

University of Groningen

## Perceived health status after kidney transplantation

Rosenberger, Jaroslav

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

2006

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Rosenberger, J. (2006). *Perceived health status after kidney transplantation*. s.n.

### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

### Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

# Samenvatting

Een aanmerkelijk aantal patiënten in de eindfase van hun nierlijden heeft een levenslange nier-vervangende behandeling nodig. Dialyse (haemodialyse en peritoneaaldialyse) en niertransplantatie zijn de twee gebruikelijke behandelingsmodaliteiten bij nierfalen. Niertransplantatie heeft de voorkeur bij de niervervangende behandelingsmethoden vanwege de betere resultaten waar het gaat om sterfte, ziekte, kosten en levenskwaliteit in vergelijking tot dialyse. De hoeveelheid onderzoek naar de overleving van het transplantaat en de patiënt na transplantatie is imponerend, maar veel minder is bekend over levenskwaliteit en ervaren gezondheidstoestand. Om deze reden richt deze studie zich op dit aspect.

Het invalideringsproces kan worden voorgesteld door het directe pad dat begint bij de pathologie, dat leidt tot functiestoornissen, alsmede tot beperkingen van activiteiten en tenslotte uitmondend in belemmeringen in participatie. Omdat belemmeringen in participatie een gevolg kunnen zijn van het ziekteproces, worden veranderingen in ervaren gezondheidstoestand ook beschreven. Elke belangrijke pathologie heeft om die reden effect op de ervaren gezondheidstoestand en de levenskwaliteit.

Het onderzoek naar ervaren gezondheidstoestand na niertransplantatie richt zich meestal op de beschrijving van de determinanten ervan, wat resulteert in een verscheidenheid van medische en niet-medische factoren met een mogelijke invloed. Echter, onderzoek dat zich richt op een complexe evaluatie van verscheidene voorspellers van ervaren gezondheidstoestand, ontbreekt. Omdat beide, medische en niet-medische variabelen een verband hebben met ervaren gezondheidstoestand, is in dit onderzoek op de volgende vragen met betrekking tot de ontvangers van een niertransplantaat ingegaan.

- 1 *Zijn de verschillen in ervaren gezondheidstoestand tussen getransplanteerden en gedialyseerden gebaseerd op de verschillen in behandeling of op selectie?*
- 2a *Welke medische variabelen (nierfunctie, bijwerkingen van de immuunsuppressieve behandeling, comorbiditeit, duur van de nierziekte, het aantal ziekenhuisopnamen, de periode na transplantatie) beïnvloeden ervaren gezondheidstoestand?*
- 2a *Wat is het verband tussen de bijwerkingen van de behandeling en therapie-ontrouw en de ervaren gezondheidstoestand? Bestaat er een verband tussen therapie-ontrouw en de bijwerkingen van de behandeling?*

*2c Zijn er niet-medische variabelen (leeftijd, geslacht, sociaal-economische status, sociale steun) die verband houden met ervaren gezondheidstoestand naast de medische variabelen?*

In Hoofdstuk 2 wordt de ervaren gezondheidstoestand tussen gedialyseerde en getransplanteerde patiënten gematcht naar leeftijd, geslacht en comorbiditeit vergeleken, als ook tussen gedialyseerde patiënten op de wachtlijst voor een transplantatie en ontvangers van een niertransplantaat 3 maanden na de transplantatie, eveneens gematcht naar leeftijd, geslacht en comorbiditeit. De resultaten lieten zien dat de ervaren gezondheidstoestand na niertransplantatie veel beter is dan bij dialyse. Maar als patiënten na niertransplantatie werden vergeleken met hun gematchte paren gedialyseerde patiënten op de wachtlijst, werden geen verschillen in ervaren gezondheidstoestand meer aangetroffen. Verschillen in ervaren gezondheidstoestand tussen getransplanteerde en gedialyseerde patiënten lijken derhalve aangetroffen te worden als gevolg van een selectie bias.

