkheid daartoe. Denk hierbij aan een maatschappelijk werker, een psycholoog of een geestelijk verzorger. Daarnaast kunnen ook andere artsen of specialisten ondersteuning bieden bij het gesprek. Om goede informatie over donatie te kunnen geven, is het belangrijk om bij het donatiegesprek een arts aanwezig te laten zijn die de training ‘Communicatie rond Donatie’ heeft gevolgd, of die ervaring heeft met het bespreken van donatie. Bij orgaandonatie is dit laatste verplicht.

4.3. Wanneer vindt het donatiegesprek plaats?

Het gesprek met de naasten over donatie vindt over het algemeen plaats na het ‘slecht-nieuwsgesprek’. In het slechtnieuwsgesprek hebben de naasten te horen gekregen dat de patiënt naar verwachting binnen korte tijd gaat overlijden (al dan niet na het stoppen van de behandeling), of dat de patiënt reeds overleden is (in het geval van weefseldonatie). Pas nadat de naasten hierover geïnformeerd zijn, kan het gesprek over een mogelijke donatie plaatsvinden. Soms beginnen naasten in het ‘slechtnieuwsgesprek’ zelf al over donatie. Het gesprek vindt alleen plaats als er geen sprake is van contra-indicaties en er een redelijk vermoeden bestaat dat de organen en/of weefsels van de patiënt geschikt zijn voor donatie (zie hoofdstuk 2). Is dat niet het geval, dan vindt er geen donatiegesprek plaats, maar worden de nabestaanden hier uit zorgvuldigheidsoverwegingen wel over geïnformeerd.

Voordat het donatiegesprek plaatsvindt, moet de functionaris het Donorregister hebben geraadpleegd.

Bij twijfels over de geschiktheid of vragen over de donatieprocedure in het algemeen kan de functionaris altijd contact opnemen met het Orgaancentrum via 071 579 57 95. In geval van orgaandonatie verbindt het Orgaancentrum de functionaris zo nodig door met de dienstdoende ODC.

4.4. Wat is het doel van het donatiegesprek?

Er kan geen donatie plaatsvinden zonder dat de registratie in het Donorregister met de naasten van de patiënt besproken is. De functie van dit gesprek is om de naasten te informeren over de registratie ten aanzien van donatie. Het doel is om te bevorderen dat de naasten vrede kunnen hebben met de uiteindelijke beslissing, hoe die ook uitvalt.

In het gesprek met de naasten bespreekt de functionaris de uitkomst van de raadpleging van het Donorregister en – indien van toepassing – de rest van de procedure. Informatie over de procedure kan hij eventueel ook (deels) schriftelijk verstrekken, maar nooit ter vervanging van de mondelinge informatie. De schriftelijke/digitale informatie dient dan om na te lezen of te delen met naasten die niet bij het gesprek konden zijn.

Soms moet de functionaris in het gesprek ook expliciet toestemming voor donatie vragen. Dit is alleen in bepaalde gevallen nodig, bijvoorbeeld als de patiënt dit expliciet heeft aangegeven in het Donorregister. Wanneer dit precies nodig is, is beschreven in [paragraaf 3.2](#) t/m [3.4](#). In [paragraaf 4.6](#) lees je wat de werkwijze is als er toestemming nodig is.

In alle gevallen – ongeacht of er wel of geen toestemming nodig is – is het gesprek met de naasten een dialoog. De functionaris meldt wat er geregistreerd is en hoe de registratie tot stand is gekomen. De naasten krijgen de ruimte om hierop te reageren en om vragen te stellen. In [paragraaf 4.10](#) en [4.11](#) wordt toegelicht

hoe de functionaris kan omgaan met eventuele bezwaren van de nabestaanden tegen de registratie of tegen de donatie.

Hebben de naasten veel vragen? En kan de functionaris die niet beantwoorden? Dan is het mogelijk om een andere professional met expertise op het gebied van donatie bij het gesprek te betrekken. De functionaris kan deze bereiken via het Orgaancentrum (071 579 57 95).

Als de naasten dit wensen, kunnen zij een geluidsopname van het gesprek over de registratie (en de donatie) maken voor eigen gebruik. Als zij dat willen doen, moeten zij de functionaris hier vooraf over informeren. In geen geval mogen de naasten of anderen het gesprek filmen.

4.5. Met welke naasten voert de functionaris het donatiegesprek?

Met welke naasten de functionaris het gesprek over de registratie moet voeren, hangt af van de inhoud van het gesprek. De Wod maakt hierin onderscheid.

Hoeft de functionaris alleen de registratie in het Donorregister te bespreken en hoeft hij **geen toestemming** voor donatie te vragen, vanwege een 'ja'- of 'geen bezwaar'- registratie? Dan kan de functionaris het gesprek over de registratie voeren met een 'naaste' van de patiënt. Dit kan iedereen zijn die een (grote) rol speelde in het leven van de patiënt en dus de patiënt goed kende en actief betrokken was bij zijn leven. Of de persoon die in het ziekenhuis is hieronder valt, is aan het professionele inzicht van de functionaris om te bepalen.

Moet de functionaris aan de nabestaanden **toestemming** voor donatie vragen, vanwege de registratie 'beslissing overgelaten aan nabestaanden', wilsonbekwaamheid, geen registratie, een blokkade van het register of een registratie van een minderjarige? Dan moet hij het gesprek voeren met nabestaanden t/m de 2e graad. Volgens de Wod zijn alleen zij beslissingsbevoegd. Zie voor meer informatie hierover [paragraaf 4.6](#).

Wat doen de functionaris en het ziekenhuis om de naasten te bereiken?

Het kan voorkomen dat er geen naasten bij de patiënt aanwezig waren op het moment dat hij in het ziekenhuis werd opgenomen. Zodra de patiënt opgenomen is, spannen het ziekenhuis en de functionaris zich altijd in om de naasten van de patiënt over de opname te informeren. Als de patiënt overleden is of als een overlijden aanstaande is, zullen zij een nog grotere inspanning moeten verrichten om de naasten te bereiken.

Voor het bereiken van de naasten gebruiken de functionaris en het ziekenhuis de reguliere kanalen. Zij doorzoeken de persoonlijke bezittingen van de patiënt om contactgegevens te vinden. Als dit niet lukt, vragen zij de politie om via hun kanalen de naasten te bereiken.

In het multidisciplinair overleg spreken de betrokkenen een termijn af waarbinnen een naaste bereikt moet zijn, alvorens de donatie voort te zetten of af te breken. Als er geen naaste wordt bereikt, kan er geen donatie plaatsvinden. Het informeren van de naasten over de registratie is namelijk een verplicht onderdeel van de procedure. Daarnaast kan de functionaris via de naasten ook informatie verkrijgen over de medische en sociale voorgeschiedenis van de patiënt, met inbegrip van diens wilsbekwaamheid.

Welke termijn er gesteld wordt voor het bereiken van de naaste, hangt af van verschillende factoren, zoals de medische situatie van de patiënt. Weefseldonatie is bijvoorbeeld mogelijk tot 24 uur na overlijden, mits de donor binnen 6 uur is gekoeld.

4.6. Toestemming vragen aan nabestaanden of een specifieke persoon

Is het nodig om toestemming voor donatie te vragen aan de nabestaanden t/m de 2e graad of aan een specifieke persoon, zoals bij 'beslissing overgelaten aan nabestaanden', 'beslissing overgelaten aan specifieke persoon', wilsonbekwaamheid, geen registratie, een blokkade van het register of een registratie door een minderjarige? Dan legt de functionaris aan het begin van het gesprek uit hoe de registratie tot stand is gekomen en wat dat betekent. Vervolgens stelt hij de toestemmingsvraag.

Bij dit gesprek kunnen meerdere personen aanwezig zijn. De functionaris gaat met hen een dialoog aan en voorziet hen van de informatie die zij nodig hebben om een geïnformeerd besluit te nemen. Deze informatie kan hij ook schriftelijk aanbieden, zodat de nabestaanden of de aangewezen persoon dit rustig kunnen doorlezen. Daarna geeft hij de beslissingsbevoegden de tijd om na te denken en de informatie te laten bezinken. Dit kan betekenen dat hij het gesprek op een later moment hervat om de beslissing te horen. Het is van groot belang dat de nabestaanden de tijd krijgen om alle informatie over het (aanstaande) overlijden en de mogelijke orgaan- en/of weefseldonatie te verwerken.

De functionaris vat aan het einde van het gesprek samen wat er besproken is en benoemt of er toestemming voor donatie gegeven is of niet. Hij laat tevens weten dat de beslissingsbevoegden de toestemming kunnen terugtrekken tot het moment dat de patiënt in de operatiekamer/het mortuarium is en de donatie van de organen of weefsels is gestart. Ook deze informatie kunnen zij schriftelijk teruglezen.

4.7. Welke nabestaanden zijn beslissingsbevoegd?

In de Wod staat dat alleen nabestaanden t/m de 2e graad bevoegd zijn om toestemming te verlenen voor donatie (voor wilsonbekwamen en kinderen: zie [paragraaf 3.3](#) en [3.4](#)). Ook hebben alleen nabestaanden het recht om bezwaar te maken tegen een 'geen bezwaar'- of 'ja'-registratie of tegen de donatie zelf (zie [paragraaf 4.10](#) en [4.11](#)). Onder de nabestaanden vallen de volgende categorieën:

1. **Echtgenoot/echtgenote, geregistreerde partner of andere levensgezel¹** van de patiënt.
2. **Meerderjarige bloedverwanten t/m de 2e graad:** (adoptie)kinderen, (adoptie)ouders, broers, zussen, grootouders en kleinkinderen.
3. **Meerderjarige aanverwanten t/m de 2e graad:** kinderen van de echtgenoot/ echtgenote (of geregistreerde partner), schoon(groot)ouders, zwagers, schoonzussen, schoonzonen, schoondochters en stiefkleinkinderen.

Bovenstaande volgorde is bepalend voor de beslissingsbevoegdheid. Dit betekent dat de functionaris eerst contact opneemt met een persoon uit categorie 1 (als die er is). Lukt het om deze persoon te bereiken, dan geldt de keuze die deze persoon maakt. De functionaris hoeft dan geen toestemming te vragen aan een persoon uit een 'volgende' categorie.

Heeft de patiënt geen nabestaande in categorie 1 of is deze niet bereikbaar, dan gaat de functionaris door naar categorie 2, en zo verder. De functionaris moet redelijke inspanningen verrichten om de personen uit de relevante categorieën te bereiken. Hij hoeft echter niet alle nabestaanden binnen elke categorie te bereiken.

Bloed- en aanverwanten in de 3e graad mogen op grond van de Wod geen toestemming geven voor donatie.

Wat als de nabestaanden het niet met elkaar eens zijn?

Ligt de beslissingsbevoegdheid bij meerdere mensen binnen dezelfde categorie (zie voor de rangorde de tekst hiervoor) en zijn zij het ook na uitvoerig overleg niet met elkaar eens? Dan kan de functionaris voorstellen om een buitenstaander, bijvoorbeeld een maatschappelijk werker of een geestelijk verzorger, bij dit gesprek te betrekken. Is er dan nog geen consensus over toestemming voor donatie, dan moet de functionaris de procedure stopzetten.

4.8. Te bespreken onderwerpen bij orgaandonatie

Als er toestemming is voor orgaandonatie, of als de naasten meer informatie over orgaandonatie willen hebben, wordt geadviseerd om in elk geval het volgende te bespreken:

Vóór 1 juli 2020 was de eis dat de levenspartner op hetzelfde adres woonde als de patiënt. Deze 'samenwooneis' is niet meer opgenomen in de gewijzigde Wet op de orgaandonatie die na 1 juli 2020 geldt. Bij een levensgezel wordt primair gedacht aan een relatie van affectieve aard tussen meerderjarigen, waarbij betrokkenen uitgaan van een nauwe lotsverbondenheid; het betreft een relatie die qua hechtheid vergelijkbaar is met die tussen echtgenoten of geregistreerde partners.

- Geef aan dat verder onderzoek moet uitwijzen welke organen (en weefsels) geschikt zijn.
- Vertel dat het onderzoek naar de geschiktheid van de organen is gericht op het belang van de ontvangers en niet op het herstel van de donor.
- Geef een reële inschatting van de tijd die de donatieprocedure kost. Is er bij de procedure haast geboden, wees daar dan duidelijk over, maar geef ook aan dat procedures vanwege de gevraagde zorgvuldigheid een langere tijd kunnen duren (tussen de 10 en 24 uur).
- Geef aan dat de patiënt met respect wordt behandeld en dat hem zo veel mogelijk comfort zal worden geboden.
- Vertel dat de overledene op de gebruikelijke manier kan worden opgebaard en begraven of gecremeerd.
- In geval van een niet-natuurlijke dood: geef aan dat er toestemming van de officier van justitie vereist is voor de uitname van organen en de vrijgave van het lichaam.
- Vertel over de voorbereidende handelingen die gedaan moeten worden (met name de handelingen die niet kunnen wachten zoals intubatie/beademing en stabilisatie).
- Bij DBD: geef uitleg over de wettelijk verplichte hersendoodtesten.
- Bij DCD: geef uitleg over het beleid en de manier waarop de behandeling gestaakt wordt.

Roep een ODC op via het Orgaancentrum (071 579 57 95) als de familie meer informatie nodig heeft. Kondig bij de familie aan dat de ODC eraan komt.

4.9. Te bespreken onderwerpen bij weefseldonatie

Als er toestemming is voor weefseldonatie, of als de familie hierover meer informatie wil, is het advies om de onderwerpen te bespreken die beschreven staan in [Deel 2: Weefseldonatie: Hoofdstuk 5](#).

4.10. De nabestaanden hebben bezwaar tegen de aard van de registratie

Uit het donatiegesprek kan blijken dat de nabestaanden bezwaar hebben tegen de aard van de registratie van de patiënt in het Donorregister. In dat geval geldt de volgende procedure.

Is er sprake van een registratie met 'ja' of 'geen bezwaar', dan kunnen de nabestaanden in het gesprek aangeven dat de registratie niet overeenkomt met de wens van de patiënt zoals die volgens de nabestaanden bestond. De patiënt kan bijvoorbeeld recentelijk een andere wens naar zijn nabestaanden

hebben geuit. Daarnaast kan het zijn dat de patiënt de brieven over de registratie niet heeft ontvangen of niet in staat was om de inhoud daarvan te begrijpen. Daardoor was hij zich er mogelijk niet van bewust dat hij met 'geen bezwaar' geregistreerd werd.

Zijn de nabestaanden ervan overtuigd dat de 'ja'- of 'geen bezwaar'-registratie niet klopt? Dan kunnen zij dit kenbaar maken en uitleggen aan de functionaris. Hoe ze dat doen, is vormvrij. De wet spreekt over "aannemelijk maken", zonder dat dit wordt ingevuld. Het gaat niet om 'bewijzen', maar om 'uiteenzetten' en 'uitleggen'. De functionaris vraagt aan de nabestaanden om uit te leggen waarom zij menen dat de registratie niet overeenkomt met de wens van de patiënt. Kunnen zij dit voldoende overtuigend uitleggen, dan kan de registratie ongeldig worden en geldt de informatie van de nabestaanden. Het is aan het professionele oordeel van de functionaris om te beslissen of hij erop kan vertrouwen dat de registratie overeenkomt met de wens van de patiënt.

LET OP: Staat een patiënt geregistreerd met 'Nee, ik geef geen toestemming', dan kunnen de nabestaanden dit niet aanpassen. In dat geval vindt er geen donatie plaats. Heeft de patiënt bepaalde organen of weefsels uitgesloten voor donatie? Dan kunnen de nabestaanden dit ook niet veranderen. In dat geval vindt er geen donatie plaats van de betreffende organen of weefsels.

4.11. De nabestaanden hebben bezwaar tegen doorgang van de donatie

Als de functionaris het gesprek met de nabestaanden over donatie voert, is zijn insteek altijd om de wens van de patiënt te realiseren. In geval van een registratie met 'ja' of 'geen bezwaar' betekent dit dat de functionaris als uitgangspunt heeft om de donatie te laten plaatsvinden. Het kan zijn dat de nabestaanden bezwaar hebben tegen de donatie zelf. Dit is een ander soort bezwaar dan het bezwaar tegen de aard van de registratie (zie [paragraaf 4.10](#)). In dit geval geldt de volgende procedure.

