

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Bezoekadres:**

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

**Ons kenmerk**

4377763-1097811-LZ

**Bijlage(n)**

1

**Uw kenmerk**

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

der Staten General  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

De Voorzitter van de Tweede Kamer

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

Datum 30 juni 2026  
Betreft Beantwoording vragen schriftelijk overleg (SO) inzake Beleidsreactie bij het  
advies van de Gezondheidsraad 'Risicoreductie en vroegdiagnostiek  
dementie' (TK 25 424-782)

Geachte voorzitter,

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn er door een  
aantal fracties schriftelijk vragen gesteld over de beleidsreactie op het advies van de  
Gezondheidsraad 'Risicoreductie en vroegdiagnostiek dementie'  
(TK 2025-2026, 25 424, nr. 782). 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.**

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, Jeugd en Sport over de beleidsreactie inzake het advies van de Gezondheidsraad 'Risicoreductie en vroegdiagnostiek dementie'<sup>1</sup>.

Fungerend-voorzitter van de commissie,  
Mohandis  
Adjunct-griffier van de commissie,  
Heller

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 782

## **Inhoudsopgave**

### **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 PVV-fractie**
- Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**
- Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-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 met interesse kennisgenomen van de beleidsreactie bij het advies van de Gezondheidsraad 'Risicoreductie en vroegdiagnostiek dementie'. Daartoe hebben deze leden een aantal vragen.

De Gezondheidsraad heeft geadviseerd om primair in te zetten op preventieve maatregelen die het risico op ontwikkelen van dementie kunnen verkleinen, en pleit ervoor om bestaande preventieve maatregelen ter preventie van andere chronische aandoeningen met dezelfde risicofactoren te versterken en te verbreden. Daarnaast wordt gesteld dat de inzet op een gezonde leefstijl kan bijdragen aan de risicoreductie van dementie. Daartoe vragen de leden van de D66-fractie welke concrete acties de minister hier nu al op onderneemt, naast het starten van de Coalitie Leefstijl in de Zorg?

Er wordt momenteel onderzoek gedaan naar onder andere de (kosten)effectiviteit van dementie risicoreductie via individueel leefstijladvies. Daartoe vragen de leden van de D66-fractie of er ook gekeken wordt naar het gezonder inrichten van de samenleving in bredere zin. Bijvoorbeeld door meer actie te ondernemen op het creëren van meer openbare beweegruimte en een gezonde omgeving? Zo ja, welke dingen gebeuren er concreet? Op welke wijze en op welke termijn wordt de Kamer geïnformeerd over de voortgang? Zo nee, waarom wordt hier momenteel nog geen actie op ondernomen?

Daarnaast lezen de leden van de D66-fractie dat er verkend wordt of het opportuun is om via het afwegingskader ook een casus uit te werken op het gebied van dementie. Daartoe vragen deze leden wanneer het besluit hierover verwacht kan worden

##### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de reactie van de minister over het advies van de Gezondheidsraad. Deze leden hebben nog wel een aantal vragen hierover.

De leden van de VVD-fractie lezen dat in Nederland één op de vijf mensen dementie krijgt. Bij vrouwen ligt dit aanzienlijk hoger. Eén op de drie vrouwen krijgt te maken met dementie. Kan de minister aangeven welke gevolgen dit grote verschil heeft voor haar preventiebeleid? Ziet zij aanleiding en mogelijkheden om specifiek beleid te voeren gericht op vrouwen? Zo ja, op welke manier? Zo nee, waarom niet?

De leden van de VVD-fractie lezen dat het RIVM aan het verkennen is of het opportuun is om via het afwegingskader voor het investeringsmodel preventie een casus uit te werken op gebied van dementie. Kan de minister aangeven wanneer zij verwacht dat hierover een knoop doorgehakt kan worden?

De leden van de VVD-fractie begrijpen dat causaal bewijs tussen preventieve maatregelen op risicofactoren voor dementie en de daadwerkelijke verlaging van het aantal dementiegevallen lastig te onderbouwen is. Toch geeft de minister aan dat er verschillende initiatieven zijn gestart en er subsidies zijn vergeven. Kan de minister toelichten of zij kan waarborgen dat dit zinvol is, aangezien de risicofactoren die de kans op dementie zouden verhogen, nog niet zijn aangetoond?

De leden van de VVD-fractie lezen dat de minister groot belang hecht aan het tijdige organiseren van zorg voor mensen met dementie. Dit is bij dementie extra belangrijk omdat de wilsbekwaamheid vervalft. Heeft de minister er zicht op of ouderen in Nederland hier regelingen toe getroffen hebben? Kan zij aangeven hoe groot de groep is bij wie dit (waarschijnlijk) nog niet geregeld is? Is het voor ouderen of andere risicogroepen duidelijk wat zij bij een notaris, bank en/of huisarts moeten regelen? Wordt er genoeg gedaan om deze groepen te informeren over het belang van het vastleggen wat zij willen mochten zij worden overvallen door dementie?

De leden van de VVD-fractie lezen dat er binnen het onderzoeksprogramma dementie van ZonMw onderzoek gedaan wordt wat het Nederlands zorgstelsel nodig heeft als in de toekomst meerdere therapeutische behandelingen beschikbaar komen. Kan de minister aangeven hoe zij ervoor kan zorgen dat de Nederlandse zorg hier klaar voor is, wanneer deze doorbraken er zijn? Hoe wordt het patiënten- en mantelzorgperspectief hierin meegenomen?

De leden van de VVD-fractie begrijpen tot slot dat diagnosestelling bij mensen met een al aanwezige verstandelijke beperking vaak ingewikkeld is. Kan de minister aangeven hoe zij wil bereiken dat juist ook deze groep beter bereikt wordt? Is de kennis hierover genoeg aanwezig in Nederland? Op welke manier kan zij zorgverleners hier beter toe helpen voorbereiden?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie**

De leden van de fractie van PRO hebben kennisgenomen van de beleidsreactie bij het advies van de Gezondheidsraad 'Risicoreductie en vroegdiagnostiek dementie'. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de fractie van PRO lezen dat in Nederland één op de vijf mensen dementie heeft en dat bij vrouwen dat zelfs één op de drie is. Kan nader toegelicht worden welke oorzaken mogelijk ten grondslag liggen aan dit verschil waarbij vrouwen vaker dementie hebben? Zij lezen tevens dat de zorgkosten voor dementie naar verwachting naar €15,6 miljard zullen stijgen in 2040. Zou nader toegelicht kunnen worden hoe deze inschatting is gemaakt en hoe de kosten zijn opgebouwd? Zou tevens nader per tabel een vergelijking kunnen geschetst worden met andere veelvoorkomende aandoeningen bij ouderen en de daarmee geassocieerde kosten?

De leden van de PRO-fractie lezen dat dementie in alle gevallen bijzonder ingrijpend voor de mensen met dementie en hun naasten is. Zij herkennen dit beeld en vragen de minister welke ondersteuningsmogelijkheden er bestaan voor naasten van mensen met dementie. Op welke wijze

worden naasten goed meegenomen in en voorbereid op het verdere verloop van de ziekte? Zij willen daarnaast graag het belang van dementievriendelijke buurten onderstrepen. Op welke wijze zet het kabinet zich in voor het dementievriendelijk inrichten van buurten? Hoe stimuleren zij initiatieven die zich hiervoor inzetten?

De leden van de PRO-fractie lezen dat de beschikbare methoden voor vroegdiagnostiek nog onvoldoende betrouwbaar zijn om buiten de specialistische ziekenhuiszorg breed toe te passen. Welke onderzoeken lopen er momenteel zowel binnen als buiten Nederland om de methoden te verbeteren? Deelt de minister de mening van de leden van de fractie PRO dat, ondanks dat dementie (momenteel) niet te genezen is, een tijdige diagnose wel heel belangrijk is? Bestaat de mogelijkheid om binnen een aantal Alzheimercentra alvast te starten met voorbereidingen op de komst van mogelijke nieuwe medicijnen, zodat zorgprofessionals zich kunnen blijven ontwikkelen in deze innovaties? Hoe wordt in dit proces het perspectief van patiënten en mantelzorgers meegenomen?

Genoemde leden lezen tevens dat de Gezondheidsraad adviseert om primair in te zetten op preventieve maatregelen die het risico op het ontwikkelen van dementie kunnen verkleinen en pleit ervoor om de bestaande maatregelen ter preventie van andere chronische aandoeningen met dezelfde risicofactoren te versterken en te verbreden. Zij onderstrepen het belang van effectieve preventieve maatregelen, die ook aangekaart worden bij de brede bevolking. Wat is de huidige status van het investeringsmodel preventie? Wanneer kan de Kamer een afwegingskader voor het investeringsmodel preventie verwachten? Wat gaat de minister specifiek doen voor qua preventie voor groepen met een lagere sociaaleconomische status?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de beleidsreactie op het advies van de Gezondheidsraad over risicoreductie en vroegdiagnostiek van dementie. Deze leden lezen dat de minister de nadruk op preventie omarmt en deze wil inbedden in bestaand beleid, onder meer via de Samenhangende preventiestrategie, de geactualiseerde Nationale Dementiestrategie, het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg en de uitwerking van de basisfunctionaliteit dementie binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Ook lezen deze leden dat met het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) wordt bezien wat het advies betekent voor de omgang met hoge bloeddruk als risicofactor. Daarover hebben zij enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie vragen de minister per genoemd beleidstraject concreet uiteen te zetten welke nieuwe maatregelen specifiek gericht zijn op risicoreductie van dementie, en welke onderdelen slechts voortzetting zijn van reeds bestaand beleid. Ook vragen deze leden hoe de minister voorkomt dat de verwijzing naar meerdere bestaande akkoorden, strategieën en beleidslijnen in de praktijk vooral leidt tot stapeling van goede intenties, zonder dat dit resulteert in concreet merkbare preventieve inzet. Deze leden vragen voorts welke concrete, meetbare doelstellingen de minister aan deze preventiebenadering verbindt als het gaat om dementierisico, en op welke termijn zichtbaar moet worden of deze inzet daadwerkelijk effect sorteert.

De leden van de PVV-fractie vragen de minister nader toe te lichten wat de uitwerking van de basisfunctionaliteit dementie binnen het AZWA precies zal toevoegen aan het bestaande beleid, en welke preventieve component daarin expliciet wordt opgenomen. Deze leden vragen de minister tevens aan te geven wat de basisfunctionaliteit dementie naar verwachting oplevert voor mensen met dementie, professionals en hun naasten. Ook vragen zij de minister wanneer de kaders voor de basisfunctionaliteit dementie beschikbaar zijn.

De leden van de PVV-fractie vragen de minister uiteen te zetten wat zij, mede in overleg met het NHG, concreet wil veranderen ten aanzien van hoge bloeddruk als risicofactor voor dementie. Zij vragen of daarbij bijvoorbeeld wordt gedacht aan aanpassing van richtlijnen, intensievere signalering, eerdere behandeling of extra bewustwording in de spreekkamer. Deze leden vragen voorts wanneer de minister verwacht de Kamer te informeren over de uitkomsten van het overleg met het NHG over hoge bloeddruk en dementierisico. Ook vragen deze leden hoe de gelden voor dementie beschikbaar vanuit het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg exact worden ingezet.

De leden van de PVV-fractie vragen de minister hoe er in andere Europese landen wordt omgegaan met de inzet van vroegdiagnostiek. Deze leden willen ook graag weten wat de minister onderneemt om te zorgen voor voldoende Casemanagers Dementie en hoe de minister aankijkt tegen het idee van Alzheimer Nederland om in een aantal Alzheimer centra al te beginnen met het voorbereiden op eventuele medicijnen.

Deze leden vragen tot slot of de minister bereid is de Kamer periodiek te informeren over de voortgang van de preventieve inzet op dementie, juist om te kunnen beoordelen of de uitgesproken beleidsintentie ook daadwerkelijk wordt omgezet in uitvoerbaar en toetsbaar beleid.

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de beleidsreactie op het advies van de Gezondheidsraad over risicoreductie en vroegdiagnostiek van dementie en hebben hierover nog enkele vragen aan de minister.