Medische voorspellers van ervaren gezondheidstoestand bij ontvangers van een niertransplantaat werden onderzocht in Hoofdstuk 3. Medische variabelen hebben in het bijzonder een verband met de fysieke ervaren gezondheidstoestand, omdat ze een derde van de variantie daarvan kunnen verklaren. De leeftijd bleek de meest belangrijke voorspeller van ervaren gezondheidstoestand bij patiënten na niertransplantatie. Patiënten werden in eerste instantie niet naar leeftijd gestratificeerd; de analyse van de andere voorspellers van ervaren gezondheidstoestand had zeer beperkte resultaten. Maar na stratificatie naar leeftijd werden significante verschillen in de voorspellende waarde van ervaren gezondheidstoestand gevonden per leeftijdscategorie – een betere nierfunctie voorspelde een goede ervaren gezondheidstoestand bij patiënten jonger dan 45 jaar, en minder ziekenhuisopnames een goede ervaren gezondheidstoestand bij oudere patiënten.

In Hoofdstuk 4 is ingegaan op de immunosuppressieve behandeling en de therapie-ontrouw; beide zijn belangrijke transplantatie-specifieke variabelen. De meest hinderlijke niet-infectieuze en niet-oncologische bijwerkingen van immunosuppressiva zijn pijn, gevoel van zwakte, cosmetische veranderingen en psychische veranderingen. De hinder van bijwerkingen is groter bij vrouwen en lager opgeleide patiënten; het gebruik van nieuwere geneesmiddelen geeft met betrekking tot sommige symptomen minder overlast.

Van de individuele factoren die het invalideringsproces beïnvloeden heeft therapie-ontrouw ernstige klinische consequenties, waarvan de voorspellers werden onderzocht in Hoofdstuk 5. Meer hinder van bijwerkingen is een sterke voorspeller van therapie-ontrouw (12.3 maal hoger risico) evenals het behoren tot het mannelijk geslacht (7.5 maal

hoger risico), een slechte ervaren gezondheidstoestand (4.5 maal hoger risico) en matige tevredenheid met sociale steun (4.5 maal hoger risico).

De analyse van verscheidene medische en niet-medische voorspellers van ervaren gezondheidstoestand is beschreven in Hoofdstuk 6. Bijwerkingen van de behandeling zijn de meest belangrijke voorspeller van ervaren gezondheidstoestand voor alle leeftijdsgroepen. De ervaren gezondheidstoestand van patiënten jonger dan 40 jaar is afhankelijk van hun nierfunctie en het niveau van sociale steun. Opleidingsniveau en beroepsactiviteiten zijn het belangrijkste voor mensen van middelbare leeftijd, terwijl ervaren gezondheidstoestand bij patiënten ouder dan 60 jaar het meest beïnvloed wordt door comorbiditeit.

In het laatste hoofdstuk is een algemene discussie gevoerd en zijn conclusies getrokken. Gebaseerd op de conclusie en de resultaten zijn klinische consequenties en aanbevelingen voor de praktijk geformuleerd, alsmede de mogelijkheden voor toekomstig onderzoek gesuggereerd.

1. Intensieve belangstelling zou niet alleen moeten worden geschonken aan ontvangers van transplantaten, maar ook aan patiënten op de wachtlijst. Hun opleiding en voorlichting met betrekking tot de toekomstige transplantatie vereist een constant bij de tijd brengen met het oog op een betere samenwerking na de transplantatie.
2. Het is noodzakelijk om steekproeven met patiënten naar leeftijd te stratificeren bij het onderzoeken van de ervaren gezondheidstoestand.
3. Omdat bijwerkingen van immunosuppressieve behandeling de belangrijkste bron van overlast zijn voor getransplanteerde patiënten, is de constante bepaling ervan cruciaal. Het ontdekken van therapie-ontrouw is een voorwaarde voor mogelijke acties die ten doel hebben de therapietrouw te vergroten, en zodoende het gevaar van afstoting en laat verlies van het transplantaat te verkleinen.
4. Niet-medische variabelen zijn net zulke belangrijke voorspellers van de ervaren gezondheidstoestand als de medische. Het instellen van een multidisciplinair transplantatie team en intensieve samenwerking met de familie van de patiënt is noodzakelijk om een betere ervaren gezondheidstoestand te waarborgen, en bij te dragen aan de actieve revalidatie en reïntegratie in de samenleving.
5. Longitudinaal onderzoek met het doel het effect van de tijd op ervaren gezondheidstoestand te achterhalen is noodzakelijk, evenals een lange termijn onderzoek van therapietrouw aan immunosuppressiva.