De nabestaanden kunnen tijdens het donatiegesprek aangeven dat zij persoonlijk moeite hebben met de donatie. Als dit gebeurt, probeert de functionaris na te gaan wat de nabestaanden kan helpen om tegemoet te komen aan hun waarden en behoeften. Daarbij kijkt hij of levensbeschouwelijke standpunten mogelijk een rol spelen en gaat hij hierover in gesprek. Hierbij kan de functionaris onder de aandacht brengen dat van de nabestaanden niet wordt gevraagd om toestemming te geven (bij een 'ja'- of 'geen bezwaar'-registratie); dat heeft de patiënt immers zelf al gedaan. Wel moet de functionaris toelichten hoe deze registratie tot stand is gekomen (zie [paragraaf 3.2.2](#) en [3.2.3](#)).

In een gesprek waarin persoonlijke bezwaren van de nabestaanden naar voren komen, is het extra van belang om met hen een dialoog aan te gaan en in kaart te brengen wat de achtergronden van de bezwaren zijn. Soms hebben zij bijvoorbeeld geen algeheel bezwaar tegen donatie, maar maken zij een voorbehoud voor bepaalde organen of weefsels.

Hieronder staan enkele factoren die een rol kunnen spelen bij het bezwaar van de naasten. In de dialoog zal de functionaris daarop ingaan.

Onjuiste informatie over donatie

Het kan zijn dat bij het bezwaar van de nabestaanden onjuiste informatie over de gang van zaken rond donatie een rol speelt. Zij kunnen bijvoorbeeld niet goed op de hoogte zijn van hoe een donatieprocedure eruitziet. Enkele voorkomende onjuiste aannames over donatie zijn:

- De artsen doen nu niet meer hun best voor mijn naaste, omdat zij graag zijn goede organen willen transplanteren.

- Mijn naaste kan nu niet meer naar zijn thuisland vervoerd worden om daar begraven te worden.
- Mijn naaste kan na de donatie niet meer opgebaard worden, omdat het lichaam er dan niet meer toonbaar uitziet.
- Ik moet de kosten voor de donatie zelf betalen.
- Als mijn naaste organen of weefsels doneert, moet de begrafenis worden uitgesteld.
- Organen worden niet eerlijk toegewezen.

De functionaris gaat de dialoog aan om juiste informatie aan de naasten te kunnen verstrekken. Tijdens dit gesprek kan hij verwijzen naar informatie op betrouwbare websites of schriftelijke informatiemiddelen. Denk hierbij aan de website van [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl), [de Nederlandse Transplantatie Stichting](https://www.transplantatiestichting.nl) of de [rijksoverheid](https://rijksoverheid.nl).

Tijdsinvestering

De nabestaanden kunnen ook bezwaren hebben tegen de tijdsinvestering die van hen gevraagd wordt voor de organisatie van de donatieprocedure. In dat geval vraagt de functionaris hierover informatie aan de professionals met betrekking tot de logistiek van de donatie. Zij kunnen vaak een (grove) inschatting maken van de tijd die nodig is om de procedure te organiseren. De functionaris brengt deze informatie over en licht toe waarvoor de tijdsinvestering nodig is. Waar mogelijk zal de functionaris proberen om zo veel mogelijk tegemoet te komen aan de behoeften van de nabestaanden.

Algemeen uitgangspunt bij bezwaren

In alle gevallen gaat de functionaris met de nabestaanden de dialoog aan, en probeert hij te begrijpen waar eventuele bezwaren vandaan komen en wat hen kan helpen om tegemoet te komen aan hun waarden en behoeften. De functionaris is zich ervan bewust dat de nabestaanden op een voor hen emotioneel moment met de donatie worden geconfronteerd. Dit kan betekenen dat zij mogelijk emotionele/psychische schade lijden als de procedure toch doorgaat. Een juiste benadering, de juiste informatieverstrekking en duidelijke communicatie zijn van groot belang om de nabestaanden goed te betrekken.

De functionaris moet hen de tijd en ruimte geven om de informatie tot zich te laten doordringen. Hij kan ook aanbieden om een geestelijk verzorger of maatschappelijk werker in te schakelen.

Behouden de nabestaanden na een juiste en volledige informatievoorziening ernstige bezwaren die kunnen leiden tot emotionele of psychische schade? Dan kan de functionaris besluiten dat de donatie geen doorgang vindt.

Alleen in bepaalde omstandigheden kunnen er redenen zijn om aan te nemen dat de patiënt uitdrukkelijk wenste dat er met de bezwaren van zijn nabestaanden geen rekening zou worden gehouden. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als hij in het Donorregister heeft opgenomen dat hij de beslissing over donatie aan een specifieke persoon buiten de nabestaanden overlaat. In dat geval kan de functionaris doorslaggevend gewicht toekennen aan de beslissing van de aangewezen persoon.

4.12. Vastleggen van de toestemming

Is er toestemming voor donatie? Dan moet deze toestemming vastgelegd worden in het medisch dossier van de donor en op het donatieformulier. Hieronder staat wie waarvoor verantwoordelijk is. Beschrijf, indien mogelijk, ook het proces van toestemming.

- **Medisch dossier:** door de arts

- **Donatieformulier/overlijdensformulieren:** door de arts
- **Verpleegkundig dossier:** door de verpleegkundige
- **DPA, ODC-dossier (bij orgaandonatie):** door de ODC

Bij niet-natuurlijk overlijden:

- **Overlijdenspapieren:** door de forensisch arts. LET OP: het donatieformulier moet worden ingevuld door de betrokken arts van het ziekenhuis.

4.13. Toestemming: en dan?

Is er toestemming van de patiënt en heb je de naasten geïnformeerd? Of heb je – indien nodig – toestemming gevraagd aan de nabestaanden of aan een aangewezen persoon?

En is er – in geval van een niet-natuurlijk overlijden – ook toestemming van de officier van justitie? Dan kan de donatieprocedure worden gestart.

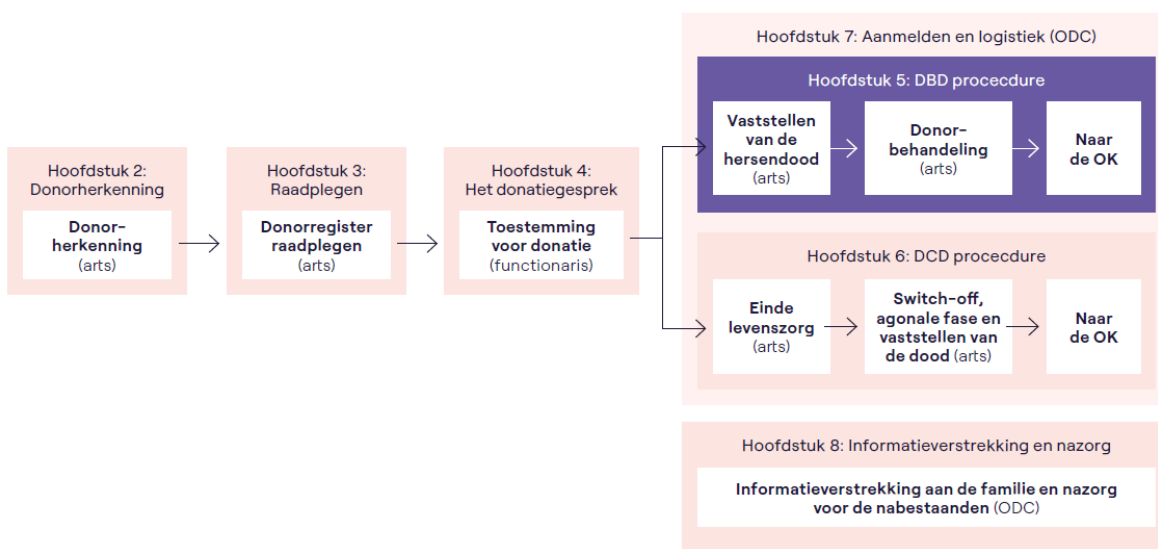
In geval van **orgaandonatie** hangt het af van de soort procedure wat de volgende stap is. Kijk in [hoofdstuk 5](#) voor de DBD-procedure en in [hoofdstuk 6](#) voor de DCD-procedure. Roep altijd de dienstdoende ODC op. Dit kan via het Orgaancentrum (071 579 57 95).

In geval van **weefseldonatie** meld je de potentiële weefseldonor aan bij het Orgaancentrum (071 579 57 95). In [Deel 2: Weefseldonatie](#) staat meer informatie over de weefseldonatieprocedure.

5. DBD-procedure: Vaststellen van de dood en donorbehandeling

Dit hoofdstuk beschrijft de DBD-procedure. De DBD-procedure start nadat het gesprek met de familie over donatie is gevoerd. Vervolgens wordt de dood vastgesteld, start de donorbehandeling, worden de vereiste onderzoeken gedaan en wordt de donor aangemeld. De onderzoeken en de aanmelding worden beschreven in [Hoofdstuk 7](#). In Schema 5 wordt beschreven in welke stap van het donatieproces dit plaatsvindt.

Nadat de contra-indicaties voor donatie zijn uitgesloten en donatie met de familie is besproken, wordt gekeken welke procedure gestart wordt: DBD of DCD. Bij het vermoeden op hersendood wordt de DBD-procedure gestart. De eerste stap is het vaststellen van de hersendood. Neem voor het vaststellen van de hersendood contact op met de dienstdoende ODC.



Schema 5: Proces orgaandonatie: DBD-procedure

5.1. Vaststellen van de hersendood

Voor het vaststellen van de hersendood wordt het Hersendoodprotocol gebruikt. Dit protocol is bij Algemene Maatregel van Bestuur vastgesteld. **Het [Hersendoodprotocol](#) moet dus gevolgd worden om de hersendood vast te stellen.** Het meest recente protocol is geldend vanaf 1 juli 2020. In het Hersendoodprotocol is het 'whole brain death'-concept het uitgangspunt. Volgens dit concept is er sprake van hersendood als alle functies van de hersenen, inclusief de hersenstam en het verlengde merg, volledig en onherstelbaar verloren zijn. Om de hersendood te kunnen vaststellen, moet aan de volgende voorwaarden voldaan worden (samengevat):

1. Er is vastgesteld dat aan de zogenoemde prealabele voorwaarden is voldaan. Dit is het geval als:
 - a. De oorzaak van het hersenletsel bekend is;
 - b. Het hersenletsel dodelijk en onbehandelbaar is;
 - c. Er geen mogelijk omkeerbare oorzaken zijn aan te wijzen voor de functiestoornis, zoals hypothermie, intoxicatie, hypotensie, blokkade van de neuromusculaire overgang of een ernstige biochemische of metabole stoornis. Reanimatie in de afgelopen 12 uur kan ook een functiestoornis tot gevolg hebben.
2. Medicamenteuze neurodepressie is uitgesloten.
3. Er is een klinisch-neurologisch onderzoek uitgevoerd.
4. Er is aanvullend onderzoek gedaan, zoals elektro-encefalografie (EEG), Transcranieel Doppleronderzoek (TCD) of CT-angiografie van de hersenvaten (CTA).
5. Er is een apneustest gedaan.

Apneustest tijdens ECMO behandeling

In het advies van de [Gezondheidsraad 'Vaststellen van de dood bij postmortale orgaandonatie'](#) wordt niet ingegaan op de uitvoering van de apneustest bij patiënten behandeld met ECMO. Dit omdat ten tijde van het schrijven van dat advies hier nog onvoldoende duidelijkheid over was. Dientengevolge staat dit dus ook niet in het Hersendoodprotocol. Door de ECMO-instellingen tijdelijk aan te passen is het vaak toch mogelijk om bij patiënten aan de ECMO een apneustest uit te voeren.

Middels onderstaande aanpassingen in de technische criteria voor de uitvoering van de apneustest, zoals beschreven in paragraaf in G3.5 van het rapport van de Gezondheidsraad, is deze test vaak uitvoerbaar bij patiënten aan de ECMO (David M. Greer, JAMA 2020 - Supplement 7):

Tijdens de voorbereiding:

- Naast 10 minuten beademing met 100% zuurstof tevens 100% zuurstof via het ECMO-circuit toedienen.
- De bloedflow van het ECMO-circuit handhaven en de gasflow over de oxygenator terugdraaien tot een PaCO₂ wordt bereikt van tenminste 40 mmHg (5,3 kPa), dan wel een PaCO₂ van tenminste 45 mmHg (6 kPa) bij personen met een chronische longaandoening.

Tijdens de test:

- Handhaaf de bloedflow van het ECMO-circuit en draai de gasflow over de oxygenator terug naar 0.5-1 L/minuut met nog steeds 100% zuurstof.
- Bepaal bij perifeer gecannuleerde VA-ECMO tegelijkertijd PaCO₂ uit de rechterarm en uit het ECMO-circuit post-oxygenator, ten einde zekerheid te hebben over de PaCO₂ van het bloed wat richting het hoofd stroomt.

Interpretatie:

- De apneustest kan worden beëindigd bij het bereiken van een PaCO₂ van 50 mmHg (6,65 kPa) of hoger (danwel 60 mmHg, ofwel 8 kPa, bij personen met chronische longaandoeningen) in beide bloedgasanalyses zonder optreden van ademhalingsbewegingen.

Is op basis van deze stappen de hersendood vastgesteld, en is er toestemming voor donatie? Vul dan het [hersendoodformulier](#) in (Bijlage 2).

Diagnostiek bij kinderen jonger dan 1 jaar

Voor het vaststellen van de hersendood bij kinderen die jonger zijn dan 1 jaar, is het nodig om de bovengenoemde testen na een observatieperiode te herhalen. Zie het [Besluit hersendoodprotocol](#). De leeftijd van het kind bepaalt de lengte van de observatieperiode.

De vereiste observatieperiode bedraagt:

- Bij kinderen in de neonatale periode (eerste levensweek): 48 uur;
- Bij kinderen daarna tot de leeftijd van 2 maanden: 24 uur;
- Bij kinderen in de leeftijd van 2 tot 12 maanden: 12 uur.

De hersendood kan niet worden vastgesteld: wat nu?

Het is mogelijk dat tijdens het uitvoeren van het Hersendoodprotocol uit een test blijkt dat de hersendood (nog) niet vastgesteld kan worden. Dan zijn er 2 mogelijkheden:

1. De test na een bepaalde tijdsperiode herhalen;
2. Switchen naar de DCD-procedure.

Het besluit hierover wordt genomen in overleg met de neuroloog, de intensivist en de familie van de patiënt. De voorkeur gaat altijd uit naar een DBD-procedure, omdat er dan meer organen gedoneerd kunnen worden en dit doorgaans tot betere transplantatieresultaten leidt.

5.2. Donor aanmelden en organisatie logistiek

Na het vaststellen van de hersendood start de ODC met de organisatie en coördinatie van de orgaandonatieprocedure. Deze werkzaamheden omvatten onder andere de aanmelding van de donor bij Eurotransplant en de organisatie van de logistiek. Zie hiervoor [hoofdstuk 7](#).

5.3. Donorbehandeling

Tot het moment van de orgaanuitname is het belangrijk om de functie van de organen zo goed mogelijk te behouden of te verbeteren. Dit noemen we ‘donorbehandeling’. Deze paragraaf geeft hier adviezen voor. Deze adviezen gelden vanaf het moment dat besloten is om de levensondersteunende behandeling te beëindigen tot aan het moment van orgaanuitname.

De adviezen in deze paragraaf zijn richtlijnen: het is niet de bedoeling hier rigide aan vast te houden als de situatie van de patiënt om iets anders vraagt. **Geadviseerd wordt om te kiezen voor de behandelingen uit de richtlijn waar jij het meest bekend mee bent. De donorbehandeling is in grote lijnen gelijk aan de behandeling van IC-patiënten.**

Er zijn enkele specifieke aandachtspunten, die in deze paragraaf beschreven worden. De behandelend arts blijft **verantwoordelijk** voor de behandeling van de patiënt.

5.3.1. Hemodynamische (in)stabiliteit: monitoring

Bij patiënten die hersendood raken, treden er hemodynamische veranderingen op. Hemodynamische monitoring is daarom noodzakelijk. Het doel is om een goede orgaanperfusie te bewaken.

Ten eerste ontstaat er door de oplopende intracraniale druk een compensatoire systemische hypertensie, mogelijk geassocieerd met bradycardie. Vervolgens kan er een catecholaminestorm plaatsvinden, waarbij er

sterke sympaticusactivatie plaatsvindt door de catecholamineafgifte, wat sterke vasoconstrictie met daarbij verhoogde vasculaire weerstand tot gevolg heeft en waarbij er een tachycardie ontstaat.

