Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten General
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
4539086-1105153-LZ

Bijlage(n)
1

Uw kenmerk
20262809

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 9 november 2026
Betreft Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) inzake Inbreng advies van de Gezondheidsraad 'Risicoreductie en vroegdiagnostiek dementie' (Kamerstuk 25424-804)

Geachte voorzitter,

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is er door een aantal fracties schriftelijk vragen en opmerkingen gesteld over de brief d.d. 30 juni 2026 inzake Antwoorden op vragen commissie over de beleidsreactie bij het advies van de Gezondheidsraad ‘Risicoreductie en vroegdiagnostiek dementie’ (Kamerstuk 25 424, nr. 804). Hierbij ontvangt u, mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de reactie op de vragen die zijn gesteld.

Hoogachtend,

de minister van Langdurige Zorg,
Jeugd en Sport,

Mirjam Sterk

25 424 **Geestelijke gezondheidszorg**

Nr.

INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2026

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Langdurige Zorg, Welzijn en Sport over de brief d.d. 30 juni 2026 inzake Antwoorden op vragen commissie over de beleidsreactie bij het advies van de Gezondheidsraad 'Risicoreductie en vroegdiagnostiek dementie' (Kamerstuk 25 424, nr. 804).

De vragen en opmerkingen zijn op 29 september 2026 aan de minister van Langdurige Zorg, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van ..... zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

blz.

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower

II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de antwoorden op vragen van de commissie over de beleidsreactie bij het advies van de Gezondheidsraad 'Risicoreductie en vroegdiagnostiek dementie'. Deze leden hebben op dit moment geen vervolgvragen en kijken uit naar de verdere beantwoording.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de antwoorden van de minister op de vragen. Zij danken de minister voor de antwoorden en hebben hierbij enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie begrijpen dat het kabinet inzet op proactieve zorgplanning om ouderen zo goed mogelijk voor te bereiden op de wilsonbekwaamheid die gepaard gaat met dementie. Hier kunnen deze leden zich in vinden, maar zij hebben nog enkele twijfel of dit op zichzelf voldoende is. Kan de minister aangeven of de inzet hiermee voldoende is? Deze leden kunnen zich immers voorstellen dat niet elke demente oudere eerder in beeld is geweest bij een casemanager dementie. Ziet zij andere mogelijkheden om mensen te wijzen op het nut van een levenstestament, volmachtiging of andere vertegenwoordiging? Dit heeft immers breder nut dan enkel in gevallen van dementie.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie

De leden van de PRO-fractie hebben kennis genomen van de beleidsreactie bij het advies van de Gezondheidsraad ‘Risicoreductie en vroegdiagnostiek dementie’. Zij onderschrijven het belang van risicoreductie, maar benadrukken dat mensen die klachten ervaren intussen tijdig duidelijkheid, passende zorg en ondersteuning moeten krijgen. Naar aanleiding van de antwoorden hebben zij nog enkele vragen.

De leden van de PRO-fractie lezen dat de minister bij preventie niet specifiek inzet op mensen met een lagere sociaaleconomische positie, terwijl zij wel erkent dat gezondheidsbevorderende maatregelen voor hen toegankelijk moeten zijn. Hoe toetst zij

of de bestaande aanpak deze groep daadwerkelijk bereikt? Worden bereik en resultaten uitgesplitst naar onder meer opleidingsniveau en inkomen? Welke aanvullende maatregelen neemt zij als blijkt dat gezondheidsverschillen niet kleiner worden? Hoe voorkomt zij dat dementiepreventie vooral wordt gepresenteerd als een individuele leefstijlkeuze, terwijl iemands woonomgeving en bestaanszekerheid mede bepalen welke mogelijkheden diegene heeft om gezond te leven?

De leden van de PRO-fractie lezen in de beantwoording dat de minister mogelijke hormonale en biologische verklaringen noemt voor het verschil in dementie tussen vrouwen en mannen. Hoe worden sekseverschillen meegenomen in het lopende onderzoek naar risicofactoren, diagnostiek en behandelingen? Wordt daarbij ook onderzocht of cognitieve klachten bij vrouwen en mannen even tijdig worden herkend en of zij dezelfde toegang hebben tot passende diagnostiek en ondersteuning? Wanneer verwacht de minister hierover resultaten met de Kamer te kunnen delen?

De leden van de PRO-fractie lezen dat een casemanager dementie al in de niet-pluisfase kan worden ingezet en een belangrijke rol heeft bij de begeleiding van naasten. Hoeveel mensen krijgen in die fase daadwerkelijk casemanagement en bestaan daarin regionale verschillen? Hoe wordt gevolgd of mensen met dementie en hun naasten tijdig ondersteuning vinden, ook wanneer nog geen diagnose is gesteld? Hoe wordt de behoefte van mantelzorgers aan respijtzorg en emotionele ondersteuning vastgesteld, zodat hulp beschikbaar komt voordat zij overbelast raken?

De leden van de PRO-fractie lezen dat de minister voor dementievriendelijke buurten onder meer verwijst naar geclusterde woonvormen, training van vrijwilligers en een voucher voor beweeg- en ontmoetingsvriendelijke wijken. Welke concrete resultaten verwacht zij van deze inzet? Hoe wordt vastgesteld of mensen met dementie daardoor daadwerkelijk kunnen blijven deelnemen aan het dagelijks leven in hun buurt? Hoe worden zij en hun naasten betrokken bij de inrichting en beoordeling van deze initiatieven?

De leden van de PRO-fractie lezen ten slotte dat binnen het Onderzoeksprogramma Dementie wordt verkend hoe de zorg zich kan voorbereiden op mogelijke nieuwe behandelingen. Wanneer verwacht de minister de uitkomsten van deze verkenning? Wordt daarin ook beschreven welke capaciteit nodig zou zijn voor diagnostiek, begeleiding en het volgen van mogelijke bijwerkingen? Hoe worden patiënten en naasten betrokken bij beslissingen over toekomstige zorgpaden?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben de antwoorden op het schriftelijk overleg over de risicoreductie en vroegdiagnostiek dementie met interesse gelezen.

