

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3126

Vragen van het lid **Rutte** (VVD) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het aantal orgaantransplantaties in 2015* (ingezonden 24 juni 2016).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 8 juli 2016).

Vraag 1

Kent u het jaarverslag 2015 van de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS)?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Hoe beoordeelt u de daling van het aantal heartbeating donoren (16%) in 2015 ten opzichte van 2014?

Antwoord 2

Ziekenhuizen melden heartbeating (HB) donoren aan bij de NTS. Het aantal HB donoren dat uiteindelijk in aanmerking kon komen voor orgaandonatie schommelt in de periode 2011–2015 tussen de 110 en 150 met een gemiddelde van 124. In 2014 zijn bij de NTS 154 heartbeating (HB) donoren aangemeld waarvan 150 donoren in aanmerking kwamen voor een orgaandonatie. In 2015 zijn 130 HB donoren aangemeld waarvan 126 donoren in aanmerking kwamen voor een orgaandonatie. In het jaar 2014 bleek een bovengemiddeld aantal HB donoren (150) geschikt te zijn voor donatie en in 2015 bleek het aantal geschikte HB donoren rond het gemiddelde te liggen met 126.

Tot op heden is niet duidelijk waardoor deze schommeling wordt veroorzaakt. Op deze kleine aantallen per jaar speelt toeval waarschijnlijk een rol. Substitutie van heartbeating met non-heartbeating orgaandonatie is onderzocht, maar is tot op heden niet aangetoond.

¹ <http://www.transplantatiestichting.nl/winkel/nts-jaarverslag-2015>

Vraag 3

Hoe kan de schommelende trend van heartbeating donoren worden gekeerd, zodat het aantal succesvolle transplantaties met heartbeating donoren structureel toeneemt? Welke rol kunnen nieuwe technieken, zoals perfusie, hierin spelen?

Antwoord 3

Er is pas sprake van heartbeating donoren wanneer patiënten in het ziekenhuis overlijden als gevolg van hersendood. Mocht een patiënt onverhoopt komen te overlijden als gevolg van een hersendood en deze was bereid tot het doneren van zijn organen en weefsels, dan pas zal deze patiënt als heartbeating donor bij het NTS worden aangemeld. Bij een aantal van deze aangemelde donoren kwam het niet tot transplantatie, bijvoorbeeld als gevolg van (een combinatie van factoren zoals) de leeftijd van de donor, de doodsoorzaak, de gezondheid voorafgaand aan het overlijden of medicijngebruik. In een enkel geval zou perfusie kunnen helpen. Dit is echter nog niet mogelijk voor alle organen. De ontwikkeling van mogelijkheden met perfusietechnieken heeft de aandacht van diverse onderzoekers.

Vraag 4

Wat vindt u van de zeer grote verschillen tussen centra in 2015 als het gaat om het aantal transplantaties met nieren, afkomstig van levende donoren?

Antwoord 4

Dit is een logisch gevolg van de verschillende aantallen nierpatiënten per centrum. Gelijksoortige verschillen zijn zichtbaar tussen centra in het aantal transplantaties met postmortale donoren en het aantal patiënten op de wachtlijst. Dit heeft te maken met de grootte van adherentiegebieden. Adherentiegebieden zijn verzorgingsgebieden waarin sprake is van een nauwe samenwerking tussen dialysecentra en universitair medisch centra. Nederland is op deze manier ingedeeld in bepaalde regio's en deze kunnen onderling in grootte en aantal centra van elkaar verschillen.

Vraag 5

Hoe zijn de zeer grote verschillen tussen de centra – waar Rotterdam en Groningen bovengemiddeld goed scoren en Utrecht en Maastricht achterblijven – te verklaren? Kan een verklaring voor deze verschillen liggen in de mate van inzet op vroegtijdige nierdonatie bij leven? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 5

De grote verschillen zijn gedeeltelijk te verklaren door de grootte van de adherentiegebieden, zie ook mijn antwoord op de vorige vraag. Ik neem aan dat de vragensteller met vroegtijdige nierdonatie een pre-emptieve niertransplantatie bedoelt. Pre-emptieve niertransplantatie is een niertransplantatie voordat de ontvanger start met een nierdialyse. Alle transplantatiecentra zetten in op een pre-emptieve niertransplantatie en bespreken de optie van pre-emptieve niertransplantatie met de patiënten. In de praktijk blijkt ongeveer de helft van de niertransplantaties met nieren van levende donoren pre-emptief te zijn. Een pre-emptieve niertransplantatie blijkt niet altijd mogelijk te zijn. Zo kunnen er geen geschikte levende donoren beschikbaar zijn. Ook moeten donoren en patiënten fit genoeg zijn zodat ze beiden geen risico lopen tijdens en na de ingreep. En verder zijn er ook patiënten die nog niet voorbereid willen worden voor een niertransplantatie.

Vraag 6

Welke maatregelen kunnen worden genomen om de grote verschillen tussen de centra te verkleinen, en het aantal transplantaties afkomstig van levende donoren structureel te verbeteren?

Antwoord 6

Ik vind dat het beleid zich niet moet richten op het verkleinen van de grote verschillen tussen de centra. Zie mijn uitleg bij vraag 4. Waar het beleid zich wel op richt is het wegnemen van onnodige barrières bij diegenen die overwegen bij leven te doneren. Hiertoe heeft VWS in 2009 de Subsidiege-

ling donatie bij leven ontworpen. Deze regeling is onlangs geëvalueerd en naar aanleiding van deze evaluatie is de regeling aangepast (zie Kamerstuk 28 140, nr. 94). De nieuwe regeling is op 1 augustus 2016 van kracht. Donoren bij leven zijn belangrijk voor nierpatiënten. Patiënten die een nier ontvangen van een levende donor hebben bovendien veel betere vooruitzichten. De levensverwachting met een nier van een levende donor is gemiddeld 20 jaar en met een postmortale nier is dit gemiddeld 10 jaar. Het is niettemin ook belangrijk dat donoren die een donatie bij leven overwegen, zorgvuldig worden begeleid en voorgelicht. De NTS geeft daarom in samenwerking met transplantatiecentra voorlichting aan potentiële donoren over donatie bij leven zodat ieder zijn eigen weloverwogen keuze hierin kan maken. Verder werken de zorgverleners, binnen het Landelijk Overleg Niertransplantaties, aan nieuwe richtlijnen en indicatoren rond donatie bij leven. De verschillen in de benadering van de donoren worden zo beter in kaart gebracht en waar mogelijk worden dezelfde grenzen gehanteerd die als medisch verantwoord kunnen worden beschouwd om bij leven een nier af te staan. Hier kan bijvoorbeeld gedacht worden aan dezelfde grenzen in leeftijd en/of gewicht van de levende donor.