De minister benadrukt volgens de leden van de CDA-fractie terecht het belang van preventie. Daarbij is aandacht voor het individu belangrijk, met zoveel mogelijk eigen regie nadat dementie is vastgesteld en met aandacht voor een gezonde leefstijl. Ook is er aandacht voor het verbeteren van afspraken over samenwerking op het snijvlak van publieke gezondheid, zorg en het sociaal domein, rond het thema dementie via het AZWA.

Deze leden vragen welke rol de minister ziet voor de omgeving en de samenleving als geheel in het kader van preventie. Als de samenleving beter leert omgaan met de aanwezigheid van dementie in de directe leefomgeving, helpt dat om problemen eerder te signaleren en beter te dragen. Dat vergroot volgens deze leden het onderlinge begrip en draagt bij aan een meer zorgzame samenleving, waarin mensen elkaar sneller weten te vinden en ondersteunen. Deze leden vragen of de minister dit deelt en zo ja, hoe dit vorm krijgt in het beleid de komende jaren, ook ten aanzien van het afsluiten van het bestuurlijk akkoord voor de ouderenzorg.

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer er meer bekend wordt of het RIVM ook een afwegingskader voor dementie uit gaat werken. Ook vragen deze leden op welke manier er bij preventie aandacht is voor groepen met een lage sociaaleconomische status.

De leden van de CDA-fractie lezen dat ook de minister benoemt dat hoewel dementie niet te genezen is, een tijdige diagnose voor mensen met dementie en hun naasten belangrijk is. In de praktijk wordt vaak alleen "dementie" vastgesteld, zonder de onderliggende oorzaak te specificeren, zoals Alzheimer, Lewy body of vasculaire dementie. Dat kan echter meerwaarde hebben, omdat zorg en ondersteuning dan gericht kunnen worden ingezet en er meer begrip in de omgeving ontstaat. Hoe kijkt de minister hiertegen aan, zo vragen deze leden.

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-fractie**

De leden van 50PLUS-fractie danken de minister voor het toezenden van de beleidsreactie. Zij willen hierover nog een vraag stellen.

Genoemde leden juichen toe dat er meer aandacht is voor de inzet op een gezonde leefstijl als mogelijke manier van risicoreductie. Op pagina 3/4 staat vermeld dat eerste onderzoeksresultaten hierop wijzen, maar "daarbij geldt wel dat de kosteneffectiviteit nog beter moet onderbouwd". En: "De ambitie is om leefstijl integraal onderdeel te maken van de reguliere zorg voor mensen met een gezondheidsklacht, aandoening of ziekte".

Hoe kijkt de minister naar de stelling dat preventie en het bevorderen van gezonde levensstijl de primaire uitgangspunten zouden moeten zijn, in plaats van een ambitie? Bij dementie, maar zeker daarvoor niet alleen, maar zorgbreed?

De aandacht voor casemanagement als standaard is volgens de leden van de 50PLUS-fractie terecht. Het is goed om te lezen dat de casemanager al in een vroegtijdig stadium mag worden ingeschakeld. Zijn er voldoende casemanagers om te voldoen aan de vraag?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower**

De leden van de Groep Markuszower hebben kennisgenomen van het advies van de Gezondheidsraad en de bijbehorende Kamerbrief van de minister. Deze leden nemen nota van de conclusie van de raad dat vroegdiagnostiek via bloedbiomarkers thans geen bewezen meerwaarde heeft voor brede inzet buiten de specialistische zorg. Deze leden menen echter dat een aantal kernargumenten van het advies te kort door de bocht is en te weinig recht doet aan het snel veranderende wetenschappelijke landschap. Zij hebben hierover de volgende vragen en opmerkingen aan de minister.

De leden van de Groep Markuszower constateren dat de Gezondheidsraad stelt dat bloedbiomarkers 'niet betrouwbaar genoeg' zijn voor brede inzet buiten de specialistische zorg. Deze leden merken op dat het advies hiermee voorbijgaat aan recentelijk gepubliceerde, peer-reviewed literatuur die een aanzienlijk hogere diagnostische betrouwbaarheid aantoont. Zo publiceerde Nature Medicine (2025) een studie onder 1.767 patiënten in vier secundaire zorgcohorten en één huisartsencohort in vier Europese landen, waarbij geautomatiseerde plasma p-tau217-meting een nauwkeurigheid bereikte van 89-91 procent in de tweede lijn en 85 procent in de eerste lijn. Een meta-analyse gepubliceerd in Alzheimer's & Dementia (2025, n = 30 studies) toonde voor plasma p-tau217 een sensitiviteit van 82 procent en een specificiteit van 86 procent voor amyloidpositiviteit aldus vergelijkbaar met, en in sommige gevallen superieur aan, klassieke liquordiagnostiek. Lancet Neurology (2025) concludeerde bovendien in een systematische review dat plasma p-tau217 een sterk nauwkeurige biomarker is met potentie voor klinische implementatie<sup>2</sup>. Genoemde leden vragen de minister of zij het advies van de Gezondheidsraad op dit punt nader wil laten bezien in het licht van publicaties die na de sluitingsdatum van de literatuurreview zijn verschenen, en of zij bereid is een actuele wetenschappelijke update, in conjunctie met een technische briefing in samenwerking met Amsterdam UMC, hierover aan de Kamer aan te bieden.

De leden van de groep Markuszower constateren dat het advies van de Gezondheidsraad vroegdiagnostiek vrijwel uitsluitend beoordeelt op de vraag of hiermee individuele ziekteprogressie kan worden voorspeld. Hierdoor wordt het wetenschappelijk breed erkende doel van risicostratificatie ten behoeve van klinisch onderzoek en toekomstige therapiegeschiktheid buiten beschouwing gelaten.

---

<sup>2</sup> [Nature Medicine 2025 – p-tau217 in primaire en secundaire zorg \(n = 1.767\)](#)  
[Alzheimer's & Dementia 2025 – p-tau217 diagnostische accuraatheid, meta-analyse \(n = 30 studies\)](#)  
[Lancet Neurology 2025 – bloedtest p-tau: systematische review en meta-analyse](#)

Bloedbiomarkers, met name plasma p-tau217, worden internationaal reeds ingezet om deelnemers voor klinische trials met ziekte-modificerende middelen (lecanemab, donanemab) te selecteren, waardoor kostbare en invasieve amyloïd-PET-scans kunnen worden beperkt. De Alzheimer's Association heeft hier in 2022 expliciete 'appropriate use recommendations' voor uitgebracht. Een biomarker hoeft niet perfect prognostisch te zijn om legitiem voor stratificatiedoelinden te worden gebruikt<sup>3</sup>.

De leden van de groep Markuszower vragen de minister te bevestigen of te weerleggen of het advies van de Gezondheidsraad ook de toepassing van bloedbiomarkers voor klinische trialselectie beoordeelt, dan wel of dit buiten beschouwing is gelaten, en wat haar standpunt hierover is. Genoemde leden merken op dat het advies van de Gezondheidsraad zich beperkt tot bloed- en liquorbiomarkers en niet rept van alternatieve biofluid-diagnostiek zoals traanvloeistof (lacrimaal fluid). Een in Scientific Reports (2021) gepubliceerde observationele studie van het Alzheimer Centrum Limburg (Maastricht UMC+) toonde aan dat tau-eiwitten (t-tau) in traanvocht aantoonbaar zijn en significant hoger liggen bij dementiepatiënten dan bij patiënten met vroege cognitieve klachten. Traanvocht biedt als bijkomend voordeel dat het volledig non-invasief kan worden verzameld. Verdere validatie is nodig, maar het ontbreken van dit onderzoeksspoor in het advies achten deze leden een lacune<sup>4</sup>.

Is de minister bereid te bezien of het lopende onderzoek naar traanvloeistofdiagnostiek, ook in Nederlandse onderzoekscentra, deel kan uitmaken van de nationale dementieonderzoeksagenda? Zo nee, op welke grond?

De leden van de groep Markuszower constateren dat de Gezondheidsraad mede het argument van psychologische belasting voor patiënten aanvoert als reden om vroegdiagnostiek te ontraden. Deze leden erkennen dat dit een reëel punt van zorg kan zijn, maar stellen dat dit argument in zijn huidige formulering onvoldoende wordt genuanceerd.

Ten eerste toont de wetenschappelijke literatuur aan dat de vrees voor psychologische schade bij het bekendmaken van biomarkerresultaten minder empirisch gefundeerd is dan vaak wordt aangenomen. Grill et al. (Neurology 2023) concluderen dat vragen over de wenselijkheid van het meedelen van biomarkerresultaten steeds meer plaatsmaken voor het inzicht dat dit over het algemeen veilig is en dat veel mensen hun uitslag willen kennen. Ten tweede geldt dit in versterkte mate wanneer de uitslag wordt gecombineerd met begeleiding en counseling vooraf. Patiënten met klachten of een familiale belasting wensen doorgaans wél te weten waar zij aan toe zijn, het paternalistisch onthouden van diagnostische informatie gaat voorbij aan autonomie als kernwaarde in de gezondheidszorg.

De leden van de Groep Markuszower vragen de minister op welke empirische basis de Gezondheidsraad de psychologische last weegt, en of zij bereid is een afzonderlijk onderzoek te laten uitvoeren naar de feitelijke psychologische uitkomsten van het bekendmaken van biomarkerresultaten in de Nederlandse context, inclusief de wensen van patiënten en mantelzorgers.

De leden van de Groep Markuszower constateren dat een cruciaal draagvlak van het negatieve advies de stelling is dat er geen effectieve therapeutische behandeling beschikbaar zou zijn. Zij wijzen de minister op twee relevante ontwikkelingen die dit standpunt nuanceren.

Ten eerste zijn lecanemab (Leqembi) en donanemab in 2025 door de Europese Commissie goedgekeurd voor de Europese markt. Zorginstituut Nederland heeft in februari 2026 negatief

<sup>3</sup> [Alzheimer's Association Appropriate Use Recommendations – bloedbiomarkers \(Alzheimer's & Dementia 2022\) Nature Aging 2025 – bloedgebaseerde biologische staging Alzheimer](#)

<sup>4</sup> [Scientific Reports 2021 – tau en amyloïd in traanvloeistof, Maastricht UMC+ / Alzheimer Centrum Limburg](#)

geadviseerd over vergoeding van lecanemab vanuit het basispakket, vanwege het als beperkt beoordeelde klinische effect. Alzheimer Nederland heeft aangegeven teleurgesteld te zijn in dit besluit en benadrukt dat patiënten samen met hun arts moeten kunnen besluiten of zij een behandeling willen. Juist voor beide middelen geldt dat vroegdiagnostiek een absolute voorwaarde is: ze zijn uitsluitend inzetbaar in het vroegste stadium van Alzheimer. Een beleid dat vroegdiagnostiek ontmoedigt, ondermijnt daarmee de toekomstige toegankelijkheid van ziekte-modificerende therapieën zodra vergoeding wél aan de orde is.

Ten tweede bestaat een veelbelovende therapeutische modaliteit in de vorm van therapeutische plasma-uitwisseling met albumine (therapeutic plasma exchange, TPE). De AMBAR-studie (fase IIb/III, Alzheimer's & Dementia 2020; n = 347 gerandomiseerde patiënten, 41 centra in Spanje en de VS) toonde een statistisch significante vertraging van cognitieve en functionele achteruitgang aan bij patiënten met milde tot matige Alzheimer. Een real-world-cohortonderzoek uit Argentinië (Taragano et al., 2025; n = 32) ondersteunt de externe validiteit van deze bevindingen<sup>5</sup>. De leden van de Groep Markuszower vragen de minister of zij het advies van de Gezondheidsraad ook op het punt van beschikbare en in ontwikkeling zijnde therapieën nader wil laten zien.

De leden van de Groep Markuszower merken op dat naast diagnostische vraagstukken ook een specifieke therapeutische technologie nadere aandacht verdient: nanofiltratietechnieken en immunoselectieve nanopheresis. Bij deze aanpak wordt bloed of liquor door een nanoscopisch filter geleid dat amyloïd- $\beta$  en tau-eiwitten selectief verwijdt op basis van grootte en lading. Een in International Journal of Molecular Sciences (2024) gepubliceerde review beschrijft de wetenschappelijke grondslagen van deze benadering en de potentie ervan bij de ziekte van Alzheimer. Het onderliggende mechanisme sluit aan bij de 'peripheral sink hypothesis' die ook de grondslag vormt van de AMBAR-studie<sup>6</sup>.

