



Vragen?

In Het Consult beantwoorden experts wekelijks gezondheidsvragen van lezers. Ook een gezondheidsvraag? Stuur een mailtje naar gezondheid@trouw.nl

Verschillen het consult

Beïnvloedt etnische afkomst de snelheid van de stofwisseling?

Is er een verband tussen etniciteit en de werking van de stofwisseling, vraagt een lezer zich af.

Een lezer wil weten of de stofwisseling van iemand geboren in Afrika anders of langzamer is dan die van een Europeaan. “En hoe kan men dat verbeteren? Medicijnen worden op gezonde, Europese (?) mensen getest.” Ze heeft namelijk gehoord dat een jonge vrouw van 31 al twee jaar een laxeermiddel moet gebruiken. “Ze oogt gezond”, schrijft ze, “maar is het niet. Heeft u een algemeen advies?”

Met de stofwisseling wordt de omzetting van voedingsstoffen die via het eten het lichaam binnenkomen bedoeld, zegt internist Bert-Jan van den Born. “De stofwisseling wordt bepaald door hormonen die invloed hebben op de snelheid van de stofwisseling, bijvoorbeeld het schildklierhormoon, en door hormonen die betrokken zijn bij de opname en verwerking van voedingsstoffen, zoals insuline en glucagon.”

Als er wordt gesproken over de *snelheid* van de stofwisseling, dan worden meestal hormonen bedoeld die betrokken zijn bij de opname en verwerking van voedingsstoffen, stelt Van den Born. Als er meer voedingsstoffen worden opgenomen dan er worden verbrand, ontstaat overgewicht. Ook neemt het risico dan toe op type 2 diabetes, ook wel ouderdomsuiker genoemd.



ILLUSTRATIE PAULIEN KRAAIJEVELD

Van den Born is betrokken bij de Helius-studie van het Amsterdam UMC, een groot onderzoek onder 25.000 Amsterdammers met verschillende migratieachtergronden. Hieruit blijkt dat het risico op overgewicht en diabetes type 2 sterk verschilt tussen verschillende etnische groepen. “De studie heeft laten zien dat ongeveer één op de tien volwassenen met een migratieachtergrond diabetes heeft tegen één op de twintig Nederlanders zonder migratieachtergrond.”

Hiervoor noemt Van den Born meerdere oorzaken, waaronder andere dieetgewoonten en verschillen in de mogelijkheid om voldoende te bewegen, maar ook genetische verschillen en verschillen in de samenstelling van de darmflora. “Deze verschillen hebben allemaal invloed op de balans tussen voedselopname en verbranding.”

Over de precieze oorzaken van het hogere risico bij mensen in Nederland met een migratieachtergrond is weinig bekend, ook omdat bijvoorbeeld genetisch onderzoek onder hen maar beperkt is uitgevoerd, stelt de internist. “In ieder geval lijken er geen grote verschillen te zijn in de snelheid van de stofwisseling, maar zijn er wel belangrijke etnische verschillen die invloed hebben op de balans tussen opname en verbranding van voedingsstoffen.”

Laxeermiddelen helpen niet om de stofwisseling te versnellen, wel kan een trage stofwisseling bijvoorbeeld door een tekort aan schildklierhormoon zorgen voor een vertraagde darmassage. De stofwisseling en darmassage kunnen door schildklierhormonen worden versneld, maar dat is bij mensen die een normale schildklierfunctie

hebben niet aantrekkelijk, zegt Van den Born. “Dat zet de thermostaat omhoog, maar zorgt ook voor klachten als zweten, opvliegers en hartkloppingen. En het is slecht voor je hart.”

Een andere optie zijn behandelingen met nieuwe middelen als Saxenda en Ozempic. “Maar die zijn vooral gericht op het verlagen van de bloedglucoseconcentratie en het verminderen van de energie-inname.” Deze nieuwe medicijnen helpen bij het verminderen van overgewicht en type 2 diabetes. “Helaas is er maar beperkt onderzoek gedaan bij patiënten van niet-Europese afkomst, waardoor het niet duidelijk is of er verschillen zijn in effectiviteit.”

Ervaringen met andere medicijnen, bijvoorbeeld voor het verlagen van hoge bloeddruk, hebben laten zien dat die effectiviteit verschillend kan zijn. “Tot er meer bewijs komt, wordt er meestal van uitgegaan dat die effecten bij iedereen even groot zijn, maar dat hoeft dus niet. Onderzoek onder een diversere populatie kan niet alleen meer inzicht geven in de werkzaamheid en bijwerkingen van medicijnen, maar ook inzicht geven in het ontstaan van ziekten. Dit gebeurt nog onvoldoende.”

