

Kiezen voor levend donorschap

Levende nierdonatie

Informatiebrochure





1. Levend donorschap	4
1.1 Nood aan organen	4
1.2 Vormen van donatie.....	4
1.3 Band donor - ontvanger	5
1.4 Voorwaarden voor donor	5
1.5 Gevolgen voor donor	6
1.6 Voordelen voor donor	6
2. Ethische aspecten	7
3. Het donatieproces	9
3.1 Oppuntstelling donor	9
3.2 Beslissen	12
3.3 Zorg en opvolging donor	12
4. Voor of tegen	13
4.1 Wel kiezen	13
4.2 Niet kiezen	13
4.3 Bedenkingen	14
5. Tot slot	18
6. Het transplantatieteam	19
Contact	20

Beste mevrouw, meneer

Als u deze brochure leest, hebt u waarschijnlijk een geliefde, familielid of goede vriend of vriendin die aan nierfalen lijdt en die in dialyse is of dreigt te komen. U denkt erover na om hem of haar een nier te doneren.

Deze beslissing is een persoonlijke keuze en is vaak niet gemakkelijk. Om u bij te staan, vindt u in deze brochure meer informatie over alles wat komt kijken bij levend donorschap, en bij levende donatie van een nier in het bijzonder.

Uw arts en het donorteam staan u graag bij als u nog vragen hebt.

1. Levend donorschap

1.1 Waarom is er nood aan organen voor transplantatie?

Transplantaties van organen zoals nier, hart, long, lever en pancreas kunnen levens redden. Steeds meer patiënten komen in aanmerking voor een transplantatie. De meeste organen zijn afkomstig van overledenen. Maar omdat er minder verkeersdoden zijn, en er meer mensen sterven op latere leeftijd, zijn er minder organen van goede kwaliteit beschikbaar. Door het **tekort** aan donororganen wordt de nood aan organen almaar groter. Het gevolg zijn lange **wachlijsten** voor transplantatie.

Levende donatie is een mogelijke oplossing voor patiënten op de wachtlijst. Een nier van een levende donor is bovendien beter dan die van een overledene. De nier is in betere staat en heeft een langere levensduur.

Levende nierdonatie is wereldwijd, ook in België, een standaard ingreep geworden. Ook het transplantatiecentrum van het UZA beschikt over ruime kennis en ervaring. Jaarlijks worden in ons land zowat 500 tot 550 niertransplantaties uitgevoerd, of ongeveer 25 tot 30 donaties per miljoen inwoners. Het aantal donaties van levende patiënten komt uit op 4 transplantaties per miljoen inwoners. In Nederland ligt dat aantal zo'n zes keer hoger, tot 25 transplantaties per miljoen inwoners.

1.2 Welke vormen van levende donatie zijn mogelijk?

Levende donatie kan enkel als de **donor** (de persoon die het orgaan doneert) gezond verder kan leven na het afstaan van zijn orgaan of weefsel. Er kunnen twee soorten weefsels of organen levend gedoneerd worden:

Regenererende weefsels, zoals bloed en beenmerg, groeien na donatie weer aan bij de donor. Deze kunnen zonder problemen gedoneerd worden.

Niet-regenererende organen, zoals nier of lever, groeien daarentegen niet weer aan. Deze donatie kan dus gevolgen hebben voor de donor. Nierdonatie komt het vaakst voor. Als een nier wordt weggenomen, neemt de overblijvende nier grotendeels de taak van de weggenomen nier over.

1.3 Welke band is mogelijk tussen donor en ontvanger?

Bij **gerichte donatie** kennen de donor en de ontvanger of acceptor elkaar. Meestal zijn ze familie, bv. ouder naar kind, broer naar zus Soms zijn ze ook niet verwant aan elkaar (bv. echtgenoten, vrienden ...).

Bij **niet-gerichte donatie** helpt iemand een willekeurige persoon in nood met een donororgaan. Deze vorm van levende donatie (ook wel 'Barmhartige Samaritaan donatie' genoemd) is strikt anoniem en wordt niet in alle transplantcentra uitgevoerd.

1.4 Wie kan een levende donor worden?

Gezonde volwassenen (vanaf 18 jaar) kunnen donor worden. Er is geen maximale leeftijd. Het leeftijdsverschil tussen donor en ontvanger is best zo klein mogelijk.

