

## Vragen CDA-fractie

### Vraag 1.

Deelname van gemeenten aan de registratiedocumentatie geschiedt op basis van vrijwilligheid, voor verplichte deelname biedt de wet geen grondslag. Afhankelijk van de deelnemingsbereidheid van gemeenten worden aanvullende stappen gezet. Bij welk percentage deelnemingsbereidheid zal worden besloten om aanvullende stappen te ondernemen en waaraan wordt dan gedacht?

### Antwoord 1.

Doelstelling van het eerste jaar was om ongeveer 150 gemeenten, ongeveer 30%, het donorformulier te laten verspreiden. Mocht dit aantal niet gehaald zijn dan was een zeer intensieve benadering van de gemeenten een volgende stap geweest. Denk hierbij ondermeer aan persoonlijke gesprekken met vertegenwoordigers van de gemeenten en NIGZ-Donorvoorlichting. Door de grote respons direct in de eerste weken nadat de burgemeesters zijn benaderd voor dit project, worden deze plannen nu voorlopig buiten beschouwing gelaten.

### Vraag 2.

Gemeenten krijgen de beschikking over materialen, werkwijzen en ondersteuning om de registratiedocumentatie uit te kunnen reiken. Welke ondersteuning wordt hier bedoeld en welke kosten brengt dit met zich mee (en voor wie, gemeente/Rijk)?

### Antwoord 2.

Bij ondersteuning moet in eerste instantie gedacht worden aan de helpdesk van NIGZ-Donorvoorlichting. Gemeenteambtenaren kunnen hier elke werkdag met al hun vragen rondom dit traject en aanvragen van materiaal terecht. Daarnaast zullen deelnemende gemeenten geïnformeerd blijven worden over de stand van zaken. Tevens worden alle deelnemende gemeenten in de loop van dit jaar telefonisch persoonlijk benaderd met de vraag of er nog verdere ondersteuning nodig wordt geacht. NIGZ-Donorvoorlichting is opgedragen deze taken uit te voeren, de kosten die hiermee gemoeid zijn bedragen ca. 100.000 euro (personeel en materieel) en komen ten laste van het ministerie van VWS.

### Vraag 3.

In 2005 is het beste resultaat ooit bereikt met de aanschrijving van de 18-jarigen: 40% van de aangeschrevenen heeft gereageerd. Welk percentage van deze 40% heeft zich op grond hiervan aangemeld als potentiële donor?

### Antwoord 3.

Het betreft een percentage van 57,2 (38.4% geeft toestemming, 18.8% geeft toestemming met een beperking). In 11.6% wordt de keuze overgelaten aan de nabestaanden, 1.0% heeft een specifieke persoon aangewezen. 30.2% van de respondenten geeft geen toestemming voor orgaandonatie.

### Vraag 4.

Er zijn nu in 65 ziekenhuizen in Nederland donatiefunctionarissen actief. Wat zijn de redenen/argumenten waarom deze donatiefunctionarissen niet in alle ziekenhuizen actief zijn?

Antwoord 4.

In kleinere ziekenhuizen met niet of nauwelijks potentieel is het niet zinvol om een donatiefunctionaris aan te stellen, omdat de gevraagde inspanningen niet in verhouding staan tot de opbrengsten van donorwerving. Dat neemt niet weg dat ook deze ziekenhuizen moeten voldoen aan de wettelijke bepalingen uit de Wet op de orgaandonatie (w.o. registratie van het donatieproces) en daarin ondersteund moeten worden. In de praktijk betekent dit dat in deze ziekenhuizen veelal een zogenaamde liaisonofficier is aangesteld die zich bezighoudt met de uitvoering van een aantal wettelijke taken op het gebied van donorwerving. Deze liaisonofficier worden op landelijk niveau door de NTS ondersteund door middel van bijvoorbeeld het gratis beschikbaar stellen van de donatie-applicatie waarmee zij het donatieproces geautomatiseerd in kaart kunnen brengen. De NTS verzamelt de informatie van deze ziekenhuizen op dezelfde wijze als bij de ziekenhuizen met een donatiefunctionaris.

Vraag 5.

Wat is de hoogte van de subsidie voor donorwerving die ziekenhuizen ontvangen van de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS)?

Antwoord 5.

Per 1 fte donatiefunctionaris ontvangt een ziekenhuis € 48.807,- per jaar. In verreweg de meeste ziekenhuizen werken donatiefunctionarissen in deeltijd.

Vraag 6.

