

# HET SCREENEN VAN PATIËNTEN VOOR EEN NIERTRANSPLANTATIE LITERATUUR ONDERZOEK 1990 - 2003

auteur: **Sabine Verniest**

## Samenvatting

Chronisch Nierfalen is een irreversibele destructie optreedt van de nierfunctie. Voor de behandeling van CKD zijn er drie mogelijke opties: hemodialyse, peritoneaal dialyse en niertransplantatie. Voor vele patiënten is niertransplantatie een goede oplossing om een zo normaal mogelijk leven te kunnen leiden. Vooraleer een patiënt getransplanteerd kan worden moet er nagekeken worden of er geen contra-indicaties zijn kandidaat is. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van medische en psychosociale criteria. Niettegenstaande dat psychosociale screening belangrijk is, bestaat er geen consensus over de inhoud ervan. Er zijn echter weinig gegevens bekend over de validiteit en betrouwbaarheid van studies die handelen over psychosociale criteria. Transplantatie populaties verschillen vaak van elkaar, maar vaak worden resultaten getransponeerd van de ene groep transplantatiepatiënten op de andere. Verder onderzoek op het specifieke domein van niertransplantatie is nodig.

## 1. Inleiding

Niertransplantatie is een therapeutische optie voor patiënten met Chronisch Nierfalen (CNF). Door de vooruitgang van de medische technologie is niertransplantatie een meer acceptabele vorm van therapie geworden voor patiënten met CNF1. Doordat de medische criteria steeds minder stringent worden, komen er steeds meer en meer patiënten in aanmerking voor een transplantatie. Hierdoor komt de nadruk steeds meer te liggen op de psychosociale geschiktheid van een kandidaat. Enerzijds komen meer patiënten in aanmerking voor een transplantatie, anderzijds worden we nog steeds geconfronteerd met een tekort aan donoren. Hierdoor stellen zich ethische problemen, namelijk: hoe moet men in de praktijk omgaan met deze schaarse middelen? Een wetenschappelijk onderbouwd beslissingsproces voor de selectie van kandidaten voor niertransplantatie is dan ook noodzakelijk<sup>3,4</sup>.

De medische onderzoeken, die worden gebruikt om de geschiktheid van een kandidaat voor niertransplantatie te achterhalen, worden hier niet aangehaald. De reden hiervoor is dat deze reeds goed beschreven zijn in praktijkrichtlijnen. Wanneer men zich echter enkel baseert op medische criteria, is het niet mogelijk om slaagkansen van niertransplantatie bij een transplantatiepatiënt te voorspellen<sup>4</sup>. Er is een groeiend bewustzijn dat psychosociale criteria ook het succes van een transplantatieprocedure bepalen<sup>4,5</sup>. Er bestaat echter geen consensus over welke psychosociale criteria er moeten gebruikt worden<sup>4</sup>. Meer specifiek bestaat er in de literatuur geen overeenkomst over de methodologie van een pretransplantscreening, de inhoud ervan alsook de professionele achtergrond van de gezondheidswerker die de screening uitvoert<sup>5,6</sup>. Er is dringend nood aan een gestandaardiseerd protocol voor pretransplant psychosociale screening<sup>4,5</sup>.

Een indeling van de psychosociale factoren die moeten nagegaan worden, is reeds bestudeerd door Dobbels F. et al. (2001)<sup>4</sup> bij zowel nier-, lever als harttransplantatiepatiënten. Volgens Dobbels F et al (2001)<sup>4</sup> moeten hierbij de mentale gezondheidsstatus, gedragsfactoren en sociale factoren bestudeerd worden. Daar deze indeling zeer duidelijk is, werd deze dan ook aangehouden in dit literatuuroverzicht maar meer uitgediept voor niertransplantatie. Mentale gezondheidsstatus verwijst naar psychiatrische/psychologische factoren (angst – depressie – psychoses - persoonlijkheidsstoornissen), mentale retardatie en irreversibele cognitieve stoornissen<sup>4</sup>. Gedragsfactoren zijn richtlijnen voor alcoholgebruik, niet roken, afwezigheid van drugs-

en/of medicatiemisbruik en therapietrouw bij dieet<sup>4</sup>. Aanwezigheid van sociale ondersteuning wordt vaak gebruikt in pretransplant screening<sup>4</sup>. Demografische factoren zoals leeftijd, geslacht, ras en het type van de behandelingsmodaliteit worden in dit overzichtsartikel ook betrokken. De reden hiervoor is dat deze variabelen onduidelijke effecten hebben op de toegang voor transplantatie<sup>5</sup>.