Er zijn wel een aantal voorwaarden voor de donor:

- Meerderjarig zijn
- Een goede fysieke en mentale gezondheid hebben
- Gemotiveerd zijn en de nier vrijwillig afstaan
- Een uitstekende nierfunctie hebben
- Geen andere ziektes (bv. hart- en vaatandoeningen ...) hebben
- Geen risico hebben op toekomstige ziektes die de nierwerking kunnen bedreigen (bv. suikerziekte, ernstig overgewicht, hoge bloeddruk ...).
- Geen aandoening hebben die de gezondheid van de ontvanger kan belasten (bv. overdraagbare infectie ...).
- De bloedgroep en het weefseltype van de donor en de ontvanger moeten zoveel mogelijk overeenstemmen ('matchen'). Dat kan een eenvoudige bloedafname uitwijzen. Bij een grote overeenkomst (match) zal het donororgaan langer overleven bij de ontvanger.

Tegenwoordig is ook een transplantatie met een niet-matchende bloedgroep mogelijk. Maar deze ingreep is moeilijker en vergt een speciale voorbereiding bij de ontvanger.

1.5 Welke gevolgen heeft levende donatie voor de donor?

Het effect van levende donatie op de donor hangt af van het orgaan dat wordt gedoneerd. De donatie van een nier geeft geen gezondheidsproblemen als de donor gezond is, tenzij de resterende nier onvoorzien beschadigd raakt (bv. na ernstig verkeersongeval) of als de donor later een onvoorziene ziekte krijgt.

De nier wegnemen bij levende donatie duurt ongeveer 2 uur. Dit gebeurt meestal via een sleutelgatoperatie (of kijkoperatie), langs een opening in de buik van een 7-tal centimeter. De donor blijft na de operatie nog een vijftal dagen in het ziekenhuis. Zoals bij elke operatie zijn er verwikkelingen mogelijk, maar ze zijn zeldzaam. Normaal kan de donor zijn normale activiteiten en werk hervatten na 4 tot 10 weken (dit hangt af van hoe fysiek zwaar zijn/haar werk is).

1.6 Is er ook een voordeel voor de donor?

De overgrote meerderheid (>90%) van levende donoren zijn tevreden over hun donatie en zouden het ook opnieuw doen. Zij hebben het gevoel van *'iets goeds gedaan te hebben voor een ander'*, *'iets belangrijks betekend te hebben voor de ontvanger'*. Ze hebben vaak ook een beter zelfbeeld, vooral als de transplantatie succesvol was.

Het kan voor de donor ook een voordeel zijn als de ontvanger hierdoor een betere gezondheid en levenskwaliteit heeft, bv. als een partner weer tijd heeft voor gezinsactiviteiten doordat er geen dialyse meer nodig is, of omdat er nu meer vakantiemogelijkheden zijn.

2. Ethische aspecten

Ethiek gaat over persoonlijke meningen en ideeën, waarden en gedragsregels in de maatschappij. Levende nierdonatie roept ethische vragen op omdat de ingreep ook een invloed heeft op de donor. De donatie levert hem immers geen (rechtstreeks) voordeel op en kan zelfs een risico voor zijn gezondheid vormen.

Daarom houden we bij levende donatie rekening met de volgende ethische principes:

> Levende donoren moeten fysiek en mentaal gezond zijn

> Levende donatie moet een zuiver altruïstische (belangeloze) daad zijn

De donor mag niet uit zijn op een rechtstreekse of onrechtstreekse beloning. Wereldwijd gebeuren er heel wat *onethische* praktijken. Op internet worden organen van levende donoren aangeboden van onduidelijke oorsprong. Soms bieden donoren ook rechtstreeks hun organen aan. Bij deze *commerciële* levende donatie willen zowel het centrum als de donor geld krijgen van de ontvanger.

Deze praktijken zijn ontoelaatbaar om meerdere redenen:

- Zij richten zich tot een selecte bevoordeelde groep ontvangers (meer vermogende ontvangers en ontvangers met internettoegang ...).
- Er is een duidelijk commercieel doel: men streeft naar winst.
- Men houdt geen rekening met wie de organen het meest nodig heeft.
- Er is geen garantie over het welzijn en de gezondheid van de donor.