Deze leden constateren dat Nederland over sterke infrastructuur beschikt op het gebied van dementieonderzoek (onder meer via Alzheimer Centrum Amsterdam, Alzheimer Centrum Limburg en de nationale Dementiestrategie) en dat er in beginsel mogelijkheden bestaan om in samenwerking met academische centra, ziekenhuizen en industrie pilots op te zetten voor nanofiltratietechnieken bij Alzheimer.

De leden van de Groep Markuszower vragen de minister of zij bereid is te laten onderzoeken of nanofiltratietechnieken als therapeutische aanpak bij Alzheimer wetenschappelijk en klinisch kansrijk zijn, en of zij vervolgens bereid is in gesprek te gaan met relevante partners, waaronder universitair medische centra, Alzheimer Nederland en eventuele industriële partijen, om de haalbaarheid van een pilot in Nederland te verkennen. Zo nee, op welke grond acht de minister dit niet opportuun?

De leden van de Groep Markuszower merken op dat wetenschappelijke adviezen over snel evoluerende medische technologieën per definitie een houdbaarheidsdatum kennen. Het advies sloot de literatuurreview in 2025, maar publicaties uit datzelfde jaar, waaronder een grote meta-analyse in Lancet Neurology (september 2025) en studies in Nature Medicine en Nature Aging, geven aanleiding tot herbeoordeling. Genoemde leden maken zich zorgen dat beleid wordt gebaseerd op een momentopname die de internationale wetenschappelijke stand van zaken niet langer volledig weerspiegelt.

---

<sup>5</sup> [Scoping review TPE/albumine Alzheimer \(Frontiers in Neurology 2024\)](#)  
[Gonzalo R et al. \(2024\) – ontstekingsmarkers in AMBAR \(Ann Clin Transl Neurol\)](#)

<sup>6</sup> [Menéndez-González M et al. \(2024\) – Intrathecal immunoselective nanopheresis voor Alzheimer \(IJMS\)](#)

Is de minister bereid toe te zeggen dat zij de Gezondheidsraad verzoekt het advies over vroegdiagnostiek periodiek, bij voorkeur jaarlijks, te actualiseren in het licht van nieuwe literatuur, en de Kamer hierover te informeren? Is zij voorts bereid toe te zeggen dat de aanbeveling om vroegdiagnostiek te ontraden niet permanent als beleidslijn wordt verankerd, maar uitdrukkelijk als een huidige, tijdgebonden conclusie wordt gepresenteerd?

De leden van de Groep Markuszower constateren dat de tijdelijke commissie van de Gezondheidsraad die dit advies opstelde, uitsluitend bestaat uit academisch-wetenschappelijke en medischspecialistische leden. Alzheimer Nederland (de grootste patiënten- en mantelzorgersorganisatie op dit terrein) is daarin niet als geraadpleegde deskundige vertegenwoordigd<sup>7</sup>. Dit is frappant. Het gaat om een advies dat direct het belang raakt van patiënten en mantelzorgers: de wens om te weten, de waarde van autonomie en de ervaringskennis van het leven met dementie. De Gezondheidsraad stelt in zijn werkwijze dat commissies multidisciplinair worden samengesteld en dat ervaringsdeskundigheid daarin uitdrukkelijk een rol speelt. Alzheimer Nederland heeft echter pas ná publicatie van het advies kunnen reageren, zonder enige invloed op de totstandkoming ervan te hebben gehad. Daarmee ontbreekt structureel het patiëntenperspectief in een advies dat mede op psychologische en ethische gronden vroegtijdige diagnostiek ontraadt.

De leden vragen de minister of Alzheimer Nederland geconsulteerd is tijdens de totstandkoming van het advies. Zo nee, acht zij dit een tekortkoming in het adviesproces? Erkent de minister dat een advies over de wenselijkheid van vroegdiagnostiek dat de stem van patiënten en mantelzorgers niet structureel meeneemt, per definitie een onvolledig beeld geeft? Is zij bereid dit bij toekomstige adviestrajecten over dementie te corrigeren, en erkent zij de gesignaleerde tekortkomingen in het voorliggende advies?

Tot slot vragen de leden of de minister, mede in het licht van de bovenstaande overwegingen, bereid is een pilotprogramma voor biomarkerdiagnostiek bij hoog-risicogroepen (familiaire belasting, APOE ε4-dragerschap, vroege klachten) te overwegen ten behoeve van stratificatie en onderzoeksdeelname, en de uitkomsten daarvan aan de Kamer voor te leggen. Deze leden wijzen de minister in dit verband op het amendement van het lid Claassen<sup>8</sup> inzake een nationaal versnellingsprogramma Minimaal Invasieve Dementiediagnostiek (MIDD), dat voorzag in geormerkte middelen voor precies dit doel: bloedbiomarkers als triageinstrument, waarbij een negatieve bloedtest verdere invasieve diagnostiek voorkomt en een positieve bloedtest gerichte doorverwijzing naar amyloïd-PET mogelijk maakt. Dit triage-model leidt niet alleen tot minder belasting voor patiënten en minder gebruik van schaarse PET-capaciteit, maar ook tot een substantiële reductie van stralingsbelasting bij patiënten bij wie pathologie op grond van de bloedtest onwaarschijnlijk is. Genoemde leden betreuren dat dit amendement ingetrokken is naar aanleiding van de ontrading en vragen de minister of zij de beleidsmatige doelstelling achter dat amendement alsnog onderschrijft en langs een andere weg wil realiseren.

Deze leden merken voorts op dat de onderhavige inbreng zich heeft geconcentreerd op de ziekte van Alzheimer, hetgeen de prevalentieproportie binnen het dementiesyndroom rechtvaardigt: Alzheimer is verantwoordelijk voor circa twee derde van alle dementiegevallen in Nederland. De leden van de Groep Markuszower benadrukken echter dat de hierboven uiteengezette argumenten in wezenlijke mate ook opgaan voor andere neurodegeneratieve aandoeningen, zij het met andere diagnostische en therapeutische nuances. Voor de ziekte van Parkinson, Lewy body-dementie en fronto-temporale dementie bestaan eveneens biomarkertrajecten in ontwikkeling; bij vasculaire dementie spelen modificeerbare vaatrisicofactoren een nog prominentere rol. Is de minister bereid binnen de uitvoering

---

<sup>7</sup> [Alzheimer Nederland – reactie op het Gezondheidsraadadvies \(december 2025\)](#)

<sup>8</sup> Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 77

van de NDS 2026–2030 per dementievorm een concreet actieplan voor de diagnostische agenda op te stellen (in het bijzonder de inzet van minimaal invasieve biomarkers), en de Kamer hierover te informeren?

## II. Reactie van de minister

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

### Reactie op de vragen van de leden van de D66-fractie

*De Gezondheidsraad heeft geadviseerd om primair in te zetten op preventieve maatregelen die het risico op ontwikkelen van dementie kunnen verkleinen, en pleit ervoor om bestaande preventieve maatregelen ter preventie van andere chronische aandoeningen met dezelfde risicofactoren te versterken en te verbreden. Daarnaast wordt gesteld dat de inzet op een gezonde leefstijl kan bijdragen aan de risicoreductie van dementie. Daartoe vragen de leden van de D66-fractie welke concrete acties de minister hier nu al op onderneemt, naast het starten van de Coalitie Leefstijl in de Zorg?*

Naast de inzet op leefstijl in en vanuit de zorg, zet het kabinet op meerdere manieren in op het belang van een gezonde leefstijl en preventie in de samenleving. Zo zijn in de Samenhangende preventiestrategie (opvolger van het Nationaal Preventieakkoord) ambities geformuleerd op gebied van meerdere leefstijlfactoren die ook als risicofactor voor dementie gelden, zoals de preventie van gehoorschade en roken. Daarnaast is er in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) afgesproken om de beweging van zorg naar gezondheid te versterken door meer te gaan investeren in preventie, waaronder ook aandacht voor het terugdringen van roken en overgewicht, beiden belangrijke risicofactoren.

*Er wordt momenteel onderzoek gedaan naar onder andere de (kosten)effectiviteit van dementie risicoreductie via individueel leefstijladvies. Daartoe vragen de leden van de D66-fractie of er ook gekeken wordt naar het gezonder inrichten van de samenleving in bredere zin. Bijvoorbeeld door meer actie te ondernemen op het creëren van meer openbare beweegruimte en een gezonde omgeving? Zo ja, welke dingen gebeuren er concreet? Op welke wijze en op welke termijn wordt de Kamer geïnformeerd over de voortgang? Zo nee, waarom wordt hier momenteel nog geen actie op ondernomen?*

VWS heeft aan het RIVM en ZonMw opdracht gegeven tot het Programma Gezonde Leefomgeving (PGLO). Dat programma richtte zich niet specifiek op dementie, maar wel op de bijdrage die een gezonde leefomgeving kan hebben aan het tegengaan van risicofactoren die ook voor dementie van belang zijn. Het programma is gefinancierd met middelen die het toenmalige kabinet vrijmaakte voor het bestrijden van volksziekten, waaronder dementie maar ook kanker en obesitas.

Het PGLO heeft veel kennis opgeleverd die met name gemeenten moet helpen om de openbare ruimte gezonder in te richten. Die kennis wordt voor een groot deel ontsloten via [gezondeleefomgeving.nl](https://gezondeleefomgeving.nl) en dit jaar besteedt het RIVM veel aandacht aan het laten landen van deze kennis door middel van onder andere workshops en seminars. Parallel aan het PGLO ontvingen gemeenten onder de vlag van het Gezond en Actief Leven Akkoord middelen om te investeren in gezonde leefomgeving. Uw Kamer wordt hiervan op de hoogte gehouden via de GALA-monitor<sup>9</sup>. Daarnaast heeft de minister van VWS bij de begrotingsbehandeling afgelopen maart naar aanleiding van de motie Kostić toegezegd de Kamer te informeren over de voortgang op gebied van gezonde leefomgeving. Naar verwachting ontvangt de Kamer deze brief voor het eind van het jaar.

<sup>9</sup> [GALA-monitor | RIVM](#)

Vanuit het ZonMw Onderzoeksprogramma Dementie financiert VWS ook het landelijke consortium BIRD-NL<sup>10</sup>. Dit consortium levert de wetenschappelijke basis voor preventieve interventies tegen dementie. De focus ligt hierbij op risico-communicatie voor individuen, scenario's voor populatie-brede maatregelen en beleidsstrategieën gericht op leefstijl, omgeving en maatschappelijke gezondheidsdeterminanten. In de jaarlijkse voortgangsbrief van de NDS wordt u geïnformeerd over de voortgang en resultaten van de onderzoekconsortia van het Onderzoeksprogramma Dementie.

*Daarnaast lezen de leden van de D66-fractie dat er verkend wordt of het opportuun is om via het afwegingskader ook een casus uit te werken op het gebied van dementie. Daartoe vragen deze leden wanneer het besluit hierover verwacht kan worden.*

Ik verwacht voor de zomer duidelijkheid te hebben over of er dit jaar nog een casus wordt uitgewerkt op het gebied van dementie. Het RIVM adviseert mij hierover, mede op basis van de beschikbaarheid van wetenschappelijk bewijs en de mate waarop een casus kan bijdragen aan het doorontwikkelen van het afwegingskader.

#### **Reactie op vragen van de leden van de VVD-fractie**

*De leden van de VVD-fractie lezen dat in Nederland één op de vijf mensen dementie krijgt. Bij vrouwen ligt dit aanzienlijk hoger. Eén op de drie vrouwen krijgt te maken met dementie. Kan de minister aangeven welke gevolgen dit grote verschil heeft voor haar preventiebeleid? Ziet zij aanleiding en mogelijkheden om specifiek beleid te voeren gericht op vrouwen? Zo ja, op welke manier? Zo nee, waarom niet?*

De incidentie van dementie ligt hoger bij vrouwen, maar dat geldt daarmee niet per se voor de risicofactoren. Een andere mogelijke verklaring ligt in de langere levensverwachting van vrouwen. Daarnaast richt het preventiebeleid zich niet specifiek op preventie maar op risicofactoren die voor een veelvoud aan ziektebeelden relevant zijn, waarvan sommige meer prevalent bij mannen en anderen weer bij vrouwen. Daarmee ligt het niet voor de hand om het preventiebeleid voor risicofactoren als overgewicht en beweegarmoede te differentiëren naar geslacht.