## 2. Zoekstrategie

Voor het selecteren van de meest bruikbare en relevante artikels, werd gebruik gemaakt van de databanken Medline, Cinahl, Current Contents, Invert, PsycINFO, Cochrane Library en Biological Abstracts. Deze databanken werden geraadpleegd voor artikels verschenen over de periode van 1990-2002. Hiervoor werden de volgende trefwoorden gebruikt en al dan niet succesvolle combinaties ingevoerd: kidney/renal transplantation, screening, psychosocial screening, patient selection, patient evaluation. Om meer specifieke artikels te vinden, werden de trefwoorden nog uitgebreid naar: social support, cognitive functioning, compliance, adherence, psychiatric history, age, dialysis modality, obesity, race, gender.

Voor uiteindelijke inclusie dienden de artikels aanwezig te zijn in de Biomedische bibliotheek van het UZ Gasthuisberg te Leuven, België of on-line te raadplegen. De artikels dienden Engels -, Nederlands- , Frans- of Duitstalig te zijn. Op basis van het abstract, werden 70 relevante artikels geselecteerd. Uiteindelijk werden 15 artikels weerhouden. Absolute voorwaarde voor inclusie van de artikels was dat deze daadwerkelijk over de desbetreffende trefwoorden handelde. Titels waarbij andere vormen van transplantaties aan bod kwamen, alsook de gecombineerde transplantaties, werden niet toegelaten. Daarnaast werd de populatie toegespitst op volwassenen, onderzoeken bij kinderen werden niet toegelaten. Ook brieven van de uitgever werden niet aanvaard. Via de sneeuwbalmethode werden er nog eens 9 relevante artikels gevonden, waarvan er 5 effectief gebruikt werden. De overige artikels waren niet beschikbaar in de bibliotheek.

PsycINFO en Cochrane Library leverden elk 1 bijkomende referentie op. De andere artikels die deze zoekmethoden aanduiden waren ofwel niet beschikbaar of waren reeds bij het zoeken in Medline naar voor gekomen. De relevantie van het artikel werd nagegaan door het lezen van het abstract. Via PubMed werden er 9 bijkomende referenties gevonden. In het totaal werden er 31 artikels opgenomen in dit overzichtsartikel.

## 3. Psychosociale criteria

### 3.1 Mentale gezondheidsstatus

Over de morbiditeit van psychiatrische aandoeningen bij patiënten met een niertransplantatie, zijn wel gegevens teruggevonden<sup>7,8,9</sup>. Depressie en angst waren de meest frequente diagnoses<sup>8</sup>. Simmons RG et al. (1982) en Muthny FA et al. (1984) vonden dat psychiatrische symptomen een nadelige invloed uitoefenden op het fysieke vlak (bvb. complicaties). De recipiënten ondervonden vaak een vorm van schuldgevoel t.o.v. de donor, gevolgd door een periode van depressie. Angst was één van de belangrijke symptomen op neurotisch niveau, bijvoorbeeld angst omtrent de prognose van de getransplanteerde nier. Ook merkte men op dat bepaalde mentale stoornissen terugkwamen. Dit was te wijten aan de druk die gepaard gaat met het ondergaan van een niertransplantatie (bvb. schizofrenie)<sup>9</sup>.

Op basis van DSM-III criteria – om de ernst van de psychiatrische aandoening te achterhalen - werden de patiënten onderverdeeld in 2 groepen: Axis I en Axis II. De patiënten met Axis II-problematiek vertoonden een globale therapieontrouw en specifieke therapieontrouw met dieet, roken, niet naleven van afspraken, niet opvolgen van medicatievoorschriften en drugsmisbruik. Bijna ¼ van de onderzochte patiënten

vertoonden de diagnose van Axis I of II. Meer onderzoek is nodig om de bevindingen te bevestigen over de impact van depressie en andere stemmingsproblemen pretransplant op therapieontrouw posttransplant<sup>10</sup>.

Persoonlijkheidsstoornissen zijn geassocieerd met problemen rond het niet naleven van dieetvoorschriften, roken en een zwakke participatie aan gezondheidsondersteunende interventies<sup>10</sup>. Persoonlijkheidsstoornissen zouden dus samenhangen met de resultaten posttransplant. Longitudinale studies die de relatie van persoonlijkheidsstoornissen pretransplant en de gevolgen hiervan op het voorkomen van rejectie van de getransplanteerde nier zijn niet teruggevonden. Verder onderzoek is dan ook aangewezen.

