



VOLGENS INTERNIST OUDERENGENEESKUNDE ANDREA MAIER IS  
VEROUDERING EEN ZIEKTE DIE WE TEGEN KUNNEN GAAN



# ‘Ik vind normaal niet goed genoeg’

Het is geen onderdeel van leefstijlgeneeskunde of een vorm van preventie, maar een spiksplinternieuw specialisme dat de ziekenhuiswereld op zijn kop gaat zetten. Aldus internist ouderengeneeskunde Andrea Maier, de motor achter healthy longevity medicine.

TEKST MALOU VAN HINTUM BEELD LARS VAN DEN BRINK

**A**ndrea Maier knuffelt haar koningspoedel terwijl ze vanuit een fauteuil via Zoom vragen beantwoordt. ‘We hebben net vijftien kilometer gelopen en dit vindt hij heerlijk,’ zegt ze met een glimlach. Ze praat snel en doorspekt haar zinnen met Engelse termen. Gedreven, soms ongeduldig. Maier heeft een missie. En ze heeft haast. De vergrijzing gaat hard, heel hard: ‘In Nederland is sprake van een dubbele vergrijzing, maar in Singapore is het nog veel erger. Daar werken het Ministry of Manpower en het Ministry of Health samen om drie dingen omhoog te krijgen: fertiliteit, healthspan en productiviteit.’ Maier, die in Singapore de eerste healthy longevity-kliniek oprichtte, loopt er regelmatig naar binnen.

**Healthy longevity medicine betekent optimalisatie van het lichaam door tijdens het verouderingsproces veroudering tegen te gaan. Wanneer begint dat verouderingsproces?**

‘Het verouderingsproces begint in feite al vóór de conceptie. We hebben een relatief slechte start doordat de eitjes en zaadjes van onze ouders te oud zijn, biologisch gezien beginnen ze te laat aan kinderen.’

**Je hebt ook gezegd dat we allemaal patiënt zijn...**

‘Ja, de veroudering maakt ons automatisch patiënt. Er bestaat een grote behoefte om dat verouderingsproces tegen te gaan. Het aantal private klinieken dat daarop is gericht, stijgt razendsnel. Recent is ook een consortium opgericht dat publiek gefinancierde ziekenhuizen samenbrengt om deze nieuwe zorg vorm te geven: de Mayo Clinic (in de Verenigde Staten), Sheba (in Israël) en het National University Health System (in Singapore) werken allemaal samen.’

**Wat schieten we ermee op om van iedereen een patiënt te maken?**

‘In 2013 heb ik voor het eerst in de krant gezegd “veroudering is een ziekte die we kunnen tegengaan”. Zes jaar geleden kwam ik tot het inzicht: dit kunnen we ook écht. We hebben overleg gehad met de WHO (World Health Organization, red.). Die heeft in 2018 de extensiecode “ouderdomsgerelateerd” (XT9T) toegevoegd aan de ICD-11 (International Classification of Diseases, red.). Het gaat dan, volgens de definitie van de WHO, om ziekten “veroorzaakt door pathologische processen die aanhoudend leiden tot het verlies van aanpassing en vooruitgang van het organisme op oudere leeftijd”. Momenteel leven we in de United Nations Decade of Healthy Aging (2021-2030, red.). We hebben een groot probleem – de groeiende vergrijzing. We hebben heel veel zieke patiënten, we hebben de diagnostiek om veroudering vast te stellen en we hebben passende interventies. Dan is het logisch om veroudering naar de kliniek te brengen.’

**‘Ik wil niet de lifespan verlengen, maar de healthspan. Het gaat erom dat we langer gezond zijn.’**

**Wat maakt healthy longevity medicine anders en beter dan preventie of leefstijlgeneskunde? Die zijn ook gericht op gezond ouder worden. Meer bewegen, gezonder eten, verbeteren van maatschappelijke leefomstandigheden zoals lawaai en fijnstof...**