Op de 'zwarte markt' verkopen mensen in ontwikkelingslanden hun organen aan rijkere buitenlanders die zo de wachtlijst in hun eigen land voorbijsteken. De donoren, meestal arm en kansloos, worden op die manier uitgebuit. Vaak krijgen zij geen volledige medische oppuntstelling voor de donatie, waardoor hun risico op complicaties niet correct ingeschat kan worden. Dit kan ook een risico betekenen voor de ontvanger (overdracht van infectieziektes zoals tuberculose). Ten slotte is er geen garantie dat deze donoren ook na de ingreep goed opgevolgd worden.

› De beslissing tot donatie moet vrijwillig zijn

De ontvanger of de omgeving mag geen emotionele druk of dwang uitoefenen. Zij mogen geen (al dan niet financiële) compensatie aanbieden.

› De donor moet over de voor- en nadelen van levende donatie voor hemzelf geïnformeerd zijn

De donor moet weten dat levend donorschap weerslag kan hebben op zijn fysieke en mentale gezondheidstoestand. Hij moet de voor- en nadelen goed afwegen.

Levende donatie is enkel verantwoord als:

- De kans groot is dat de donatie resulteert in een succesvolle transplantatie, dus wanneer het orgaan langdurig en goed functioneert bij de ontvanger.
- Er slechts een beperkt risico is voor de fysieke en geestelijke gezondheid van de donor, zowel kort na de ingreep, als op langere termijn.
- De risico's van de ingreep bij de donor afgewogen zijn tegenover de voordelen van de transplantatie voor de ontvanger. Het welzijn van de donor blijft het belangrijkste. De arts die de donor begeleidt moet het risico inschatten en de donor hierover goed informeren.

› De donor heeft altijd het recht om zijn beslissing te herzien

Hij mag dus ook altijd zijn oorspronkelijke toestemming weer intrekken en hoeft daarvoor geen verantwoording af te leggen.

› De donor kan niet aandringen op aanvaarding van zijn orgaan

De behandelende arts van de ontvanger moet nagaan of de ontvanger bereid is om een nier uit levend donorschap te ontvangen. Als de ontvanger geen donororgaan wilt ontvangen van één welbepaalde donor, zal deze keuze gerespecteerd worden en blijft de ontvanger op de overleden donor wachtlijst staan. Een levende donortransplantatie kan nooit geforceerd worden.

3. Het donatieproces

3.1 Oppuntstelling van de donor

De donor-**oppuntstelling** is de voorbereiding van de donor: een complex proces dat wel wat tijd in beslag neemt.

› Donorbegeleidingsteam

De oppuntstelling gebeurt door het donorbegeleidingsteam:

- de arts ('donor advocate')
- de transplantatiecoördinator
- een psycholoog/sociaal werker
- eventueel een psychiater, transplantatiechirurg en diëtist

De arts vormt de begeleider, vertrouwenspersoon en 'verdediger van de belangen' van de donor. Hij wordt om die reden ook wel 'donor advocate' genoemd. Hij coacht de donor - onafhankelijk van de ontvanger - bij het vinden van de beslissing die voor de donor het meest optimaal is (hetzij doneren, hetzij niet doneren).

De relatie tussen de kandidaat-donor en zijn arts en het team is strikt vertrouwelijk. Informatie wordt nooit rechtstreeks aan de ontvanger doorgegeven. Bij een negatieve beslissing geeft de behandelende nefroloog op tactvolle wijze deze info aan de ontvanger. De precieze reden wordt normaal nooit aan de ontvanger medegedeeld. De kandidaat-donor mag dit natuurlijk wel zelf openlijk met 'zijn' ontvanger bespreken.

› Informatief gesprek

Tijdens een gesprek met zijn arts krijgt de kandidaat-donor informatie over de voor- en nadelen van donatie, over het verloop van het donorproces ... De arts polst naar de motivatie en de medische geschiktheid van de donor. Er kunnen al onmiddellijk contraindicaties naar voor komen die levend donorschap in de weg staan (zoals suikerziekte). Dan stopt het donorproces na deze eerste stap. Hierna vindt u de belangrijkste redenen waarom iemand niet of niet zomaar als donor in aanmerking komt.