Mentale retardatie wordt regelmatig beschouwd als een controversiële contra-indicatie voor orgaantransplantatie. De reden hiervoor is het gebrek aan onderzoeken over de resultaten van niertransplantatie bij mentaal geretardeerden<sup>11</sup>. De conclusie van Benedetti E et al. (1998)<sup>11</sup> was dat niertransplantatie bij geselecteerde patiënten uiterst succesvol was. De grote vereiste is een vertrouwenspersoon, die verantwoordelijk is voor de medicatie-inname en therapietrouw met de klinische follow-up bij die groep van patiënten.

Cognitieve hersendysfunctie is een veel voorkomende complicatie ten gevolge van chronisch nierfalen. Kramer L et al. (1996)<sup>12</sup> heeft in zijn onderzoek de relatie tussen niertransplantatie en de cognitieve hersendysfunctie onderzocht. De conclusie van het onderzoek was dat de cognitieve functie verbeterde bij chronische hemodialysepatiënten nadat ze een succesvolle niertransplantatie hadden ondergaan. Door de verbetering van cognitieve hersendysfunctie wordt nogmaals de therapeutische waarde van niertransplantatie bij patiënten met CNF bevestigd. Het cognitief functioneren kan een directe positieve invloed hebben op de levenskwaliteit, meer bepaald op de interactie tussen individu en omgeving<sup>12</sup>. Deze relatie moet echter nog onderzocht worden.

### 3.2 Gedragsfactoren

Gedragsfactoren, waarbij therapietrouw pretransplant van uiterste belang is, zijn onontbeerlijk voor het pretransplant screeningsproces. Patiënten die een transplantatie wensen te ondergaan, moeten complexe therapeutische voorschriften naleven, zowel pre- als posttransplant. Deze voorschriften handelen voornamelijk rond correcte inname van medicatie, rookgedrag, alcoholgebruik en dieetvoorschriften<sup>4</sup>. Een therapieontrouwe patiënt wordt beschouwd als iemand die zijn ziekenhuisafspraken slecht naleeft, problemen laattijdig verwittigt en medicatievoorschriften niet naleeft<sup>13</sup>.

De nefaste gevolgen van verkeerde medicatie-inname op rejectie van de getransplanteerde nier zijn reeds uitvoerig bestudeerd. (Didlake RH et al. (1988), Sketris I et al. (1994), De Geest S et al. (1995)). Volgens een onderzoek van Siegal B et al. (1999)<sup>14</sup> is therapietrouw daarenboven ook geassocieerd met de overtuiging van patiënten over het al of niet efficiënt werkzaam zijn van de immunosuppressiva. Healthbelief speelt bij therapietrouw dus een grote rol<sup>14</sup>. Het kan belangrijk zijn dat er ook een vorm van medisch sociale ondersteuning bestaat om therapietrouw t.a.v. medicatie-inname van patiënten beter te kunnen bewaken. (bvb. multidisciplinaire samenwerking met medewerking van de apotheken uit de buurt van de patiënt). Patiënten die in deze buurten wonen of in centra waar deze service bestaat, hebben een betere therapietrouw posttransplant<sup>15</sup>.

Roken verhoogt het risico op kanker en cardiovasculaire aandoeningen in de samenleving. Roken veroorzaakt een verhoogde kans op disfunctie van de allograft<sup>16</sup>. De nefaste gevolgen van roken, blijven tot 5 jaar na het stoppen bestaan<sup>16</sup>. Deze resultaten bevestigen het belang om patiënten te stimuleren om te stoppen met roken.

Over alcoholmisbruik bij patiënten die een niertransplantatie hebben ondergaan, werd in het literatuuronderzoek geen gegevens teruggevonden. Onderzoek van de effecten van alcohol abusief op therapieontrouw is dan ook een vereiste. Niettegenstaande werd alcoholmisbruik, bij ongeveer de helft van de ondervraagde hulpverleners, beoordeeld als een absolute contra-indicatie<sup>5</sup>.