Deze leden ondersteunen de inzet op preventie en een gezonde leefstijl, juist omdat maatregelen tegen bijvoorbeeld overgewicht, roken, bewegingsarmoede en hoge bloeddruk niet alleen het risico op dementie kunnen verkleinen, maar veel breder gezondheidswinst kunnen opleveren. Deze leden constateren echter dat uit de beantwoording nog onvoldoende duidelijk wordt welke concrete resultaten het kabinet met deze inzet wil bereiken. Welke meetbare doelen worden gehanteerd, wanneer worden de effecten geëvalueerd en op basis waarvan wordt bepaald welke interventies daadwerkelijk effectief en doelmatig zijn?

Daarnaast vinden deze leden het belangrijk dat beleid rond dementie, en in het bijzonder vroegdiagnostiek en mogelijke behandelingen, steeds aansluit bij de meest actuele stand van de wetenschap. Juist op dit terrein volgen de ontwikkelingen elkaar snel op. Hoe borgt de minister dat nieuwe wetenschappelijke inzichten tijdig worden meegewogen en dat beleid en richtlijnen waar nodig daarop worden aangepast? Kan de minister toezeggen dat de Kamer wordt geïnformeerd wanneer nieuwe wetenschappelijke inzichten aanleiding geven om de huidige beleidslijn rond vroegdiagnostiek of behandeling te heroverwegen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower

De leden van de Groep Markuszower hebben kennisgenomen van de antwoorden van de minister en hebben de volgende vragen.

Naar aanleiding van het thema nieuwe ontwikkelingen. De minister acht het ‘niet ondenkbaar’ dat nieuwe consensus aanleiding geeft de raad opnieuw te vragen de stand van zaken opnieuw te wegen. In mei 2026 kregen twee geautomatiseerde p-tau217-bloedtesten een CE-markering, waarvan één volgens de fabrikant ook bedoeld is voor de eerste lijn. De klinische richtlijn van de Alzheimer's Association over bloedbiomarkers in de specialistische zorg (juli 2025) staat niet in de literatuurlijst van het advies. Heeft de commissie die richtlijn gewogen? Rekent de minister deze CE-markeringen tot de ontwikkelingen die zij bedoelt? Deze leden zullen de commissie voorstellen het aanbod van de raad voor een technische briefing aan te nemen, samen met clinici van Amsterdam UMC en Maastricht UMC+.

Naar aanleiding van het thema reikwijdte van de adviesaanvraag. De adviesaanvraag van 17 juni 2024 vroeg of vroegdiagnostiek de ziektelast kan verlagen. Of een bloedtest binnen de bestaande diagnostiek een ruggenprik of PET-scan kan voorkomen, is een andere vraag. Die laat het advies uitdrukkelijk aan de richtlijnen van de beroepsgroepen, terwijl de raad zelf vaststelt dat onderzoek naar ‘de plaatsbepaling van biomarkers in de klinische setting’ ontbreekt. Waarom is die vraag, net als trialselectie, niet in de adviesaanvraag opgenomen? Is de minister bereid de raad hierover om een kort aanvullend advies te vragen?

Naar aanleiding van het thema psychologische belasting. De minister schrijft dat de raad vroegdiagnostiek niet primair om psychologische belasting ontraadt. In de overwegingen van de raad komt dat argument ook niet voor, in haar eigen beleidsreactie van 19 maart 2026 wel. Op welke onderzoeken baseert zij dat? De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) staat een arts alleen toe informatie achter te houden bij ‘kennelijk ernstig nadeel’ (artikel 7:448, derde lid, BW) en legt de keuze om niet te weten bij de patiënt (artikel 7:449 BW). Deelt de minister dat een algemene verwijzing naar psychologische belasting daarom geen zelfstandige grond is om vroegdiagnostiek bij mensen met klachten te ontraden?

Naar aanleiding van het thema behandeling en herbeoordeling. De beleidsreactie rekent het stadium van milde cognitieve stoornissen tot ‘vroege’ diagnose met beperkte meerwaarde. Juist voor dat stadium en milde dementie zijn lecanemab en donanemab in de EU toegelaten. Valt iemand met MCI die zelf hulp zoekt onder tijdige of onder vroege diagnostiek? De minister zegt toe te heroverwegen zodra nieuwe diagnostische methoden ‘of’ ziektemodificerende middelen bewezen werken. Bevestigt zij dat bewezen

betrouwbare diagnostiek op zichzelf dus volstaat, ook zonder vergoed middel? Welke beleidsregels bedoelt zij precies? Is de minister bereid in de NDS-voortgangsbrief van dit najaar toetsbare ijkpunten op te nemen die tot een nieuwe adviesaanvraag leiden, en daarin ook de uitkomst van de ZonMw-verkenning naar ziektemodificerende middelen (verwacht zomer 2026) met de vervolgstappen van VWS te delen?

Naar aanleiding van het thema Naar aanleiding van het thema Totstandkoming en patiëntenperspectief. Alzheimer Nederland is niet formeel geconsulteerd; de minister verwijst naar ‘nauwe contacten’ van commissieleden. Dat is geen consultatie waarvan de inbreng controleerbaar is. Volgens de beslisnota zijn de antwoorden afgestemd met de Gezondheidsraad. Komt deze passage van de raad, en waar is vastgelegd welke standpunten zo zijn meegewogen? Is de minister bereid in een volgende adviesaanvraag over dementie formele consultatie van patiënten- en naastenorganisaties te vragen?