Na de catecholaminestorm treedt er verlies op van de sympaticusactivatie, waardoor perifere vasodilatatie optreedt. Dit resulteert in hypotensie en kan onbehandeld leiden tot hypoperfusie. Bovendien kan er tijdens de catecholaminestorm pulmonaal oedeem optreden.

Verder treden er vaak verschillende endocriene veranderingen op door het verlies van de hypofysefunctie. Met name de achterste hypofysekwab is vaak zodanig aangedaan dat er diabetes insipidus optreedt, met daarbij geassocieerde veranderingen in de intravasale vullingsstatus en elektrolytveranderingen. Een ruime diurese hoeft niet altijd het gevolg te zijn van een diabetes insipidus. Dit kan ook het gevolg zijn van ruime vochttoediening en behoeft in dat geval geen behandeling. Daarnaast kan de insulineconcentratie dalen en kan zich insuline-ongevoeligheid ontwikkelen, waarbij het niet ongewoon is dat er hyperglykemie ontstaat. Verder kan de functie van de hypothalamus verminderd of veranderd zijn, waardoor de controle van de lichaamstemperatuur verloren kan gaan. Bovendien treedt er vaak een inflammatoire reactie op doordat er ontstekingsmediatoren worden afgegeven door de beschadigde hersenen. Tot slot treden er regelmatig stollingsproblemen op bij patiënten met hersenbeschadigingen.

De hemodynamische monitoring wijkt niet af van die van normale IC-patiënten. Daarbij moet de behandelaar alert zijn op het mogelijk optreden van hemodynamische veranderingen en hemodynamische instabiliteit, die snel en adequaat behandeld moeten worden. De minimale bewaking die geadviseerd wordt, bestaat uit: elektrocardiografie (ECG), invasieve bloeddrukmeting en bewaking van de diurese. Daarnaast kan het plaatsen van een centraal veneuze katheter, met daarbij eventueel monitoring van de centraal veneuze druk, laagdrempelig overwogen worden. Dit gezien de kans op of de aanwezigheid van hemodynamische instabiliteit. Bij moeizame hemodynamische controle of bij verslechtering kan de monitoring worden geïntensiveerd met andere lokaal beschikbare monitormethoden waar men ervaring en expertise mee heeft. Daarbij valt te denken aan echocardiografie, PiCCO, of een Swan-Ganz-katheter.

Er is volgens de huidige consensus sprake van adequate volumetoediening, bij een lage noodzakelijke dosering van vasoactieve middelen, indien er sprake is van:

- Gemiddelde arteriële bloeddruk (MAP) 60 – 90 mmHg
- Diurese > 0,5 – 3 mL/kg/uur
- Hartfrequentie 60 – 120/min

5.3.2. Vloeistoftherapie

Bij hemodynamisch instabiele donoren is vulling de behandeling van eerste keuze en vaak noodzakelijk. Door verlies aan intravasculair volume is volumetoediening nodig om de perfusie van de organen op peil te houden, zonder daarbij hypervolemie te induceren.

Hiervoor kunnen zowel kristalloïden als colloïden, behoudens synthetische colloïden, gebruikt worden.

Een veronderstelde uitdaging bij vloeistoftherapie betreft de tegengestelde doelen voor nier- en longdonatie. Recentelijk is echter aangetoond dat een lagere centraal veneuze druk niet leidt tot een vertraagde werking of verminderde overleving van het niertransplantaat. Een lagere centraal veneuze druk werkt wel beschermend voor het hart en de longen. Strikte waardes voor de centraal veneuze druk zijn niet opgenomen in dit protocol. Overvulling moet echter voorkomen worden en een euvolemische vochtbalans moet worden nagestreefd.

Vaak wordt ervoor gekozen om de donor te vullen met isotone kristalloïde oplossingen. Als frequente toediening van kristalloïden oplossingen noodzakelijk is, kan er overwogen worden om over te stappen naar

niet-synthetische colloïde oplossingen. In de praktijk worden colloïde oplossingen echter niet of nauwelijks nog gebruikt op de intensive care. Door het toedienen van colloïden kan het totale benodigde volume mogelijk gereduceerd worden. Dit vermindert mogelijk de kans op longoedeem.

Aanbevelingen voor vloeistoftherapie

- Streef naar euvolemie in de donor.
- Kies bij voorkeur voor vloeistoftherapie met bolustoediening in plaats van continue toediening, om het risico op hypervolemie te voorkomen.

5.3.3. Hemodynamische ondersteuning

Als vloeistoftherapie niet toereikend is om de hemodynamische doelen te bereiken, wordt geadviseerd om een vasopressor en/of inotropicum toe te dienen. Hiervoor kunnen verschillende middelen gebruikt worden.

Op veel IC's wordt noradrenaline het meest gebruikt. Noradrenaline heeft een alfa-agonistische werking waarbij de perifere vasculaire weerstand toeneemt en als gevolg daarvan de bloeddruk stijgt. Verder heeft het ook een beta-1-agonistische werking, die leidt tot een verhoging van de hartfrequentie en het hartminuutvolume. Noradrenaline kan gecombineerd worden met andere vasoactieve medicatie, zoals dobutamine, milrinone of enoximone. Er moet gestreefd worden naar een zo laag mogelijke dosering van noradrenaline. Bij hogere doseringen is er namelijk meer kans op een cardiale dysfunctie na de transplantatie en op een hogere mortaliteit van de ontvangers.

Een ander middel dat gebruikt kan worden, is dopamine. In de praktijk wordt dit echter weinig toegediend.

Als hogere doseringen catecholamines nodig zijn, kan ook vasopressine worden toegediend. Dit werkt beschermend voor de hartfunctie en leidt ertoe dat mogelijk meer organen beschikbaar blijven voor transplantatie. Start met de toediening van vasopressine in een lage dosering en voer dit op tot een maximale dosering van 40 mU/kg/uur. Als alternatief voor vasopressine kan terlipressine (1 mg iv bolus) worden gegeven.

Een nadelig gevolg van vasoactieve middelen die een agonistisch effect hebben op alfa-receptoren, is een toename van de permeabiliteit van de pulmonale capillairen. Dit kan leiden tot longoedeem. Daarnaast kan de stimulatie van alfa-receptoren mogelijk leiden tot vasoconstrictie van de coronaire en mesenteriale arteriën. Vermijd hoge doseringen van bèta-agonisten bij potentiële hartdonoren om onder andere downregulatie van bèta-receptoren te voorkomen. Overweeg daarnaast tijdig om aanvullende positieve inotrope middelen te gebruiken, zoals een fosfodiësteraseremmer.

Aanbevelingen voor hemodynamische ondersteuning

- Start met vasopressoren en/of inotropica volgens het lokale protocol, als de hemodynamische doelen niet gehaald kunnen worden met vloeistofoediening.
- Vermijd hoge doseringen van bèta-agonisten bij potentiële hartdonoren.

5.3.4. Aritmieën

Bij hersendode patiënten komen regelmatig aritmieën voor. Sinustachycardie is de meest voorkomende aritmie, gevolgd door sinusbradycardie en atriumfibrilleren. Aritmieën kunnen behandeld worden volgens de gebruikelijke richtlijnen, maar alleen als er medicatie gebruikt wordt met kortere halfwaardetijden.

Tachycardie

Tachycardie komt vaak voor als gevolg van de verhoogde catecholamineconcentratie bij het intreden van de hersendood of als gevolg van hypovolemie. Als de tachycardie leidt tot hypotensie en dus slecht wordt verdragen door het hart, kan zich congestief hartfalen ontwikkelen.

Aanbevelingen voor de behandeling van tachycardie

- Sluit oplosbare onderhoudende oorzaken van de tachycardie uit, voordat je start met een medicamenteuze behandeling. Een onderhoudende oorzaak kan bijvoorbeeld hypovolemie zijn.
- Een slecht verdragen tachycardie moet met een bètablokker behandeld worden. Esmolol heeft de voorkeur wegens zijn korte halfwaardetijd.
- Kies bij voorkeur voor intraveneuze toediening via een perfusorpomp.

Bradycardie

Bij een verhoogde intracranieële druk kan er een Cushing-respons optreden. Hierbij kunnen bradycardieën voorkomen (sinusbradycardie of nodaal-escaperitme), naast hypertensie en een mogelijk abnormaal ademhalingspatroon. Ook kan er bij een verhoogde intracranieële druk compressie optreden van de hersenkernen waaruit de nervus vagus ontspringt. Hierdoor is atropine niet meer effectief.

Aanbevelingen voor de behandeling van bradycardie

- Geef bij voorkeur isoprenaline, vanwege het directe chronotrope effect op de hartspier.
- Geef isoprenaline in een dosering van 1 mcg intraveneus. Herhaal dit elke minuut totdat de hartfrequentie stijgt. Of vervolg de behandeling met een continue infusie die getitreerd is op de hartfrequentie.
- Dien bij acute nood adrenaline toe.
- Blijkt chronotrope medicatie onvoldoende effectief, overweeg dan intravasculaire pacing.

Atriumfibrilleren

Atriumfibrilleren kan pre-existent voorkomen, maar kan ook optreden door de cardiale stressfactoren na of tijdens het intreden van de hersendood. Daarnaast kan het worden uitgelokt door hypovolemie of elektrolytstoornissen (zoals hypokaliëmie en hypomagnesiëmie).

Aanbevelingen bij atriumfibrilleren

- Corrigeer, als dat kan, mogelijke onderliggende oorzaken van atriumfibrilleren.
- Overweeg magnesium te suppleren.
- Probeer cardioversie – chemisch of elektrisch – om het hartritme te converteren naar een sinusritme. Hartdonatie is dan theoretisch gezien nog mogelijk.

5.3.5. Hypertensie

Bij de behandeling van hypertensie moet onderscheid gemaakt worden tussen pre- existente hypertensie en nieuwe hypertensie, die het gevolg is van de catecholamineafgifte of van een verhoogde intracerebrale druk.

Nieuw ontstane, acute hypertensie moet zo snel mogelijk behandeld worden om myocardschade en longoedeem te voorkomen. Bij systolische bloeddrukken boven de 200 mmHg of bij een gemiddelde arteriële bloeddruk (MAP) boven de 130 mmHg is er een verhoogde kans op het optreden van cardiale schade, met een circulatiestilstand tot gevolg. Bij een catecholaminestorm is er sprake van een systolische bloeddruk van 200 mmHg voor minimaal 10 minuten en een tachycardie van meer dan 140 slagen per minuut, zonder andere aanwijsbare oorzaak. Als dit direct behandeld wordt, is er alsnog een goede kans op een succesvolle harttransplantatie.

Hypertensie moet worden behandeld volgens het lokale protocol, met antihypertensieve medicatie waarmee de intensivist ervaring heeft. Bij een hartdonatie moet labetalol worden vermeden vanwege de lange halfwaardetijd.

Aanbevelingen voor de behandeling van hypertensie

- Start bij een systolische bloeddruk > 200 mmHg of een MAP > 130 mmHg met een antihypertensieve behandeling.
- Gebruik bij voorkeur een bètablokker (metoprolol, esmolol of labetalol) of nitroprusside, nitroglycerine of nicardipine. Bij DCD-hartdonatie is bètablokker tweede keuze na calciumantagonist.
- Geef bij potentiële hartdonoren bij voorkeur geen bètablokkers, maar liever een van de alternatieven.

5.3.6. Beademing

Bij 30% van de patiënten met neurologische schade treedt longschade op. Volg bij potentiële longdonoren dezelfde behandelstrategie als bij patiënten met longschade op de intensive care. De beademing is gericht op longbeschermende beademingsvoorwaarden.

In de momenteel geldende protectieve beademingsrichtlijnen wordt geadviseerd om met een teugvolume van 6-8 ml/ideaal lichaamsgewicht (in kg) te beademen. Daarbij moet de PEEP zo mogelijk geoptimaliseerd worden met een streef-PEEP van 8 – 10 cmH₂O. Daarnaast wordt aanbevolen om na de apneust een recruitmentmanoeuvre uit te voeren.

Is longdonatie niet mogelijk, handhaaf dan de instellingen waarbij een goede saturatie wordt bereikt en verander niet te veel aan de beademingsvoorwaarden. Als er ruimte is, kan de PEEP worden verlaagd om de belasting van de beademing op de hemodynamiek te verminderen.

Aanbevelingen voor beademing bij mogelijke longdonatie

- Beadem de long protectief volgens de geldende long-protectieve richtlijnen.
- Voer een recruitmentmanoeuvre uit na de apneustest.
- Overweeg recruitmentmanoeuvres om de PaO₂-FiO₂-ratio te verbeteren.
- Verbeter de kwaliteit van de longen door een bronchiaal toilet of door een uitzuigscopie middels bronchoscopie.
- Gebruik een restrictief vloeistofbeleid.
- Voorkom sputumstase en zuig de tube regelmatig uit.
- Breng een neusmaagsonde met hevel in om aspiratie te voorkomen.
- Zet het hoofdeinde van het bed op 30 graden voor een goede houding van de donor.
- Volg de lokale richtlijnen voor het voorkomen van ventilator geassocieerde pneumonie.

5.3.7. Gebruik van medicatie

Corticosteroiden

Er is weinig bekend over de prevalentie van corticosteroiddeficiëntie bij hersendode patiënten. Er zijn aanwijzingen dat er een vergrote kans is op relatieve corticosteroiddeficiëntie, maar de klinische consequenties hiervan zijn niet duidelijk. Uit onderzoek blijkt dat intraveneuze toediening van methylprednisolon beschermend werkt tegen ischemie/reperfusieschade. Hierdoor treedt er minder vaak acute rejectie op. Ook wordt de oxygenatie hierdoor verbeterd.

Aanbevelingen voor het gebruik van corticosteroiden

- Dien intraveneus 15mg/kg methylprednisolon toe na het vaststellen van de hersendood. Dit heeft positieve effecten op de orgaanfunctie na de transplantatie. Herhaal dit elke 24 uur.

Vasopressine analogen

Bij hersendode patiënten treedt er vaak schade op aan de hypofyse. Als er schade ontstaat aan de achterkwab van de hypofyse (neurohypofyse), kan zich diabetes insipidus ontwikkelen doordat er geen of minder antidiuretisch hormoon wordt afgegeven. Diabetes insipidus treedt op bij 80% van de DBD-donoren. Tekenen hiervan zijn polyurie (diurese > 4 ml/kg/uur) en hypernatriëmie (> 145 mmol/l), een stijging van de serum-osmolaliteit (≥ 300 mosm/l) en een daling van de urine-osmolaliteit (≤ 200 mosmol/kg).

Andere mogelijke oorzaken van diabetes insipidus moeten worden uitgesloten. Daarbij valt te denken aan osmotische diurese als gevolg van hyperglykemie of ruime diurese door de toediening van mannitol of andere diuretica. Een ruime diurese kan ook het gevolg zijn van ruime vochttoediening en behoeft in dat geval geen behandeling met desmopressine. Soms is het bij een ruime diurese nodig om het volume aan te vullen en te streven naar euvolemie.

Aanbevelingen voor het gebruik van vasopressine analogen

- Gebruik desmopressine (DDAVP) 1 – 4 mcg iv bij (verdenking van) diabetes insipidus. Bij aanhoudende polyurie (> 3 ml/kg/uur) kan nogmaals 1 – 2 mcg desmopressine iv worden toegediend. Dit kan iedere 6 uur worden herhaald.
- Vasopressine en terlipressine hebben minder effect bij de behandeling van diabetes insipidus. Deze middelen kunnen wel een rol spelen bij de behandeling van hemodynamische instabiliteit.

Schildklierhormoon

Bij de meerderheid van hersendode patiënten zijn de concentraties TSH (thyroïd stimulerend hormoon), T3 en T4 onder de normaalwaarde. In die gevallen is er vaak sprake van het 'sick-euthyroid syndrome' en niet van een daadwerkelijk TSH-tekort. Deze patiënten hebben vaak geen schildklierhormoonsuppletie nodig. In de meest recente literatuur wordt afgeraden om standaard schildklierhormonen toe te dienen (Dhar NEJM, 2023).