Obesitas is geassocieerd met een verminderde morbiditeit en een lagere overlevingskans<sup>17</sup>. In een experimenteel onderzoek van Modlin CS et al. (1997)<sup>17</sup> had de controlegroep bestaande uit niet obese patiënten, met identieke demografische gegevens als de experimentele groep, een hogere 5-jaars-overleving. De onderzoekers raden dan ook aan dat obese patiënten met een geschiedenis van cardiale problemen, niet getransplanteerd worden vooraleer gewichtsreductie is bekomen (BMI < 30)<sup>17</sup>. De relatie tussen therapieontrouw t.o.v. het dieet pretransplant en posttransplant, is nog niet beschreven.

In de klinische praktijk wordt men steeds meer geconfronteerd met een verslavingsproblematiek. In een onderzoek van Butkus DE et al. (2001)<sup>18</sup> kwam men tot de constatering dat therapieontrouw voor de inname van immunosuppressiva voornamelijk bij patiënten met een verslaving pretransplant problematisch was. De onderzoekers raden aan om pretransplant de verslavingstoestand grondig te screenen<sup>18</sup>.

### 3.3 Sociale factoren

Sociale factoren worden - volgens Chacko RC et al. (1996)<sup>10</sup> - onderverdeeld in premorbide coping, harmonie in huwelijksleven en sociale ondersteuning. Premorbide coping bestaat uit het geschikt gebruik van medische, sociale en persoonlijke bronnen, het management van persoonlijke zaken en het behoud van primaire relaties<sup>10</sup>. De harmonie in het huwelijksleven werd onderverdeeld in 3 verschillende vormen. Het huwelijksleven werd bestempeld als niet bruikbaar - wanneer men niet gehuwd was -, goed - wanneer er geen relationele problemen waren - en slecht - wanneer er conflicten waren tussen man en vrouw<sup>10</sup>.

Sociale ondersteuning wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van een stabiele familiale of niet-familiale relatie dat dienst doet als buffer en zorgt voor assistentie om tegemoet te komen aan de noden van de patiënt. Sociale ondersteuning wordt daarnaast nog gedefinieerd als de aanwezigheid van financiële bronnen en de zorg om een gepaste logistieke ondersteuning (bvb. bij transportproblemen van en naar het ziekenhuis)<sup>10</sup>.

Het is in het volledige proces van coping van uiterste belang hoe men wordt ondersteund door de omgeving. Van belang is dan ook het feit hoe de partners van patiënten met TNF aankijken t.o.v. het ganse therapeutische gebeuren. In een onderzoek van Lindqvist et al. (2000)<sup>19</sup> werden de coping strategieën onderzocht bij partners van patiënten die behandeld werden door hemodialyse (HD), peritoneaal dialyse (PD) of een niertransplantatie hadden ondergaan. De conclusie van dat onderzoek was dat partners van transplantatiepatiënten minder fatalistisch ingesteld waren dan partners van HD- en PD-patiënten. Partners van PD-patiënten waren minder palliatief, d.w.z. de zorgen proberen te vergeten door aangename dingen te doen, bezig te blijven, beweging, te eten en te drinken.

Partners van transplantatiepatiënten hadden significant hogere waarden dan PD- en HD-partners voor de subschalen: tevredenheid met de fysieke gezondheid, emotioneel welbevinden, positief gevoel, slaapproblemen, seksueel functioneren, fysisch functioneren. Mannelijke partners hadden significant hogere waarden voor de subschaal mobiliteit dan vrouwen. In vergelijking met de algemene bevolking scoorden de partners van niertransplantatie patiënten significant hoger dan de algemene bevolking op fysisch functioneren, tevredenheid met fysieke gezondheid en slaapproblemen<sup>19</sup>.

Lindqvist et al. (2000)<sup>19</sup> maakte wel duidelijk dat de vergelijking van de niertransplantatie patiënten en de groep van partners van HD- of PD- patiënten met voorzichtigheid moet gehanteerd worden doordat de partners van de transplantatiepatiënt een stuk jonger waren.

#### 4. Demografische factoren

Het gebruiken van leeftijd als contra-indicatie voor niertransplantatie, worden door sommige onderzoekers afgewezen en door anderen aangenomen<sup>3,20</sup>. Tegenstanders zijn van mening dat het gebruik van leeftijdscriteria een vorm is van discriminatie. Voorstanders van leeftijdscriteria daarentegen, gebruiken de stijgende gezondheidskosten ter verdediging. Immers door de vergrijzing en de stijgende technologische mogelijkheden worden meer gezondheidszorgen mogelijk gemaakt voor oudere patiënten<sup>20</sup>. Leeftijdscriteria zijn vaak een vorm van "verhulde" selectie<sup>3,20</sup>.