Naar aanleiding van het thema minimaal invasieve diagnostiek. De minister onderschrijft het doel van het amendement-Claassen, maar vindt een aparte pilot ‘niet doelmatig’. De door de hele Kamer gesteunde motie-Claassen c.s. (Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 154) vraagt juist te verkennen onder welke voorwaarden een landelijke pilot met biomarkertriage voor PET-diagnostiek kan worden opgezet. Die pilot speelt zich af in de specialistische zorg, waar het advies de inzet aan de beroepsgroepen laat, en levert het onderzoek naar plaatsbepaling dat de raad mist. Loopt de minister vooruit op die verkenning? Zegt zij toe dat de voortgangsbrief de motie volledig uitvoert, inclusief de Zweedse eerstelijnspilots die zij zelf noemt? Is de minister bereid de pilot onder te brengen in de vervolgaanvraag voor het thema diagnostiek en prognostiek, zodat van versnippering geen sprake is? En welk deel van de 16 miljoen euro NDS-onderzoeksgeld in 2026 gaat naar diagnostiek?

II. Reactie van de minister

Ik dank de leden van de commissie en de fracties voor hun aanvullende vragen. Ik ga hieronder in op de vragen die zijn gesteld.

Reactie op vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie begrijpen dat het kabinet inzet op proactieve zorgplanning om ouderen zo goed mogelijk voor te bereiden op de wilsonbekwaamheid die gepaard gaat met dementie. Hier kunnen deze leden zich in vinden, maar zij hebben nog enkele twijfel of dit op zichzelf voldoende is. Kan de minister aangeven of de inzet hiermee voldoende is? Deze leden kunnen zich immers voorstellen dat niet elke demente oudere eerder in beeld is geweest bij een casemanager dementie. Ziet zij andere mogelijkheden om mensen te wijzen op het nut van een levenstestament, volmachtiging of andere vertegenwoordiging? Dit heeft immers breder nut dan enkel in gevallen van dementie.

Met proactieve zorgplanning kunnen ouderen regie behouden bij naderende wilsonbekwaamheid. Dit is niet de enige manier om mensen voor te bereiden op wilsonbekwaamheid. Het kabinet zet ook in op onafhankelijke cliëntondersteuning vanuit de Wmo en de publiekscampagne ‘Praat vandaag over morgen’. Bij naderende wilsonbekwaamheid kan een onafhankelijke cliëntondersteuner meedenken en helpen om zorg en ondersteuning goed te borgen. Het kabinet vindt het belangrijk dat het gesprek over later wordt gestimuleerd. VWS heeft een landelijke publiekscampagne ‘Praat vandaag over morgen’ om heel Nederland te betrekken bij bewustwording over vragen die samenhangen met het ouder worden. De Seniorencoalitie, het Senioren Netwerk Nederland, ActiZ en MantelzorgNL organiseren activiteiten en bijeenkomsten om zoveel mogelijk mensen een gesprek over hun toekomst te laten voeren.

Reactie op vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie

De leden van de PRO-fractie lezen dat de minister bij preventie niet specifiek inzet op mensen met een lagere sociaaleconomische positie, terwijl zij wel erkent dat gezondheidsbevorderende maatregelen voor hen toegankelijk moeten zijn. Hoe toetst zij of de bestaande aanpak deze groep daadwerkelijk bereikt? Worden bereik en resultaten uitgesplitst naar onder meer opleidingsniveau en inkomen? Welke aanvullende maatregelen neemt zij als blijkt dat gezondheidsverschillen niet kleiner worden? Hoe voorkomt zij dat dementiepreventie vooral wordt gepresenteerd als een individuele leefstijlkeuze, terwijl iemands woonomgeving en bestaanszekerheid mede bepalen welke mogelijkheden diegene heeft om gezond te leven?

Zoals aangegeven in de beantwoording van de eerdere vragen[1] ligt ten aanzien van gezondheidsbevordering en preventie een grote rol bij gemeenten. In de GALA-monitor[2] wordt de voortgang gemeten van het gemeentelijk beleid om gezondheidsverschillen terug te dringen. Met subsidie van VWS ondersteunt het landelijke expertisecentrum Pharos[3] overheden met kennis over de ontwikkelingen rond gezondheidsverschillen en hoe deze terug te dringen. De fractie van PRO vraagt naar cijfers over het bereik van

[1] Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2025–2026, Kamerstuk 25 424, nr. 804

[2] GALA-monitor | RIVM

[3] Samen voor gelijke kansen op gezondheid - Pharos

gezondheidsbevorderende maatregelen uitgesplitst naar opleidingsniveau en inkomen. Deze informatie heb ik niet tot mijn beschikking, mede vanwege het in belangrijke mate decentrale karakter van dit beleid. Lokale overheden nemen verschillende maatregelen om de gezondheid te bevorderen. Het is niet mogelijk om landelijke conclusies te trekken over bereik bij specifieke doelgroepen.

Wel is er bij het ontwikkelen van interventies aandacht voor het verkleinen van gezondheidsverschillen. Zo is het multidisciplinaire onderzoekconsortium NDPI[4] - gefinancierd binnen het ZonMw Onderzoeksprogramma Dementie - vooral gericht op groepen die meer kans hebben om dementie te krijgen op late leeftijd. Dit zijn bijvoorbeeld mensen met een lage opleiding en/of laag inkomen of mensen met een migratieachtergrond. Daarnaast besteedt het preventieprogramma van ZonMw hier specifiek aandacht aan en ontwikkelt Pharos kennis op verscheidene preventiethema's. Zo zet Pharos ook in op kennisontwikkeling rondom vitaal ouder worden en hebben zij een specifiek kennisdossier[5] opgebouwd over inclusieve dementiepreventie. Hierin is specifiek oog voor de verschillende factoren die van invloed zijn op de gezondheid van mensen zoals leefomgeving en bestaanszekerheid en hoe je mensen met een lagere sociaaleconomische positie bereikt. Pharos ondersteunt daarnaast gemeenten bij de uitwerking van het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA)[6] waarin de ketenaanpak dementie (inclusief preventie) ook een onderdeel is. Mede hierdoor ingegeven herkent het kabinet niet dat dementiepreventie als individuele leefstijlkeuze zou worden gezien. Er is juist oog voor achterliggende factoren. Dit is ook de gedachte achter de aanpak Gezondheid in alle Beleidsdomeinen, die in december 2024 aan uw Kamer is aangeboden[7].

