

# Vaststellen van de dood bij orgaandonatie na euthanasie

Aan: de minister voor Medische Zorg en Sport  
Nr. 2018/26, Den Haag 12 december 2018

---

Gezondheidsraad



# inhoud

<b>01</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1	Achtergrond	3
1.2	Adviesaanvraag	3
1.3	Werkwijze	3
1.4	Leeswijzer	4
<b>02</b>	<b>Vaststellen van de dood bij postmortale orgaandonatie</b>	<b>4</b>
<b>03</b>	<b>Noodzaak apart protocol voor orgaandonatie na euthanasie</b>	<b>5</b>
3.1	eDCD-protocol van 2015	5
3.2	Orgaandonatie na euthanasie: overeenkomsten en verschillen met eDCD	6
3.3	Conclusie	8
<b>04</b>	<b>Overwegingen voor praktische uitvoering</b>	<b>8</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>9</b>



# 01 inleiding

## 1.1 Achtergrond

Orgaandonatie na euthanasie is toegestaan en vond in ons land voor het eerst plaats in 2012. Inmiddels zijn er tegen de 50 donoren na euthanasie geweest. Bij orgaandonatie na euthanasie dienen zowel de wettelijke procedures voor euthanasie als die voor orgaandonatie gevolgd te worden. De gecombineerde procedure roept in de praktijk medische, ethische, juridische en maatschappelijke vragen op. Er is behoefte ontstaan aan een richtlijn voor een verantwoorde uitvoering van deze procedure. Op verzoek van de minister van VWS heeft een werkgroep met begeleiding van de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) zo'n richtlijn opgesteld. De eerste versie van de multidisciplinaire richtlijn 'Orgaandonatie na euthanasie' is in maart 2017 gepubliceerd. Het is een levend document. De bedoeling is om waar nodig aanpassingen aan te brengen op basis van praktijkervaringen.<sup>1,2</sup>

## 1.2 Adviesaanvraag

De behoefte aan meer duidelijkheid over de gecombineerde procedure van orgaandonatie na euthanasie betreft onder meer het vaststellen van de dood. In de richtlijn wordt uitgegaan van het protocol dat geldt voor het vaststellen van de dood na een onomkeerbare circulatiestilstand. Dat protocol wordt gebruikt bij patiënten die overlijden nadat na overleg de mechanische beademing wordt gestaakt omdat medische behandeling

niet meer zinvol is. Net als bij euthanasie gaat dat om een verwachte dood, maar bij euthanasie komt de circulatie op een andere wijze tot stilstand dan na staking van mechanische beademing. De minister van VWS heeft de Gezondheidsraad daarom gevraagd om een protocol op te stellen voor het vaststellen van de dood bij orgaandonatie na euthanasie. Daarbij dient zowel rekening te worden gehouden met het belang van het waardig overlijden van de patiënt als met het optimaal verlopen van het donatieproces. De volledige [adviesaanvraag](#) staat op [www.gezondheidsraad.nl](http://www.gezondheidsraad.nl).

## 1.3 Werkwijze

Ter beantwoording van deze adviesaanvraag heeft de voorzitter van de Gezondheidsraad een speciaal hiertoe geformeerde commissie geïnstalleerd. De samenstelling van de commissie staat achter in dit advies. De commissie heeft haar taak conform deze aanvraag nauw omljnd. De bredere context met al zijn ethische, juridische en maatschappelijke facetten krijgt al volop aandacht bij de voortgaande ontwikkeling van de eerdergenoemde multidisciplinaire richtlijn 'Orgaandonatie na euthanasie'. De commissie richt zich uitsluitend op een protocol voor het vaststellen van de dood.

Zij heeft vastgesteld dat wetenschappelijke gegevens en analyses op dit vlak schaars zijn. In de tot nog toe beschikbare literatuur worden, net als in de multidisciplinaire richtlijn, vooral de ethische, juridische en maatschappelijke aspecten van orgaandonatie na euthanasie belicht.<sup>5-11</sup> Verder



zijn er enkele rapportages over concrete gevallen van orgaandonatie na euthanasie in ons land.<sup>12-15</sup> Voor haar oordeelsvorming heeft de commissie zich grotendeels gebaseerd op professionele kennis en ervaringskennis.