De NTS maakt gebruik van prestatie-indicatoren als onderdeel van de ombuiging van inspannings- naar resultaatsverplichting. Worden deze resultaten ook openbaar gemaakt?

Antwoord 6.

De prestatie-indicatoren donorwerving worden openbaar gemaakt. Om te beginnen gebeurt dit op landelijk en regionaal niveau in het eerste Jaarrapport donorwerving 2005. Hierin staan de prestatie-indicatoren over 2005 opgenomen uitgesplitst in organen en weefsels. Omdat dit het eerste rapport is waarin het donatieproces aan de hand van prestatie-indicatoren systematisch in kaart is gebracht, betreft dit een nulmeting.

Vraag 7.

Metingen in 2004 met behulp van een computerprogramma laten zien dat er "weinig" potentiële orgaandonoren over het hoofd worden gezien. Kan worden aangegeven wat wordt bedoeld met "weinig", welk percentage is dit?

Antwoord 7.

Er heeft een meting plaatsgevonden op een 40-tal intensive care-afdelingen van zowel algemene, topklinische/toppreferente als academische ziekenhuizen. Uit deze meting blijkt dat in deze voor donatie gemotiveerde ziekenhuizen gemiddeld 96% van het aantal potentiële orgaandonoren daadwerkelijk door de arts wordt herkend. (Het gaat slechts om 8 ziekenhuizen met gemiste donoren; 1 ziekenhuis hiervan had zijn enige potentiële donor gemist; bij de overige 7 ziekenhuizen varieerde de donorherkenning van 67% tot 96%.)

Vraag 8.

Wat is de reden dat de wachtlijst voor longdonatie met 47% is toegenomen terwijl voor andere organen de wachtlijsten zijn afgenomen? Is dit een gevolg van het aanbod van donoren of speelt het ziekenhuisaanbod hier ook een rol?

**Antwoord**

De toename op de longwachtlijst heeft een duidelijke relatie met het ziekenhuisaanbod en de toename van het aantal longtransplantaties. Sinds de opening van een tweede longtransplantatiecentrum in Groningen in 2001 is het aantal longtransplantaties bijna verdubbeld (van 25 in 2001 naar 46 in 2005). Door de verbeterde resultaten van longtransplantatie komen meer patiënten in aanmerking voor longtransplantatie. Het gevolg hiervan aan de vraagzijde is dat patiënten die eerder niet in aanmerking kwamen voor transplantatie, nu wel voor transplantatie worden aangemeld waardoor de wachtlijst groeit. De wachttijd neemt echter af, in 2001 bedroeg deze gemiddeld 671 dagen, in 2005 gemiddeld 365 dagen. Ten aanzien van het aanbod van donoren zijn de donorcriteria de afgelopen jaren versoepeld, er worden meer donoren voor transplantatie benut. In Groningen zijn bijvoorbeeld in 2005 en 2006 7 non-heartbeating longen getransplanteerd. Indien de ervaringen met NHB longtransplantatie goed zijn, zal deze vorm van transplantatie ook worden uitgevoerd in andere Nederlandse longtransplantatiecentra.

**Vraag 9.**

Opvallend is dat de wachtlijst voor cornea's met 20% is toegenomen. Als reden wordt onder andere aangegeven dat er een beperkte capaciteit aanwezig is in de operatiekamers. Welke maatregelen heeft het kabinet genomen om deze capaciteit uit te breiden?

**Antwoord 9.**

De 20% stijging was gebaseerd op de situatie in april 2006. Op 1 juli 2006 stonden er 290 personen op de wachtlijst, op 1 juli 2005 waren dat 287 personen, het verschil met vorig jaar is dus zeer gering. Ik zie dan ook geen reden om over te gaan tot capaciteitsuitbreiding. De absolute stand van de wachtlijst is een getal dat is samengesteld uit diverse groepen en bovendien een momentopname die niets zegt over de snelheid waarmee de Nederlandse patiënt geholpen wordt. Indien bijvoorbeeld in de zomerperiode een aantal transplanterende oogartsen met vakantie is kan dit tot gevolg hebben dat de wachtlijst tijdelijk iets langer wordt omdat op dat moment de capaciteit beperkt is. Na de vakantieperiode zijn deze achterstanden in de afgelopen jaren altijd snel weer verholpen. Op basis van deze overzichten meen ik dat er ten aanzien van de wachtlijst voor corneatransplantaties geen negatieve trends zijn te bespeuren ten opzichte van het verleden.