De leden van de PRO-fractie lezen in de beantwoording dat de minister mogelijke hormonale en biologische verklaringen noemt voor het verschil in dementie tussen vrouwen en mannen. Hoe worden sekseverschillen meegenomen in het lopende onderzoek naar risicofactoren, diagnostiek en behandelingen? Wordt daarbij ook onderzocht of cognitieve klachten bij vrouwen en mannen even tijdig worden herkend en of zij dezelfde toegang hebben tot passende diagnostiek en ondersteuning? Wanneer verwacht de minister hierover resultaten met de Kamer te kunnen delen?

In het Onderzoeksprogramma Dementie (OPD) binnen de Nationale Dementiestrategie is aandacht voor diversiteit en differentiatie van de doelgroep. Waar relevant worden sekse, gender en seksuele geaardheid meegenomen in de onderzoeksprojecten. Met de brieven van maart 2026[8] en 30 juni jl.[9] heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd over een aantal onderzoeksprojecten gericht op seksverschillen. In aanvulling daarop besteden de multidisciplinaire onderzoekconsortia over risicoreductie (BIRDNL en NDPI), diagnostiek en prognostiek (TAP-dementie) en jonge mensen met dementie (YOD-INCLUDED) aandacht aan sekseverschillen door hiermee rekening te houden in onder andere datamodellen, diagnostische validatie, risicofactoren, preventiestrategieën en

[4] Nederlands Dementie Preventie Initiatief | Alzheimer Nederland
[5] Op weg naar inclusieve dementiepreventie (beleidsmakers) - Pharos
[6] AZWA
[7] Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2024–2025, Kamerstuk 32793, nr. 794
[8] Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2025-2026, Kamerstuk 25424, nr. 779
[9] Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2025-2026, Kamerstuk 25424, nr. 804

het gebruik van zorg en ondersteuning. Sommige resultaten uit deze studies zijn inmiddels al gepubliceerd[10] [11] [12] [13].
In de komende vier jaar nemen deze consortia verdiepende vragen op in hun onderzoek, waaronder:

- Naast de invloed van sekse op moleculaire diagnostiek ook onderzoek doen naar biologische verschillen tussen de sekse in de mate van achteruitgang. Deze informatie is belangrijk om sekse gestratificeerde diagnostiek op de geheugenpoli en om toekomstige gerichte behandelingen te kunnen ontwikkelen.
- Onderzoeken of er tussen mannen en vrouwen met cognitieve klachten in de bevolking een verschil is in zorgvraag aan de huisarts en in doorverwijzingspatronen naar medisch-specialistische zorg. Dit zal onder andere inzicht bieden in de ervaren drempel voor contact met een zorgverlener.
- Het verkennen van de behoeften van jonge mensen met dementie rondom het afbouwen van betaald werk en het vinden van alternatieve betekenisvolle activiteiten.

De resultaten zullen de komende jaren geleidelijk worden gepubliceerd. Naast bovengenoemd onderzoek voert universiteit Maastricht in opdracht van VWS een inventarisatie uit naar welke aanvullende activiteiten binnen de reikwijdte van de Nationale Dementiestrategie er in het veld moeten plaatsvinden voor vrouwen met dementie. Dit om bij te dragen aan betere zorg en ondersteuning. Het rapport wordt naar verwachting in de eerste helft van 2027 opgeleverd. Via de jaarlijkse voortgangsrapportage over de Nationale Dementiestrategie wordt de Kamer geïnformeerd over de actuele voortgang en de resultaten uit het onderzoek.

De leden van de PRO-fractie lezen dat een casemanager dementie al in de niet-pluisfase kan worden ingezet en een belangrijke rol heeft bij de begeleiding van naasten. Hoeveel mensen krijgen in die fase daadwerkelijk casemanagement en bestaan daarin regionale verschillen?

VWS heeft hiervoor navraag gedaan bij de NZa. De NZa beschikt niet over gegevens waaruit blijkt hoeveel cliënten daadwerkelijk casemanagement dementie ontvangen in de niet-pluisfase, of over de contractering. De NZa beschikt over de wachttijdinformatie per netwerk, met o.a. het aantal wachtenden, gemiddelde wachttijden en het aantal cliënten in zorg. Bestaande verschillen in wachttijden tussen netwerken kunnen wel leiden tot verschillen in de startmomenten voor de inzet van casemanagement dementie.
Alle dementienetwerken werken volgens de Zorgstandaard Dementie, de verwachting is dat daardoor de verschillen beperkt zijn. In deze standaard wordt de niet-pluisfase expliciet benoemd als de eerste fase van het dementietraject en wordt beschreven dat ondersteuning en begeleiding al in deze fase kunnen worden ingezet.
Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het borgen van de Treeknorm voor zijn verzekerden van 6 weken (80% binnen 4 weken)[14]. Vanuit de Visie Eerstelijnszorg draagt een wijkgerichte insteek bij aan tijdige signalering. Wanneer stevige lokale teams van

[10] Sex differences in clinical phenotypes of behavioral variant frontotemporal dementia - PMC
[11] Cross-country variance in facial emotion recognition in presymptomatic and symptomatic behavioral variant frontotemporal dementia: Insights from the GENFI and ReDLat consortia - PMC
[12] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42339310/
[13] Cerebrospinal fluid proteomics in patients with Alzheimer's disease reveals five molecular subtypes with distinct genetic risk profiles | Nature Aging
[14] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_646508_22/1/

gemeenten goed zijn ingericht, draagt dit bij aan een beter zicht op inwoners die hulp nodig hebben voordat een diagnose is gesteld.