#### 1.4 Leeswijzer

De commissie geeft eerst een samenvatting van de bestaande protocollen voor het vaststellen van de dood bij postmortale orgaandonatie (hoofdstuk 2). Vervolgens gaat zij na wat in aanvulling op bestaande protocollen specifiek nodig is voor orgaandonatie na euthanasie (hoofdstuk 3). Tot slot stipt de commissie kort enkele kwesties aan die bij de evaluatie van praktijkervaringen met de richtlijn zeker aandacht verdienen.

## 02 vaststellen van de dood bij postmortale orgaandonatie

De Gezondheidsraad heeft in 2015 geadviseerd om de wijze waarop de dood wordt vastgesteld bij diverse vormen van postmortale orgaandonatie onder te brengen in een overkoepelende richtlijn.<sup>3</sup> Deze richtlijn vormt samen met het gedetailleerde praktische *Modelprotocol Postmortale orgaan- en weefseldonatie* van de NTS een standaard voor handelen bij postmortale orgaandonatie.<sup>4</sup>

Het advies van de Gezondheidsraad beschrijft hoe de dood dient te worden vastgesteld in verschillende situaties waarin postmortale orgaandonatie kan plaatsvinden. Bij dood door circulatiestilstand wordt onderscheid gemaakt tussen de dood die onverwacht komt en de dood die verwacht komt.

#### *Orgaandonatie bij onverwachte dood*

Van een onverwachte dood is sprake als iemand een circulatiestilstand krijgt en reanimatiepogingen niet slagen. Voor orgaandonatie wordt in zo'n geval de term *donation after circulatory death* (DCD) gebruikt. Voor het vaststellen van de dood geldt het uDCD-protocol. De u staat voor *unexpected* (onverwacht).

#### *Orgaandonatie bij verwachte dood*

De andere weg naar orgaandonatie is die van de verwachte dood. Daarvan is sprake wanneer de prognose van een patiënt dramatisch verslechtert en verdere behandeling geen uitzicht biedt op herstel. Als het voornemen tot donatie bestaat, kunnen zich twee situaties voordoen. Indien wordt vermoed dat de patiënt hersendood is, wordt dat beoordeeld conform het Hersendoodprotocol en is er sprake van *donation after brain death* (DBD). Indien verwacht wordt dat hersendood niet of niet spoedig zal intreden, kan besloten worden om de behandeling, waaronder de mechanische beademing, te staken waarna de volledige circulatiestilstand



wordt afgewacht. In dat geval is sprake van het *expected* (verwacht) DCD-scenario: eDCD.

De Gezondheidsraad merkte in het advies op dat de verwachte dood bij euthanasie ook een mogelijke weg naar orgaandonatie is en beschouwd kan worden als een apart te onderscheiden vorm van eDCD. Die vorm bleef in dat advies echter buiten beschouwing.

## 03 noodzaak apart protocol voor orgaandonatie na euthanasie

De procedure voor orgaandonatie na verwachte dood door euthanasie verschilt van de procedure bij verwachte dood door circulatiestilstand na staking van de mechanische beademing. De uitgangspositie van de patiënt en het mechanisme waarmee de circulatie tot stilstand komt zijn anders. Dat heeft volgens de commissie echter geen gevolgen voor het vaststellen van de dood zelf. Naar haar oordeel is er geen wetenschappelijke grond om deze specifieke stap uit de procedure protocollair anders vorm te geven dan bij een eDCD-procedure.

### 3.1 eDCD-protocol van 2015

Het Gezondheidsraadadvies uit 2015 bevat een gedetailleerde beschrijving van de eDCD-procedure, inbegrepen een stroomschema. Het eDCD-

protocol voor vaststelling van de dood vormt het sluitstuk van deze procedure.<sup>3</sup> Dat protocol is op hoofdlijnen als volgt.

#### *Switch-off*

Nadat de naasten afscheid hebben genomen wordt de beademing gestaakt (de zogeheten *switch-off*). Vervolgens wordt de circulatie gemonitord en wordt het begin van de zogeheten warme-ischemietijd vastgesteld: de periode waarin er geen of weinig bloed door de organen stroomt bij een normale temperatuur. Omdat warme ischemie schadelijk is voor de organen is het van belang de warme-ischemietijd te minimaliseren.