*De leden van de VVD-fractie lezen dat het RIVM aan het verkennen is of het opportuun is om via het afwegingskader voor het investeringsmodel preventie een casus uit te werken op gebied van dementie. Kan de minister aangeven wanneer zij verwacht dat hierover een knoop doorgehakt kan worden?*

Ik verwacht voor de zomer duidelijkheid te hebben of er dit jaar nog een casus wordt uitgewerkt op het gebied van dementie. Het RIVM adviseert mij hierover, mede op basis van de beschikbaarheid van wetenschappelijk bewijs en de mate waarop een casus kan bijdragen aan het doorontwikkelen van het afwegingskader.

*De leden van de VVD-fractie begrijpen dat causaal bewijs tussen preventieve maatregelen op risicofactoren voor dementie en de daadwerkelijke verlaging van het aantal dementiegevallen lastig te onderbouwen is. Toch geeft de minister aan dat er verschillende initiatieven zijn gestart en er subsidies zijn vergeven. Kan de minister toelichten of zij kan waarborgen dat dit zinvol is, aangezien de risicofactoren die de kans op dementie zouden verhogen, nog niet zijn aangetoond?*

Er loopt inderdaad veel rond preventie en gezondheidsbevordering. Dit is echter niet alleen op het voorkomen van dementie gericht, maar op het voorkomen van vele ziektebeelden die gerelateerd zijn aan risicofactoren zoals overgewicht en beweegarmoede. Het feit dat de effectiviteit van deze maatregelen voor het tegengaan van dementie moeilijk aantoonbaar is hoeft daarom geen

---

<sup>10</sup> [BIRD-NL - Alzheimercentrum Erasmus MC](#)

belemmering te zijn om hierin te investeren gelet op de bredere maatschappelijke baten die preventie oplevert.

*De leden van de VVD-fractie lezen dat de minister groot belang hecht aan het tijdige organiseren van zorg voor mensen met dementie. Dit is bij dementie extra belangrijk omdat de wilsbekwaamheid vervalft. Heeft de minister er zicht op of ouderen in Nederland hier regelingen toe getroffen hebben? Kan zij aangeven hoe groot de groep is bij wie dit (waarschijnlijk) nog niet geregeld is? Is het voor ouderen of andere risicogroepen duidelijk wat zij bij een notaris, bank en/of huisarts moeten regelen? Wordt er genoeg gedaan om deze groepen de informeren over het belang van het vastleggen wat zij willen mochten zij worden overvallen door dementie?*

Het kabinet hecht groot belang aan tijdige, proactieve begeleiding van mensen met dementie en naasten gedurende het gehele verloop van de ziekte, van de zogenoemde niet-pluifase tot en met de laatste levensfase.

Het kabinet acht vroegtijdige inzet van de casemanager dementie van grote waarde. Hoe eerder een casemanager betrokken is, ook al in de niet-pluifase, voordat de diagnose vaststaat, hoe beter mensen met dementie en hun naasten ondersteund kunnen worden bij het maken van keuzes en het organiseren van passende zorg. De casemanager informeert cliënten en hun naasten over het ziektebeloop, begeleidt bij het maken van moeilijke beslissingen, en verwijst door naar de juiste hulp, waaronder juridische en financiële ondersteuning. Dit kan eraan bijdragen dat mensen langer verantwoord thuis kunnen blijven wonen.

Het kabinet heeft geen volledig beeld van de mate waarin ouderen in Nederland juridische en financiële regelingen hebben getroffen voor het geval zij wilsbekwaam worden, noch van de omvang van de groep waarbij dit mogelijk nog niet is geregeld. Er zijn op dit moment geen landelijke gegevens beschikbaar over bijvoorbeeld het aantal mensen met een levenstestament, volmacht of andere vertegenwoordiging.

Het is niet voor iedereen duidelijk wat geregeld moet worden en bij welke partijen ze terecht kunnen. De casemanager dementie kan hierin een belangrijke rol spelen door cliënten en hun naaste te informeren en zo nodig door te verwijzen, bijvoorbeeld voor het vastleggen van een levenstestament of volmacht bij de notaris, het informeren van de bank over vertegenwoordiging, en het gesprek met de huisarts over wensen rondom behandeling en levenseinde, de zogeheten proactieve zorgplanning.

Proactieve zorgplanning is een belangrijk onderdeel van het werk van de casemanager dementie: al in een vroeg stadium worden wensen, doelen en voorkeuren rondom de palliatieve fase besproken en vastgelegd, samen met de cliënt, naasten en betrokken artsen. Dit gebeurt bij voorkeur terwijl de persoon met dementie nog wilsbekwaam is.

*De leden van de VVD-fractie lezen dat er binnen het onderzoeksprogramma dementie van ZonMw onderzoek gedaan wordt wat het Nederlands zorgstelsel nodig heeft als in de toekomst meerdere therapeutische behandelingen beschikbaar komen. Kan de minister aangeven hoe zij ervoor kan zorgen dat de Nederlandse zorg hier klaar voor is, wanneer deze doorbraken er zijn? Hoe wordt het patiënten- en mantelzorgperspectief hierin meegenomen?*

Het klopt inderdaad dat er in opdracht van ZonMw binnen het Onderzoeksprogramma Dementie (onderdeel van de Nationale Dementiestrategie) momenteel een gerichte verkenning wordt

uitgevoerd. Deze verkenning brengt in kaart wat het zorgveld nodig heeft bij een eventuele toekomstige introductie van ziektemodificerende geneesmiddelen voor dementie. Hierbij wordt gekeken naar de organisatie van zorg, monitoring van bijwerkingen en communicatie richting patiënten en professionals. De resultaten van deze verkenning worden in de zomer van 2026 verwacht.

Op basis van de uitkomst van deze verkenning is ZonMw voornemens een specifieke subsidieregeling voor een vervolgtraject op te zetten. Het doel hiervan is om het Nederlandse zorgsysteem concreet en structureel klaar te maken voor deze medische innovaties.

Het perspectief van patiënten en hun naasten is van essentieel belang bij deze transitie. Dit is op twee manieren verankerd: 1) In de huidige verkenning is Alzheimer Nederland actief betrokken. 2) Voor de opvolgende subsidieregeling is actieve participatie van patiënten en naasten in alle fasen van het traject een standaard ZonMw-voorwaarde.

*De leden van de VVD-fractie begrijpen tot slot dat diagnosestelling bij mensen met een al aanwezige verstandelijke beperking vaak ingewikkeld is. Kan de minister aangeven hoe zij wil bereiken dat juist ook deze groep beter bereikt wordt? Is de kennis hierover genoeg aanwezig in Nederland? Op welke manier kan zij zorgverleners hier beter toe helpen voorbereiden?*

Ik deel met de leden van de VVD-fractie dat het belangrijk is aandacht te hebben voor dementie onder mensen met een verstandelijke beperking. Op het kennisplein gehandicaptensector<sup>11</sup> zijn handreikingen en informatie beschikbaar over mensen met een beperking en dementie. Daarnaast is in oktober 2023 gestart met de ontwikkeling van de richtlijn Veroudering bij mensen met een verstandelijke beperking door SKILZ. De verwachting is dat de richtlijn eind 2026 gepubliceerd zal worden.

In de Zorgstandaard Dementie<sup>12</sup>, wordt ook aandacht besteed aan dementie bij mensen met een verstandelijke beperking. Tevens worden binnen de Nationale Dementiestrategie (NDS) middelen vrijgemaakt om zorgstandaard te implementeren. Dat wordt onder meer gedaan door maandelijkse leerbijeenkomsten en maatwerktrajecten. Bij maatwerktrajecten kunnen regionale dementienetwerken middelen aanvragen om specifieke knelpunten rond dementiezorg aan te kunnen pakken, waaronder de zorg voor mensen met een beperking en dementie.

Daarnaast bekijk ik welke activiteiten ik kan ontplooiën binnen de drie thema's van de NDS om de zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking en dementie te verbeteren. Hiertoe zet ik gericht onderzoek uit. Ik zal uw Kamer hier met de voortgangsrapportage NDS over informeren.

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

*De leden van de fractie van PRO lezen dat in Nederland één op de vijf mensen dementie heeft en dat bij vrouwen dat zelfs één op de drie is. Kan nader toegelicht worden welke oorzaken mogelijk ten grondslag liggen aan dit verschil waarbij vrouwen vaker dementie hebben?*

Het onderzoeksprogramma dementie bij ZonMw zoekt naar verklaringen voor deze geslachtsverschillen. Het NCDC<sup>13</sup> consortium bekijkt in hun onderzoek of een specifiek eiwit wat geassocieerd wordt met bepaalde vormen van alzheimer bij vrouwen vaker voorkomt dan mannen. Dementie is een ziekte die zich vaak pas laat in het leven van mensen openbaart. Omdat vrouwen relatief ouder worden dan mannen is dit mogelijk een deel van de verklaring. Onderzoekers denken echter dat er ook andere verklaringen voor kunnen zijn, zoals hormonale factoren, genetische

<sup>11</sup> <https://www.vilans.nl/kennis/kennisplein-gehandicaptensector>

<sup>12</sup> [Zorgstandaard Dementie](#)

<sup>13</sup> [ZonMw project - NCDC](#)

verschillen, verschillen in hart- en vaatziekten en in de werking van het immuunsysteem<sup>14</sup>. Uit onderzoek weten we dat bepaalde zenuwcellen (zogenaamde parvalbumine (PV) cellen) een rol spelen bij de ontwikkeling van cognitieve verschillen tussen mannen en vrouwen. Binnen het internationale onderzoeksprogramma JPND wordt gekeken of deze cellen mogelijk het verschil tussen mannen en vrouwen nader kunnen verklaren<sup>15</sup>.

*Zij lezen tevens dat de zorgkosten voor dementie naar verwachting naar €15,6 miljard zullen stijgen in 2040. Zou nader toegelicht kunnen worden hoe deze inschatting is gemaakt en hoe de kosten zijn opgebouwd? Zou tevens nader per tabel een vergelijking kunnen geschetst worden met andere veelvoorkomende aandoeningen bij ouderen en de daarmee geassocieerde kosten?*

Het RIVM heeft in het kader van de Volksgezondheid ToekomstVerkenning (VTV) 2024<sup>16</sup> een trendscenario uitgevoerd naar verschillende ziekten en aandoeningen, waaronder dementie. Dit wordt gedaan door een geïntegreerd model waar demografie, ziektelast en zorgconsumptie worden gecombineerd. Het RIVM geeft aan dat de stijging van zorgkosten volledig voor rekening van de vergrijzing zijn. Andere ziekten die geassocieerd worden met ouderdom, zoals artrose, stijgen weliswaar ook, maar de kosten die voor behandeling en zorg van dementie nodig zijn, zijn veel hoger dan voor deze ouderdomsziekten. Dit omdat dementie een progressieve hersenziekte is waarbij, afhankelijk van het soort dementie en de mate van progressie, mensen volledig afhankelijk worden van zorg en ondersteuning. Omdat het hier gaat om een trendscenario, is een één op één vergelijking met andere veel voorkomende aandoeningen bij ouderen niet mogelijk. De gevraagde tabel kan ik daarmee niet leveren.

*De leden van de PRO-fractie lezen dat dementie in alle gevallen bijzonder ingrijpend voor de mensen met dementie en hun naasten is. Zij herkennen dit beeld en vragen de minister welke ondersteuningsmogelijkheden er bestaan voor naasten van mensen met dementie. Op welke wijze worden naasten goed meegenomen in en voorbereid op het verdere verloop van de ziekte? Zij willen daarnaast graag het belang van dementievriendelijke buurten onderstrepen. Op welke wijze zet het kabinet zich in voor het dementievriendelijk inrichten van buurten? Hoe stimuleren zij initiatieven die zich hiervoor inzetten?*

Ik erken dat dementie veel vraagt van mantelzorgers en naasten van mensen met dementie en deel dan ook de noodzaak van goede ondersteuning. Vanuit de Nationale Dementie Strategie wordt hier invulling aangegeven binnen het thema: betere zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en hun naasten. Met het AZWA wordt ook ingezet op betere afspraken tussen het sociale, medische en publieke gezondheidsdomein wat moet leiden tot een gericht ondersteuningsaanbod dat gemeenten kunnen inkopen. Het doel is vooral het uitstellen van zwaardere zorg, maar een goede ondersteuningsstructuur draagt ook bij aan ondersteuning en ontlasting van mantelzorgers en naasten van mensen met dementie.