### **Vragen PvdA-fractie**

**Vraag 10.**

Waarom zijn de zogenaamde requesters niet voldoende ingezet tijdens de pilot donorwerving in 2004?

**Antwoord 10.**

Ziekenhuizen waar tijdens de pilot donorwerving requesters werden aangesteld, gaven de volgende twee redenen. In de eerste plaats gaven artsen aan niet altijd behoefte te hebben aan de aanwezigheid van een voor de nabestaanden nieuw gezicht tijdens het gesprek over donatie.

Ten tweede bleek het niet altijd mogelijk te zijn om tijdig een requester in te schakelen. Dit werd vooral veroorzaakt omdat requesters bijvoorbeeld niet werkzaam waren op de intensive care-afdeling waar donatie relatief vaker voorkomt.

Desondanks blijkt uit de pilot dat daar waar requesters werden ingezet om artsen te ondersteunen en nabestaanden te begeleiden, deze nabestaanden vaker toestemming gaven voor donatie. Gezien de beperkte inzet van requesters was er echter geen sprake van een significant verschil ten opzichte van de situatie waarbij geen requester werd ingezet. Momenteel wordt door de NTS onderzocht op welke wijze requestertaken kunnen worden overgebracht op artsen en verpleegkundigen die zelf rechtstreeks zijn betrokken bij het donatieproces. Hiermee wordt het inschakelen van een extra persoon vermeden, en worden de professionals zelf ondersteund door middel van het aanreiken van kennis en vaardigheden.

Vraag 11.

Wat is de oorzaak van de toename van het aantal mensen dat op de wachtlijst voor longtransplantatie staat (47% meer mensen ten opzichte van 2005)? Is de minister van mening dat zijn maatregelen afdoende zullen zijn om deze wachtlijst te reduceren en zo ja, waarom?

Antwoord 11.

Zie het antwoord op vraag 8.

Vraag 12.

Hoeveel gemeenten hebben reeds laten weten dat zij vanaf september zullen meewerken aan het uitdelen van donorformulieren als mensen een paspoort of rijbewijs komen afhalen?

Antwoord 12.

Het project zal een vliegende start hebben, van de in totaal 458 gemeenten hebben inmiddels 356 gemeenten aangegeven aan dit project mee te willen werken. Het merendeel ervan (253 gemeenten) zal in september starten en de rest in november of december. NIGZ-Donorvoorlichting krijgt nog steeds meldingen van gemeenten binnen.

Vraag 13.

Waarom is de minister zo verheugd over de resultaten van de proef terwijl slechts 3,65% procent van de mensen heeft doorgegeven of zij na hun dood organen beschikbaar willen stellen, de formulieren van mensen die geen toestemming hebben gegeven hierin begrepen?

Antwoord 13.

Het responspercentage is niet spectaculair maar gelet op de investeringen en inspanningen voldoende om mee door te gaan. Overigens blijkt uit het verleden dat responspercentages bij verspreiding van het donorformulier naar al eerder aangeschreven doelgroepen over het algemeen niet hoog zijn. Gegeven de resultaten uit de proef, zou met een landelijke invoering in het meest gunstige geval bijna 100.000 nieuwe registraties per jaar op kunnen leveren.

Vraag 14.

Kan de minister aangeven waaruit hij concreet afleidt dat, volgens hem mede namens de betrokken partijen, de resultaten zo bemoedigend zijn?

Antwoord 14.

De proef werd op de volgende aspecten beoordeeld: de respons, hoe publiek reageert op het uitdelen en de mate van werk voor de medewerkers burgerzaken.

Het publiek reageerde tijdens de proef over het algemeen positief. Daarnaast was de extra werkdruk voor de gemeenteambtenaren minimaal. Tevens onderstonden er geen lastige of tijdrovende discussies aan de balie. Vanuit dit oogpunt is er dan ook door betrokken partijen positief gereageerd op de uitkomsten van de proef. NIGZ-Donorvoorlichting heeft als een van de betrokkenen positief gereageerd in die zin dat er door deze vorm van uitdelen een nieuw, meer actief distributiekanaal ontstaat waarbij burgers nog eens op het donorformulier worden gewezen.

Vraag 15.

Wat vindt de minister van de uitlating van de Gezondheidsraad dat meer nierpatiënten aan een donornier kunnen worden geholpen door de criteria voor de weefselovereenkomst te vereenvoudigen?<sup>1</sup> Is de minister bereid om deze voorgestelde vereenvoudiging door te voeren?

Antwoord 15.