#### *Vaststellen van circulatiestilstand*

Dan volgt een cruciaal moment: het vaststellen van de circulatiestilstand. In het advies van de Gezondheidsraad uit 2015 wordt de voorkeur uitgesproken voor gebruikmaking van een arteriële lijn bij het vaststellen van circulatiestilstand. Er wordt echter ook ruimte gelaten voor niet-invasieve monitoring, al naar gelang de omstandigheden. Er wordt gesteld dat de circulatiestilstand dient te worden vastgesteld “door (een) ter zake kundige waarnemer(s) aan de hand van afwezigheid van pulsaties in een correct functionerende arteriële lijn, of anders met behulp van gebruikelijke niet-invasieve testen.” (p. 127). Elders in het advies staat het uitvoeriger verwoord: “Om twijfel bij de vaststelling van de dood bij eDCD te voorkomen, wordt aanbevolen gebruik te maken van een ingebrachte arteriële catheter die veranderingen in de arteriële pulsaties en druk met voldoende



sensitiviteit en specificiteit meet. Daarnaast kan zo nodig niet-invasief onderzoek worden toegepast, zoals het niet-invasief meten van de bloeddruk, het ausculteren (beluisteren) van het hart, een ECG of echocardiografie.” (p. 77).

Nationaal en internationaal blijken in de praktijk zowel de invasieve (intra-arteriële) als de niet-invasieve methode te worden gebruikt.<sup>16-19</sup>

#### *No-touch tijd*

Een tweede cruciaal onderdeel van het vaststellen van de dood is de zogeheten no-touch tijd: een observatieperiode na de circulatiestilstand waarin bij de patiënt geen actieve handelingen mogen worden verricht. Deze tijd is nodig om uit te kunnen sluiten dat spontaan herstel van hartslag en ademhaling (autoresuscitatie) zal optreden. In het advies uit 2015 werd erop gewezen dat de destijds beschikbare gegevens over autoresuscitatie zeer beperkte zeggingskracht hadden. Geconcludeerd werd dat een *no-touch* tijd van vijf minuten als veilige marge kan gelden.

#### *Vaststellen van de dood*

Aan het eind van deze observatietijd stelt de behandelend arts de dood vast. Daarna dienen preserveerende maatregelen te worden getroffen om de uit te nemen organen in een goede conditie te houden.

### **3.2 Orgaandonatie na euthanasie: overeenkomsten en verschillen met eDCD**

Bij orgaandonatie na euthanasie verschilt de aanloop naar het vaststellen van de dood in menig opzicht van de situatie bij het zojuist beschreven eDCD-protocol. Er is sprake van een vaak langlopend besluitvormingsproces. De bewuste patiënt komt uiteindelijk in nauw overleg met naasten en de arts die de euthanasie uitvoert tot een weloverwogen keuze.

De multidisciplinaire richtlijn van de NTS bevat instructies voor de praktijk, met vier onderscheiden en stapsgewijze beschreven fasen:

1. besluitvorming over het levenseinde;
2. voorbereidingen op het levenseinde en op orgaandonatie;
3. het levenseinde: uitvoering van de euthanasie;
4. orgaandonatie en rouwbegeleiding.

Het vaststellen van de dood maakt strikt genomen deel uit van fase 3. Daarbij dient de richtlijn ‘Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding’ te worden gevolgd.<sup>20</sup>

#### *Geen switch-off maar toedienen euthanatica*

Vergeleken met het eDCD-protocol is het begin anders. In het geval van eDCD leidt een *switch-off* van de mechanische beademing tot een circulatiestilstand. Bij euthanasie gaat het om toediening van euthanatica aan



patiënten die bij bewustzijn zijn. Doorgaans resulteert dit binnen enkele minuten in coma en ademstilstand.<sup>21</sup>

#### *Vaststellen circulatiestilstand: voorkeur voor intra-arteriële monitoring*

Normaal gesproken stelt een arts bij euthanasie circulatiestilstand vast door afwezigheid van polsslag, ademhaling en pupilreflexen te constateren. Bij orgaandonatie, ook bij orgaandonatie na euthanasie, is er naar het oordeel van de commissie behoefte aan een nauwkeuriger onderzoek. In de multidisciplinaire richtlijn werd opgemerkt dat gekozen kan worden voor niet-invasieve monitoring of intra-arteriële monitoring. Deze laatste testmethode zou volgens de opstellers van de richtlijn artsen wellicht meer duidelijkheid bieden, maar sommige patiënten zouden hierdoor zwaarder kunnen worden belast en voor naasten zou dit medicaliserend kunnen overkomen. Een fundamenteel uitgangspunt bij de richtlijn is dat de extra belasting voor patiënten die organen willen doneren na euthanasie zo laag mogelijk wordt gehouden.