Verder hecht ik eveneens belang aan dat naasten gedurende het gehele verloop van de ziekte goed worden begeleid, dus vanaf het moment dat de eerste vermoedens van dementie optreden (niet-pluifase) tot en met de eindelevensfase. Dit door duidelijke informatie, emotionele ondersteuning en begeleiding van professionals zoals een casemanager dementie te bieden. Zij krijgen uitleg over het verloop van de ziekte, leren omgaan met veranderingen in gedrag en worden betrokken bij zorg- en behandelkeuzes. Daarnaast helpt lotgenotencontact en praktische ondersteuning om mantelzorgers en naasten beter voor te bereiden op toekomstige situaties om overbelasting te voorkomen. Vroegtijdige inzet van de casemanager dementie is hierbij essentieel: hoe

<sup>14</sup> <https://link.springer.com/article/10.1186/s12916-023-03159-0>

<sup>15</sup> [JPND-MESEPAD - Project Factsheet](#)

<sup>16</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2023-2024, Kamerstuk 32793 nr. 705

eerder deze betrokken is, ook al in de niet-pluifase, hoe groter het verschil dat gemaakt kan worden. De casemanager vervult een centrale rol als spin in het web, kan doorverwijzen naar de juiste hulp en draagt er zo toe bij dat mensen met dementie langer thuis kunnen blijven wonen en zorgescalatie wordt voorkomen. Daarmee waarborgt de casemanager niet alleen de continuïteit van zorg, maar ook een menswaardig bestaan voor de persoon met dementie en diens naasten.

Tenslotte vind ik het van belang dat mensen met dementie langer thuis kunnen blijven wonen in hun vertrouwde omgeving. Vanuit het kabinet wordt dit gestimuleerd door de bouw van zorggeschikte en geclusterde woonvormen. Ook onderzoekt het kabinet hoe gemeenschapsvorming in woonvormen verder kan worden gestimuleerd wat ook bijdraagt aan een inclusievere buurt, onder andere voor mensen met dementie. Daarnaast wordt er vanuit de Nationale Dementie Strategie ingezet op een meer dementievriendelijke samenleving door o.a. het trainen van vrijwilligers op locatie van verenigingen en clubs. Daarmee wordt ingezet op het verkleinen van stigma's die er leven over mensen met dementie en wordt ingezet op het creëren van een positievere beeldvorming. Het afgelopen jaar was het daarnaast mogelijk om bij ZonMw een voucher aan te vragen om samen met bewoners de wijk beweeg- en ontmoetingsvriendelijker te maken. Dit jaar gaan gemeenten hiermee aan de slag.

*De leden van de PRO-fractie lezen dat de beschikbare methoden voor vroegdiagnostiek nog onvoldoende betrouwbaar zijn om buiten de specialistische ziekenhuiszorg breed toe te passen. Welke onderzoeken lopen er momenteel zowel binnen als buiten Nederland om de methoden te verbeteren?*

Om de nauwkeurigheid, betrouwbaarheid en toegankelijkheid van vroege en tijdige diagnostiek te vergroten, lopen er momenteel zowel nationaal als internationaal omvangrijke onderzoeken. Deze richten zich met name op de transitie van invasieve, complexe diagnostiek naar laagdrempelige, betrouwbare methoden zoals bloedtesten, geavanceerde beeldvorming en digitale tests.

#### Lopende onderzoeken in Nederland

Binnen het ZonMw Onderzoeksprogramma Dementie, onderdeel van de NDS, lopen twee grootschalige consortia die sterk internationaal zijn verweven:

- TAP-dementie (*Tijdige, Accurate en gepersonaliseerde diagnose van dementie*)<sup>17</sup>: Dit consortium werkt aan de verbetering van de diagnostiek van alzheimer en andere dementievormen in de dagelijkse praktijk. Naast onderzoek naar nieuwe methoden zorgt dit consortium voor implementeren van bewezen methodieken.
- ABOARD-consortium (*A personalized medicine approach for Alzheimer's disease*)<sup>18</sup>: Dit landelijke, multidisciplinaire consortium richt zich op gepersonaliseerde zorg, diagnose in de stadia vóórdat dementie optreedt, en de voorspelling en preventie van Alzheimer.

Daarnaast lopen er specifieke projecten gericht op de directe implementatie van bloedbiomarkers:

- BRIDGE-AD<sup>19</sup>: Onderzoekt de klinische impact van het gebruik van bloedbiomarkers op Nederlandse geheugenpoliklinieken.
- BRIDGE-Pragmatic<sup>20</sup>: Richt zich op de ervaringen, visies en behoeften van artsen ten aanzien van de introductie van bloedtesten.

#### Lopende onderzoeken buiten Nederland

##### *a. Europa (JPND en Horizon Europe)*

<sup>17</sup> [TAP-dementia - Alzheimercentrum Amsterdam](#): financiering o.a. door ZonMw-OPD

<sup>18</sup> [ABOARD project](#): financiering o.a. door ZonMw-OPD

<sup>19</sup> [BRIDGE-AD2 - Alzheimercentrum Amsterdam](#)

<sup>20</sup> [BRIDGE-Pragmatic - Alzheimercentrum Amsterdam](#)

Binnen de Europese programma's lopen diverse projecten met deelname van Nederlandse onderzoekers die zich richten op vroege en nauwkeurige (differentiaal)diagnostiek. De financiering van deze projecten lopen onder ander via JPND (Nederlandse onderzoeken ontvangen het budget via het ZonMw Onderzoeksprogramma Dementie)<sup>21</sup>, Horizon Europe en Innovative Health Initiative<sup>22</sup>. Een paar van deze lopende projecten zijn hieronder uitgelicht:

- HBCI<sup>23</sup> (2022-2025): Ontwikkelt innovatieve, niet-invasieve MRI-technieken om het reinigingssysteem van de hersenen (glymfatisch systeem) in de pre-symptomatische fase in kaart te brengen.
- MESEPAD<sup>24</sup> (2025-2028): Onderzoekt de fundamentele biologische mechanismen en biomarkers achter de geslachtspecifieke kwetsbaarheid van zenuwcellen in de vroege fase van Alzheimer.
- FluiDx-AD<sup>25</sup> (2024-2028): Richt zich op de klinische validatie en opschaling van een geavanceerd vloeistoftestentrio (bloed en speeksel) voor de vroege detectie van alzheimer.
- PREDICTFTD<sup>26</sup> (2024-2029): Focust op de versnelde diagnostiek en biologische subclassificatie van frontotemporale dementie (FTD) met behulp van vloeistofbiomarkers en AI-gestuurde computermodellen.
- Access-AD<sup>27</sup> (2026-2031): richt zich specifiek op de herinrichting van de alzheimer-zorgpaden. Het project valideert de gecombineerde inzet van vloeistofbiomarkers en digitale thuishetsten.
- PROMINENT<sup>28</sup> (2023-2028): gaat een digitaal platform opzetten om de diagnose en gepersonaliseerde behandeling van mensen met de ziekte van Alzheimer, en andere vormen van dementie, te verbeteren.

*b. Buiten Europa*

Buiten Europa zijn langlopende, grootschalige netwerken zoals het Amerikaanse ADNI (*Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative*)<sup>29</sup> en *National Dementia Workforce Study*<sup>30</sup>, het Japanse ADNI<sup>31</sup> en het Australische AIBL<sup>32</sup> die zich bezighouden met o.a. valideren van grootschalige uitrol van bloedbiomarkers in diverse populaties o.a. in eerstelijnszorg, klinische automatisering en kostenreductie van bloedtesten voor populatiebrede screening, de combinatie van bloedtesten en optische oogmetingen respectievelijk. Daarnaast fungeert de Davos Alzheimer's Collaborative (DAC) als een wereldwijde aanjager voor de implementatie van laagdrempelige digitale screeningstools en vloeistofbiomarkers in klinieken waar geavanceerde imaging-infrastructuur (zoals PET-scans) ontbreekt.

*Deelt de minister de mening van de leden van de fractie PRO dat, ondanks dat dementie (momenteel) niet te genezen is, een tijdige diagnose wel heel belangrijk is?*

Ja.

---

<sup>21</sup> [Programme Neurodegenerative Disease Research](#)

<sup>22</sup> [Innovative Health Initiative](#)

<sup>23</sup> [HBCI Project factsheet](#) / JPND: financiering o.a. door ZonMw-OPD

<sup>24</sup> [MESEPAD - Project Fact Sheet](#) / JPND: financiering o.a. door ZonMw-OPD

<sup>25</sup> [FluiDx-AD](#): financiering door Horizon Europe

<sup>26</sup> [PREDICTFTD](#): financiering door Horizon Europe

<sup>27</sup> [Access-AD project](#): financiering door [Innovative Health Initiative](#)

<sup>28</sup> [PROMINENT-Project](#)

<sup>29</sup> [ADNI | ADNI 4](#)

<sup>30</sup> [National Dementia Workforce Study](#)

<sup>31</sup> [ALZHEIMER'S DISEASE RESEARCH IN JAPAN](#)

<sup>32</sup> [The AIBL study - aibl.org.au](#)

*Bestaat de mogelijkheid om binnen een aantal Alzheimercentra alvast te starten met voorbereidingen op de komst van mogelijke nieuwe medicijnen, zodat zorgprofessionals zich kunnen blijven ontwikkelen in deze innovaties? Hoe wordt in dit proces het perspectief van patiënten en mantelzorgers meegenomen?*

Binnen de kaders van het Onderzoeksprogramma Dementie van de Nationale Dementiestrategie wordt momenteel actief verkend hoe het zorgsysteem en de Alzheimercentra optimaal kunnen worden voorbereid op de introductie van toekomstige ziektemodificerende behandelingen. Daarnaast ben ik ervan overtuigd dat zorgprofessionals, al dan niet via hun wetenschappelijke verenigingen, uitstekend in staat zijn om innovaties zelfstandig te volgen en doorlopend de benodigde expertise via onder andere deelname aan (inter)nationale consortia te ontwikkelen.

Bij deze voorbereidingen staat het perspectief van patiënten en mantelzorgers centraal. Alzheimer Nederland behartigt de belangen van patiënten en naasten via directe vertegenwoordiging in de stuurgroep van de NDS en de betrokken onderzoeksconsortia. Bovendien organiseert Zorginstituut Nederland bij de mogelijke markttoelating van nieuwe producten zogeheten 'scoping meetings'. Tijdens deze bijeenkomsten bepalen patiëntenorganisaties, medisch specialisten en zorgverzekeraars gezamenlijk de potentiële waarde van de therapie en de impact op de inrichting van de zorg. Op deze manier wordt geborgd dat de praktijkervaring en de behoeften van de patiënt vanaf het begin worden meegenomen bij de inrichting van nieuwe zorgpaden.

*Genoemde leden lezen tevens dat de Gezondheidsraad adviseert om primair in te zetten op preventieve maatregelen die het risico op het ontwikkelen van dementie kunnen verkleinen en pleit ervoor om de bestaande maatregelen ter preventie van andere chronische aandoeningen met dezelfde risicofactoren te versterken en te verbreden. Zij onderstrepen het belang van effectieve preventieve maatregelen, die ook aangekaart worden bij de brede bevolking. Wat is de huidige status van het investeringsmodel preventie? Wanneer kan de Kamer een afwegingskader voor het investeringsmodel preventie verwachten?*

In december 2025<sup>33</sup> is de Kamer geïnformeerd over de ontwikkeling van het afwegingskader als onderdeel van het investeringsmodel voor preventie. Ik verwacht dat vanaf 2027 een eerste volwaardige versie van het afwegingskader beschikbaar zal zijn, die in 2028 en 2029 verder verfijnd zal worden. Voor het einde van 2026 volgt een nieuwe voortgangsbrief over de ontwikkeling van het investeringsmodel.