Aanbevelingen voor de toediening van schildklierhormonen

- Dien niet standaard schildklierhormonen toe.
- Overweeg het gebruik van schildklierhormonen als de hemodynamische instabiliteit aanhoudt, ondanks euvolemie en optimale doseringen van vasoactieve medicamenteuze ondersteuning. Schildklierhormonen zorgen voor een verhoging van de contractiliteit van het hart. Dit komt door de chronotrope werking ervan en door een verlaging van de systemische vasculaire weerstand.

5.3.8. Gecombineerde hormonale therapie

Het wordt afgeraden om standaard vasopressine, corticosteroïden en schildklierhormoon te suppleren. Zoals eerder beschreven wordt aanbevolen om bij elke orgaandonor zo vroeg mogelijk na de hersendood met methylprednison te starten. Daarnaast is het advies om vasopressine en schildklierhormoon te reserveren voor patiënten die ondanks optimale therapie hemodynamisch instabiel blijven.

Aanbevelingen voor het toepassen van gecombineerde hormoontherapie

- Kies niet standaard voor gecombineerde hormoontherapie.

5.3.9. Glucoseregulatie

Hyperglykemie komt vaak voor bij hersendode patiënten en is waarschijnlijk een gevolg van hoge concentraties catecholamines en het toedienen van corticosteroïden. Er is weinig onderzoek bekend naar het effect van glucosecontrole bij orgaandonoren.

Aanbevelingen voor glucoseregulatie

- Volg de huidige praktijk: streef naar een glucosewaarde in het serum van 6 – 8 mmol/l.

5.3.10. Elektrolyten

Bij DBD-donoren kunnen elektrolytstoornissen optreden. Daarom is er speciale aandacht nodig voor hypernatriëmie als gevolg van diabetes insipidus (zie [paragraaf 5.3.7](#)).

Aanbevolen wordt om elektrolytstoornissen te behandelen volgens de richtlijn elektrolytstoornissen, waarbij wordt geadviseerd om te streven naar normaalwaarden. Elektrolytstoornissen zijn geen contra-indicatie voor transplantatie.

Aanbevelingen voor de behandeling van elektrolytstoornissen

- Streef normaalwaarden voor elektrolyten na.
- Volg voor de behandeling van elektrolytstoornissen de richtlijn elektrolytstoornissen.

5.3.11. Transfusiegrenzen

Er is geen literatuur bekend over de invloed van transfusie van rode bloedcellen op de kortetermijn-preservatie van donororganen. Volg daarom de huidige praktijk, waarbij een hemoglobine tot 4,3 mmol/l wordt geaccepteerd. Bij een waarde die lager is dan 4,3 wordt geadviseerd om rode bloedcellen te transfunderen. Dit advies is gebaseerd op grote gerandomiseerde en gecontroleerde studies bij ernstig zieke patiënten, waarbij er geen verschil in overleving werd gezien bij een hoge grenswaarde (Hb 6 mmol/L) ten opzichte van een lage grenswaarde. Er is geen literatuur over trombocytconcentraties of stollingstijden bij orgaandonoren.

Aanbevelingen voor transfusiegrenzen

- Volg de huidige praktijk: Hb > 4,3 mmol/L.
- Bij klinische bloeding trombocyt en/of plasmafactoren.
- Overleg met de accepterende arts, voordat je een perioperatieve correctie van stollingsfactoren toepast.

5.3.12. Temperatuurregulatie

Bij hersendode patiënten kan er verlies van temperatuurregulatie optreden. Dit kan in potentie leiden tot hypothermie. Van hypothermie is bekend dat het kan leiden tot verschillende problemen. Zo kunnen er onder andere stollingsstoornissen en ritmestoornissen ontstaan. Koelen tot 34 °C wordt afgeraden (Patel JAMA, 2024). Overweeg bij koorts om passief te koelen.

Aanbevelingen voor de temperatuurregulatie

- Houd de temperatuur van de donor > 35 °C.
- Overweeg passief koelen bij koorts.

5.3.13. Voeding

Hersendode patiënten moeten enterale voeding krijgen volgens het lokale protocol (Cherci Clin transplant, 2023 (37)).

Aanbevelingen voor voeding

- Start of continueer enterale voeding volgens het lokale protocol.

5.3.14. Preventie en behandeling van bacteriële infecties

Tijdens de IC-opname wordt het profylactisch toedienen van antibiotica bij potentiële orgaandonoren afgeraden. Een uitzondering geldt voor het toedienen van SDD, wat tot de standaard IC-behandeling behoort. De antibiotische behandeling van bestaande infecties moet worden gecontinueerd of gestart volgens het lokale of landelijke protocol. Dat geldt ook voor nieuwe infecties die bevestigd zijn door microbiologische diagnostiek. Deze (bestaande en nieuwe) infecties zijn niet altijd een contra-indicatie voor orgaandonatie. Als er sprake is van een infectie, moet in overleg met de transplantatieartsen een besluit worden genomen over de geschiktheid van de organen voor transplantatie.

Aanbevelingen voor de preventie en behandeling van infecties

- Neem bloed, sputum, urine en eventueel wondkweken af bij alle donoren. Herhaal dit bij koorts zo nodig na 24 uur.
- Continueer antibioticabehandelingen die al gestart zijn.
- Behandel bewezen infecties volgens het lokale of landelijke protocol.
- Dien SDD/SOD toe volgens het protocol.

5.4. Naar de operatiekamer

De overledene wordt naar de operatiekamer gebracht op het tijdstip dat vooraf is afgestemd met alle betrokkenen, onder wie de familie. Dit is enige uren na het vaststellen van de hersendood.

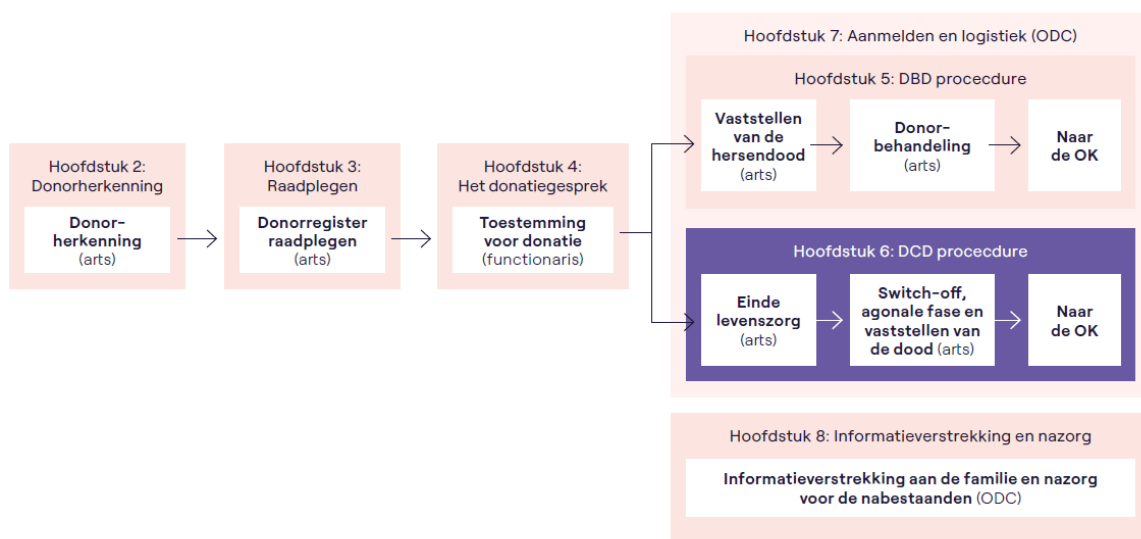
Formulieren

De volgende formulieren moeten vanuit de IC meegestuurd worden naar de OK:

- Het hersendoodformulier;
- Het donatieformulier (ingevuld door de arts).

6. DCD-procedure: Agonale fase en vaststellen van de dood

Dit hoofdstuk beschrijft de DCD-procedure. Het gaat in op het stoppen van de behandeling, de agonale fase en het vaststellen van de dood op basis van circulatoire criteria. In Schema 6 is te zien welke stap van het donatieproces dit hoofdstuk behandelt.



Schema 6: Proces orgaandonatie: DCD-procedure

De DCD-procedure start als er is besloten om de levensondersteunende behandeling van een patiënt te beëindigen en als de hersendood niet kan worden vastgesteld. Het gaat bij DCD specifiek om een situatie waarin – op grond van een zorgvuldige prognose – de dood van de patiënt verwacht wordt en het moment van overlijden binnen bepaalde tijdsgrenzen kan worden voorzien. Als de familie toestemming heeft gegeven voor donatie, wordt de ODC opgeroepen. Dit kan rechtstreeks of via het Orgaancentrum (071 579 57 95).

6.1. Medische handelingen

Het zal een aantal uren duren voordat de behandeling van de patiënt daadwerkelijk gestopt wordt. In deze periode wordt er gehandeld volgens de richtlijnen van het NVIC voor het bieden van eindelevenszorg. Het bieden van comfort is hier een essentieel onderdeel van. Daarnaast is het bij een potentiële donor van belang om te (blijven) zorgen voor een goede orgaanfunctie. Dat betekent dat het nodig kan zijn om medische handelingen te verrichten. Deze handelingen zijn niet in het belang van de patiënt, maar worden verricht ten behoeve van de orgaandonatie. De intensivist blijft de behandelend arts en is hier verantwoordelijk voor. De ODC kan de intensivist ondersteunen en adviseren.

6.1.1 Aandachtspunten DCD hartdonatie

- Wees terughoudend met het toedienen van inotropie, vasopressie en andere cardiodepressieve middelen. Gebruik indien noodzakelijk bij voorkeur kortwerkende middelen en probeer deze zo laag mogelijk te doseren.
- Voor het kunnen functioneren van de hartperfusiemachine dient het hematocriet van de donor idealiter > 0,3 l/l te zijn.

6.1.2 Aandachtspunten heparinetoediening bij DCD-donatie t.b.v. lever-, long-, nier- en pancreaskwaliteit

- Heparine (300 IE/kg) wordt toegediend ten tijde van switch off.
- Het wordt afgeraden heparine toe te dienen bij traumapatiënten met duidelijk uitwendig letsel.
- In geval van orgaandonatie na euthanasie wordt ook heparine toegediend. Zie [richtlijn](#) orgaandonatie na euthanasie.

6.1.3 Aandachtspunten abdominale normotherme regionale perfusie (aNRP)

aNRP is een *in-situ* perfusie techniek die kan worden ingezet bij DCD-donoren, dit gebeurt op OK. Na 1-2 uur aNRP vindt orgaanuitname plaats volgens het standaard protocol. Indien geïndiceerd kan de functie van de lever worden getest tijdens aNRP.

- De ODCs bestellen tijdig de benodigde erythrocytenconcentraten (packed cells).
- Voor het kunnen functioneren van aNRP, dient het hematocriet van de donor > 0,3 l/l te zijn.

6.2. Donor aanmelden en organisatie logistiek

Tussen het besluit om te stoppen met de behandeling en het daadwerkelijk stoppen van de behandeling coördineert de ODC de donatieprocedure. Zo zorgt de ODC dat er onderzoeken worden gedaan om de kwaliteit van de organen in kaart te brengen, meldt hij de donor aan bij Eurotransplant en coördineert hij de logistiek. Deze werkzaamheden worden beschreven in [hoofdstuk 7](#).

6.3. Overstappen naar DBD-procedure

Het kan voorkomen dat er tijdens de periode tot het stoppen van de behandeling tekenen zijn die wijzen op hersendood. Er zijn dan 2 mogelijkheden:

1. De DCD-procedure continueren;
2. Stoppen met de DCD-procedure en starten met het doorlopen van het Hersendoodprotocol, om daarna over te stappen naar DBD-procedure.

Het besluit hierover wordt genomen in overleg met de neuroloog, de intensivist en de familie. Besluiten zij om het Hersendoodprotocol uit te voeren en was de donor al aangemeld bij Eurotransplant, dan moet de donor na het vaststellen van de hersendood opnieuw worden aangemeld. Dit omdat de allocatie dan moet herstarten.

De voorkeur gaat altijd uit naar een DBD-procedure, omdat er dan meer organen gedoneerd kunnen worden en dit doorgaans tot betere transplantatieresultaten leidt.

6.4. Stoppen van de behandeling: switch-off

Het tijdstip waarop de levensondersteunende behandeling stopt (de switch-off) wordt afgestemd met de familie, de intensive care, de ODC en het zelfstandig uitnameteam.

Het stoppen van de behandeling vindt bijna altijd plaats op de IC. Na het overlijden is er geen circulatie. Hierdoor ontstaat er ischemische schade aan de organen. De tijd tussen het overlijden en de start van de perfusie op de operatiekamer (warme ischemietijd) moet daarom zo kort mogelijk zijn. De donor wordt na het overlijden snel vervoerd naar de OK, waar het uitnameteam klaarstaat.

De switch-off kan ook plaatsvinden op de OK. Dit heeft als voordeel dat de warme ischemietijd korter is. Het besluit hierover moet altijd worden genomen in goed overleg met de familie. Zij moeten hiervoor toestemming geven. De intensivist blijft verantwoordelijk voor de behandeling en stelt de dood vast.

6.5. Agonale fase

De periode tussen de switch-off en het overlijden van de patiënt wordt de agonale fase genoemd. Op het moment van switch-off of direct erna wordt iv heparine 300IE/kg lichaamsgewicht toegediend. Dit dient te gebeuren als er nog circulatie in de patiënt aanwezig is. Tijdens de agonale fase worden de perfusie en de oxygenatie van de organen geobserveerd. De ODC documenteert de hartfrequentie, bloeddruk, ademhaling en zuurstofsaturatie.

Tijdsduur agonale fase

Er is een aanzienlijke variatie in de duur van de agonale fase: soms treedt de circulatiestilstand na enkele minuten op, soms na meerdere uren of dagen. Voor de kwaliteit van de organen mag de agonale fase niet langer duren dan 1 à 2 uur. Na deze periode zal een orgaan minder of zelfs niet meer geschikt zijn voor transplantatie. Hoe lang die periode precies mag zijn, hangt af van het verloop van de agonale fase en de organen die gedoneerd worden. In Tabel 2 wordt aangegeven wat de maximale tijdsduur is tot aan de circulatiestilstand.

Tabel 2: Agonale fase: Maximale tijdsduur tot de circulatiestilstand

Orgaan	Maximale tijdsduur tot de circulatiestilstand
Hart	Maximale tijdsduur tussen switch-off en circulatiestilstand 2 uur
Nieren	2 uur
Longen	1,5 uur
Lever	2 uur Als de MAP gedurende een periode langer dan 15 minuten onder de 50 mm Hg blijft, moet er overlegd worden met het ontvangend levercentrum.
Pancreas	1 uur
Pancreaseilandjes	2 uur

In overleg met de accepterende arts kan van deze grenzen afgeweken worden.

6.6. Vaststellen van de dood op grond van circulatoire criteria (DCD)

Bij een DCD-procedure wordt de dood vastgesteld op grond van circulatoire criteria. De procedure hiervoor is beschreven in het [advies van de Gezondheidsraad](#). De procedure kent 2 cruciale momenten:

1. Er is vastgesteld dat er sprake is van een circulatiestilstand.

Er mag geen enkele twijfel over bestaan dat de circulatie van het bloed is gestopt. Om die twijfel te voorkomen wordt aanbevolen om gebruik te maken van een vaste arterielijn die met voldoende sensitiviteit en specificiteit alle veranderingen in de arteriële pulsaties en druk kan meten. Daarnaast kan zo nodig niet-invasief onderzoek worden verricht, zoals het niet-invasief meten van de bloeddruk, het ausculteren van het hart, electrocardiografie of echocardiografie.

Om de dood vast te stellen is de afwezigheid van de bloedstroom dus het doorslaggevende criterium.

2. Er is na de vaststelling van de circulatiestilstand een observatieperiode ingelast zonder medisch te interveniëren: de 5 minuten no-touchtijd.

De no-touchtijd is een observatieperiode waarin er bij de patiënt geen handelingen mogen worden verricht. Deze observatieperiode begint op het moment dat is vastgesteld dat de circulatie van het bloed is gestopt. De periode eindigt op het moment dat voldoende zeker is dat de circulatiestilstand permanent is. Deze no-touchtijd is in Nederland vastgesteld op 5 minuten. Voorwaarde is dat er geen interventies meer plaatsvinden die mogelijk onbedoeld leiden tot herstel van de hersencirculatie.

Pas na de 5 minuten no-touchtijd kan de dood definitief worden vastgesteld. In de 5 minuten no-touchtijd mag de donor niet vervoerd worden.