De impact van het ras op de resultaten van niertransplantatie, werd reeds uitvoerig onderzocht. In het onderzoek van Ward HJ et al. (1987)<sup>21</sup> kwam men tot de bevestiging van reeds vroegere onderzoeken, dat de allograftfunctie posttransplant bij zwarte patiënten significant lager zijn. De reden voor het verlies van de allograft was, naast een immunologische oorzaak, voornamelijk therapieontrouw<sup>22</sup>. In een onderzoek van Seghal AR et al. (2000)<sup>23</sup> scoorden zwarten posttransplant lager op 5 klinische domeinen, zoals: anemie, hypertensie, vaatacces, dialyse-efficiëntie en therapietrouw.

Deze resultaten worden gedeeltelijk tegengesproken door een experimenteel onderzoek van Hutchings A et al. (2001)<sup>24</sup>. Het resultaat van dat onderzoek was dat de verschillen in allograftwerking posttransplant bij Afro-Amerikanen, in vergelijking met de Euro-Amerikanen, lager was door immuunprocessen en minder door socio-economische redenen en therapietrouw. Het blijkt dat er reeds veel onderzoek werd verricht om de relatie van ras op therapietrouw te onderzoeken. Het is ook van groot belang om deze relaties te kennen daar men steeds meer met verschillende rassen wordt geconfronteerd binnen Eurotransplant.

Niettegenstaande dat het allocatiesysteem voor organen gebaseerd is op billijkheid, bevestigen veel studies dat vrouwen minder snel aanvaard worden voor niertransplantatie. De reden voor deze ongelijkheid in geslacht, is onbekend<sup>25</sup>. Garg PP et al. (2000)<sup>25</sup> vond dat vrouwen minder geactiveerd worden om op de wachtlijst voor niertransplantatie te komen dan mannen. Deze negatieve associatie tussen het vrouwelijk geslacht en de duur voor de inschrijving op de wachtlijst, werd zowel teruggevonden bij kinderen als volwassenen. Er is een grotere aandacht nodig om vrouwen sneller te motiveren tot niertransplantatie<sup>25</sup>. Naast het feit dat vrouwen minder snel worden toegelaten worden voor transplantatie, vond Seghal R et al. (2000)<sup>23</sup> dat vrouwen posttransplant langer gehospitaliseerd werden, meer anemie vertoonden, een grotere kans hadden op ondervoeding alsook een lagere levenskwaliteit percipieerden dan mannen.

Informatie over de allograftfunctie bij niertransplantatiepatiënten, die in het verleden behandeld werden door HD of PD, is beperkt en conflictueus. Bleyer AJ et al. (1999)<sup>26</sup> heeft een comparatief, retrospectief onderzoek uitgevoerd op patiënten die een niertransplantatie hadden ondergaan en dialyseafhankelijk waren op het moment van de transplantatie. De resultaten van het onderzoek was dat PD-patiënten minder oligurie hadden dan HD-patiënten. Ook de nood aan dialyse in de eerste week posttransplant was hoger bij HD-patiënten. Het voorkomen van acute resectie was identiek tijdens de hospitalisatieperiode<sup>26</sup>. Deze resultaten veronderstellen dat er een relatie is tussen HD en laatijdig functioneren van de allograft.

Naast het type van behandelingsmodaliteit is het pre-emptief karakter – de patiënten transplanteren vooraleer dialyse vereist is - ook van belang<sup>27</sup>. In een retrospectief onderzoek verricht door Papalois VE et al. (2000)<sup>27</sup> kwam men tot de bevinding dat de

5-jaarsoverleving bij patiënten die getransplanteerd werden vooraleer men dialyse nodig had, significant hoger was. De therapietrouw bij deze groep van patiënten was niet hoger dan patiënten die voor hun transplantatie gedialyseerd werden. Naast donorspecifieke variabelen, had ook het dialysecentrum een effect op therapie-trouw<sup>28</sup>. Het ene centrum zorgt immers voor een betere opvang en voorbereiding op niertransplantatie, dan andere centra.