*Wat gaat de minister specifiek doen voor qua preventie voor groepen met een lagere sociaaleconomische status?*

Bij het beleid t.a.v. gezondheidsbevordering en preventie ligt een grote rol bij gemeenten. Lokale gezondheidsbevordering zet in de regel niet specifiek in op dementie-risicoreductie maar draagt daar wel aan bij doordat dit beleid zich richt op risicofactoren die ook van toepassing zijn op dementie, zoals overgewicht en beweegarmoede. Vanuit VWS ontvangen gemeenten middelen om in hun lokaal beleid in te zetten op het verkleinen van gezondheidsverschillen. In 2026 gaat het om € 20 miljoen, vanaf 2027 is per jaar € 18 miljoen beschikbaar. Daarmee zet ik niet specifiek in op dementie-risicoreductie bij groepen met een lage sociaaleconomische status, maar in de brede bevolking. Wel is van belang dat maatregelen gericht op gezondheid toegankelijk zijn voor mensen met een lagere sociaaleconomische status. Via verschillende beleidsterreinen heeft het ministerie van VWS aandacht voor groepen met een lagere sociaaleconomische status. Waaronder het beleid voor sport en bewegen waar wij ons inzetten op het bevorderen van kansengelijkheid in (lokaal) sport en beweegbeleid.

## **Reactie op vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

<sup>33</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2025-2026, Kamerstuk 32 793, nr. 878

*De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de beleidsreactie op het advies van de Gezondheidsraad over risicoreductie en vroegdiagnostiek van dementie. Deze leden lezen dat de minister de nadruk op preventie omarmt en deze wil inbedden in bestaand beleid, onder meer via de Samenhangende preventiestrategie, de geactualiseerde Nationale Dementiestrategie, het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg en de uitwerking van de basisfunctionaliteit dementie binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Ook lezen deze leden dat met het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) wordt bezien wat het advies betekent voor de omgang met hoge bloeddruk als risicofactor. Daarover hebben zij enkele vragen en opmerkingen.*

*De leden van de PVV-fractie vragen de minister per genoemd beleidstraject concreet uiteen te zetten welke nieuwe maatregelen specifiek gericht zijn op risicoreductie van dementie, en welke onderdelen slechts voortzetting zijn van reeds bestaand beleid. Ook vragen deze leden hoe de minister voorkomt dat de verwijzing naar meerdere bestaande akkoorden, strategieën en beleidslijnen in de praktijk vooral leidt tot stapeling van goede intenties, zonder dat dit resulteert in concreet merkbare preventieve inzet. Deze leden vragen voorts welke concrete, meetbare doelstellingen de minister aan deze preventiebenadering verbindt als het gaat om dementierisico, en op welke termijn zichtbaar moet worden of deze inzet daadwerkelijk effect sorteert.*

Het preventiebeleid richt zich niet specifiek op dementie, maar breder op gezondheidswinst. De mate waarin dit beleid effect sorteert blijkt onder andere uit de trends die we zien in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM<sup>34</sup>. Wel zal onder de basisfunctionaliteit dementie die in het AZWA is afgesproken specifiek aandacht zijn voor dementie-risicoreductie. Bij de beoordeling of deze basisfunctionaliteit leidt tot besparingen in de zorg zal ook worden gekeken naar de effectiviteit van het preventieve deel van de keten. Daarnaast richten de grote multidisciplinaire onderzoeksconsortia BIRD-NL<sup>35</sup> en NDPI<sup>36</sup> gefinancierd via het Onderzoeksprogramma Dementie van de NDS op gepersonaliseerde risicoprofielen en laagdrempelige interventies voor kwetsbare en praktisch opgeleide doelgroepen. De inzet in de NDS en het AZWA versterken elkaar. Waar het onderzoeksprogramma binnen de NDS zicht richt op verdere kennisontwikkeling, richt de basisfunctionaliteit dementie uit het AZWA zich op toepassing in de praktijk. Zo bevat de basisfunctionaliteit dementie een overzicht van concrete interventies die o.a. zijn gericht op selectieve risicoreductie. In het HLO zijn geen maatregelen opgenomen specifiek gericht op risicoreductie van dementie. Juist door vast te houden aan uitvoering van eerdere afspraken voorkomen we de stapeling waar de leden van PVV-fractie naar verwijzen.

*De leden van de PVV-fractie vragen de minister nader toe te lichten wat de uitwerking van de basisfunctionaliteit dementie binnen het AZWA precies zal toevoegen aan het bestaande beleid, en welke preventieve component daarin expliciet wordt opgenomen. Deze leden vragen de minister tevens aan te geven wat de basisfunctionaliteit dementie naar verwachting oplevert voor mensen met dementie, professionals en hun naasten. Ook vragen zij de minister wanneer de kaders voor de basisfunctionaliteit dementie beschikbaar zijn.*

Het doel van de basisfunctionaliteit dementie is het realiseren van een samenhangend, toegankelijk en regionaal ingebed netwerk van ondersteuning en zorg voor mensen met dementie en hun naasten, op het snijvlak van zorg, sociaal domein en publieke gezondheid. Voor preventie kijkt de basisfunctionaliteit expliciet naar mensen die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van dementie, zoals hoge bloeddruk of overgewicht.

---

<sup>34</sup> [Volksgezondheid Toekomst Verkenning \(VTV\) | RIVM](#)

<sup>35</sup> [BIRD-NL - Alzheimercentrum Erasmus MC](#)

<sup>36</sup> [NDPI: Nederlands Dementie Preventie Initiatief | ZonMw Projects](#)

Veel gemeenten, aanbieders van zorg en ondersteuning, GGD'en en verzekeraars zijn wel aan de slag met het thema dementie, maar dat aanbod is nog niet altijd voldoende op elkaar afgestemd. De basisfunctionaliteit maakt duidelijk op welke onderdelen extra aanbod nodig is, welk aanbod passend kan zijn met behulp van specifieke interventies uit de gereedschapskist, en wat de rol van partijen in zorg, gezondheid en ondersteuning daarbij is. Partijen kunnen elkaar aanspreken als die rol onvoldoende wordt opgepakt. Dat is nieuw, want voorheen was die wederkerigheid niet geborgd binnen afspraken. Tevens krijgen gemeenten extra middelen beschikbaar om het dementieaanbod in te kopen (20 miljoen in 2027 oplopend tot 50 miljoen in 2029). Ik verwacht dat er daardoor meer aanbod wordt georganiseerd voor mensen met dementie en hun naasten, zodat zij langer in eigen omgeving kunnen wonen. Door de verbetering in samenwerkingsafspraken is de verwachting dat dit aanbod ook sneller gevonden wordt en beter toegankelijk is.

Om gemeenten te ondersteunen bij het opzetten van de basisfunctionaliteit dementie wordt nu gewerkt aan een handreiking waarin staat hoe de basisfunctionaliteit er uit moet zien. De eerste handreiking komt 15 juli beschikbaar op [zorgakkoorden.nl](http://zorgakkoorden.nl). Op basis daarvan gaan gemeenten en GGD's aan de slag met het voorbereiden en implementeren van de basisfunctionaliteit dementie. De basisfunctionaliteit staat de komende drie jaar op de ontwikkelagenda, wat betekent dat de aanpak nog in ontwikkeling is. Dit in vergelijking met al lopende aanpakken, zoals de basisfunctionaliteit valpreventie, die inmiddels breed geïmplementeerd wordt. Op basis van ervaringen uit de praktijk, evaluatie en aanvullende toetsing zal de handreiking en functionaliteit worden aangepast en uitgebreid.

*De leden van de PVV-fractie vragen de minister uiteen te zetten wat zij, mede in overleg met het NHG, concreet wil veranderen ten aanzien van hoge bloeddruk als risicofactor voor dementie. Zij vragen of daarbij bijvoorbeeld wordt gedacht aan aanpassing van richtlijnen, intensievere signalering, eerdere behandeling of extra bewustwording in de spreekkamer.*

Het kabinet zal met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in gesprek gaan over de mogelijke gevolgen van het advies van de Gezondheidsraad voor de behandeling van mensen met een hoge bloeddruk. Of dit leidt tot andere afwegingen of herziening van richtlijnen is aan de beroepsgroepen om te bepalen. In Nederland is het aan de beroepsgroepen om goede zorg voor (preventie) van dementie concreet vorm te geven.

*Deze leden vragen voorts wanneer de minister verwacht de Kamer te informeren over de uitkomsten van het overleg met het NHG over hoge bloeddruk en dementierisico.*

Het kabinet verwacht de Kamer in het najaar een volgende voortgangsrapportage van de Nationale Dementiestrategie te sturen.

*Ook vragen deze leden hoe de gelden voor dementie beschikbaar vanuit het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg exact worden ingezet.*

Vanuit het HLO is 7 mln. euro beschikbaar gesteld voor de uitvoering van de Nationale Dementiestrategie. In de Kamerbrief bij de geactualiseerde NDS<sup>37</sup> is aangegeven dat de doelstellingen grotendeels ongewijzigd blijven. De middelen worden ingezet voor de invulling van thema 2 *een dementievriendelijke samenleving* en thema 3 *Leven met dementie*. Daarbij moet worden gedacht aan de Campagne Samen Dementievriendelijk, de implementatie van de Zorgstandaard Dementie, subsidie aan Dementie Netwerk Nederland, de Odensehuizen, Ontmoetingscentra en het Kenniscentrum

---

<sup>37</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, Vergaderjaar 2025-2026, Kamerstuk 25424, nr. 776

Dementie op Jonge Leeftijd. Tevens bekijken we samen met de partijen die de NDS ondersteunen<sup>38</sup> op welke zaken aanvullende inzet nodig is. Voor een gedetailleerd overzicht van de beoogde inzet van de middelen verwijs ik deze leden naar de Begroting van VWS<sup>39</sup>.

*De leden van de PVV-fractie vragen de minister hoe er in andere Europese landen wordt omgegaan met de inzet van vroegdiagnostiek.*

De aanpak en inzet van vroegdiagnostiek binnen Europa varieert sterk. Nederland bevindt zich hierin in de voorhoede. Via de consortia binnen de Nationale Dementiestrategie (zoals TAP-dementie en ABOARD) en onze sterke deelname aan klinisch onderzoek (zoals bevestigd door de *European Dementia Monitor*<sup>40</sup>), worden internationale best practices direct meegewogen in het Nederlandse beleid.

Uit rapportages van *Alzheimer Europe* blijkt dat steeds meer landen 'tijdige en vroege diagnostiek' expliciet opnemen in hun beleid. Een belangrijk knelpunt dat Alzheimer Europe signaleert, is de ongelijkheid in de toegang tot moderne diagnostische technieken (zoals lumbaalpuncties of geavanceerde PET-scans). In West- en Noord-Europese landen is de medische infrastructuur beter uitgerust om goede diagnostische instrumenten in te zetten in de vroege (of prodromale) fase van de ziekte.

De recente Europese markttoelating van de eerste ziektemodificerende medicijnen (zoals lecanemab en donanemab) en de ontwikkeling van bloedtesten als triage-instrument versnellen de discussie over vroege opsporing en de inzet van gespecialiseerde diagnostiek in Europa. Er wordt veel internationaal onderzoek gedaan naar de validatie en implementatie hiervan, waarin Nederland goed vertegenwoordigd is. Naast Nederland onderzoeken en bereiden ook landen zoals Frankrijk en Duitsland voor hoe deze bloedtesten in de toekomst als laagdrempelige 'vóórsortering' kunnen worden ingezet. De huidige klinische validatie en richtlijnen in deze landen richten zich nu echter nog primair op de gespecialiseerde tweede lijn (geheugenpoliklinieken). In Zweden daarentegen vinden pilotprojecten en grootschalige validatie van bloedbiomarkers al daadwerkelijk plaats in de eerste lijn (huisartsenpraktijken).

Binnen Europese netwerken, zoals *Alzheimer Europe* en de *European Alzheimer's Disease Consortium* (EADC)<sup>41</sup>, worden best practices uitgewisseld. Er wordt gezamenlijk gewerkt aan onder andere de harmonisatie van diagnostische protocollen en de updates van medische richtlijnen. Dit moet helderheid bieden over welke patiënten het meeste baat hebben bij vroege, geavanceerde diagnostiek, mede met het oog op de introductie van potentiële nieuwe behandelingen.