Hoe wordt gevolgd of mensen met dementie en hun naasten tijdig ondersteuning vinden, ook wanneer nog geen diagnose is gesteld? Hoe wordt de behoefte van mantelzorgers aan respijtzorg en emotionele ondersteuning vastgesteld, zodat hulp beschikbaar komt voordat zij overbelast raken?
De casemanager dementie speelt een belangrijke rol in het preventief en proactief begeleiden en ondersteunen van de cliënt en het cliëntsysteem, waartoe ook de direct betrokken naasten en mantelzorgers behoren. Het begeleiden van mantelzorgers is één van de taken van de casemanager. Doordat de casemanager al vanaf de niet-pluisfase betrokken kan zijn, ontstaat vroegtijdig zicht op de mantelzorger, de mantelzorgsituatie en de ondersteuningsbehoefte. Vanuit deze vroege betrokkenheid richt de casemanager zich op het minimaliseren van emotionele problemen en overbelasting bij mantelzorgers, zoals spanning, angst en depressie.

De leden van de PRO-fractie lezen dat de minister voor dementievriendelijke buurten onder meer verwijst naar geclusterde woonvormen, training van vrijwilligers en een voucher voor beweeg- en ontmoetingsvriendelijke wijken. Welke concrete resultaten verwacht zij van deze inzet? Hoe wordt vastgesteld of mensen met dementie daardoor daadwerkelijk kunnen blijven deelnemen aan het dagelijks leven in hun buurt? Hoe worden zij en hun naasten betrokken bij de inrichting en beoordeling van deze initiatieven?

Een dementievriendelijke buurt is een buurt waar mensen elkaar makkelijk “toevallig” tegen komen en zo vaker even een praatje maken. Waar daardoor – zoals in een zorgzame buurt - ook meer verbindingen ontstaan tussen mensen en mensen iets meer een oogje in het zeil houden. Verschillende activiteiten waar ik op inzet zorgen daarmee ook dat buurten dementievriendelijk(er) worden:

Geclusterde woonvormen
De inzet op geclusterde woonvormen en gemeenschapsvorming versterkt sociale contacten, verminderd eenzaamheid en bevordert vroegtijdige signalering van ondersteuningsbehoeften. Voor mensen met dementie draagt dit bij aan langer zelfstandig wonen, deelname aan het buurtleven en ontlasting van partners. Er zijn ruim 200 aanvragen gedaan voor de stimuleringsregeling zorggeschikte woningen. In totaal is er subsidie verleend voor ruim 8.100 woningen. Het kabinet bekijkt daarnaast de mogelijkheden om de financiering van gemeenschapsvorming in woonvormen mee te nemen bij de aanvullende afspraken van het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg. Daarnaast heeft Alzheimer Nederland een toolkit voor dementievriendelijke woongebouwen uitgebracht. Deze toolkit krijgt aandacht binnen de stimuleringsregeling zorggeschikte woningen. Ontwikkelaars wordt gevraagd bij de inrichting van geclusterde woonvormen rekening te houden met dementievriendelijkheid.

Trainen van vrijwilligers
Vanuit het programma Samen dementievriendelijk, uitgevoerd door Alzheimer Nederland, wordt gewerkt aan een samenleving die helpt om mensen met dementie langer mee te laten doen en het gevoel te geven ertoe te doen, en die ook mantelzorgers ondersteunt. Dit gebeurt onder andere door trainingen en campagnes om de bewustwording te vergroten. Inmiddels zijn er al 815.000 onlinetrainingen gevolgd op de website van Alzheimer Nederland en worden er elke werkdag gemiddeld ruim drie groepstrainingen gegeven die worden verzorgd door vrijwillige trainers.

Mensen met dementie zijn via de adviesraden van Alzheimer Nederland betrokken bij de ontwikkeling en actualisering van trainingen. Daarbij is iemand met dementie aan het woord in de training in de vorm van een video interview. Vanaf 2026 wordt nog extra ingezet op het bereiken van verenigingen, ook is er een training specifiek gericht op het vrijwilligerswerk. Deze training wordt dit jaar geactualiseerd en verbeterd. Een overzicht van deze resultaten staat beschreven in de Voortgangsbrief dementie die op 12 oktober 2026 naar de kamer is gestuurd.

Voucherregeling Beweeg- en Ontmoetingsvriendelijke wijken
Vanuit het Gezonde Leefomgeving Integrale Aanpak (GLIA) programma is er een voucherregeling opgezet door ZonMw met als doel dat gemeenten wijken zo inrichten dat deze (meer) uitnodigt tot bewegen en ontmoeten. In totaal zijn er vouchers voor 40 wijkscans verleend. In veel projecten wordt gekeken naar het bewegen en ontmoeten van ouderen, toegankelijkheid van wijken en buurten. In sommige projecten wordt ook specifiek naar mensen met dementie gekeken. De wijkscans worden samen met de bewoners opgesteld. Met deze projecten wordt ook het ontmoeten en de totstandkoming van een zorgzame (dementievriendelijke) buurt bevorderd.

Het is niet vast te stellen of mensen met dementie door bovenstaande programma's en projecten kunnen blijven deelnemen aan het dagelijks leven in hun buurt. Mede omdat bij de opzet van deze projecten dit niet als specifiek aandachtspunt is meegenomen. Wel zijn er verschillende monitoringsinstrumenten beschikbaar die meten in welke mate mensen kunnen blijven deelnemen aan het dagelijks leven in hun buurt:

- Dementiemonitor[15]; Wordt elke twee jaar uitgevoerd door Alzheimer Nederland en Nivel. In de aankomende editie die uitkomt op 10 november 2026 wordt, in tegenstelling tot eerdere edities, uitgebreider aandacht besteed aan verschillende aspecten die bijdragen aan een dementievriendelijke buurt. Zo wordt onder andere gekeken naar hoe mensen met dementie hun buurt ervaren, bijvoorbeeld als het gaat om herkenning, begrip, stigma en eenzaamheid. Daarnaast worden er vragen gesteld over de beschikbaarheid van voorzieningen, ondersteuning en ontmoetingsplekken in de buurt. Hierin wordt niet alleen het perspectief van mensen met dementie meegenomen maar ook die van mantelzorgers.
- Dementie in kaart[16]; is een online dashboard wat vooral landelijk en regionaal inzicht geeft in de belangrijkste cijfers over dementie. Hierin staan geen gegevens die direct aangrijpen op sociale participatie in de buurt, maar geeft wel aan in hoeverre mensen met dementie en hun naasten kunnen blijven deelnemen aan de samenleving. Relevante thema's in het dashboard zijn: maatschappelijke ondersteuning, mantelzorg en verschillen tussen regio's.
- Dementiescan[17]; is een tool van Alzheimer Nederland die inzicht geeft in hoe dementievriendelijk een gemeente is, wat een gemeente kan doen om dit te verbeteren en geeft een benchmark tussen gemeenten of wijken. Thema's die terugkomen in de dementiescan zijn onder andere: wonen met dementie, activiteiten en respijtzorg, en ondersteuning mantelzorgers. De gegevens hiervan zijn alleen in te zien door Alzheimer Nederland. Wel is er publiek welke gemeenten dementievriendelijk zijn, maar niet wat de score is op de verschillende thema's.

[15] Dementiemonitor | Alzheimer Nederland
[16] Dementie in kaart
[17] Hoe dementievriendelijk is uw gemeente? | Alzheimer Nederland

De leden van de PRO-fractie lezen ten slotte dat binnen het Onderzoeksprogramma Dementie wordt verkend hoe de zorg zich kan voorbereiden op mogelijke nieuwe behandelingen. Wanneer verwacht de minister de uitkomsten van deze verkenning? Wordt daarin ook beschreven welke capaciteit nodig zou zijn voor diagnostiek, begeleiding en het volgen van mogelijke bijwerkingen? Hoe worden patiënten en naasten betrokken bij beslissingen over toekomstige zorgpaden?

De verkenning is in oktober 2026 gepubliceerd op de ZonMw website[18]. De verkenning brengt in kaart op hoofdlijnen welke voorbereiding van het zorgsysteem vereist is voor de komst van nieuwe dementiegeneesmiddelen en welke stappen hiervoor nodig zijn. De verkenning geeft inzicht in waar de behoeftes van de verschillende partijen in het zorgsysteem liggen en waar publieke inzet nodig is om het zorgstelsel gereed te maken voor de komst van nieuwe dementiemedicijnen. De verkenning doet samenhangende aanbevelingen, gericht op vijf thema's: inhoud van zorg, organisatie van zorg, data-infrastructuur, onderzoek en communicatie en hoe deze aanbevelingen uitgevoerd kunnen worden. De rol van patiënten en mantelzorgers bij besluitvorming over diagnostiek en behandeling en de communicatie wordt hierin meegenomen.
Op basis van de aanbevelingen uit deze verkenning is ZonMw voornemens een subsidieronde open te stellen met als doel om bij te dragen aan kennisontwikkeling over het gereedmaken van het Nederlandse zorgsysteem voor ziektemodificerende geneesmiddelen voor dementie.

De vraag welke capaciteit nodig zou zijn voor diagnostiek, begeleiding en het volgen van mogelijke bijwerkingen, valt buiten de scoop van deze verkenning.

Reactie op vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

Deze leden ondersteunen de inzet op preventie en een gezonde leefstijl, juist omdat maatregelen tegen bijvoorbeeld overgewicht, roken, bewegingsarmoede en hoge bloeddruk niet alleen het risico op dementie kunnen verkleinen, maar veel breder gezondheidswinst kunnen opleveren. Deze leden constateren echter dat uit de beantwoording nog onvoldoende duidelijk wordt welke concrete resultaten het kabinet met deze inzet wil bereiken. Welke meetbare doelen worden gehanteerd, wanneer worden de effecten geëvalueerd en op basis waarvan wordt bepaald welke interventies daadwerkelijk effectief en doelmatig zijn?

Zoals aangegeven in de beantwoording van de eerdere vragen[19] ligt ten aanzien van gezondheidsbevordering en preventie een grote rol bij gemeenten. In het Gezond en Actief Leven Akkoord en het Aanvullend Zorg en Welzijn Akkoord (AZWA) zijn afspraken gemaakt tussen Rijk, gemeenten en andere partijen over gezondheidsbevordering. Specifiek voor dementie is in het AZWA afgesproken dat er een ketenaanpak wordt ontwikkeld die ook ziet op risicoreductie van dementie. De voortgang van deze akkoorden wordt gemonitord via de GALA-monitor[20] en de monitoring van het AZWA. Over dit laatste heb ik uw Kamer op 5 oktober jl. geïnformeerd[21].

[18] https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/hoe-maken-we-de-zorg-klaar-voor-geneesmiddelen-tegen-dementie
[19] Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2025-2026, Kamerstuk 25 424, nr. 804
[20] GALA-monitor | RIVM
[21] Monitoring Integraal Zorgakkoord (IZA) en Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA): 2-meting en vooruitblik | Tweede Kamer der Staten-Generaal

Daarnaast vinden deze leden het belangrijk dat beleid rond dementie, en in het bijzonder vroegdiagnostiek en mogelijke behandelingen, steeds aansluit bij de meest actuele stand van de wetenschap. Juist op dit terrein volgen de ontwikkelingen elkaar snel op. Hoe borgt de minister dat nieuwe wetenschappelijke inzichten tijdig worden meegewogen en dat beleid en richtlijnen waar nodig daarop worden aangepast? Kan de minister toezeggen dat de Kamer wordt geïnformeerd wanneer nieuwe wetenschappelijke inzichten aanleiding geven om de huidige beleidslijn rond vroegdiagnostiek of behandeling te heroverwegen?