6.7. Naar de operatiekamer

De overledene wordt direct na het vaststellen van de dood naar de operatiekamer gebracht. De tijd tussen de circulatiestilstand en de start van de perfusie moet zo kort mogelijk zijn, om de kwaliteit van de organen te behouden.

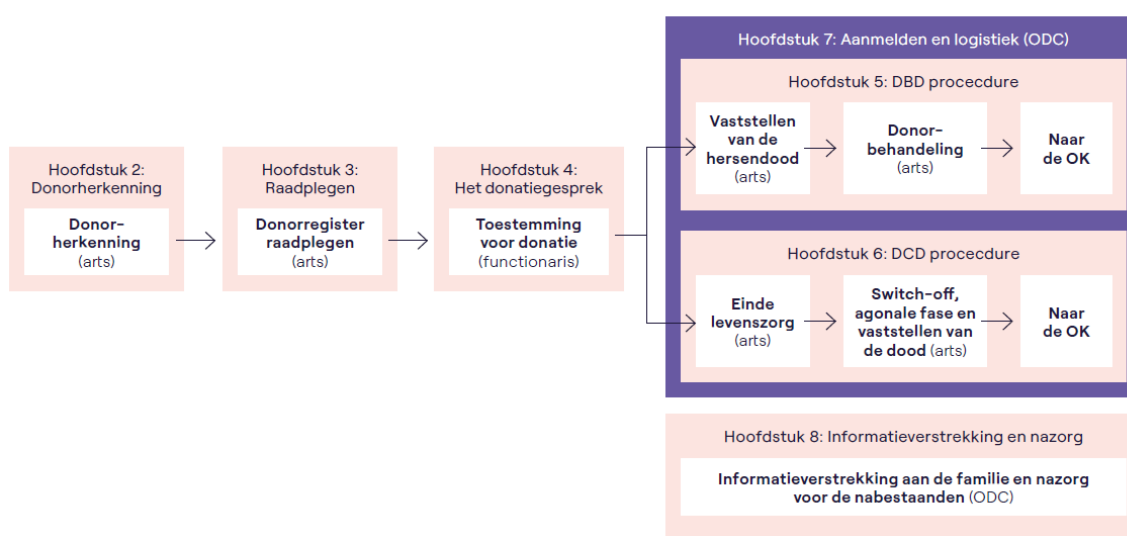
Formulier

Het volgende formulier moet vanuit de IC meegestuurd worden naar de OK:

- Het donatieformulier met daarop het overlijdenstijdstip (ingevuld door de arts).

7. Donor aanmelden en logistiek

Dit hoofdstuk beschrijft de organisatie rondom de donatieprocedure. De ODC coördineert deze procedure. Het hoofdstuk gaat in op de onderzoeken die worden verricht, de heteroanamnese, de aanmelding van de donor bij Eurotransplant en de logistiek. Deze stappen zijn onderdeel van zowel de DBD- als de DCD-procedure. In Schema 7 wordt dit inzichtelijk gemaakt.



Schema 7: Proces orgaandonatie: Aanmelden donor en logistiek

7.1. Medische onderzoeken

Bij een potentiële donor worden een aantal onderzoeken verricht om te beoordelen welke organen geschikt zijn voor donatie. Er wordt altijd bloed afgenomen voor weefseltypering en virologie. De ODC zorgt voor de logistiek van deze typering en van de verschillende onderzoeken. Welke onderzoeken dit zijn, staat in Tabel 3. Ontvangende centra kunnen vragen om extra onderzoeken.

Let op: Bij elke potentiële donor moeten de onderzoeken verricht worden die staan bij 'Algemeen/Nieren'. Bij donatie van andere organen komen daar de overige onderzoeken bij.

Tabel 3: Te verrichten medische onderzoeken bij een potentiële donor

Orgaan *	Bloed	Urine	Aanvullend	Consult
Algemeen/ Nieren	Bloedgroep, Hb, Ht Leukocyten Trombocyten Natrium Kalium Ureum Kreatinine Glucose Bloedgas Fibrinogeen Lactaat CRP Virologie	Glucose Totaal eiwit (g/L) Kreatinine Sediment Eiwit- kreatinine ratio (g/10 mmol)	<ul style="list-style-type: none"> •CT-scan thorax/abdomen •Echo abdomen (indien CT-scan niet mogelijk is) 	Radioloog
Lever	Bilirubine (tot/direct) ASAT ALAT LDH Gamma-GT Alk.fosfat. Amylase Totaal eiwit Albumine PT APTT		<ul style="list-style-type: none"> •CT-scan abdomen •Echo abdomen (indien CT-scan niet mogelijk is) 	Radioloog
Pancreas	Amylase Lipase HbA1c		<ul style="list-style-type: none"> •CT-scan abdomen •Echo abdomen (indien CT-scan niet mogelijk is) 	Radioloog
Hart	CK CK MB Troponine		<ul style="list-style-type: none"> •CT-scan thorax •TTE (wanneer de kwaliteit van de beelden niet goed is, graag TEE). ECG TEE <p>DBD en DCD donoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> •> 45 jaar: CAG (voorkeur) of CT coronairen bij iedereen •< 45 jaar: CAG (voorkeur) of CT coronairen bij klinische indicatie en/of risicofactoren (o.a. cocaïnegebruik actief en in het 	<p>Cardioloog</p> <p>Radioloog</p>

			verleden) in overleg met cardioloog	
Longen	<ul style="list-style-type: none"> • Bloedgasen: uitgangswaarde + na 10 minuten beademen met 100% FiO₂ en PEEP 5 cm H₂O • Influenza swaps (niet nodig indien asymptomatisch) 		<ul style="list-style-type: none"> • CT-scan thorax • X-thorax • Bronchoscopie 	Radioloog Longarts
Dunne darm	Amylase Lipase		<ul style="list-style-type: none"> • CT-scan abdomen • Echo abdomen (indien CT-scan niet mogelijk is) 	Radioloog

72. Heteroanamnese

Naast de onderzoeken die in [paragraaf 7.1](#) zijn genoemd, is het belangrijk om een volledig beeld te krijgen van de medische en sociale voorgeschiedenis van de (potentiële) donor en van zijn actuele situatie. Denk hierbij aan zaken als:

- Leeftijd, geslacht en beroep;
- (Gemeten) lengte en gewicht;
- Opname-indicatie;
- Chronische aandoeningen, zoals hypertensie en diabetes mellitus;
- Ziektegeschiedenis;
- Doodsoorzaak;
- Intoxicaties (aantal packyears nicotine, gebruik van alcohol en drugs);
- Medicatiegebruik thuis;
- Risicogedrag op het vlak van seksueel overdraagbare aandoeningen, zoals HIV;
- Ondergane operaties;
- Allergieën;
- Reisgedrag in het afgelopen jaar; waar en wanneer is een donor in het jaar voor overlijden in het buitenland geweest. Dit geldt zowel binnen, als buiten Europa.
- Het klinische beloop tijdens de opname.

De ODC verkrijgt deze informatie door het medisch dossier door te nemen en door in gesprek te gaan met de familie, de intensivist en/of de huisarts van de potentiële donor.

73. Aanmelden van de donor bij Eurotransplant

Nadat alle benodigde informatie is verzameld en de patiënt geschikt is bevonden als donor, meldt de ODC de patiënt aan bij Eurotransplant. Eurotransplant wijst organen aan ontvangers toe volgens de Nederlandse allocatieregels.

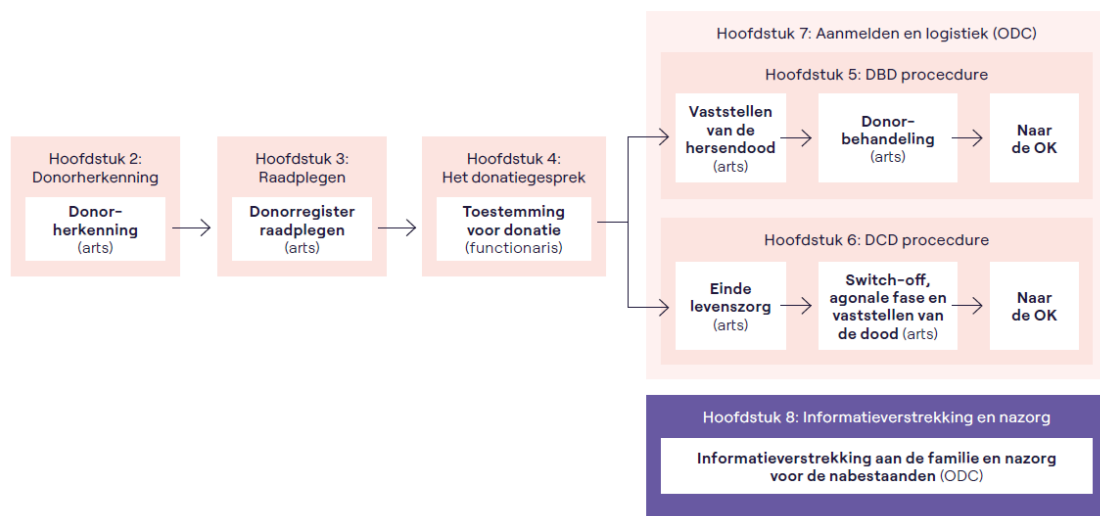
74. Organiseren van de logistiek

Als coördinator van de donatieprocedure organiseert de ODC de logistiek rondom de procedure. Tussen het tijdstip van de aanmelding van de donor en de start van de orgaanuitname moet 4 tot 6 uur zitten, indien hartdonatie plaatsvindt is dit 8 uur. Deze tijd is nodig om de ontvangers op te roepen en de voorbereidingen voor de transplantatie te verrichten. Hoeveel uren precies nodig zijn, hangt af van de organen die worden gedoneerd. De ODC regelt dat:

- Er een operatiekamer beschikbaar is;
- Het uitnameteam wordt opgeroepen;
- Het kruismateriaal naar het laboratorium gestuurd wordt;
- Vervoer van de organen geregeld is.

8. Informatieverstrekking aan familie en nazorg

Dit hoofdstuk geeft handvatten aan de ODC om de familieleden te informeren over de donatieprocedure en hen tijdens de procedure te begeleiden. In Schema 8 is te zien dat de informatieverstrekking en zorg voor de familie een proces vormen dat tijdens de gehele procedure loopt.



Schema 8: Proces orgaandonatie: Informatieverstrekking aan familie en nazorg

8.1. Informatieverstrekking aan de familie van de donor

Voordat de ODC in gesprek gaat met de familie van de donor stemt hij de onderwerpen die besproken worden af met de arts. Mogelijk heeft de arts sommige onderwerpen al besproken tijdens het donatiegesprek. De arts kan aangeven of het al dan niet zinvol is om deze informatie te herhalen en verder toe te lichten.

Het is belangrijk om in te spelen op de informatiebehoefte van de familie. Dit is aan de professionele inschatting van de ODC. Aanbevolen wordt om de behandelend arts of verpleegkundige bij de gesprekken met de familie te betrekken.

Onderwerpen voor het gesprek zijn:

- De tijdsduur van de gehele procedure (geef daarbij nooit een exacte tijdsduur, want deze is moeilijk in te schatten);
- De vereiste onderzoeken om de geschiktheid van de organen vast te stellen, waaronder eventuele navraag bij de huisarts of andere hulpverleners van de patiënt;
- Mogelijkheden voor de familie om aanwezig te zijn op de IC;
- Mogelijkheden voor de familie om afscheid te nemen van de patiënt en eventueel specifieke rituelen uit te voeren;

- Het overlijdenstijdstip bij DBD en DCD;
- De donatieprocedure en de manier waarop deze wordt uitgevoerd: met zorgvuldigheid, respect en binnen de wettelijke normen;
- De medische en sociale voorgeschiedenis van de patiënt (doe hier navraag naar bij de familie);
- Welke organen en weefsels er gedoneerd kunnen worden;
- De vereiste uitname van bijbehorende structuren om de transplantatie mogelijk te maken (denk aan milt, bloedvaten en darm);
- De mogelijkheid dat de organen getest worden, voordat ze bij de ontvanger getransplanteerd worden;
- Het aanzicht van de overledene na de donatie: incisies en (bleek) uiterlijk;
- Het (objectieve) toewijzingssysteem dat door Eurotransplant wordt gehanteerd voor de toewijzing van de organen aan de ontvanger(s) (geef daarbij aan dat er een uitwisselingsstelsel is met andere landen);
- De toestemming voor onderzoek op organen die afgekeurd worden (zie [paragraaf 8.2](#));
- De mogelijkheid dat gedoneerde organen uiteindelijk toch niet geschikt blijken te zijn voor transplantatie;
- Het feit dat orgaandonatie altijd anoniem is.

Daarnaast inventariseert de ODC de behoeften van de familie als het gaat om het nazorgtraject ([paragraaf 8.4](#) en [8.5](#)), en beantwoordt hij eventuele vragen. Er worden ook afspraken gemaakt over de manier waarop de familie verder geïnformeerd wil worden over de operatie.

Geef tot slot altijd de NTS-folder 'Orgaandonatie, informatie voor familie' mee, zodat de familieleden de informatie over de procedure op hun gemak kunnen nalezen.

De ODC regelt bij een gecombineerde orgaan- en weefseldonatieprocedure ook de procedure rondom de weefseldonatie. Dat gebeurt conform de beschrijving in [Deel 2: Weefseldonatie](#). Als dat nodig is, draagt de ODC de werkzaamheden rond weefseldonatie over aan de arts.

8.2 Toestemming voor transplantatiegericht onderzoek

De ODC bespreekt tijdens het gesprek met de familie de vraag of er toestemming is voor de uitname van organen die niet gebruikt worden voor transplantatie. Het kan hierbij gaan om 2 situaties:

- Een orgaan dat al is uitgenomen, wordt op een later moment alsnog afgekeurd voor transplantatie. Denk hierbij aan een contra-indicatie of aan problematiek die gerelateerd is aan de ontvanger.
- Een of meer organen worden alleen uitgenomen voor onderzoek. Daarnaast doneert de donor ook andere organen.

Als de patiënt in het Donorregister toestemming voor donatie heeft gegeven zonder uitsluiting van transplantatiegericht onderzoek, hoeft de ODC voor de eerste situatie geen toestemming aan de familie te vragen. De familie moet geïnformeerd worden over het feit dat de patiënt geen bezwaar heeft gemaakt tegen het gebruik van het orgaan voor transplantatiegericht onderzoek.

In alle andere gevallen en als sommige organen alleen worden uitgenomen voor onderzoek, moet de familie wel specifieke, schriftelijke toestemming geven. Hiervoor zijn toestemmingsformulieren beschikbaar.

83. Rapportage van het gesprek

Alle verstrekte informatie aan de familie moeten worden vastgelegd in de volgende dossiers:

- **Medisch dossier:** door de arts
- **Donatieformulier/overlijdensformulieren:** door de arts
- **Verpleegkundig dossier:** door de verpleegkundige
- **DPA, ODC-dossier:** door de ODC

Bij niet-natuurlijk overlijden:

- **Overlijdenspapieren:** door de forensisch arts. (LET OP: het donatieformulier moet worden ingevuld door de betrokken arts van het ziekenhuis.)

84. Terugkoppeling van de resultaten na 6 weken

De ODC vraagt in de gesprekken tijdens de procedure naar de behoefte van de familie aan nazorg. Als de familie dat wil, neemt de ODC 6 weken na het overlijden contact op met de familie. Hij kan dan een terugkoppeling geven met de resultaten van de transplantatie:

- Is het orgaan getransplanteerd?
- Wat is het geslacht en de leeftijdscategorie van de ontvanger?
- Werkt het orgaan nog?
- Bij een gecombineerde orgaan- en weefselprocedure: zijn de uitgenomen weefsels geschikt bevonden voor transplantatie? En indien bekend heeft de transplantatie reeds plaatsgevonden?

De ervaring leert dat het overgrote deel van de nabestaanden deze terugkoppeling erg waardeert en dat dit voor hen een ondersteuning kan zijn in het rouwproces.