De commissie onderschrijft dit uitgangspunt maar meent dat gebruikmaking van een arteriële lijn de voorkeur verdient vanwege de relatief vitale status van de patiënten, vergeleken met patiënten bij een eDCD-procedure. Intra-arteriële monitoring is in die situatie de best beschikbare techniek, mede met het oog op minimalisering van de warme-ischemietijd. De commissie heeft ook meegewogen dat aan euthanasie een lang besluit-

vormingsproces vooraf gaat en dat het weloverwogen besluit tot orgaandonatie ook de acceptatie inhoudt van aanvullend onderzoek in de laatste fase van het leven. Wel acht de commissie het van belang om al deze medische handelingen tevoren goed met de patiënt en diens naasten te bespreken en bij de uitvoering van de euthanasie te zorgen voor een setting die de intimiteit van het stervensproces zo veel mogelijk waarborgt.

#### *No-touch tijd: geen verschil met eDCD-protocol*

Zoals gezegd is de volgende stap de no-touch tijd, bedoeld om uit te sluiten dat autoresuscitatie zal optreden. Onlangs is een overzichtsartikel verschenen over autoresuscitatie na beëindiging van een reanimatie en na staking van de mechanische beademing.<sup>22</sup> Ook in Nederland is dit verschijnsel waargenomen.<sup>19</sup> De auteurs stellen vast dat het om een reëel fenomeen gaat dat zich zowel bij volwassenen als kinderen kan voordoen. Mede door variatie in toegepaste observatiemethoden en monitorings technieken is de zeggingskracht van de gegevens naar hun oordeel echter beperkt. Dat geldt zowel voor timing, duur en frequentie als voor eventuele predisponerende factoren. Over autoresuscitatie na euthanasie zijn voor zover de commissie weet geen publicaties verschenen. Zij concludeert dat er op basis van de huidige stand van wetenschap geen goede gronden zijn om bij orgaandonatie na euthanasie af te wijken van een *no-touch* tijd van vijf minuten.



*Vaststellen van de dood: geen verschil met eDCD-protocol*

Aan het einde van de *no-touch* tijd wordt het overlijden vastgesteld door de arts die de euthanasie uitvoert. Bij de beoordeling van de arteriële lijn kan deze zo nodig de hulp van een ter zake kundige waarnemer regelen.

**3.3 Conclusie**

Bij orgaandonatie na euthanasie is de aanloop naar de dood en de daaropvolgende orgaandonatie anders en wordt circulatiestilstand niet veroorzaakt door een *switch-off* van de mechanische beademing maar door het toedienen van euthanatica. Naar het oordeel van de commissie heeft dit verschil geen implicaties voor het vaststellen van de circulatiestilstand, de *no-touch* tijd, en het uiteindelijk vaststellen van de dood. Volgens de commissie kan daarom het eDCD-protocol gevolgd worden.

## 04 overwegingen voor praktische uitvoering

De multidisciplinaire richtlijn ‘Orgaandonatie na euthanasie’ van de NTS zal nog verder worden ontwikkeld op basis van ervaringen in de praktijk en met het oog op vragen die er nog zijn of zich kunnen aandienen. Zo is de aandacht tot nu toe alleen gericht op orgaandonatie na euthanasie bij de meest voorkomende situatie, namelijk neurodegeneratieve aandoe-

ningen. Andere ziektebeelden zijn echter niet uitgesloten. Ook andere artsen dan de huisarts zouden vaker een rol kunnen krijgen, zoals een arts van de Levensindekliniek of een medisch specialist.

De commissie pleit ervoor om binnen de evaluatie van de multidisciplinaire richtlijn ook aandacht te geven aan de praktische ervaringen met de in dit advies aanbevolen wijze van vaststellen van de dood (volgens het eDCD-protocol).

*Intra-arteriële monitoring*

Om te beginnen zou er gelet kunnen worden op de aandacht die er is voor de keuzemogelijkheden bij de praktische uitvoering. Dat geldt in het bijzonder voor intra-arteriële monitoring. Kan deze op een dusdanige manier worden voorbereid en uitgevoerd dat de belasting voor de patiënt minimaal is en dat het niet ten koste gaat van de intimiteit van het sterfensproces?