‘Hulde aan de leefstijlgeneskunde om de WHO-richtlijnen echt op populatieniveau te implementeren en er geld voor vrij te maken. Ik ben ook voor maatregelen zoals een vet- en suikertax. Maar dat zijn maar heel kleine stapjes om het lichaam te optimaliseren. Leefstijlgeneskunde is vaak gericht op mensen die ziek dreigen te worden. Mensen die aan de grens van diabetes hangen, mensen die een te hoge bloeddruk hebben. Dat is het redden van een patiënt die al bijna een ziekte heeft. Dan ben je in mijn ogen te laat. Preventieve geneeskunde wordt vaak gekoppeld aan een jaarlijkse gezondheidsscreening. Dat is helemaal niet slecht, maar het doel van zo’n screening is beperkt: het eerder vaststellen van een ziekte. Tussen twee screenings in wordt vaak niets gedaan. Vervolgens wordt dan een jaar later een ziekte vastgesteld. Dat is de normale aanpak, maar wij vinden normaal niet goed genoeg.’

**Wat moet er anders?**

‘We moeten naar optimaal. De huidige klinische praktijk is gericht op het vinden van afwijkingen. Normaal wordt gedefinieerd door een afkappunt te bepalen voor groepen, en die groepen zijn enorm heterogeen. Maar als bijvoorbeeld je bloeddruk “normaal” is, wil dat niet zeggen dat die optimaal is om jóúw lichaam te laten functioneren. Zo kijken wij wél. Wij zijn gericht op het finetunen in het normale gedeelte. We onderzoeken wat voor iemand een optimale bloeddruk is, een optimale vitamine D-spiegel, een optimale zink-spiegel, het optimale aantal bloedcellen, enzovoorts. Daarom zeg ik tegen iedereen: weet wat je met je meedraagt. Laat je microbiom testen. Je epigenetica, je VO2max (maximale zuurstofopnamevermogen, red.). Als die nu al 20 of 30 milliliter per minuut per kilogram is, haal je waarschijnlijk de tachtig jaar niet. We hebben zo veel kennis die evidence based is, we hebben data die betrouwbaar zijn; waarom zouden we langer wachten om te optimaliseren?’

**De Federatie Medisch Specialisten werkt aan een toekomstvisie voor 2035. Specialisten maken zich zorgen over de toenemende vergrijzing, de hogere ziektelast, de groeiende ongelijkheid in de samenleving en de – financiële en personele – noodzaak om keuzes te maken. Met jouw kliniek voor niet-zieke patiënten komt er nog een kostenpost bij. Welk probleem los je op?**

‘Het probleem is dat de medisch specialisten nu patiënten zien waar je op lange termijn niet de meeste gezondheidswinst uit kunt halen. Ik heb het over een heel nieuw specialisme – en dat is in eerste instantie aanvullend – om mensen te optimaliseren, zodat de tijd tussen *healthspan* (de gezonde levensduur) en *lifespan* zo veel mogelijk wordt bekort door de healthspan te verlengen en de incidentie van chronische aandoeningen uit te stellen. Daardoor zullen al die andere specialismen over tien tot twintig jaar minder werk hebben.

Wat ik de specialisten wil meegeven: realiseer je dat er ontzettend veel kennis is over de optimalisatie van het lichaam. Hopelijk hebben jullie een intrinsiek verlangen om dat prachtige menselijke



lichaam langer in goede staat te houden, ook al zal dat waarschijnlijk leiden tot afnemende aantallen patiënten die je bovendien pas heel laat in hun leven zult zien.’

**Hoe zit het met de kosten? Alles wat nieuw is, kost extra geld. Dat is er niet.**

‘Natuurlijk zijn er investeringen nodig, maar ik verwacht dat op termijn door de nieuwe aanpak de zorgkosten zullen dalen en de economische productiviteit van mensen omhooggaat. Dit wordt ook *longevity dividend* genoemd. Bovendien hoeft healthy longevity medicine niet duur te zijn. Toen ik begon binnen het verouderingsonderzoek, kostte het heel veel geld om één SNP (een genvariatie waarbij in het DNA één nucleotide wordt vervangen door een andere, red.) te bepalen. Ik kan nu grote delen van het menselijk genoom laten screenen voor 300 euro en dat hoeft maar één keer in iemands leven. Waarom gebruiken we deze informatie niet? Laten we iedereen testen. Daarnaast kopen mensen zelf technologie die allerlei bruikbare gegevens oplevert, zoals smartphones, smartwatches, smart rings, et cetera. Denk aan het meten van fysieke activiteit, hartslag, temperatuur, slaapduur en slaapstadia. Maar ik heb nog geen enkele huisarts of specialist horen zeggen “mag ik gebruikmaken van uw data om u beter te kunnen volgen, zodat ik weet wanneer u medicijnen nodig heeft of er aanpassingen nodig zijn?” Terwijl we zó veel uit die data kunnen halen. Die technologie wordt bovendien steeds goedkoper en toegankelijker.’