In Nederland zijn beroepsgroepen verantwoordelijk voor de inhoud van de zorg. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelt voor huisartsen de professionele kwaliteitsstandaarden en richtlijnen, dit op basis van (nieuwe) wetenschappelijke inzichten en knelpunten uit de praktijk. Huisartsen gebruiken deze standaarden en richtlijnen ter ondersteuning van het medisch beleid in de huisartsenpraktijk. Het kabinet ondersteunt de NHG financieel bij de richtlijnontwikkeling, maar is niet betrokken bij de inhoudelijke ontwikkelingen van de richtlijnen.

Reactie op vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower

Naar aanleiding van het thema nieuwe ontwikkelingen. De minister acht het 'niet ondenkbaar' dat nieuwe consensus aanleiding geeft de raad opnieuw te vragen de stand van zaken opnieuw te wegen. In mei 2026 kregen twee geautomatiseerde p-tau217-bloedtesten een CE-markering, waarvan één volgens de fabrikant ook bedoeld is voor de eerste lijn. De klinische richtlijn van de Alzheimer's Association over bloedbiomarkers in de specialistische zorg (juli 2025) staat niet in de literatuurlijst van het advies. Heeft de commissie die richtlijn gewogen? Rekent de minister deze CE-markeringen tot de ontwikkelingen die zij bedoelt? Deze leden zullen de commissie voorstellen het aanbod van de raad voor een technische briefing aan te nemen, samen met clinici van Amsterdam UMC en Maastricht UMC+.

De publicatie van de richtlijn van de Alzheimer's Association (AA) was destijds al bekend binnen de commissie. De conclusies uit deze richtlijn sluiten aan bij het advies van de Gezondheidsraadcommissie, namelijk dat de methoden voor vroegdiagnostiek met goede redenen ingezet kunnen worden binnen de specialistische zorg om meer zekerheid te krijgen over de onderliggende oorzaak van cognitieve achteruitgang. Wel benadrukt de richtlijn nadrukkelijk dat bloedbiomarkers geen vervanging zijn voor het gebruikelijke, zorgvuldige en uitgebreide specialistische diagnostische traject binnen deze setting.

Naar aanleiding van het thema reikwijdte van de adviesaanvraag. De adviesaanvraag van 17 juni 2024 vroeg of vroegdiagnostiek de ziektelast kan verlagen. Of een bloedtest binnen de bestaande diagnostiek een ruggenprik of PET-scan kan voorkomen, is een andere vraag. Die laat het advies uitdrukkelijk aan de richtlijnen van de beroepsgroepen, terwijl de raad zelf vaststelt dat onderzoek naar 'de plaatsbepaling van biomarkers in de klinische setting' ontbreekt. Waarom is die vraag, net als trialselectie, niet in de adviesaanvraag opgenomen? Is de minister bereid de raad hierover om een kort aanvullend advies te vragen?

In de adviesaanvraag van 17 juni 2024 heeft de minister van VWS de Gezondheidsraad gevraagd naar de mogelijkheden en wenselijkheid van preventie en vroegdiagnostiek om zo de verwachte stijging van de ziektelast door dementie tegen te gaan. Hierbij is

ingegaan op de potentie van beschikbare screeningsinstrumenten die mensen met (het risico op) dementie in een vroeg stadium kunnen opsporen.
De vraag of een specifieke bloedtest een ruggenprik of PET-scan kan vervangen, betreft echter de specifieke plaatsbepaling in de klinische setting. Dat de Gezondheidsraad constateert dat specifiek onderzoek hiernaar ontbreekt, is een resultaat van het advies en niet van de adviesaanvraag.
Het is primair aan de medische beroepsgroep om via richtlijnherziening te bepalen wanneer en hoe nieuwe diagnostiek verantwoord kan worden geïmplementeerd.
Gelet op deze eigen verantwoordelijkheid van de beroepsgroep en de brede scope van het oorspronkelijke advies, zie ik geen aanleiding om de Gezondheidsraad om een aanvullend advies te vragen.

Naar aanleiding van het thema psychologische belasting. De minister schrijft dat de raad vroegdiagnostiek niet primair om psychologische belasting ontraadt. In de overwegingen van de raad komt dat argument ook niet voor, in haar eigen beleidsreactie van 19 maart 2026 wel. Op welke onderzoeken baseert zij dat? De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) staat een arts alleen toe informatie achter te houden bij 'kennelijk ernstig nadeel' (artikel 7:448, derde lid, BW) en legt de keuze om niet te weten bij de patiënt (artikel 7:449 BW). Deelt de minister dat een algemene verwijzing naar psychologische belasting daarom geen zelfstandige grond is om vroegdiagnostiek bij mensen met klachten te ontraden?

Zoals eerder aangegeven in de reactie op het schriftelijk overleg[22], ontraadt de Gezondheidsraad vroegdiagnostiek omdat de diagnostische en prognostische waarde van de beschikbare methoden beperkt is en het op dit moment ontbreekt aan een effectieve curatieve behandeling die vroegdiagnostiek rechtvaardigt.
De Gezondheidsraad weegt maatschappelijke, ethische en psychologische aspecten zorgvuldig mee op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur en de inbreng van de onafhankelijke adviescommissie. Het onterecht of prematuur labelen van patiënten kan leiden tot onnodige angst en stigmatisering, wat is meegewogen in de ethische en maatschappelijke overwegingen. Voor de gebruikte literatuur verwijs ik u naar de literatuurlijst in het GR-advies.

Ik onderschrijf dat het recht op informatie en de keuzevrijheid van de patiënt belangrijke onderdelen zijn van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.
In gesprek met de patiënt respecteert de individuele arts – met inachtneming van de WGBO en professionele richtlijnen – de autonomie van de patiënt en diens wensen. Dit is vastgelegd in de medische richtlijnen dementie[23].

Naar aanleiding van het thema behandeling en herbeoordeling. De beleidsreactie rekent het stadium van milde cognitieve stoornissen tot 'vroege' diagnose met beperkte meerwaarde. Juist voor dat stadium en milde dementie zijn lecanemab en donanemab in de EU toegelaten. Valt iemand met MCI die zelf hulp zoekt onder tijdige of onder vroege diagnostiek? De minister zegt toe te heroverwegen zodra nieuwe diagnostische methoden 'of' ziektemodificerende middelen bewezen werken.