## 5. Discussie

Psychosociale criteria worden door vele centra gebruikt, maar zijn nog niet systematisch beschreven. Zelfs voor sommige criteria waarbij er een generale consensus bleek te zijn, waren de meningen van de minderheid toch verrassend. Sommige centra zagen huidige zelfmoordideeën, dementie en zware vormen van mentale retardatie als irrelevant. Het juist en fair toekennen van een transplantatienier kan niet gebeuren wanneer er een grote variatie bestaat in het gebruik van psychosociale criteria. Door de vooruitgang van de medische technologie is het ook moeilijk om permanente psychosociale criteria op te stellen<sup>9</sup>. Doordat er een invloed is van psychiatrische aandoeningen op de fysische conditie, zoals complicaties, aan- of afwezigheid van postoperatieve resectie, moeten deze psychiatrische problemen op geregelde tijdstippen geherwaardeerd worden<sup>9</sup>.

Men moet ook voorzichtig zijn wanneer men het verwachte halfleven van de transplantatienier vergelijkt tussen de verschillende centra. De ene centra hanteren meer liberale screeningscriteria dan andere<sup>29</sup>. Daarenboven kan de voorbereiding en opvang van de patiënten voor niertransplantatie verschillen tussen centra<sup>28</sup>. Er bestaat ook geen eenduidigheid over de professionele werker die de psychosociale screening moet uitvoeren. Bij vele niertransplantatieprogramma's gebeurt de psychosociale screening door een sociale verpleegkundige of maatschappelijke assistent(e). Een betere oplossing hiervoor is dat de psychosociale screening in multidisciplinaire besprekingen zou gebeuren. Hierdoor kunnen de unieke vaardigheden en perspectieven van iedere gezondheidswerker aan bod komen. De studies die in dit overzichtsartikel gebruikt werden, zijn voornamelijk beschrijvend van design. De resultaten van deze onderzoeken moeten dan ook met de nodige voorzichtigheid gehanteerd worden en niet veralgemeend.

Er bestaat ook weinig informatie over de validiteit en betrouwbaarheid van de beschreven psychosociale criteria. Over de externe validiteit kunnen er vragen gesteld worden. Van de 31 besproken studies, hebben er 28 een setting buiten Europa<sup>1-2,5-19,21-31</sup>. Andere factoren komen daarbij ook aan bod zoals financiële problemen, terwijl deze problemen in België bijna volledig worden opgevangen door de ziekteverzekering. In een systematisch onderzoek van Dobbels F et al. (2001)<sup>4</sup> werd onder andere therapieontrouw binnen de verschillende orgaantransplantaties, zoals lever-, hart- als niertransplantatie, onderzocht. Dit literatuuroverzicht is echter volledig toegespitst op niertransplantatie. De reden hiervoor is dat men in de literatuur veel vergelijkende onderzoeken uitvoert, over de verschillende transplantatietypes heen, omdat men er vaak vanuit gaat dat deze groepen patiënten gelijkaardig gedrag vertonen. Het transponeren van onderzoeksresultaten van een groep transplantatie patiënten op een andere moet met de nodige voorzichtigheid gebeuren. Hiervoor is specifiek onderzoek nodig binnen al deze vormen van orgaantransplantatie.

Transplantatiepopulaties verschillen vaak van elkaar. Niertransplantatiepatiënten zijn vaak ouder, alleenstaand en hebben een lager opleidingsniveau. Terminale nierinsufficiëntie gaat vaak gepaard met een verlaagd toekomstperspectief waardoor waarschijnlijk een hogere graad van depressie. Doordat deze groep van patiënten meestal uit een lagere inkomensklasse komen, worden zij vaak geconfronteerd met financiële problemen tijdens de dialyseperiode. De kostprijs van de medicatie, onderzoeken, vervoer van en naar dialyse kunnen oplopen tot 500 euro per maand en zijn door de patiënt te betalen. Soms induceert dit bij deze groep van patiënten therapieontrouw. Na transplantatie vervallen de redenen voor therapieontrouw

grotendeels. Dit kan de reden zijn waarom sommige hulpverleners zelfs bij ernstige vormen van therapieontrouw in dialyse geen bezwaren zien voor transplantatie van een nier.

Bij het onderzoek van Varekamp I et al. (1996)<sup>3</sup> kan men bij de conclusie van enkele hulpverleners ook vragen stellen naar de eerlijkheid van hun visie op orgaanallocatie. Enkele hulpverleners waren immers van mening dat patiënten met een psychiatrische aandoeningen, afhankelijk van de ernst, afgewezen konden worden voor niertransplantatie omdat zij niet in staat zouden zijn tot het vertonen van therapietrouw gedrag na transplantatie. Vaak echter hebben deze patiëntengroepen in België een sterk uitgebouwde mantelzorg of verblijven ze in een instelling met permanente begeleiding en ondersteuning.