*Deze leden willen ook graag weten wat de minister onderneemt om te zorgen voor voldoende Casemanagers Dementie?*

In opdracht van VWS heeft PwC in 2024 een doorrekening gemaakt van de inzet van professionals in het casemanagement dementie (CMD) en de voorwaarden om deze inzet te vergroten. Naar aanleiding hiervan heb ik in 2025 gesprekken gevoerd met betrokken partijen over het toekomstbestendig organiseren van CMD. De Kamer is hierover eerder geïnformeerd<sup>42</sup>.

Partijen geven aan te verwachten dat met goede samenwerking en organisatie in de regio CMD ook in tijden van arbeidsmarktkrapte goed georganiseerd kan worden. De primaire verantwoordelijkheid

<sup>38</sup> Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Alzheimer Nederland, ActiZ, GGD GHOR Nederland, Sociaal Werk Nederland, Dementie Netwerk Nederland (DNN), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Verenso en de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW), ZonMw en de Zorgstandaard Dementie

<sup>39</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2025-2026, Kamerstuk 36800-XVI nr. 1

<sup>40</sup> [307767 ALZHEIMER EUROPE European Dementia Monitor 2023 V7.pdf](#)

<sup>41</sup> [EADC - eadc.online](#)

<sup>42</sup> [Kamerbrief over stand van zaken Casemanagement dementie | Rijksoverheid.nl](#)

hiervoor ligt bij partijen in de regio: professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben daarbij de verantwoordelijkheid om vanaf de niet-pluifase in te kopen, ook wanneer deze door casemanagers met een sociale werkachtergrond wordt geleverd. De aanspraak en bekostiging bieden daarvoor de ruimte. Dit is vastgelegd in de duiding van het Zorginstituut over de vergoeding van casemanagement voor mensen met dementie<sup>43</sup>. Tegelijkertijd ervaren partijen in de praktijk knelpunten rondom indicatiestelling en financiering. Zo zijn mensen met beginnende dementie soms nog niet in beeld bij de wijkverpleging, van waaruit CMD wordt geïndiceerd, en zijn zorgverzekeraars niet altijd gewend partijen uit het sociaal domein te contracteren. Het is aan het veld om hiermee aan de slag te gaan. Het kabinet houdt daarbij de vinger aan de pols.

*Hoe de minister aankijkt tegen het idee van Alzheimer Nederland om in een aantal Alzheimer centra al te beginnen met het voorbereiden op eventuele medicijnen.*

Binnen de kaders van het Onderzoeksprogramma Dementie van de Nationale Dementiestrategie wordt momenteel actief verkend hoe het zorgsysteem en de Alzheimercentra optimaal kunnen worden voorbereid op de introductie van toekomstige ziekte-modificerende behandelingen. Hierbij wordt gekeken naar de organisatie van zorg, monitoring van bijwerkingen en communicatie richting patiënten en professionals. De resultaten van deze verkenning worden in de zomer van 2026 verwacht. Op basis van de uitkomst van deze verkenning is ZonMw voornemens een specifieke subsidieregeling voor een vervolgtraject op te zetten. Het doel hiervan is om het Nederlandse zorgsysteem concreet en structureel klaar te maken voor deze medische innovaties.

*Deze leden vragen tot slot of de minister bereid is de Kamer periodiek te informeren over de voortgang van de preventieve inzet op dementie, juist om te kunnen beoordelen of de uitgesproken beleidsintentie ook daadwerkelijk wordt omgezet in uitvoerbaar en toetsbaar beleid.*

Zoals hierboven wordt aangegeven richt het preventiebeleid zich niet specifiek op dementie, maar breder op gezondheidswinst. De mate waarin dit beleid effect sorteert blijkt onder andere uit de trends die we zien in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM<sup>44</sup>. Het is dan ook niet mogelijk om periodiek aan de Kamer te rapporteren over de voortgang van preventieve inzet op specifiek dementie. Wel zal onder de basisfunctionaliteit dementie die in het AZWA is afgesproken specifiek aandacht zijn voor dementie-risicoreductie. Bij de beoordeling of deze basisfunctionaliteit leidt tot besparingen in de zorg zal ook worden gekeken naar de effectiviteit van het preventieve deel van de keten. Over de voortgang van preventiebeleid in den brede wordt uw Kamer op de hoogte gehouden via diverse monitors, waaronder de GALA-monitor<sup>45</sup>.

### **Reactie op vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**

*De leden van de CDA-fractie vragen welke rol de minister ziet voor de omgeving en de samenleving als geheel in het kader van preventie. Als de samenleving beter leert omgaan met de aanwezigheid van dementie in de directe leefomgeving, helpt dat om problemen eerder te signaleren en beter te dragen. Dat vergroot volgens deze leden het onderlinge begrip en draagt bij aan een meer zorgzame samenleving, waarin mensen elkaar sneller weten te vinden en ondersteunen. Deze leden vragen of de minister dit deelt en zo ja, hoe dit vorm krijgt in het beleid de komende jaren, ook ten aanzien van het afsluiten van het bestuurlijk akkoord voor de ouderenzorg.*

<sup>43</sup> [Duiding - Casemanagement dementie in de Zvw | Zorginstituut Nederland](#)

<sup>44</sup> [Volksgezondheid Toekomst Verkenning \(VTV\) | RIVM](#)

<sup>45</sup> [GALA-monitor | RIVM](#)

Het kabinet deelt deze zienswijze. Een dementievriendelijke samenleving is één van de belangrijkste thema's binnen de Nationale Dementie Strategie. Op dit thema wordt ingezet door middel van het programma "Samen dementievriendelijk" dat door Alzheimer Nederland wordt uitgevoerd. Als onderdeel van dit programma worden online trainingen en trainingen op locatie aangeboden die inzetten op een positievere beeldvorming van mensen met dementie en het bieden van handvatten hoe je op een goede manier kunt reageren wanneer iemand bijvoorbeeld de weg kwijt is. Daarnaast wordt met het ZonMw programma 'Dagactiviteiten voor thuiswonende mensen met dementie' extra ingezet op het blijven meedoen met dementie. Dit programma richt zich erop dat organisaties, bijvoorbeeld musea, bibliotheken en sportclubs, hun reguliere activiteiten langer toegankelijk en aantrekkelijk houden voor thuiswonende mensen met dementie.

*De leden van de CDA-fractie vragen wanneer er meer bekend wordt of het RIVM ook een afwegingskader voor dementie uit gaat werken.*

Ik verwacht voor de zomer duidelijkheid te hebben over of er dit jaar nog een casus wordt uitgewerkt op het gebied van dementie. Het RIVM adviseert mij hierover, mede op basis van de beschikbaarheid van wetenschappelijk bewijs en de mate waarop een casus kan bijdragen aan het doorontwikkelen van het afwegingskader.

*Ook vragen deze leden op welke manier er bij preventie aandacht is voor groepen met een lage sociaaleconomische status.*

Bij het beleid t.a.v. gezondheidsbevordering en preventie ligt een grote rol bij gemeenten. Lokale gezondheidsbevordering zet in de regel niet specifiek in op dementie-risicoreductie maar draagt daar wel aan bij doordat dit beleid zich richt op risicofactoren die ook van toepassing zijn op dementie, zoals overgewicht en beweegarmoede. Vanuit VWS ontvangen gemeenten middelen om in hun lokaal beleid in te zetten op het verkleinen van gezondheidsverschillen. In 2026 gaat het om € 20 miljoen, vanaf 2027 is per jaar € 18 miljoen beschikbaar. Daarmee zet ik niet specifiek in op dementie-risicoreductie bij groepen met een lage sociaaleconomische status, maar in de brede bevolking. Wel is van belang dat maatregelen gericht op gezondheid toegankelijk zijn voor mensen met een lagere sociaaleconomische status. Via verschillende beleidsterreinen heeft het ministerie van VWS aandacht voor groepen met een lagere sociaaleconomische status. Waaronder het beleid voor sport en bewegen waar wij ons inzetten op het bevorderen van kansengelijkheid in (lokaal) sport en beweegbeleid.

*De leden van de CDA-fractie lezen dat ook de minister benoemt dat hoewel dementie niet te genezen is, een tijdige diagnose voor mensen met dementie en hun naasten belangrijk is. In de praktijk wordt vaak alleen "dementie" vastgesteld, zonder de onderliggende oorzaak te specificeren, zoals Alzheimer, Lewy body of vasculaire dementie. Dat kan echter meerwaarde hebben, omdat zorg en ondersteuning dan gerichter kunnen worden ingezet en er meer begrip in de omgeving ontstaat. Hoe kijkt de minister hiertegen aan, zo vragen deze leden.*

Ik deel de visie van de leden van de CDA-fractie dat een tijdige en zo specifiek mogelijke diagnose van grote waarde is voor mensen met dementie en hun naasten.

De meerwaarde van een specifieke diagnose—in plaats van de verzamel diagnose 'dementie'—uit zich op verschillende terreinen. Het maakt passende zorg en behandeling mogelijk die is afgestemd op de specifieke symptomen en oorzaken van de betreffende dementievorm (zoals de ziekte van Alzheimer of vasculaire dementie). Daarnaast helpt deze specifieke kennis naasten om gedrag beter te begrijpen, wat hun belasting kan verminderen. Bovendien biedt het inzicht in het verwachte ziekteverloop, waardoor patiënten en naasten tijdig keuzes kunnen maken op het gebied van zorg, financiën en juridische zaken.

Conform de ambities van de NDS wordt actief ingezet op de transitie naar optimale, gepersonaliseerde diagnostiek. Een concreet voorbeeld hiervan is het landelijke consortium TAP-dementie (*Tijdige, Accurate en gepersonaliseerde diagnose van dementie*). Dit grootschalige onderzoek richt zich onder andere op het ontwikkelen van nieuwe, minder belastende diagnostische instrumenten, zoals bloedtesten en geavanceerde biomarkers. De onderzoekers brengen ook de biologische diversiteit en subtypen van dementie in kaart.

De inzet van de NDS is er de komende jaren op gericht om deze inzichten en innovaties uit wetenschappelijk onderzoek zo snel mogelijk te vertalen naar de praktijk. Het doel blijft om, daar waar het meerwaarde heeft voor de kwaliteit van leven, zo tijdig en specifiek mogelijk te diagnosticeren.

### **Reactie op vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-fractie**

*De leden van 50PLUS-fractie danken de minister voor het toezenden van de beleidsreactie. Zij willen hierover nog een vraag stellen.*

*Genoemde leden juichen toe dat er meer aandacht is voor de inzet op een gezonde leefstijl als mogelijke manier van risicoreductie. Op pagina 3/4 staat vermeld dat eerste onderzoeksresultaten hierop wijzen, maar "daarbij geldt wel dat de kosteneffectiviteit nog beter moet onderbouwd". En: "De ambitie is om leefstijl integraal onderdeel te maken van de reguliere zorg voor mensen met een gezondheidsklacht, aandoening of ziekte".*

*Hoe kijkt de minister naar de stelling dat preventie en het bevorderen van gezonde levensstijl de primaire uitgangspunten zouden moeten zijn, in plaats van een ambitie? Bij dementie, maar zeker daarvoor niet alleen, maar zorgbreed?*

Het kabinet onderschrijft het belang van de inzet op een gezonde leefstijl als integraal onderdeel van de zorg. In het Integraal Zorgakkoord maakte het kabinet al samen met partijen afspraken hierover. Om uitvoering te geven aan deze afspraken is in 2023 de Coalitie Leefstijl in de Zorg opgericht. De Coalitie heeft in de afgelopen jaren aantoonbaar bijgedragen aan de beweging om leefstijl structureel onderdeel te maken van passende zorg.

Het kabinet is verheugd met deze beweging, maar ziet ook dat leefstijl nog niet volledig onderdeel is van de zorg. Het Kabinet vindt het goed en van wezenlijk belang dat patiënten, zorgprofessionals, zorgorganisaties/zorgaanbieders, en zorgverzekeraars zich hiervoor, vanuit ieders eigen verantwoordelijkheid, inzetten. Het kabinet heeft onlangs de Tweede Kamer geïnformeerd dat de Coalitie met financiële steun vanuit het ministerie van VWS, tot en met eind 2028 wordt voortgezet om de implementatie en borging van leefstijl in de zorg te ondersteunen<sup>46</sup>. Na 2028 stopt de Coalitie en is het aan de deelnemende partijen om de handschoen verder op te pakken.