85. Nazorg

Er zijn voor nabestaanden verschillende vormen van nazorg beschikbaar. De ODC brengt deze in het gesprek met de familie (voor of na de procedure) naar voren:

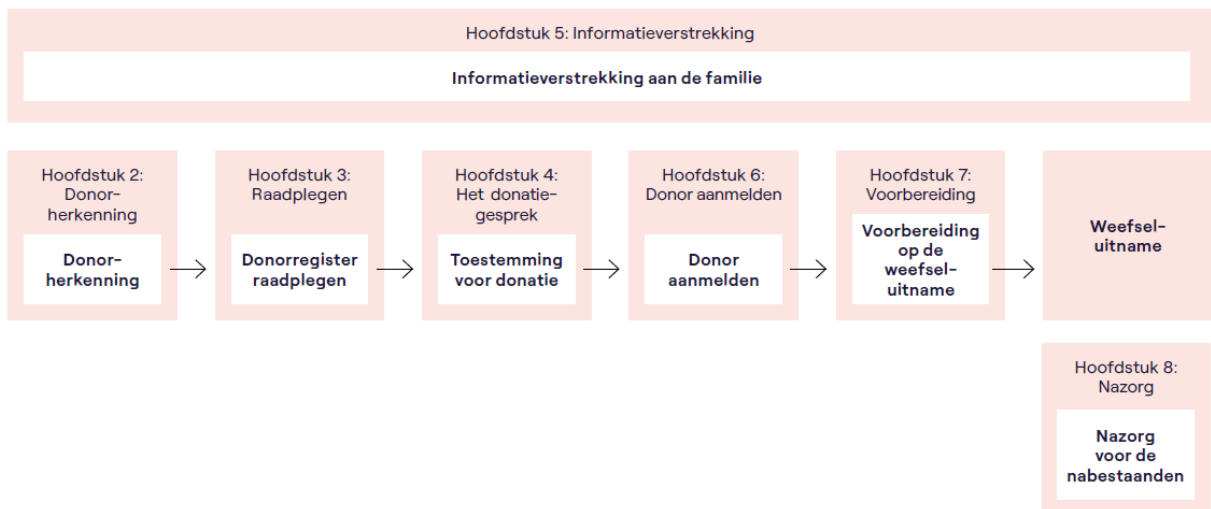
- Heeft de patiënt kortere of langere tijd op de intensive care gelegen? Dan kan de familie een nagesprek krijgen met de medewerkers van die afdeling.
- 2 keer per jaar verschijnt er een informatieblad van en voor nabestaanden van orgaan- en weefseldonoren. Dit blad heet: 'Nabestaanden Contact'. Het is te bestellen via info@transplantatiestichting.nl
- Als nabestaanden meer willen weten over de impact van een transplantatie op het leven van de ontvanger, dan is het boek 'Hoe kan ik je ooit bedanken?' aan te raden. In dit boek staan verschillende bedankbrieven van ontvangers. Het is te bestellen via info@transplantatiestichting.nl.
- Regelmatig komt het voor dat de ontvanger van een orgaan of weefsel de nabestaanden van de donor per brief wil bedanken. Deze wordt via de ODC naar de nabestaanden gestuurd. De ODC controleert deze brief op herleidbaarheid. Vervolgens neemt de ODC contact op met de familie van de donor om te vragen of zij deze brief willen ontvangen.

Deel 2:

Weefseldonatie

1. Inleiding: Het weefseldonatieproces

Dit deel van het protocol gaat over postmortale weefseldonatie. Dit proces verloopt in 8 stappen, waarvan sommige parallel lopen. Deze stappen worden in de volgende hoofdstukken beschreven. Hieronder zie je om welke stappen het gaat en in welke hoofdstukken ze aan de orde komen.

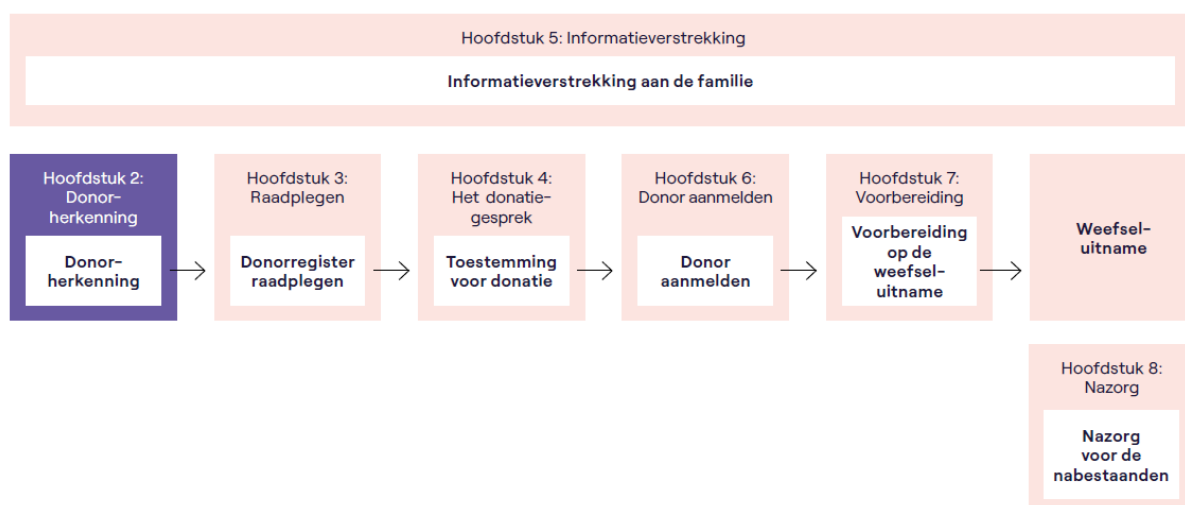


Schema 9: Overzicht weefseldonatieproces

Het weefseldonatieproces start met herkenning van potentiële donoren. Daarna start het proces voor de toestemming voor de donatie. Daarbij wordt uiteraard informatie verstrekt aan de familie over wat weefseldonatie betekent. Wanneer er toestemming of instemming is, wordt de donor aangemeld bij het Orgaancentrum en wordt gestart met de wefseluitname.

2. Donorherkenning

Een weefseldonor kan in het hele ziekenhuis herkend en aangemeld worden. Dit hoofdstuk beschrijft welke patiënten voor weefseldonatie in aanmerking komen. Ook behandelt dit hoofdstuk de meest voorkomende contra-indicaties voor weefseldonatie. Schema 10 geeft weer welke stap in de procedure dit hoofdstuk beschrijft.



Schema 10: Overzicht wefseldonatieproces: Donorherkenning

2.1. Voorwaarden voor wefseldonatie

Iedere overledene die voldoet aan onderstaande voorwaarden kan wefseldonor worden:

- De datum en het tijdstip van overlijden zijn bekend.
- Er is geen sprake van 1 van de drie algemene contra-indicaties.

Overleg in alle andere gevallen met het Orgaancentrum via 071 579 57 95 over de mogelijkheid tot wefseldonatie.

2.2. Algemene contra-indicaties

Tabel 4 geeft de meest voorkomende algemene contra-indicaties voor wefseldonatie weer. Is er sprake van een van de genoemde ziekten of aandoeningen in het verleden? Dan is wefseldonatie niet mogelijk. Het is alleen dan niet nodig om het Donorregister te raadplegen.

Is er geen sprake van een algemene contra-indicatie volgens tabel 4, neem dan contact op met het Orgaancentrum voor overleg of aanmelding van een wefseldonor. Het Orgaancentrum beschikt over de laatste informatie met betrekking tot wefselspecifieke contra-indicaties voor wefseldonatie.

Tabel 4: Algemene contra-indicaties voor weefseldonatie

Contra-indicatie	Voorbeelden
Geen weefseldonatie mogelijk bij een BMI >40	
Hematologische maligne en premaligne aandoeningen op het moment van overlijden of in het verleden.	Leukemie, non-hodgkinlymfoom, morbus Kahler, polycythemia vera en myelodysplastisch syndroom.
Degeneratieve ziekten van het centraal zenuwstelsel van onbekende oorsprong of met een mogelijke prionachtige pathogenese.	Parkinson ALS, MS en alle vormen van dementie.

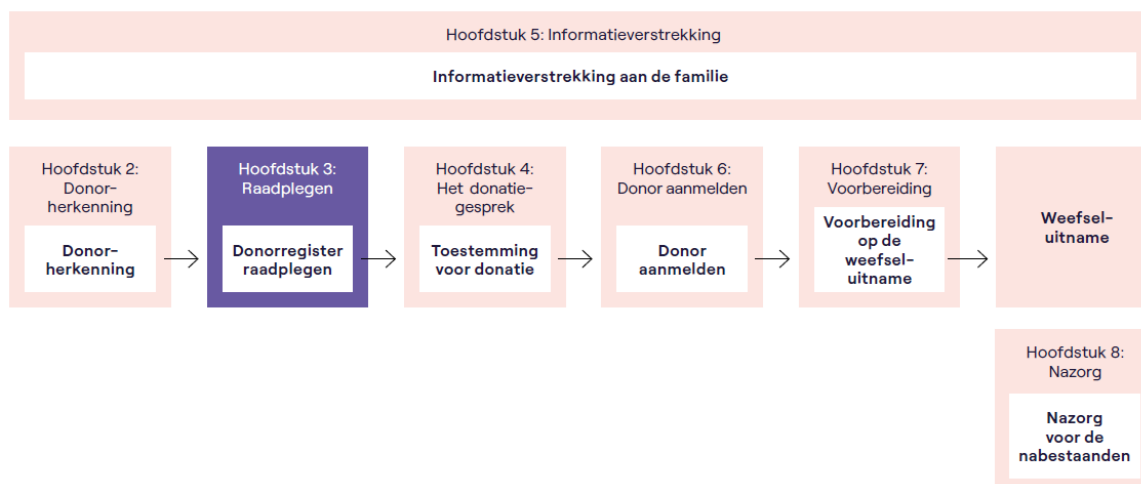
2.3. Donatie niet mogelijk; wat nu?

Is er sprake van een contra-indicatie zoals beschreven in tabel 4? Dan is weefseldonatie niet mogelijk. Vul in dat geval wel het donatieformulier in en geef daarin aan: 'Geen donatie'. Vul daarbij de contra-indicatie(s) in.

3. Donorregister raadplegen en vervolgstappen bepalen

Voor het raadplegen van het Donorregister en het bepalen van de vervolgstappen geldt voor wefseldonatie hetzelfde als voor orgaandonatie. Daarom verwijzen we hiervoor naar [Deel 1: Orgaandonatie, hoofdstuk 3: Donorregister raadplegen en vervolgstappen bepalen](#). Dat hoofdstuk beschrijft hoe, door wie en wanneer het Donorregister geraadpleegd moet worden. Ook beschrijft het hoofdstuk wat de verschillende registraties betekenen en wat er per type registratie van de functionaris verwacht wordt. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen wilsbekwame patiënten en wilsonbekwame patiënten. Bij wilsonbekwame patiënten is de procedure bij wefseldonatie iets anders dan bij orgaandonatie. Lees meer in [paragraaf 3.3](#).

Alle paragrafen in hoofdstuk 3 zijn een praktische uitwerking van de Wet op de orgaandonatie (Wod). **Daar mag dus niet van worden afgeweken**. Schema 11 geeft weer waar deze stappen zich bevinden in het wefseldonatieproces.

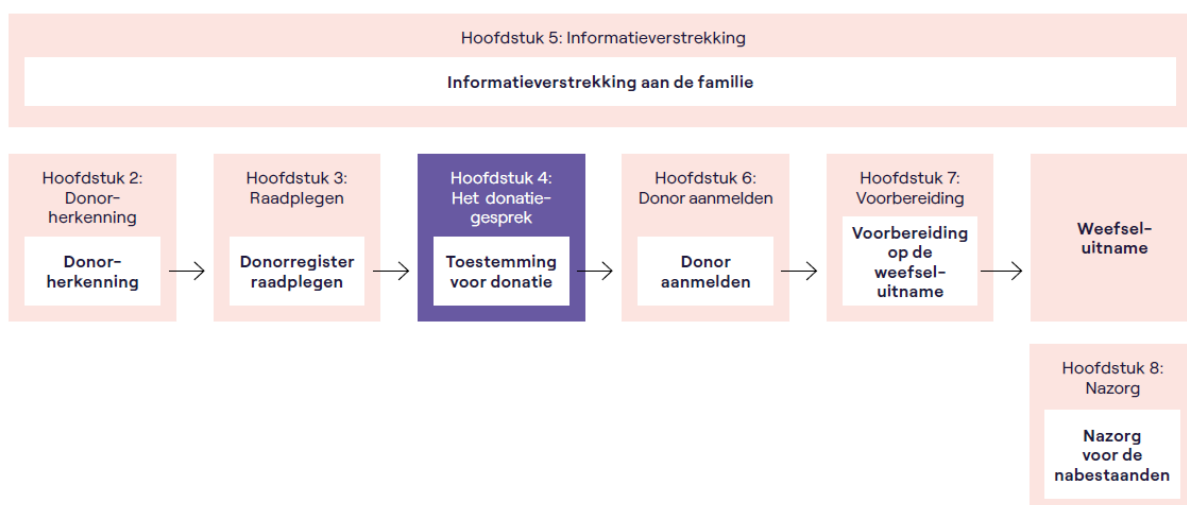


Schema 11: Overzicht wefseldonatieproces: Donorregister raadplegen en vervolgstappen bepalen

4. Het donatiegesprek

Na de raadpleging van het Donorregister vindt er altijd een gesprek plaats met de naasten van de patiënt over de registratie in het Donorregister. Dit gesprek noemen we het initiële deel van het donatiegesprek. De richtlijnen voor dit gesprek zijn bij weefseldonatie hetzelfde als bij orgaandonatie. Daarom verwijzen we hiervoor naar [Deel 1: Orgaandonatie, hoofdstuk 4](#): Het donatiegesprek. Dat hoofdstuk beschrijft de uitgangspunten voor het gesprek en de omgang met de naasten. Ook beschrijft dit hoofdstuk wie dit gesprek voert, met welke naasten en nabestaanden het gesprek plaatsvindt en hoe de functionaris kan omgaan met eventuele bezwaren tegen de registratie of de donatie.

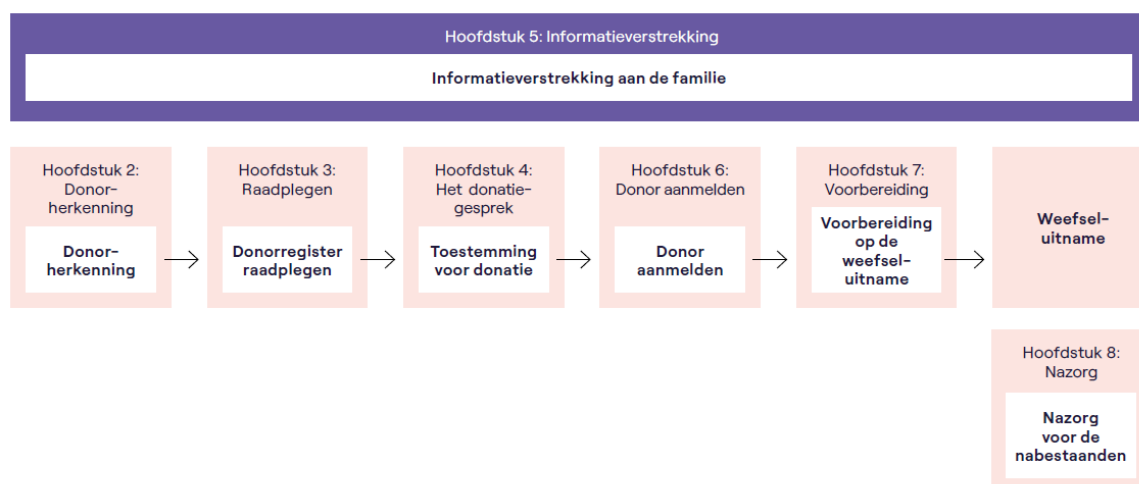
Alle paragrafen in hoofdstuk 4 zijn een praktische uitwerking van de Wet op de orgaandonatie (Wod). Daar mag dus niet van worden afgeweken. Schema 12 geeft weer waar deze stappen zich bevinden in het weefseldonatieproces.



Schema 12: Overzicht wefseldonatieproces: Het donatiegesprek

5. Informatieverstrekking aan familie

Tijdens de hele procedure is het van belang om de familie van de (potentiële) donor goed te informeren over het donatieproces. Dit valt onder de verantwoordelijkheid van de arts. Dit hoofdstuk biedt de arts daar handvatten voor. Schema 13 geeft weer om welke stap in het weefseldonatieproces het in dit hoofdstuk gaat.