## 6. Besluit

Door het versoepelen van de medische exclusiecriteria, komen steeds meer patiënten in aanmerking voor een niertransplantatie. Hierdoor kunnen "minder" geschikte patiënten ook een niertransplantatie ondergaan. Niettegenstaande dat niertransplantatie meer effectief en goedkoper is dan dialyse, zal de kosteneffectiviteitanalyse bij een groep van minder geschikte transplantatiepatiënten aanzienlijk lager zijn. Psycho-sociale factoren spelen een steeds groter wordende rol in het screeningsproces voor niertransplantatie. Echter in verschillende centra en verschillende landen binnen dezelfde uitwisselingsorganisatie worden vaak verschillende criteria gehanteerd. Het ideale is dan ook dat er een éénduidig screeningsproces kan gehanteerd worden binnen één en dezelfde organisatie voor orgaanallocatie, zoals bijvoorbeeld Eurotransplant. Hierbij is de ontwikkeling van een betrouwbaar en valide screenings instrument onontbeerlijk.

Inspanningen om predictieve karakteristieken voor therapieontrouw samen te stellen hebben niet geleid tot uitgebreid geaccepteerde richtlijnen voor exclusie van patiënt voor transplantatie. Wanneer hulpverleners – artsen, sociale assistenten, verpleegkundigen, transplantatiecoördinatoren – worden ondervraagd over absolute exclusiecriteria, zijn dit voornamelijk het voorkomen van hart- en vaataandoeningen, kwaadaardige tumoren, actieve infectieziekten en overgewicht<sup>3</sup>. Er is geen consensus over het gebruik van therapietrouw als exclusie criterium voor niertransplantatie. Zelfs bij ernstige vormen van therapieontrouw zagen sommige ondervraagde hulpverleners geen bezwaren voor transplantatie<sup>3</sup>.

Patiënten die een psychiatrische aandoening hadden, zwakzinnig of dement zijn, konden afhankelijk van de ernst van de aandoening afgewezen worden<sup>3</sup>. Het belangrijkste argument hiervoor was dat de therapietrouw onvoldoende was of dat dit een te zware belasting zou zijn voor de patiënt. Volgens de meeste hulpverleners is er geen officiële leeftijdsgrens meer voor transplantatie. Sommigen hanteren wel een levensverwachting van minimum 5 jaar als absolute ondergrens<sup>3</sup>.

De hulpverleners vonden zelf dat een screeningsproces niet 100% objectief is<sup>3</sup>. Ook vond er "verhulde selectie" plaats, waarbij aan bepaalde patiënten niertransplantatie als therapeutische optie niet eens werd voorgesteld op basis van niet-medische redenen. In een onderzoek van Nyberg G et al. (2001)<sup>30</sup> waarbij 12 casussen van kandidaat niertransplantatiepatiënten werden voorgelegd aan 40 nefrologen, werden slechts 5 casussen door 75% van de artsen identiek beoordeeld. Hieruit blijkt nog hoe moeilijk het is om patiënten objectief te screenen.

Holley JL et al. (1998)<sup>31</sup> vonden dat de helft van de patiënten op basis van medische criteria niet werden toegelaten voor transplantatie. In ongeveer 30% van de gevallen gebeurde de exclusie op basis van het voorkomen van therapieontrouw. Wat opvallend was dat 25% van de patiënten weigerden een niertransplantatie te ondergaan na een infosessie over niertransplantatie. De reden voor de weigering werd niet in vraag gesteld. De reden is waarschijnlijk dat sommige patiënten, voornamelijk alleenstaande

patiënten, zich zeer goed voelen met de dialyse. De dialyse is voor deze patiënten vaak de enige vorm van sociaal contact.

Het is duidelijk dat screening op basis van psychosociale criteria niet eenvoudig is, juist door de ethische consequenties die samenhangen met een weigering van een patiënt voor transplantatie. Interdisciplinaire samenwerking is dan ook aangewezen om het evaluatieproces te verbeteren. Het is immers van het grootste belang voor de patiënt dat de transplantatietoewijzing juist en eerlijk gebeurt.