*Autoresuscitatie*

Ook de mogelijkheid van autoresuscitatie verdient aandacht bij de evaluatie van de praktijkervaringen met orgaandonatie bij euthanasie. Net als voor de andere vormen van postmortale orgaandonatie geldt dat zo’n evaluatie op termijn tot eventuele aanpassingen van de protocollen voor het vaststellen van de dood kan leiden.





*Plaats van uitvoeren en overlijden*

Tot slot verdient ook de plaats van uitvoeren van de euthanasie en overlijden aandacht bij de evaluatie. De kwestie is nu al aan de orde en komt ook in de adviesaanvraag van de minister ter sprake. Volgens de huidige versie van de multidisciplinaire richtlijn dient bij orgaandonatie na euthanasie het overlijden in het ziekenhuis plaats te vinden. De reden is dat de tijdsduur tussen de circulatiestilstand en de start van het conserveren van de organen zo kort mogelijk moet zijn om de kwaliteit van de organen te behouden. Tegelijk zijn er aanwijzingen dat het vooruitzicht van inslapen in het ziekenhuis voor sommige patiënten een reden kan zijn om af te zien van orgaandonatie na euthanasie, ondanks een duidelijke donatiewens. Is het mogelijk om aan dit invoelbare bezwaar tegemoet te komen en orgaandonatie na euthanasie vanuit de thuissituatie te beginnen? Er zijn artsen die menen van wel en die er al ervaring mee hebben opgedaan.<sup>14</sup> Vertraging van de euthanasieprocedure bleek de oplossing te zijn. Hierbij worden het afscheid en de ervaring van het inslapen thuis gescheiden van het overlijden en de orgaandonatie in het ziekenhuis. Dit alles vergt wel extra tijdsinvestering, vooral vanwege de mogelijke betrokkenheid van een anesthesioloog of intensivist, die buiten het ziekenhuis in actie moet komen. De commissie acht dit in beginsel een begaanbare weg, mits een zorgvuldige vaststelling van de dood er niet door wordt bemoeilijkt. De praktijk zal moeten uitwijzen hoe een en ander verloopt en of eventuele nadere instructies nodig zijn.

## literatuur

- <sup>1</sup> Nederlandse Transplantatie Stichting. *Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie. Deel 1: Instructies voor de praktijk (versie 1.2). Deel 2: Achtergronden (versie 1.0)*. Leiden 2017
- <sup>2</sup> Mulder H, Olthuis G, Siebelink M, Gerritsen R, van Heurn E. *Richtlijn 'Orgaandonatie na euthanasie'*. Ned Tijdschr Geneesk 2017; 161: D2135
- <sup>3</sup> Gezondheidsraad. *Vaststellen van de dood bij postmortale orgaandonatie*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2015; publicatienr. 2015/13.
- <sup>4</sup> Nederlandse Transplantatie Stichting. *Modelprotocol postmortale orgaan- en weefseldonatie (versie 1.0)*. Leiden, 2018.
- <sup>5</sup> Ysebaert D, van Beeumen G, de Greef K, Squifflet JP, Detry O, de Roover A, e.a. *Organ procurement after euthanasia: Belgian experience*. *Transplant Proc* 2009; 41(2): 585-6.
- <sup>6</sup> Wilkinson D, Savulescu J. *Should we allow organ donation euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality of organs for transplantation*. *Bioethics* 2012; 26(1): 32-48.
- <sup>7</sup> Bollen J, ten Hoopen R, Ysebaert D, van Mook W, van Heurn E. *Legal and ethical aspects of organ donation after euthanasia in Belgium and the Netherlands*. *J Med Ethics* 2016; 42: 486-489.
- <sup>8</sup> Bollen J, de Jongh W, Hagens J, van Dijk G, ten Hoopen R, Ysebaert D, e.a. *Organ donation after euthanasia: a Dutch practical manual*. *Am J Transplant* 2016; 16(7): 1967-1972.