Medische situaties die niet compatibel zijn met levend donorschap:

- zeer hoge leeftijd
- zeer ernstig overgewicht
- slechte nierwerking, (familiale) nierziekte
- abnormale anatomie van de nieren of de nierbloedvaten
- actief drug- of alcoholmisbruik
- zwangerschap*
- suikerziekte
- verhoogde bloeddruk (niet onder controle)
- meerdere episodes van symptomatisch niersteenlijden
- (eerdere) kwaadaardige aandoening
- ernstige reumatische aandoening
- afhankelijkheid van pijnstillende medicatie
- chronische infectie
- voorgeschiedenis van ernstig hartlijden, bloedvatlijden, leverlijden en/of longlijden
- verhoogde stolbaarheid van het bloed

> Verdere onderzoeken

De verdere stappen van de donoroppuntstelling zijn:

- Een bloedtest. Stemmen de bloedgroepen van de donor en de ontvanger overeen? Heeft de ontvanger afweerstoffen (antilichamen) die afstoting van het donororgaan na transplantatie kunnen veroorzaken?
- Een onderzoek naar de motivatie en de mentale en psychische toestand van de donor. Maakt de donor de keuze goed geïnformeerd en uit vrije wil? Is er geen emotionele druk/dwang? (bv. een moeder die aandringt dat haar dochter een nier afstaat aan haar zieke jongere broer ...) Of een onterecht gevoel van verplichting om te doneren ('ik kan toch niet anders ... want ik ben de enige medisch geschikte bloedverwant' ...) De donatie mag de mentale gezondheid van een kandidaat-donor niet aantasten (bv. risico op depressie ...).

- Een onderzoek naar de sociale en financiële toestand van de donor door de sociaal werker. Kan de donor na de operatie op emotionele en praktische steun rekenen (bv. donor met kleine kinderen zonder partner)? Wat zijn de financiële gevolgen van de tijdelijke arbeidsonbekwaamheid voor de donor en zijn gezin? Heeft het werkverlet geen belangrijke professionele gevolgen (gemiste carrière-kansen ...)? Ook de medische onkosten worden vooraf besproken.

> Medische onderzoeken

Vormt de donatie geen problemen voor de gezondheid van de donor op korte (risico van de operatie) en lange (risico op nieraandoening) termijn? Is er een risico voor de gezondheid van de ontvanger (bv. overdraagbare infecties)? Hier vindt u een overzicht van deze medische onderzoeken. Soms worden er nog onderzoeken aan toegevoegd.

Medische onderzoeken bij de donor:

- fysiek onderzoek (bloeddruk, gewicht, ...)
- bloedonderzoek (nierwerking, stolling, virussen, cholesterol, suiker, ...)
- urine onderzoek
- Chroom EDTA nierfunctie meting
- echografie van de nieren
- electrocardiogram (hartritme) & echocardiogram (hartfunctie)
- foto van hart en longen
- CT / magneetscanner van de nieren
- soms: onderzoek naar werking van rechter en linker nier afzonderlijk
- soms: nazicht van de anatomie van de bloedvaten van de nier

Deze onderzoeken kunnen gezondheidsgegevens aan het licht brengen die in het voordeel, maar ook in het nadeel van de donor kunnen spelen. Als bijvoorbeeld een hoge bloeddruk ontdekt wordt, kan die vroegtijdig behandeld worden. Maar het kan ook zijn dat een toekomstige verzekeringspremie van de donor verhoogd wordt, of dat bepaalde risico's niet gedekt zullen worden (bv. bij een nieuwe arbeidsongeschiktheidsverzekering, of hospitalisatieverzekering ...)

* toekomstige zwangerschapswens is geen tegenaanwijzing voor levend donorschap: het risico op complicaties bij foetus/moeder is minimaal tot niet verhoogd, en is niet hoger dan in de algemene populatie

3.2 De beslissing nemen

› De bespreking van de onderzoeksresultaten

De arts en de kandidaat-donor bespreken de resultaten van de medische onderzoeken in meerdere vertrouwelijk gesprekken. Ook de visie van het donor-begeleidingsteam rond de geschiktheid van de donor wordt toegelicht. We proberen een akkoord te bereiken tussen team en donor. Een kandidaat-donor kan nooit aandringen om aanvaard te worden als levende donor. Hij kan wel elders een tweede mening vragen.