Laura Tenret



column Bert Keizer

Een onthutsende rondleiding door de kelders van de gezondheidszorg

Ergens rond 1975, maar 1985 reken ik ook goed, werd de geneeskunde wakker, met een kater. Er was zoveel bereikt, maar toch bleven alle mensen doodgaan. Heel geleidelijk kwam de zorg voor stervende mensen binnen het blikveld van de arts.

Men zag in dat men zich vaak misdroeg in de sterfkamer en de aandacht voor palliatieve geneeskunde werd geboren. Zo is er binnen het vak al veertig jaar een gesprek gaande over wat er niet goed gaat. In dat kader publiceerde het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* een bundel beschouwingen onder de titel *Taboes en Belangen* die leest als een onthutsende rondleiding door de kelders van het ingewikkelde complex dat we gemakshalve maar aanduiden als De Gezondheidszorg.

We gaan een paar items langs. Oncologie: er wordt te veel tijd en natuurlijk geld besteed aan nieuwe middelen die nauwelijks iets toevoegen als het gaat om lijdensvermindering voor de kankerpatiënt. Men leeft dan misschien iets langer, maar

ook veel beroerder. Overigens wordt ‘de strijd tegen kanker’ door veel meer krachten dan cynische farmaceuten gaande gehouden. Ook de academie vaart wel bij veel onderzoek, al levert dat vaak niks op. Patiënten zouden zo realistisch mogelijk moeten worden voorgelicht zodat ze beseffen wat ze werkelijk opschieten met een behandeling.

De maakbaarheidsillusie. Mensen denken hun ziek-zijn en zelfs hun uiteindelijke sterven redelijk te kunnen plannen, zoals je dat doet als je op vakantie gaat. Maar ze nemen bij wijze van spreken een tractor mee, terwijl ze meer gebaat zijn bij een tros druiven. Pech blijft de even onhandelbare als meest frequente oorzaak van ernstige ziekte.

Er is wel een fatale soort maakbaarheid, maar die wordt gehanteerd door het noodlot. In wijk A is je gezondheid veel slechter dan in wijk B. Er bestaat geen postcodevrije gezondheid. En boven alle postcodes uit blijft de behoefte aan een vruchtbare dialoog tussen arts en patiënt zodat er een vertrouwensband ont-

staat waarbinnen je in vrijheid je keuzes kunt maken. Levinas is de filosoof die ons erop wijst hoe het gaat van de ander die ons aankijkt ons uitnodigt tot verantwoordelijkheid. Is er ergens in de mallemlen van het ziekenhuis een plaats waar je ‘de ander’ op die manier kunt aankijken?

Fijn dat dokter Frederiks alles afweet van de celmembraan bij noordenwind

Een blik op de toekomst: in 2040 besteden we 20 procent van al ons geld aan gezondheidszorg en om al dat geld te kunnen besteden zal één op de vier mensen werkzaam moeten zijn in de zorg. Deze ramp kunnen we mogelijk afwenden door het uit-

bannen van de vele medische regimes waarvoor elke wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt.

Hyperspecialisatie, ook zoiets. Fijn dat dokter Frederiks alles afweet van de celmembraan bij noordenwind, maar het gevolg is dat patiënten vaak door meerdere hyperspecialisten tegelijk worden behandeld. En dat terwijl er voor de SEH (spoedeisende hulp) geen specialist meer te vinden is met een brede basiskennis. Er heerst een zekere minachting voor de collega met die brede basis. Je leest het in de vacaturebeschrijving: ‘een afgerond proefschrift strekt tot aanbeveling’. En dan krijg je een arts die majesteitelijk op zijn eilandje zit.

Dan de controledwang. Management als doorgesloten wantrouwen. De papiermolen. Er bestaat een nauwelijks te beklimmen berg rapporten over deze ellende en er verandert niets.

Ten slotte, de dood. Hoe krijg je daar aandacht voor als artsen in hun opleiding alleen maar leren om meer en meer en steeds meer te doen?

Gelukkig kennen wij in Nederland een zekere nuchterheid als het gaat om ic-opnames. Wij zijn het enige land ter wereld waar een belangrijke afweging plaatsvindt op de drempel van de ic, soms resulterend in een afwijzing. De intensivist weet al jaren wat pseudo-heroïek is en hoe extreem kostbaar arbeidsintensieve behandelingen zijn. Een dergelijke nuchterheid als het om de toepassing van medische kennis gaat, is helaas geen gemeengoed. Niet binnen de gezondheidszorg en, mede als gevolg daarvan, helemaal niet binnen de maatschappij.

Als je deze artikelen bondig samenvat, heb je dan een bruikbare brochure om te gebruiken als voorlichting voor de patiënt? Dat moet dan wel een patiënt zijn met een aanzienlijke bagage op het gebied van geestelijke weerbaarheid. Of is dit nu juist de informatie die ertoe gaat leiden dat patiënten intelligentere klanten worden in de medische supermarkt? U kunt het gratis checken op de website van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.