- <sup>9</sup> Kirby J. *Organ donation after assisted death: is it more or less ethically-problematic than donation after circulatory death?* Med Health Care and Philos 2016; 19: 629-635.
- <sup>10</sup> Allard J, Fortin M. *Organ donation after medical assistance in dying or cessation of life-sustaining treatment requested by conscious patients: the Canadian context.* J Med Ethics 2017; 43: 601-605.
- <sup>11</sup> Ball IM, Sibbald R, Truog RD. *Voluntary euthanasia – implications for organ donation.* N Engl J Med 2018; 379 (10): 909-911.
- <sup>12</sup> Dijk G van, Giezeman A, Ultee F, Hamers R. *Orgaandonatie na euthanasie bij een patiënt met een neurodegeneratieve aandoening.* Ned Tijdschr Geneesk. 2013; 157: A6548.
- <sup>13</sup> Wijngaarden AK van, van Westerloo DJ, Ringers J. *Organ donation after euthanasia in the Netherlands: a case report.* Transplant Proc. 2016; 48(9): 3061-3063.
- <sup>14</sup> Mulder H, Sonneveld J. *Orgaandonatie na euthanasie vanuit de thuis-situatie.* Ned Tijdschr Geneesk. 2017; 161: D1779.
- <sup>15</sup> Dijk G van, van Bruchem-Visser R, de Beaufort I. *Organ donation after euthanasia, morally acceptable under strict procedural safeguards.* Clin Transplant. 2018; 32(8): e13294.
- <sup>16</sup> Dhanani S, Ward R, Hornby L, Barrowman NJ, Hornby K, Shemie SD. *Survey of determination of death after cardiac arrest by intensive care physicians.* Crit Care Med 2012; 40(5): 1449-55.
- <sup>17</sup> Morrissey PE, Monaco AP. *Donation after circulatory death: current practices, ongoing challenges, and potential improvements.* Transplan-tation 2014; 97: 258-264.
- <sup>18</sup> Thuong M, Ruiz A, Evrard P, Kuiper M, Boffa C, Akhtar MZ, e.a. *New classification of donation after circulatory death donors definitions and terminology.* Transpl Int 2016; 29(7): 749-759.
- <sup>19</sup> Wind J, van Mook WN, Dhanani S, van Heurn EW. *Determination of death after circulatory death arrest by intensive care physicians: a survey of current practice in the Netherlands.* J Crit Care 2016; 31(1); 2-6.
- <sup>20</sup> KNMG/KNMP. *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding.* Utrecht/Den Haag 2012.
- <sup>21</sup> Lalmohamed A, Horikx A. *Ervaringen met euthanatica sinds 2007.* Ned Tijdschr Geneesk. 2010; 154: A1983.
- <sup>22</sup> Hornby L, Dhanani S, Shemie SD. *Update of a systematic review of autoresuscitation after cardiac arrest.* Crit Care Med 2018; 46: e268-e272.



## De commissie

### Samenstelling commissie Vaststellen van de dood bij orgaandonatie na euthanasie

- prof. dr. H. Obertop, emeritus hoogleraar heelkunde AMC, *voorzitter*
- dr. M.H.L. Christiaans, nefroloog/internist, Maastricht UMC
- dr. D.W. Donker, cardioloog/intensivist, UMC Utrecht
- dr. M. Erasmus, transplantatiechirurg, UMC Groningen
- dr. E.J.O. Kompanje, klinisch ethicus, Erasmus MC, Rotterdam
- dr. M.A. Kuiper, intensivist/neuroloog, Medisch Centrum Leeuwarden
- drs. M.A. de Meij, huisarts, OLVG, Amsterdam
- dr. I.R.A.M. Mertens zur Borg, anesthesioloog-intensivist, Erasmus MC, Rotterdam
- drs. M.A. Sikma, internist-intensivist, UMC Utrecht

### Waarnemers:

- drs. A.C.S. Herfs, VWS, Den Haag
- dr. N.E. Jansen, Nederlandse Transplantatie Stichting, Leiden

### Secretarissen:

- dr. P.M. Engelfriet, Gezondheidsraad, Den Haag
- drs. E.J. Schoten, Gezondheidsraad, Den Haag



De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement 'voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids(zorg)onderzoek' (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Infrastructuur en Waterstaat; Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

U kunt dit document downloaden van [www.gezondheidsraad.nl](http://www.gezondheidsraad.nl).

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:  
Gezondheidsraad. Vaststellen van de dood bij orgaandonatie na euthanasie. Den Haag:  
Gezondheidsraad, 2018; publicatienr. 2018/26.

Auteursrecht voorbehouden