› Bedenkperiode

Het is uiterst belangrijk dat een kandidaat-donor zelf een weloverwogen beslissing neemt, zonder beïnvloeding door anderen. Hij krijgt bedenktijd en beslist of hij al of niet definitieve toestemming geeft. Dan tekent hij zijn akkoord tot donatie en operatie. Ook de ontvanger moet zijn toestemming geven om het donororgaan te ontvangen vooraleer de operatie kan doorgaan.

De kandidaat-donor heeft steeds het recht om zijn beslissing te herzien. Op vraag van de donor kan zo nodig een medische reden gegeven worden, bijvoorbeeld om conflicten te vermijden.

› Datum

Ten slotte wordt een datum voor de ingreep vastgelegd. De kandidaat-donor heeft tot op zekere hoogte inspraak wat betreft de timing van de operatie (bv. juist wel of juist niet tijdens vakantieperiodes ...).

3.3 Zorg en opvolging van de donor

Het transplantatiecentrum zorgt voor de medische en psychische opvolging van de donor na donatie. In het eerste jaar na donatie zijn er enkele controle-raadplegingen bij de transplantchirurg en nefroloog: dit wordt dan afgebouwd naar 1 keer per jaar (of vaker bij problemen).

De arts-begeleider blijft ook achteraf betrokken bij de opvolging van de donor.

4. Waarom wel of niet kiezen voor levende donatie

Mensen kunnen tot verschillende beslissingen komen over al of niet levende donor willen zijn. Enkele redenen.

4.1 Wel kiezen voor levend donorschap:

- De levende donatie verbetert de levenskwaliteit van de ontvanger. Het beperkte risico voor de donor weegt niet op tegen de verbeterde levenskwaliteit van de ontvanger.
- Een orgaan van een familielid vergroot de kans op een match (betere weefsel-overeenkomst).
- De transplantatie kan onmiddellijk na de donor ingreep gebeuren, waardoor het orgaan meestal onmiddellijk begint te werken.
- Organen van levende donoren werken meestal beter en langer dan die van overleden donoren.
- De operatie kan ingepland worden op een optimaal tijdstip. Als de operatie gepland wordt op het moment dat de nierfunctie wegvalt, wordt dialyse overbodig. Dit noemen we preëemptieve niertransplantatie, en is de beste oplossing voor de ontvanger (geeft de beste en langste overleving van het transplant orgaan).
- Levend donorschap kan een meerwaarde betekenen, ook voor de donor.

4.2 Niet kiezen voor levend donorschap:

- Het is niet zeker dat het donororgaan aanslaat bij de ontvanger of dat er nooit afstoting zal zijn.
- De vooronderzoeken voor de donor duren een tijd. Na de operatie kan hij enkele weken zijn normale (beroeps-)leven niet uitvoeren.
- Zoals bij elke operatie zijn er bepaalde risico's. Hoewel ze klein zijn (vooral wat betreft ernstige complicaties), is het risico niet nul.
- De relatie tussen donor en ontvanger kan achteraf veranderen.
- De voorbereiding en ingreep hebben een (beperkte) medische kost voor de donor. Ook nadien kan de wegname van een nier leiden tot meerkosten, bv. bij het aangaan van nieuwe verzekeringcontracten (schuldsaldo- of hospitalisatieverzekering).

4.3 Belangrijke bedenkingen

Niet alle patiënten ervaren dialyse als een inbreuk op hun levenskwaliteit. Sommigen combineren een leven aan dialyse met een gelukkig professioneel en familiaal leven.

Maar voor vele anderen is een donornier, zeker van een levende donor, juist wel een belangrijke verbetering in hun leven. Hun levensverwachting verhoogt en ze zijn niet langer afhankelijk van dialyse. Ze kunnen opnieuw een actiever leven leiden. Zij zijn ook niet meer gebonden aan het vaak strenge dieet. Kortom, hun leven wordt een stuk 'normaler' en aangenamer.

Voor sommigen voelt de beslissing tot levende donatie aan als iets 'vanzelfsprekends'. Anderen zijn niet bereid om zo'n gift bij leven te doen. Voor sommigen is het dan weer een zeer moeilijke beslissing. Nog anderen voelen zich moreel verplicht of ondervinden druk vanuit hun omgeving om te doneren ...