De termen tijdige diagnostiek en vroege diagnostiek wordt in de praktijk vaak door elkaar gebruikt. Iemand met *Mild Cognitive Impairment* (MCI) die zelf hulp zoekt vanwege

[22] Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2025-2026, Kamerstuk 25424 nr. 804
[23] FMS-richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (MCI) en Dementie | NHG-Richtlijnen

ervaren klachten, valt onder de tijdige diagnostiek (gangbare diagnostische paden). Er is immers al sprake van manifeste (hoewel milde) symptomen en een zorgvraag. Ondanks dat een effectieve behandeling of genezing (nog) niet mogelijk is, vermindert een tijdige diagnose bij de patiënten en hun naasten onzekerheid over de oorzaak van cognitieve klachten en stelt mensen met dementie en hun naasten in staat om passende zorg en ondersteuning tijdig te organiseren.

Vroege diagnostiek (waar in GR-advies op doelt) doelt vaker op het opsporen van ziekte bij de eerste lichte (al dan niet subjectieve) klachten en symptomen waarmee een patiënt bij een arts komt of op grote schaal testen van risicogroepen zonder duidelijke hulpvraag.

Bevestigt zij dat bewezen betrouwbare diagnostiek op zichzelf dus volstaat, ook zonder vergoed middel? Welke beleidsregels bedoelt zij precies? Is de minister bereid in de NDS-voortgangsbrief van dit najaar toetsbare ijkpunten op te nemen die tot een nieuwe adviesaanvraag leiden, en daarin ook de uitkomst van de ZonMw-verkenning naar ziektemodificerende middelen (verwacht zomer 2026) met de vervolgstappen van VWS te delen?

Nee, dat is iets genuanceerder dan de leden van groep Markuszower in hun vraag stellen. Bewezen betrouwbare diagnostiek is een belangrijke voorwaarde, maar staat in de zorgpraktijk niet los van het klinische en handelingsperspectief. Zolang een medicijn niet in het basispakket zit dat de ziekte kan afremmen, geldt voor de reguliere zorg dat diagnostiek gericht blijft op het uitsluiten van behandelbare oorzaken, duidelijkheid te geven over hoe het verder gaat, en om op tijd te starten met goede begeleiding (zoals casemanagement) en leefstijlinterventies.
Op dit moment zie ik geen aanleiding en noodzaak tot een nieuwe adviesaanvraag bij de Gezondheidsraad. Er is nog geen effectieve behandelmethode die toegelaten is tot het zorgpakket.
De rapportage van de ZonMw verkenning over zorgsysteem is gepubliceerd en in te zien via de ZonMw website[24].
Op basis van de aanbevelingen uit deze verkenning is ZonMw voornemens een specifieke subsidieoproep uit te zetten met als doel om bij te dragen aan kennisontwikkeling over het gereed maken van het Nederlandse zorgsysteem voor ziektemodificerende geneesmiddelen voor dementie.

Naar aanleiding van het thema Totstandkoming en patiëntenperspectief. Alzheimer Nederland is niet formeel geconsulteerd; de minister verwijst naar 'nauwe contacten' van commissieleden. Dat is geen consultatie waarvan de inbreng controleerbaar is. Volgens de beslisnota zijn de antwoorden afgestemd met de Gezondheidsraad. Komt deze passage van de raad, en waar is vastgelegd welke standpunten zo zijn meegewogen? Is de minister bereid in een volgende adviesaanvraag over dementie formele consultatie van patiënten- en naastenorganisaties te vragen?

[24] https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/hoe-maken-we-de-zorg-klaar-voor-geneesmiddelen-tegen-dementie

De betreffende passage is opgesteld in afstemming met de Gezondheidsraad. Zoals aangegeven in de brief[25] zijn de standpunten, behoeften en zorgen van patiënten en mantelzorgers breed gedocumenteerd in wetenschappelijke publicaties, literatuur en de openbare uitingen van Alzheimer Nederland, en zijn deze zodoende meegewogen. Ook is in deze brief aangegeven dat ik de mening deel van de leden over het meewegen van het perspectief van patiënten en naasten bij vraagstukken rondom de inrichting van de dementiezorg. Ik heb daarbij aangegeven dat voor toekomstige adviestrajecten over dementie het uitgangspunt blijft dat de Gezondheidsraad, binnen zijn onafhankelijke positie, de relevante maatschappelijke context nauwgezet betrekt.

Naar aanleiding van het thema minimaal invasieve diagnostiek. De minister onderschrijft het doel van het amendement-Claassen, maar vindt een aparte pilot 'niet doelmatig'. De door de hele Kamer gesteunde motie-Claassen c.s. (Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 154) vraagt juist te verkennen onder welke voorwaarden een landelijke pilot met biomarkertriage voor PET-diagnostiek kan worden opgezet. Die pilot speelt zich af in de specialistische zorg, waar het advies de inzet aan de beroepsgroepen laat, en levert het onderzoek naar plaatsbepaling dat de raad mist. Loopt de minister vooruit op die verkenning? Zegt zij toe dat de voortgangsbrief de motie volledig uitvoert, inclusief de Zweedse eerstelijnspilots die zij zelf noemt? Is de minister bereid de pilot onder te brengen in de vervolgaanvraag voor het thema diagnostiek en prognostiek, zodat van versnippering geen sprake is? En welk deel van de 16 miljoen euro NDS-onderzoeksgeld in 2026 gaat naar diagnostiek?

Voor mijn reactie op de motie Claassen en de besteding van het onderzoeksbudget verwijs ik naar de voorgangsbrief over de Nationale Dementiestrategie die op 12 oktober aan Uw Kamer is verzonden[26].

[25] Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2025-2026, Kamerstuk 2025-2026 25424 nr. 804

[26] Voortgangsbrief Nationale Dementiestrategie | Tweede Kamer der Staten-Generaal