Deze conclusie is onjuist. Er zullen niet meer niertransplantaties kunnen worden uitgevoerd, aangezien het donoraanbod de beperkende factor is. Wel zouden door eenvoudigere toewijzing meer Nederlandse nieren aan Nederlandse ontvangers kunnen worden toegewezen dan in de huidige systematiek van toewijzing (resp. 95% vs 80%).

Vraag 16.

Waarom is de minister van plan om de maatregel ten aanzien van de uitreiking van registratiedocumentatie door gemeenten pas na drie jaar te evalueren? Is niet eerder afgesproken dat er eerder moet worden geëvalueerd dan drie jaar? Deelt de minister de mening dat het zinniger is om bij de komende resultaten van de derde evaluatie de tussenevaluatie van het gemeenteloket mee te nemen?

Antwoord 16.

Mij is geen afspraak bekend om de maatregel eerder dan drie jaar te evalueren. Ik zal de resultaten van de maatregel maandelijks monitoren, deze gegevens zal ik gebruiken voor het eventueel bijsturen van het project. Mocht uit de monitorgegevens –en na het bijsturen– blijken dat de resultaten achter blijven aan de verwachtingen dan zal ik de maatregel eerder evalueren dan de voorgenomen drie jaar. In de tussentijd zal ik u over dit project informeren wanneer het onderwerp orgaandonatie aan de orde is. Conform uw suggestie zal het eerstvolgende moment zich voordoen bij de behandeling van de resultaten van de derde evaluatie van de Wet op de orgaandonatie.

### **Vragen VVD-fractie**

Vraag 17.

De minister is in overleg met betrokken organisaties bezig een volgende stap te zetten op weg naar landelijke invoering van het verstrekken van donorformulieren bij paspoortuitgifte. Dit naar aanleiding van het succes van de proef die bij 16 gemeenten heeft plaatsgevonden.

---

<sup>1</sup> Het belang van weefselovereenkomst bij niertransplantatie. Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr. 2006/08

Aanbevolen wordt om gemeenten vrij te laten in hun keuze om al dan niet deel te nemen. Waarom is hiertoe besloten? Deelname van gemeenten geschiedt toch sowieso op basis van vrijwilligheid omdat de wet geen grondslag biedt voor verplichte deelname?

Antwoord 17.

Het betreft hier een aanbeveling die is gedaan door de organisaties die door mij zijn gevraagd om hun visie op de resultaten van de proef bij 16 gemeenten. Het lijkt mij zeer waarschijnlijk dat de aanbeveling van de betrokken organisaties om gemeenten vrij te laten in hun keuze om al dan niet deel te nemen aan het verstrekken van donorformulieren inderdaad voortvloeit uit het ontbreken van een wettelijke grondslag voor verplichte deelname.

Vraag 18.

Afhankelijk van de deelnemingsbereidheid van gemeenten worden aanvullende stappen gezet om meer gemeenten te bewegen registratiedocumentatie uit te reiken. Waaruit bestaan die aanvullende stappen?

Antwoord 18.

Zie het antwoord op vraag 1.

Vraag 19.

Twee keer per jaar zal per deelnemende gemeente worden gemeten hoeveel nieuwe registraties de activiteiten van de gemeente hebben opgeleverd. De minister is voornemens om de maatregel over drie jaar te evalueren. Waarom wordt de maatregel pas over drie jaar geëvalueerd? Wat zijn de voor- en nadelen om deze maatregel eerder te evalueren?

Antwoord 19.

Zie het antwoord op vraag 16.

Vraag 20.

De drempel voor registratie moet laag zijn. Er worden daarom twee conceptontwerpen voor een mogelijk nieuw donorformulier ontworpen. De minister geeft aan dat hij in de volgende brief over de stand van zaken rond orgaandonatie de Kamer hierover zal informeren? Wanneer kan de Kamer de volgende brief tegemoet zien?

Antwoord 20.

In het najaar van 2006 zal de volgende brief over de stand van zaken ten aanzien van orgaandonatie aan de Tweede Kamer worden gestuurd. In deze brief zal ook over het nieuwe donorformulier worden geïnformeerd.

Vraag 21.

Wat is het verschil in taken tussen donatiefunctionarissen en requesters?

Antwoord 21.

De belangrijkste taak van een donatiefunctionaris is het stimuleren en verder verbeteren van donorwerving in het ziekenhuis. Hij doet dit onder andere door artsen en andere zorgverleners voor te lichten over de mogelijkheden van donatie en de bijbehorende procedures en door het inzichtelijk maken van het verloop en de resultaten van

donorwerving in het ziekenhuis. Ook verzorgt hij de aanlevering van gegevens aan de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS).