U hebt ten allen tijde het recht om te beslissen om niet te doneren, ook als u eerst wel overtuigd was. U hoeft zich hierover niet schuldig te voelen en bent aan niemand verantwoording schuldig. Het is en blijft uw beslissing. Denk wel goed na vooraleer u zich kandidaat stelt als levende donor, om te vermijden dat u een dierbare valse hoop geeft.

Wat uw beslissing ook is, het is van groot belang dat u beseft dat u, **en alleen u**, deze beslissing kan nemen. De informatie die volgt kan u hierbij helpen.

U zou voor uzelf een antwoord moeten vinden op de volgende vragen.

› Vraag 1: Ben ik voldoende geïnformeerd over donatie bij leven?

Sommige mensen hebben nood aan veel informatie, anderen misschien net niet. In elk geval moet u wel het gevoel hebben dat u voldoende informatie hebt gekregen om uw beslissing te kunnen nemen. U zal trouwens – als u uiteindelijk kiest om levende donor te worden – een document moeten ondertekenen waarmee u bevestigt dat u voldoende geïnformeerd bent over de voordelen, nadelen en risico's op korte en lange termijn.

Informatiebrochures, het internet, maar vooral gesprekken met leden van het donorbegeleidingsteam en uw arts zijn waardevolle informatiebronnen. U kan ook overleggen met een nierdonor die zijn persoonlijke ervaringen met u wilt delen.

Checklist of u voldoende geïnformeerd bent

- Ik weet wat de voordelen van niertransplantatie en van transplantatie met een levende donornier zijn voor mijn ontvanger
- Ik weet wat de kans op succes is van een levende donorniertransplantatie voor mijn ontvanger
- Ik weet welke onderzoeken ik zal ondergaan om te zien of ik geschikt ben om een nier te doneren bij leven
- Ik weet hoe de operatie verloopt; hoe lang ik in het ziekenhuis moet blijven; en hoelang de herstelperiode na de operatie zal zijn. Ik weet hoe lang ik arbeidsongeschikt zal zijn.
- Ik weet wat de risico's zijn van het doneren van een nier bij leven en ken de mogelijke gezondheidsrisico's alsook de mogelijke psychologische gevolgen.
- Ik weet wat de verschillende onderzoeken mij (financieel) zullen kosten.

› Vraag 2: Ben ik er emotioneel klaar voor?

Misschien bent u opgewonden over de mogelijkheid van levende donatie en kijkt u er sterk naar uit. Maar het kan u ook angstig maken. U moet alleszins volgende vragen overdenken:

- Hoe sta ik tegenover donatie van een orgaan bij leven in het algemeen en voor mezelf?
- Welke impact verwacht ik van deze donatie op de relatie met de ontvanger? Wat verwacht ik van hem in ruil voor deze gift?
- Wat zou het voor mij betekenen als de transplantatie mislukt en/of mijn nier het bij mijn ontvanger niet lang goed doet?
- Wat zou ik ervan denken als het verlies van het orgaan komt doordat mijn ontvanger er geen zorg voor draagt? Bv. als hij zou roken of zijn afstotingsonderdrukkende medicatie niet correct inneemt?
- Heb ik mijn plan tot doneren besproken met mijn partner of geliefde, en steunt hij/zij mij in mijn beslissing, of ontstaat hierbij misschien een conflict?

› Vraag 3: Ben ik er praktisch klaar voor?

- Wie neemt mijn taken in het huishouden tijdelijk over, gedurende mijn revalidatieperiode na de operatie?
- Is mijn werkgever op de hoogte van mijn tijdelijke afwezigheid? Ontstaat hier mogelijk een conflict?
- Loop ik veel inkomsten mis tijdens mijn werkverlet, en is dit belangrijk voor mij?
- Steunen familie en/of vrienden mij bij wat zal komen, en zullen ze mij helpen in de periode na de operatie?

› Vraag 4: Ben ik er fysiek klaar voor?