Schema 13: Overzicht weefseldonatie: Informatieverstrekking aan familie

In het gesprek met de familie over de weefseldonatie kunnen verschillende onderwerpen aan de orde komen. Hieronder worden eerst een aantal algemene onderwerpen genoemd. Daarna geven we informatie over de donatie van specifieke weefsels. Voor het bespreken van de registratie in het Donorregister en het – zo nodig – vragen van toestemming voor donatie verwijzen we je naar [hoofdstuk 4](#) (Het donatiegesprek).

Het is in het hele proces belangrijk om in te spelen op de informatiebehoefte van de familie. Dit is aan uw professionele inschatting als arts.

5.1. Algemene onderwerpen

In het gesprek met de familie over weefseldonatie, is het raadzaam om in elk geval het volgende te bespreken:

- Vertel de familie welke weefsels de overledene op basis van de contra-indicaties kan doneren en waarvoor deze weefsels na donatie gebruikt kunnen worden. Geef daarbij aan dat pas na de uitname en de medische screening duidelijk is of, en welke weefsels daadwerkelijk getransplanteerd kunnen worden. Overhandig de brochure: Weefseldonatie, 'informatie voor naasten' Bestelformulier te vinden op: informatiemateriaal Geef aan dat de donor tijdens de hele procedure met respect wordt behandeld.
- Is er sprake van een niet-natuurlijk overlijden? Vertel dan dat toestemming van de officier van justitie vereist is voor de vrijgave van het lichaam. Pas nadat de officier van justitie het lichaam heeft vrijgegeven kunnen de weefsels worden uitgenomen.
- Vertel dat de overledene op de gebruikelijke manier kan worden opgebaard en worden begraven of gecremeerd. Ook thuis opbaren is mogelijk.

- Geef aan dat de overledene mogelijk een aantal uren langer in het ziekenhuis moet blijven vanwege de uitnameprocedure. Dit kan 8 tot 30 uur langer zijn. Benoem dat de uitvaartverzorger contact zo spoedig mogelijk contact moet opnemen met het mortuarium over wanneer de overledene na donatie kan worden opgehaald. Dit moet binnen 3 uur na het beëindigen van de donatie gebeuren.
- Na uitname van de weefsels is verder onderzoek nodig om eventuele risico's uit te sluiten en te kijken of de kwaliteit van de weefsels voldoende is. Het onderzoek wordt gedaan door de stafarts van de NTS en de weefselbank. Vertel dat het kan voorkomen dat gedoneerd weefsel niet geschikt blijkt te zijn voor transplantatie.
- Vraag na of de naasten door middel van een brief op de hoogte willen worden gehouden van de donatie.
- Als weefsel niet geschikt blijkt voor transplantatie, kan het worden gebruikt voor transplantatiegericht onderzoek. Er wordt geen transplantatiegericht onderzoek verricht als de donor of zijn familie hiertegen bezwaar heeft gemaakt.

Geef de familie de folder 'Weefseldonatie. Informatie voor nabestaanden' mee. Zo kunnen zij de informatie nog eens rustig nalezen.

5.2. Informatie over specifieke weefsels

In deze paragraaf staat per weefsel beschreven waarvoor dit weefsel wordt gebruikt, hoe de donatie- en uitnameprocedure verloopt en wat de aandachtspunten zijn bij het opbaren van de donor. Welke onderwerpen besproken worden, is afhankelijk van de informatiebehoefte van de familie.

5.2.1. Oogweefsel

Transplantaties van gedoneerd oogweefsel hebben als doel om het zicht van de ontvanger sterk te verbeteren en de pijn te verminderen. Oogweefseltransplantatie kan plaatsvinden bij mensen met perforaties, keratoconus, congenitale afwijkingen, infecties, een tumor of een trauma.

Donatieprocedure

Bij donatie van oogweefsel neemt het uitnameteam het gehele oog uit. Ze plaatsen prothesen terug. De oogleden worden gesloten, waarna er niets meer te zien is van de uitname. Na oogweefseldonatie kan soms een blauwverkleuring rondom de ogen te zien zijn. De uitvaartverzorger of het uitnameteam zal dit cosmetisch herstellen.

5.2.2. Huidweefsel

Gedoneerd huidweefsel kan op verschillende manieren gebruikt worden. Ten eerste wordt het gebruikt als tijdelijk biologisch verbandmiddel bij de behandeling van brandwonden. Dit vermindert de pijn, vergroot de overlevingskans en vermindert littekenvorming. Als de brandwond genezen is, valt de donorhuid er na verloop van tijd vanzelf af. Donorhuid groeit dus meestal niet aan als eigen huid. Ten tweede wordt huidweefsel gebruikt als implantaat voor buikwanddefecten. Het gaat hier om 'full-thickness'-huid. Deze groeit wel aan als eigen huid.

Donatieprocedure

Het uitnameteam neemt huid van de rug, de zij, de benen en de billen van de overledene. Dit zijn meestal dunne laagjes huid. Van de rug wordt soms ook een dikkere laag gehaald. Na de operatie krijgt de overledene een pak aan dat het lichaam bedekt. Bij de hals en de armen kan dit een beetje te zien zijn, maar meestal is het goed te verbergen onder de kleding van de overledene. Het pak is nodig omdat het lichaam na de operatie

vocht kan verliezen. De uitvaartverzorger kan het lichaam van de overledene na de huiddonatie niet meer wassen.

5.2.3. Hartkleppen

Gedoneerde hartkleppen worden gebruikt voor de reconstructieve chirurgie van aangeboren afwijkingen en na sommige bacteriële infecties. Het gaat hierbij om patiënten van wie het hart niet goed meer in staat is om het bloed door het lichaam te pompen, waardoor het lichaam te weinig zuurstof krijgt. Dit leidt tot ernstige vermoeidheid en kortademigheid. Een getransplanteerde hartklep kan patiënten helpen om weer een normaal leven te leiden.

Donatieprocedure

De hartkleppen worden uitgenomen via een sternotomie, door middel van een Y-incisie. Voor een hartklepdonatie wordt het hele hart verwijderd. Op de hartkleppenbank worden de kleppen los geprepareerd en gekeurd. Als hiervoor toestemming is, kan er op de restanten van het hart een beperkt pathologisch-anatomisch onderzoek worden gedaan.

De incisiewond wordt na donatie gesloten, gehecht en bedekt met een pleister. Als er (voor de opbaring) kleding overheen komt, is er niets van te zien. Wel wordt afgeraden om de donor laag uitgesneden kleding aan te trekken, omdat de pleister dan zichtbaar kan zijn.

5.2.4. Bot, kraakbeen en peesweefsel

Gedoneerd bot, kraakbeen en pezen worden vooral gebruikt in de orthopedische chirurgie. Donorbot kan aangetast bot vervangen na bijvoorbeeld kanker of een operatie. Op die manier kan donorbot voorkomen dat ledematen geamputeerd moeten worden. Kraakbeen wordt voornamelijk gebruikt voor reconstructie van de neus. Peesweefsel wordt gebruikt om beschadigde gewrichten te herstellen. Bij reumapatiënten kan getransplanteerd peesweefsel een uitkomst zijn.

Donatieprocedure

Bot, kraakbeen en peesweefsel moeten op een operatiekamer worden uitgenomen, omdat dit steriel moet gebeuren. Er hoeft geen OK-personeel aanwezig te zijn. Het uitnameteam brengt zelf alle benodigde materialen mee. De uitnameprocedure duurt ongeveer 6 uur, inclusief de voorbereiding en afronding.

Bot wordt verwijderd uit de benen, de bovenarmen, het bekken en soms de ribben. Soms wordt een botstuk van een elleboog of een schouderblad uitgenomen. Dit laatste gebeurt alleen als hiervoor een patiënt op de wachtlijst staat. Diverse pezen worden uitgenomen uit de benen, zoals de achilles- en voetbuigerpezen.

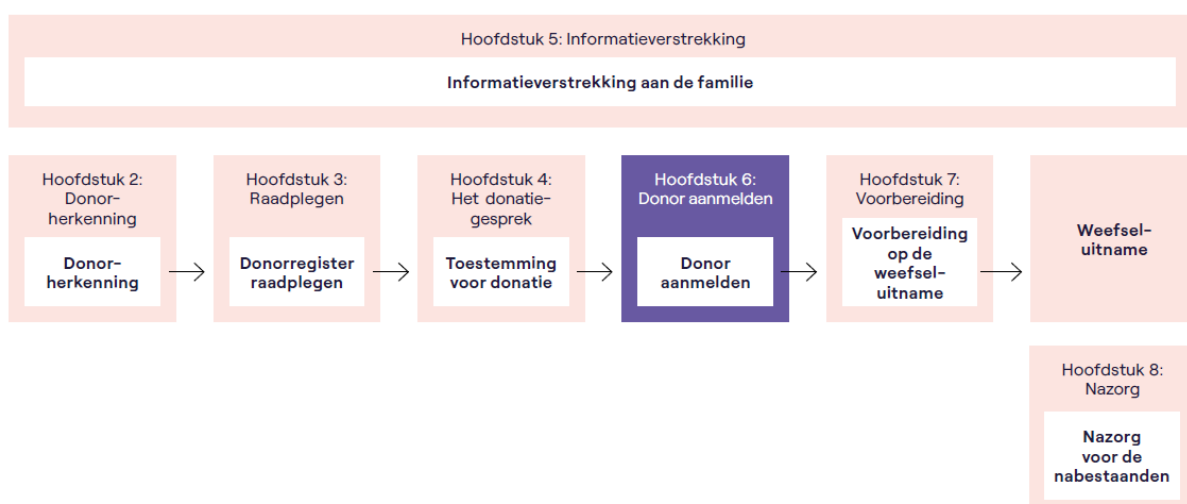
Ribkraakbeen kan worden uitgenomen bij donoren die zowel bot- en peesweefsel als hartkleppen doneren. Uitname van het ribkraakbeen gebeurt nadat het hart is uitgenomen en vóórdat de thorax wordt gesloten. Het ribkraakbeen zit aan de voorzijde van de borst aan het borstbeen vast. Het ribkraakbeen wordt vanaf halverwege het borstbeen om en om naar beneden uitgenomen. Op deze manier wordt de vorm van de borstkas na de uitname zo goed mogelijk behouden. Aan de buitenkant is hetzelfde te zien als na de donatie van hartkleppen.

Het uitgenomen botweefsel wordt vervangen door natuurlijk afbreekbare protheses. De incisiewonden worden gehecht en met pleisters bedekt. Als hier kleding overheen komt, is er niets van te zien. Wel wordt afgeraden om de donor een korte broek, korte rok of kleding met korte mouwen aan te trekken, omdat de

pleisters dan zichtbaar kunnen zijn. Mochten de nabestaanden hebben aangegeven dit wel te willen, dan houdt het uitnameteam hier rekening mee. Nabestaanden kunnen de overledene niet meer zelf wassen na een botdonatie. Er zijn geen verbindingen tussen de prothesen waardoor tijdens het aankleden het lichaam minder stabiel is en anders zal aanvoelen.

6. Donor aanmelden

Dit hoofdstuk beschrijft hoe de arts een weefseldonor aanmeldt bij het Orgaancentrum, en welke voorwaarden hiervoor gelden. Ook gaat dit hoofdstuk in op het aannamesgesprek en de vragen die daarin gesteld worden. Tot slot staat in dit hoofdstuk welke procedures er gelden voor de acceptatie of afwijzing van een aangemelde donor. Schema 14 geeft weer welke fase van het weefseldonatieproces dit hoofdstuk beschrijft.



Schema 14: Overzicht weefseldonatie: Donor aanmelden

6.1. Het aanmelden van een donor

Een weefseldonor wordt aangemeld bij het Orgaancentrum via 071 579 57 95. Er vindt een aannamesgesprek met een medewerker van het Orgaancentrum plaats. Afhankelijk van de complexiteit van de donor en het aantal geschikte weefsels, duurt het aannamesgesprek gemiddeld ongeveer 20 minuten. Meer informatie hierover staat in [paragraaf 6.4](#).

6.2. Wanneer moet een donor aangemeld worden?

Bij ieder overlijden in het ziekenhuis is het verplicht om te onderzoeken of donatie mogelijk is. Een donor kan worden aangemeld voor weefseldonatie als aan de 3 onderstaande criteria is voldaan:

1. Op het moment van de aanmelding zijn er geen algemene contra-indicaties bekend.
2. Het Donorregister is geraadpleegd.
3. De donor of de nabestaanden hebben toestemming of instemming gegeven voor weefseldonatie. Bij een niet-natuurlijke dood is er voor weefseldonatie voorafgaand aan de uitname ook toestemming nodig van de officier van justitie voor vrijgave van het lichaam. De toestemming van de officier van justitie kan ook nog na de aanmelding worden verkregen.

6.3. Wie mag een donor aanmelden?

Welke functionarissen binnen uw ziekenhuis een donor mogen aanmelden, is beschreven in Bijlage 1. Degene die de donor aanmeldt, is geregistreerd in het BIG-register of doet dit onder de verantwoordelijkheid van een functionaris die is geregistreerd in het BIG-register. Belangrijk is dat de persoon die de donor aanmeldt over voldoende medische kennis bezit en het dossier van de overledene kent. Degene die de donor aanmeldt, moet er zeker van zijn:

- Dat er toestemming voor weefseldonatie is van de donor of zijn nabestaanden;
- Dat de familie voldoende geïnformeerd is over het proces van weefseldonatie.

6.4. Wat houdt het aannamesprek in?

Bij de aanmelding van een donor vindt er een aannamesprek met een medewerker van het Orgaancentrum plaats. In dit gesprek wordt besproken of de potentiële donor geschikt is voor weefseldonatie. De medewerker van het Orgaancentrum stelt vragen over de medische en sociale situatie van de donor. Aan de hand van deze informatie beoordeelt hij of de patiënt medisch geschikt is voor weefseldonatie.

6.5. Welke vragen kan je verwachten in het aannamesprek?

Tijdens het aannamesprek stelt de medewerker van het Orgaancentrum vragen. Het is verstandig om hierop voorbereid te zijn door de gevraagde informatie alvast op te zoeken en waar nodig te bespreken met de nabestaanden. In de [weefselvragenlijst](#) staan:

- Vragen over het medisch dossier
- Vragen aan de nabestaanden
- Weefselspecifieke vragen
- Praktische vragen

6.6. Na de aanmelding van de donor

Nadat je de donor hebt aangemeld, kan de overledene naar het mortuarium worden overgebracht. In sommige gevallen is dit al gebeurd. Het overbrengen vindt plaats volgens de gebruikelijke procedure van het ziekenhuis. Geef een volledig ingevuld en ondertekend donatieformulier naar het mortuarium mee. Vertel de mortuariummedewerker dat er nog donatie gaat plaatsvinden. Leg het hoofd iets hoger, zodat het hoger ligt dan de borstkas (bijvoorbeeld met een kussen).

Als blijkt dat de overledene geschikt is om weefsels te doneren, moet de overledene binnen 6 uur na de circulatiestop worden gekoeld in het mortuarium.

Kijk in [hoofdstuk 7](#) voor meer informatie over de voorbereiding op de wefseluitname.

Als het Orgaancentrum meer informatie nodig heeft

Na het aanmeldgesprek beoordeelt het Orgaancentrum de donor. Het kan zijn dat het Orgaancentrum meer informatie nodig heeft om de donor te kunnen accepteren. Daarvoor kan het Orgaancentrum contact leggen met de huisarts, of in specifieke gevallen met een behandelend specialist in een ander ziekenhuis. Of dit nodig

is, hangt af van de betreffende weefsels en van de hoeveelheid informatie die jij als aanmeldend arts heeft kunnen geven.

6.7. Wat is de procedure bij acceptatie van de donor?

Het Orgaancentrum informeert de aanmeldend arts telefonisch over de acceptatie van de donor. De arts hoort dan ook voor welke weefsels de acceptatie geldt. Vervolgens is het de taak van de arts om de nabestaanden van de donor over de acceptatie te informeren. Na acceptatie van de donor door het Orgaancentrum wordt het uitnameteam opgeroepen. Dit team zorgt voor de uitname van de weefsels.