**Stel dat een ziekenhuis tegen je zegt: vertel wat wij anders moeten doen om dit in de praktijk te brengen. Wat zeg je dan?**

‘Voordat ik healthy longevity medicine groot zou uitrollen in Nederland, moet het eerst gewaarborgd worden binnen een

Andrea Maier is vooraanstaand onderzoeker op het gebied van de gerowetenschappen – het snijvlak van verouderingsbiologie, chronische ziekten en gezondheid. Als hoofdonderzoeker in de gerontologie, maar ook als specialist in interne geneeskunde en geriatrie, richt haar verouderingsonderzoek zich op leeftijdsgebonden ziekten, cellulaire veroudering (verouderende cellen) en de vertaling van resultaten naar de klinische praktijk. Ze heeft bijna vierhonderd peer-reviewed artikelen gepubliceerd en leverde met haar

Age Research Group belangrijke bijdragen aan veelgeprezen mondiale en multidisciplinaire innovaties. Andrea is hoogleraar aan het VU Medisch Centrum in Amsterdam en de Universiteit van Melbourne, Australië. Ze richtte de Healthy Longevity Medicine Society op en is lid van de WHO. Daarnaast neemt ze zitting in prestigieuze internationale academische en gezondheidsbeleids- en financieringscommissies. In 2016 was zij te gast bij Zomergasten van de VPRO, waar ze werd geïnterviewd door Thomas Erdbrink.

specialisme. Wij hebben wereldwijd ervoor gekozen om binnen de interne geneeskunde te beginnen. Er moet een borgingssysteem zijn omdat er momenteel onder het mom van healthy longevity medicine allerlei kwakzalverij plaatsvindt. Dat gaat van de verkoop van supplementen die vrijwel nooit voor iederéén nuttig zijn, tot het inspuiten van stamcellen en exosomen tegen veroudering – iets wat heel veel potentie heeft, maar waarvoor voor mensen momenteel geen enkel bewijs is. Wij werken aan accreditatie en certificering van klinieken, en we proberen met ons consortium ‘Biomarkers of Aging’ de hoogste kwaliteit te waarborgen. Dat betekent dat we alleen klinisch bewezen diagnostiek en interventies implementeren.

Overigens is healthy longevity medicine niet alleen iets van artsen. Binnen de Healthy Longevity Medicine Society die ik in 2022 heb opgericht, werken we niet alleen samen met internisten, psychiaters en chirurgen. We geven ook educatie aan fysiotherapeuten, voedingsdeskundigen, psychologen, lifestylecoaches en verpleegkundigen. Iedereen mag meedoen.’

**Voor de goede orde: je bent niet uit op een langer leven?**

‘Helemaal niet. Dat zijn de koppen in de media. Ik wil niet de lifespan verlengen, maar de healthspan. Het gaat erom dat we langer gezond zijn. Het woord “healthspan” wordt nogal wisselend gebruikt: volgens de ene definitie stopt je healthspan met het krijgen van de eerste chronische aandoening, terwijl andere definities kijken naar afhankelijkheid om zelfstandig te kunnen functioneren. De kloof tussen de healthspan en de lifespan is in het eerste geval meer dan twintig jaar, en in het tweede geval tien jaar. Ik gebruik de eerste definitie. Want als je eenmaal je eerste chronische aandoening hebt, volgen de tweede en de derde. Die eerste aandoening is dus een groot risico om vervroegd te overlijden en slechter te gaan functioneren. Hoe fijn zou het zijn als mensen van 50-55 jaar die eerste ziekte niet al zo vroeg in hun leven hebben!’

**Uiteindelijk gaan we toch dood. Hoe zie je dat voor je?**

‘Dat weet ik niet. Het gaat er mij om de zieke levensduur te bekorten.’

Meer over  
Healthy Longevity  
Medicine  
Society op  
hlms.co