Met een aantal maatregelen kan u zich optimaal voorbereiden voor een heelkundige ingreep zoals een levende nierdonatie. Deze maatregelen zijn ook nadien goed voor mijn gezondheid:

- Gezonde voeding, veel fruit en groenten, geen overmaat aan zout, een caloriebeperkend dieet bij overgewicht, extra opletten voor (verzadigde) vetten bij een minder goed bloedvetgehalte (cholesterol)
- Dagelijks minstens 30 minuten lichaamsbeweging
- Stoppen met roken (een noodzaak!), matig en verstandig alcoholgebruik

› Vraag 5: Ben ik er spiritueel klaar voor?

De meeste religies zijn niet gekant tegen orgaandonatie en stellen dat deze beslissing binnen de persoonlijke levenssfeer ligt. Toch wilt u hierover misschien ook overleggen met een geestelijke.

› Vraag 6: Voel ik me wel goed bij mijn beslissing tot doneren?

Misschien bent u de enige in de omgeving van de ontvanger die in aanmerking komt als donor. Soms vallen eventuele andere kandidaten af om medische redenen of omwille van een te groot verschil in leeftijd of weefseltype. Mogelijk bent u dan - technisch gezien - de meest geschikte van alle kandidaat donoren. Dit kan druk zetten op uw beslissing, zeker als het dringend is. Uw beslissing om te doneren mag echter geen toegeving zijn aan externe druk of te grote verwachtingen van anderen.

Het kan zinvol zijn om met iemand buiten uw familiekring te bespreken of de beslissing wel de beste keuze is voor u. Uiteraard kan uw *arts-begeleider* u hierbij ook helpen, en indien nodig kan hij - om conflicten te vermijden - naar de buitenwereld een medische reden opgeven die uw *niet*-donatie 'verantwoordt'.

› Vraag 7: Wat zijn mijn rechten als levende donor en begrijp ik deze?

- U hebt recht op informatie over wat levende donatie precies inhoudt, de mogelijke gevolgen voor uw gezondheid (zowel op korte termijn alsook op lange termijn), en over de psychische en sociale gevolgen;
- U hebt recht op informatie over de medische vooruitzichten van de ontvanger na zijn transplantatie;
- Deze medische informatie wordt u verstrekt door een arts, onafhankelijk van de ontvanger (uw 'levendedonor-advocaat');
- U hebt recht op strikt medisch geheim voor alle medische en niet-medische informatie die uw levendedonor-advocaat verkrijgt uit overleg of de onderzoeksresultaten. Deze informatie bereikt de ontvanger nooit (wat niet wil zeggen dat u niet zelf informatie met hem mag delen)
- U hebt recht op voldoende bedenktijd voor het nemen van uw beslissing
- Ten slotte, u hebt recht om te beslissen tot NIET doneren, te allen tijde.

5. Tot slot

Wij hopen dat u in deze brochure antwoorden vond op een aantal vragen die u helpen bij het nemen van uw beslissing. Hebt u nood aan meer informatie, dan kunt u contact opnemen met uw arts of een lid van het transplantatieteam.

6. Het transplantatieteam

Nefrologen/internisten

- Prof. dr. Daniel Abramowicz (diensthoofd)
- Prof. dr. Jean-Louis Bosmans (kliniekhofd)
- Prof. dr. Mileine Couttenye (kliniekhofd)
- Dr. Rachel Hellemans (senior stafid)
- Dr. Amaryllis Van Craenenbroeck (stafid)
- Dr. Mark Helbert (consulent)
- Dr. Annelies Van den Driessche (consulent)

Pediater-nefrologen

- Prof. dr. Koen Van Hoeck (kliniekhofd)
- Prof. dr. Dominique Trouet (senior stafid)

Chirurgen

- Prof. dr. Dirk Ysebaert (diensthoofd)
- Dr. Thierry Chapelle (kliniekhofd)
- Dr. Bart Bracke (senior stafid)
- Dr. Kathleen De Greef (senior-stafid)
- Dr. Geert Roeyen (senior-stafid)
- Dr. Vera Hartman (toegevoegd specialist)

Transplantatiecoördinatoren

- Gerda Van Beeumen
- Walter Van Donink




Contact

- Raadpleging
- Secretariaat

03 821 34 35
03 821 34 21 of 03 821 34 52

*Auteurs: Dr. Mark JF Helbert, Dr. Tim De Weerd
Verantwoordelijk voor inhoud: prof. dr. Daniel Abramowicz*

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Tel +32 3 821 30 00 / www.uza.be
Volg ons op facebook  en twitter 