6.8. Wat is de procedure bij afwijzing van de donor?

Als een weefseldonor is aangemeld en het Orgaancentrum heeft beoordeeld dat de overledene niet kan doneren, laat het Orgaancentrum dit telefonisch aan de aanmeldend arts weten. Ook belt het Orgaancentrum het mortuarium om door te geven dat er geen weefsel zal worden uitgenomen. Vervolgens is het de taak van de arts om de nabestaanden van de donor over de afwijzing te informeren.

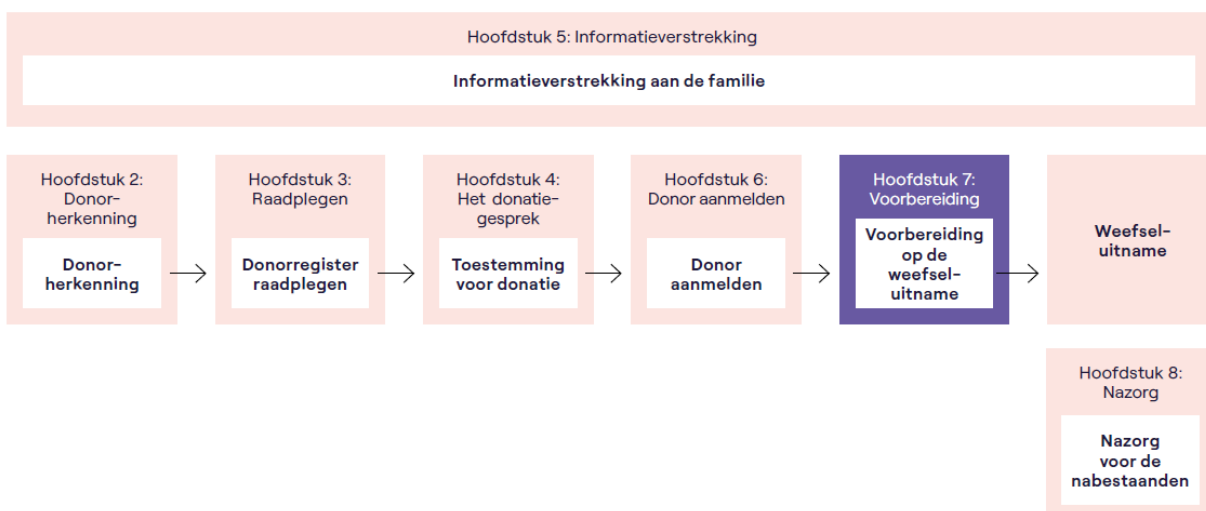
6.9. Welke regels gelden er voor het delen van medische gegevens?

Het Orgaancentrum heeft relevante medische informatie over de donor nodig om te beoordelen of de weefsels geschikt zijn voor donatie. Daarbij staat centraal dat de risico's voor de ontvanger van de weefsel(s) zo klein mogelijk moeten zijn. Daarom is het belangrijk om deze risico's zo volledig mogelijk in kaart te brengen.

Om die reden heeft het Orgaancentrum de bevoegdheid om bij zorginstellingen alle gegevens op te vragen die belangrijk zijn voor de medische screening van weefseldonoren. Dit is vastgelegd in de Wod. Als een instelling deze gegevens niet met het Orgaancentrum deelt, kan de weefseldonatie niet doorgaan. Het Orgaancentrum zorgt ervoor dat de gegevens adequaat worden beschermd.

7. Voorbereiding op de weefseluitname

Dit hoofdstuk geeft (praktische) informatie over de stappen die voorafgaan aan de weefseluitname. Ook beschrijft dit hoofdstuk de prioriteiten die worden gesteld als er meerdere weefsels voor donatie beschikbaar zijn. Ten slotte gaat het hoofdstuk in op de situatie waarin er naast de weefsel donatie ook een obductie op het lichaam moet plaatsvinden. Schema 15 geeft weer welke stap in het weefsel donatie proces hier beschreven wordt.



Schema 15: Overzicht weefsel donatie: Voorbereiding op de weefseluitname

7.1 De donor koelen en het hoofd hoger leggen

De eerste stap in de procedure voor weefsel donatie is het koelen van de donor. Dit moet gebeuren in een koelcel. Koeling met alleen een koelplaat is onvoldoende. Hiervoor gelden de volgende richtlijnen:

- Plaats de donor bij voorkeur binnen 6 uur na het overlijden in de koelcel.
- Doneert de donor ook oogweefsel?
 - Leg het hoofd van de donor hoger, zodat het hoger ligt dan de borstkas
 - Sluit de oogleden
 - Plaats geen oogkapjes

Is de donor niet binnen 6 uur na het overlijden gekoeld? Dan spreken we van een 'ongekoelde donor'. In dat geval is het niet altijd meer mogelijk om (alle) weefsels uit te nemen. Wil je weten wat de mogelijkheden zijn bij een ongekoelde donor? Neem dan contact op met het Orgaan centrum via 071 579 57 95.

72. Weefsels uitnemen: waar, wanneer en hoelang?

Weefsels worden uitgenomen door een speciaal opgeleid weefseluitnameteam. Weefsels kunnen worden uitgenomen in een mortuarium, obductieruimte of uitvaartcentrum. Alleen bij de donatie van bot, kraakbeen en peesweefsel moet de uitname op een operatiekamer gebeuren.

In Tabel 7 is per soort weefsel te zien op welke locatie de weefsels uitgenomen kunnen worden, hoelang de procedure duurt en hoe snel de uitname moet beginnen na het overlijden.

Tabel 7: Praktische informatie over uitname van weefsels

Soort weefsel	Plaats van uitname	Duur uitname-procedure	Start uitname-procedure bij donor die binnen 6 uur gekoeld is	Start uitname-procedure bij ongekoelde donor
Oogweefsel	Mortuarium	± 1 uur	Binnen 24 uur	Binnen 12 uur
Huid	Mortuarium	± 1,5 uur	Binnen 24 uur	Binnen 12 uur
Hartkleppen	Mortuarium	± 2 uur	Binnen 24 uur	Niet mogelijk
Bot- en peesweefsel	Operatiekamer	± 6 uur	Binnen 24 uur	Binnen 12 uur

Let op:

- Voor afname van huid is een sectietafel met waterafvoer vereist.

73. Postmortaal bloed afnemen

Voordat weefsels uitgenomen worden, neemt het weefseluitnameteam postmortaal bloed af bij de donor. Op dit bloed worden serologietesten gedaan. Daarbij wordt gecontroleerd of de donor geen ziekten had die een gevaar kunnen vormen voor de ontvanger.

Kan er geen bloed afgenomen worden bij de donor? Of is dit bloed niet geschikt voor het uitvoeren van de serologietesten? Dan gaat het Orgaancentrum na of er in het ziekenhuis bloed van de donor aanwezig is, dat al eerder is afgenomen en dat geschikt is voor deze testen. Als dit bloed beschikbaar is, wordt het gebruikt voor de serologietesten. De weefsels kunnen dan alsnog worden gedoneerd. Is er geen geschikt bloed beschikbaar? Dan kan de weefseldonatie niet doorgaan. Het Orgaancentrum informeert de aanmeldend arts hierover.

74. Obductie en weefseluitname: volgorde en voorwaarden

Wordt er obductie verricht op het lichaam van de donor? Dan gelden de volgende voorwaarden voor de volgorde van de weefseluitname en de obductie:

- Oogweefsel en huid kunnen **vóór en na de obductie** worden uitgenomen.
- Hartkleppen kunnen **alleen vóór de obductie** worden uitgenomen.
- Bot-, kraakbeen- en peesweefsel wordt **bij voorkeur vóór de obductie** uitgenomen, maar dit kan eventueel ook nog erna.
- Een combinatie van obductie en huid en bot en peesweefseldonatie is niet mogelijk. De huiddonatie gaat dan niet door.

Als de weefseluitname na de obductie plaatsvindt, moet er bloed van de donor worden veiliggesteld voordat de obductie begint. Dit bloed is nodig voor serologisch onderzoek. Het Orgaancentrum zorgt er samen met de uitnameteams voor dat dit gebeurt.

Is er sprake van donatie van hartkleppen, dan bespreken de aanmeldend arts en het Orgaancentrum tijdens het aannamegesprek of het hart beschikbaar moet blijven voor obductie of dat het gedoneerd kan worden. Na de donatie kan er desgewenst een beperkt pathologisch-anatomisch onderzoek gedaan worden op de restanten van het hart. Het Orgaancentrum kan meer informatie verschaffen over welke aandoeningen en afwijkingen er na de donatie nog uit het pathologisch-anatomisch onderzoek gehaald kunnen worden. De uitkomsten van dit onderzoek worden doorgegeven aan de aanmeldend arts of patholoog.

75. Andere verrichtingen in combinatie met weefseldonatie

7.5.1 Thanatopraxie (lichte balseming)

Thanatopraxie is in principe mogelijk in combinatie met donatie van oogweefsel en hartkleppen. Door beschadiging van vaten is de combinatie Thanatopraxie met Huiddonatie en met bot- en peesweefseldonatie niet mogelijk.

Er zijn soms onduidelijkheden bij nabestaanden of artsen over de mogelijkheden voor thanatopraxie na donatie. Thanatopraxie wordt inmiddels door een groot aantal uitvaartverzorgers aangeboden en uitgevoerd. De ervaring en expertise van de thanatopracteurs verschilt in de praktijk.

Evenals de voorlichting van de uitvaartverzorger/thanatopracteur aan de nabestaanden. Sommige thanatopracteurs geven bij de nabestaanden aan dat de combinatie met donatie niet mogelijk is, omdat zij de procedure na donatie niet kunnen uitvoeren. Hierdoor worden nabestaanden soms gedwongen om een keuze te maken. De NTS heeft hier helaas beperkt invloed op.

7.5.2 Rituele wassing

Wassingsrituelen, die in verschillende religies voorkomen, omvatten het gebruik van water om het lichaam en de geest te zuiveren. Na de rituele wassing wordt het lichaam in een witte doek gewikkeld en mag het lichaam niet meer aangeraakt worden. Daarom moet weefseldonatie vóór de rituele wassing plaatsvinden. Huiddonatie is bij een rituele wassing niet mogelijk, donatie van de andere weefsels wel. Bespreek de combinatie van de donatie met de rituele wassing met het Orgaancentrum.

7.5.3 Combinatie orgaan- en weefseldonatie en ter beschikking stellen aan de wetenschap

Het kan voorkomen dat een overleden zich heeft aangemeld bij een anatomisch instituut en er ook toestemming is voor donatie. De NTS kan niet inzien of een overledene zich heeft aangemeld bij een anatomisch instituut. De NTS komt hier alleen achter als de arts dit meldt bij de raadpleging of aanmelding. In de meeste gevallen is de arts hiervan op de hoogte omdat de nabestaanden dit hebben aangegeven bij de arts.

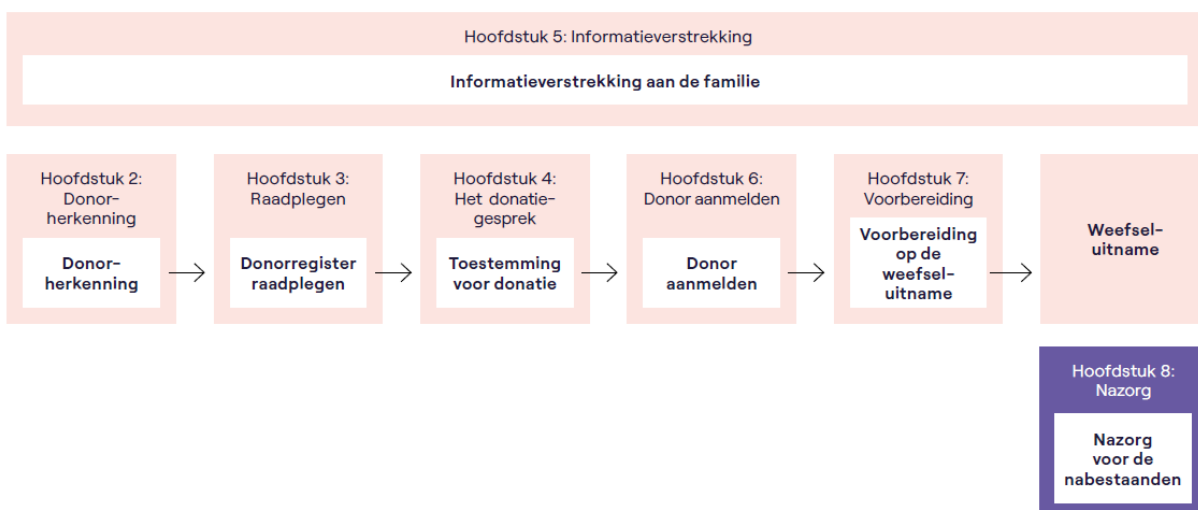
Sommige universiteiten (anatomisch instituten) kunnen ook na orgaan- en weefseldonatie een lichaam aannemen voor de wetenschap, maar niet allemaal. Ook kunnen niet altijd alle weefsels gedoneerd worden in combinatie met ter beschikking stelling aan de wetenschap. Dit hangt onder andere af van de wijze van preservatie en verschilt daarom per anatomisch instituut.

Het Orgaancentrum weet per anatomisch instituut of de combinatie van orgaan- of weefseldonatie en terbeschikkingstelling mogelijk is.

Als iemand toestemming heeft gegeven voor orgaan- en weefseldonatie en zich óók heeft aangemeld bij een anatomisch instituut dan krijgt donatie in principe voorrang. De medewerker van het Orgaancentrum adviseert de arts om de nabestaanden hierover te informeren. Wanneer de combinatie van donatie en ter beschikkingstelling niet mogelijk is, dienen de nabestaanden een keuze te maken.

8. Nazorg voor nabestaanden bij een weefseldonatieprocedure

Dit hoofdstuk beschrijft hoe de NTS de nabestaanden van de donor informeert over de resultaten van de weefseldonatie. Dit gebeurt alleen als de nabestaanden dit zelf willen. Het hoofdstuk beschrijft ook waar de nabestaanden terecht kunnen met vragen en hoe wordt omgegaan met bedankbrieven van ontvangers. Schema 16 geeft aan dat deze stap plaatsvindt na de weefseldonatieprocedure.



Schema 16: Overzicht wefseldonatieprocedure: Nazorg voor nabestaanden

8.1. Informatiebehoefte nazorg checken bij de nabestaanden

Als een wefseldonor is aangemeld bij het Orgaancentrum, zal de medewerker van het Orgaancentrum vragen of de nabestaanden behoefte hebben aan informatie over de donatie (zie ook [paragraaf 6.5.4](#)). Het gaat dan om informatie over welke wefsels zijn uitgenomen.

Vraag expliciet aan de nabestaanden of ze deze informatie al dan niet wil ontvangen. Zo wordt voorkomen dat zij informatie krijgen waar ze geen prijs op stellen. Willen ze de informatie wel ontvangen, vraag de nabestaanden dan naar het juiste correspondentieadres en achternaam en voorletters van de ontvanger. Zo waarborgen we dat deze informatie bij de juiste persoon terecht komt.

82. Hoe en waarover worden de nabestaanden geïnformeerd?

Als de nabestaanden van de donor hebben aangegeven dat ze informatie over de donatie willen ontvangen, krijgen ze binnen enkele dagen, tot een week een brief van de NTS. Hierin laat de NTS weten welke weefsels er bij de donor zijn uitgenomen. De donatiecoördinator verzorgt de informatievoorziening aan de aanmeldend arts in het ziekenhuis.

Bij deze brief aan de nabestaanden wordt ook de folder 'Na weefseldonatie, informatie voor naasten' meegestuurd. Deze folder bevat algemene informatie over weefseldonatie.

Hebben de nabestaanden specifieke vragen over de weefseldonatie? Dan kunnen zij met vermelding van het referentienummer uit de uitnamebrief contact met de NTS opnemen via nabestaanden@transplantatiestichting.nl.

83. Bedankbrieven van ontvangers van gedoneerde weefsels

Met enige regelmaat komt het voor dat een ontvanger van weefsels de nabestaanden van de donor wil bedanken. De NTS of een donatiecoördinator van het desbetreffende ziekenhuis fungeert dan als intermediair en stuurt, in overleg met de nabestaanden, de bedankbrief geanonimiseerd door.

84. Hoe wordt de familie geïnformeerd als de donor zowel organen als weefsels doneert?

Heeft een donor zowel organen als weefsels gedoneerd? Dan zorgt de betrokken orgaandonatiecoördinator ervoor dat de familie hierover adequaat wordt geïnformeerd.