De taak van een requester is meer beperkt. Een requester is specifiek getraind in het stellen van de donatievraag aan de nabestaanden. Zijn taak is dan ook het stellen van de donatievraag, het geven van relevante informatie aan nabestaanden en artsen en het desgewenst begeleiden van nabestaanden.

Vraag 22.

De minister heeft de NTS gevraagd om een voorstel te doen voor een project dat tot doel heeft de requestervaardigheden bij artsen, verpleegkundigen en andere betrokken ziekenhuismedewerkers te vergroten. Wordt de Kamer geïnformeerd over het projectvoorstel van de NTS? Zo ja, wanneer kan de Kamer dit voorstel tegemoet zien? Zo neen, waarom niet?

Antwoord 22

Ik zal u in het najaar van 2006 in de eerder genoemde brief over de stand van zaken ten aanzien van orgaandonatie ook informeren over het projectvoorstel van NTS om requestervaardigheden van bij orgaandonatie betrokken ziekenhuismedewerkers te vergroten.

Vraag 23.

De ontwikkeling van de wachtlijsten verschilt per orgaan. De wachtlijsten voor niertransplantatie nemen af, waarschijnlijk doordat het aantal nierdonaties bij leven groeit. Voor harten en longen ziet de situatie er helaas minder gunstig uit. Hoe komt dat? Heeft dit iets te maken met het feit dat patiënten momenteel in een eerdere fase van hun ziekte op de wachtlijst worden geplaatst? Zijn er richtlijnen ontwikkeld over in welke fase van de ziekte een patiënt op een wachtlijst voor een nieuw orgaan wordt geplaatst? Zo ja, controleert de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) hierop? Zo neen, waarom niet?

Antwoord 23

Voor de antwoorden betreffende de longwachtlijst zie het antwoord op vraag 8.

Voor de harten is de situatie anders. Omdat het aantal harttransplantaties in Nederland de afgelopen jaren is teruggelopen is met mijn instemming door de Begeleidingscommissie orgaantransplantatie (BOTX) van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) onderzoek gedaan naar deze terugloop. De eindrapportage "Harttransplantaties in Nederland" heb ik u op 18 mei 2006 (30 300 XVI, nr. 139) toegestuurd. In de eindrapportage worden 2 soorten oorzaken genoemd voor de terugloop, niet-beïnvloedbare oorzaken zoals het vigerende toestemmingsstelsel voor donatie in Nederland, de toegenomen verkeersveiligheid waardoor er een verschuiving optreedt naar een hogere gemiddelde donorleeftijd, de ontwikkeling van andere behandelmogelijkheden voor hartfalen en de toename van non-heartbeatingdonaties, waarbij donatie van het hart per definitie niet aan de orde is. Als beïnvloedbare oorzaken worden genoemd: de strikte criteria voor hartdonatie en plaatsing op de harttransplantatielijst en het weigeren van een hart in verband met het ontbreken van capaciteit. Met betrekking tot strikte criteria voor hartdonatie en plaatsing op de harttransplantatielijst is door de twee harttransplantatiecentra inmiddels een overleg ingesteld met verwijzende ziekenhuizen en transplantatiecoördinatoren, zal de richtlijn voor donoracceptatie en wachtlijstbeleid binnenkort worden aangepast en heeft een verruiming van de contra-indicaties plaatsgevonden. Deze criteria zijn bekend bij de IGZ. Ten aanzien

van het ontbreken van capaciteit heb ik u in mijn brief van 18 mei aangegeven dat ik mij beraad op het openen van een derde harttransplantatiecentrum. In verband hiermee heb ik de Nederlandse Transplantatie Stichting gevraagd een onderzoek te doen naar harttransplantatieprogramma's in Eurotransplantlanden. Ik verwacht de resultaten van dit onderzoek rond 1 september te ontvangen, waarna ik een beslissing zal nemen over een derde harttransplantatiecentrum.

Vraag 24.

De minister signaleert dat het aantal patiënten dat op de wachtlijst staat voor cornea's is toegenomen. De oorzaak daarvan is niet het tekort aan beschikbare cornea's, maar factoren als de beperkte capaciteit in de operatiekamers en planningsproblematiek in de ziekenhuizen voor operaties. Op welke manier denkt de minister de wachtlijsten voor cornea's te kunnen verminderen?

Antwoord 24

Zie mijn antwoord op vraag 9.