*De aandacht voor casemanagement als standaard is volgens de leden van de 50PLUS-fractie terecht. Het is goed om te lezen dat de casemanager al in een vroegtijdig stadium mag worden ingeschakeld. Zijn er voldoende casemanagers om te voldoen aan de vraag?*

Uit onderzoek<sup>47</sup> dat VWS door PWC heeft laten uitvoeren blijkt dat er in de toekomst een tekort aan casemanagers kan ontstaan. Net als in andere sectoren speelt een krappe arbeidsmarkt en vergrijzing hierbij een belangrijke rol. Het veld geeft aan dat dit sterk afhankelijk is van de wijze waarop casemanagement dementie (CMD) wordt georganiseerd. Zij geven aan dat CMD toegankelijk kan blijven, indien dit integraal onderdeel is van de geleverde zorg en ondersteuning in de wijk. Daarbij

<sup>46</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2026, Kamerstuk 32793-889

<sup>47</sup> [PWC-Eindrapportage doorrekening casemanagement dementie](#)

verwachten partijen dat in de praktijk minder dan de door PWC geraamde 80-100% van de mensen met dementie casemanagement willen gebruiken. Zowel professionals uit de zorg als het sociaal domein kunnen casemanagement bieden, waardoor het belangrijk is dat zorgverzekeraars deze zorg breed inkopen. Het kabinet verwacht dat zij samen met gemeenten en zorgaanbieders in elke regio afspraken maken, zodat zij invulling geven aan hun zorgplicht.

### **Reactie op vragen van de leden van de Groep Markuszower**

*De leden van de Groep Markuszower constateren dat de Gezondheidsraad stelt dat bloedbiomarkers 'niet betrouwbaar genoeg' zijn voor brede inzet buiten de specialistische zorg. Deze leden merken op dat het advies hiermee voorbijgaat aan recentelijk gepubliceerde, peer-reviewed literatuur die een aanzienlijk hogere diagnostische betrouwbaarheid aantoont. Zo publiceerde Nature Medicine (2025) een studie onder 1.767 patiënten in vier secundaire zorgcohorten en één huisartsencohort in vier Europese landen, waarbij geautomatiseerde plasma p-tau217-meting een nauwkeurigheid bereikte van 89-91 procent in de tweede lijn en 85 procent in de eerste lijn. Een meta-analyse gepubliceerd in Alzheimer's & Dementia (2025, n = 30 studies) toonde voor plasma p-tau217 een sensitiviteit van 82 procent en een specificiteit van 86 procent voor amyloidpositiviteit aldus vergelijkbaar met, en in sommige gevallen superieur aan, klassieke liquordiagnostiek. Lancet Neurology (2025) concludeerde bovendien in een systematische review dat plasma p-tau217 een sterk nauwkeurige biomarker is met potentie voor klinische implementatie<sup>48</sup>. Genoemde leden vragen de minister of zij het advies van de Gezondheidsraad op dit punt nader wil laten bezien in het licht van publicaties die na de sluitingsdatum van de literatuurreview zijn verschenen, en of zij bereid is een actuele wetenschappelijke update, in conjunctie met een technische briefing in samenwerking met Amsterdam UMC, hierover aan de Kamer aan te bieden.*

De Gezondheidsraad weegt als onafhankelijk wetenschappelijk adviesorgaan altijd de meest actuele stand van de (inter)nationale wetenschap en klinische praktijk. In het advies constateert de raad dat eiwitbepalingen in het bloed (bloedbiomarkers) weliswaar steeds betrouwbaarder worden en steeds beter overeenkomen met biomarkeruitslagen in hersenvocht en PET-scans, maar dat grootschalige inzet buiten de specialistische zorg op het moment van advisering nog te vroeg werd geacht. De door de leden aangehaalde recente publicaties uit 2025 onderstrepen deze snelle technologische vooruitgang.

Het is, gegeven de dynamiek binnen dit onderzoeksveld, niet ondenkbaar dat hernieuwde wetenschappelijke consensus of veranderde klinische richtlijnen in de toekomst aanleiding zullen vormen om de Gezondheidsraad te vragen de stand van zaken opnieuw te wegen.

De Gezondheidsraad heeft laten weten dat zij uiteraard gaarne bereid is om, desgewenst, een technische briefing aan uw Kamer te verzorgen over de totstandkoming en de wetenschappelijke onderbouwing van dit advies. Het staat uw Kamer vrij om daarnaast experts uit het veld, zoals van het Amsterdam UMC, uit te nodigen om hun perspectief op de meest recente literatuur te schetsen.

*De leden van de groep Markuszower constateren dat het advies van de Gezondheidsraad vroegdiagnostiek vrijwel uitsluitend beoordeelt op de vraag of hiermee individuele ziekteprogressie kan worden voorspeld. Hierdoor wordt het wetenschappelijk breed erkende doel van risicostratificatie ten behoeve van klinisch onderzoek en toekomstige therapiegeschiktheid buiten beschouwing gelaten. Bloedbiomarkers, met name plasma p-tau217, worden internationaal reeds ingezet om deelnemers voor klinische trials met ziekte-modificerende middelen (lecanemab, donanemab) te selecteren, waardoor kostbare en invasieve amyloid-PET-scans kunnen worden beperkt. De Alzheimer's Association heeft hier in 2022*

<sup>48</sup> [Nature Medicine 2025 – p-tau217 in primaire en secundaire zorg \(n = 1.767\)](#)  
[Alzheimer's & Dementia 2025 – p-tau217 diagnostische accuraatheid, meta-analyse \(n = 30 studies\)](#)  
[Lancet Neurology 2025 – bloedtest p-tau: systematische review en meta-analyse](#)

*expliciete 'appropriate use recommendations' voor uitgebracht. Een biomarker hoeft niet perfect prognostisch te zijn om legitiem voor stratificatiedoeleinden te worden gebruikt<sup>49</sup>. De leden van de groep Markuszower vragen de minister te bevestigen of te weerleggen of het advies van de Gezondheidsraad ook de toepassing van bloedbiomarkers voor klinische trialselectie beoordeelt, dan wel of dit buiten beschouwing is gelaten, en wat haar standpunt hierover is.*

Het klopt dat de commissie van de Gezondheidsraad niet heeft gekeken naar het gebruik van bloedbiomarkers als methode voor klinische trialselectie. Dit viel buiten de scope van de adviesaanvraag en het uiteindelijke advies; de raad doet hier dan ook geen aanbevelingen over.

Het gebruik van bloedbiomarkers ten behoeve van trialselectie is primair het domein van het (inter)nationale wetenschappelijke onderzoek en de medisch-ethische toetsingscommissies (METC's) die individuele klinische studies beoordelen. Het selecteren van geschikte patiënten voor wetenschappelijk onderzoek door innovatieve methoden kan een waardevolle manier zijn om vroege inzichten op te doen. Dit staat echter los van de vraag of een diagnostisch instrument voldoende wetenschappelijk is gevalideerd en daarmee rijp is voor brede inzet binnen het Nederlandse zorgstelsel.

*Genoemde leden merken op dat het advies van de Gezondheidsraad zich beperkt tot bloed- en liquorbiomarkers en niet rept van alternatieve biofluid-diagnostiek zoals traanvloeistof (lacrimaal fluid). Een in Scientific Reports (2021) gepubliceerde observationele studie van het Alzheimer Centrum Limburg (Maastricht UMC+) toonde aan dat tau-eiwitten (t-tau) in traanvocht aantoonbaar zijn en significant hoger liggen bij dementiepatiënten dan bij patiënten met vroege cognitieve klachten. Traanvocht biedt als bijkomend voordeel dat het volledig non-invasief kan worden verzameld. Verdere validatie is nodig, maar het ontbreken van dit onderzoeksspoor in het advies achten deze leden een lacune<sup>50</sup>.*

*Is de minister bereid te bezien of het lopende onderzoek naar traanvloeistofdiagnostiek, ook in Nederlandse onderzoekscentra, deel kan uitmaken van de nationale dementieonderzoeksagenda? Zo nee, op welke grond?*

Het Onderzoeksprogramma Dementie van de NDS focust onder andere op diagnostiek en prognostiek. Daarnaast zijn er verschillende subsidiemogelijkheden van NWO en Alzheimer Nederland. Mochten de onderzoekers op basis van robuuste data kansen zien en een concreet onderzoeksvoorstel willen indienen, dan biedt de huidige onderzoekinfrastructuur van de NDS met de subsidiemogelijkheden van ZonMw, NWO en Alzheimer Nederland, daarvoor de geëigende route. Deze aanvragen worden in onafhankelijke competitie gewogen op basis van wetenschappelijke kwaliteit en maatschappelijke impact.

*De leden van de groep Markuszower constateren dat de Gezondheidsraad mede het argument van psychologische belasting voor patiënten aanvoert als reden om vroegdiagnostiek te ontraden. Deze leden erkennen dat dit een reëel punt van zorg kan zijn, maar stellen dat dit argument in zijn huidige formulering onvoldoende wordt genuanceerd.*

*Ten eerste toont de wetenschappelijke literatuur aan dat de vrees voor psychologische schade bij het bekendmaken van biomarkerresultaten minder empirisch gefundeerd is dan vaak wordt aangenomen. Grill et al. (Neurology 2023) concluderen dat vragen over de wenselijkheid van het meedelen van biomarkerresultaten steeds meer plaatsmaken voor het inzicht dat dit over het algemeen veilig is en dat veel mensen hun uitslag willen kennen. Ten tweede geldt dit in versterkte mate wanneer de uitslag wordt gecombineerd met begeleiding en counseling vooraf. Patiënten met klachten of een familiale belasting*

---

<sup>49</sup> [Alzheimer's Association Appropriate Use Recommendations – bloedbiomarkers \(Alzheimer's & Dementia 2022\)](#)  
[Nature Aging 2025 – bloedgebaseerde biologische staging Alzheimer](#)

<sup>50</sup> [Scientific Reports 2021 – tau en amyloid in traanvloeistof, Maastricht UMC+ / Alzheimer Centrum Limburg](#)

wensen doorgaans wél te weten waar zij aan toe zijn, het paternalistisch onthouden van diagnostische informatie gaat voorbij aan autonomie als kernwaarde in de gezondheidszorg.

De leden van de Groep Markuszower vragen de minister op welke empirische basis de Gezondheidsraad de psychologische last bij vroegdiagnostiek weegt, en of zij bereid is een afzonderlijk onderzoek te laten uitvoeren naar de feitelijke psychologische uitkomsten van het bekendmaken van biomarkerresultaten in de Nederlandse context, inclusief de wensen van patiënten en mantelzorgers.

De Gezondheidsraad weegt in zijn adviezen maatschappelijke, ethische en psychologische aspecten zorgvuldig mee op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur en de inbreng van de onafhankelijke adviescommissie. In het specifieke advies ontraadt de raad vroegdiagnostiek overigens niet primair vanwege de psychologische belasting, maar constateert de raad dat op dit moment de diagnostische en prognostische waarde van de beschikbare methoden voor vroegdiagnostiek beperkt zijn en het nog ontbreekt aan een effectieve therapeutische behandeling die vroegdiagnostiek buiten de (hoog)specialistische zorg rechtvaardigt.

De raad beschrijft in het advies verschillende maatschappelijke, psychologische en ethische overwegingen die bij toekomstige ontwikkelingen rond vroegdiagnostiek moeten worden meegewogen, mochten er effectievere vroegdiagnostische methoden of behandelingen beschikbaar komen. De door de leden aangehaalde literatuur over het belang van pre- en posttestcounseling onderstreept precies de complexiteit van deze toekomstige inrichting.

Ik onderschrijf het belang van autonomie, goede begeleiding en counseling bij het delen van biomarkerinformatie. Op dit moment zie ik geen aanleiding om een afzonderlijk, nieuw onderzoek te laten uitvoeren naar de feitelijke psychologische uitkomsten en patiëntenwensen in de Nederlandse context. Deze thema's, inclusief de impact van het bekendmaken van biomarker-resultaten en het perspectief van patiënten en mantelzorgers, worden namelijk al nadrukkelijk meegenomen binnen de lopende consortia (zoals ABOARD en TAP-dementie) onder het Onderzoeksprogramma Dementie van de Nationale Dementiestrategie. De inzichten uit deze onderzoeken, waarin ook patiëntenvereniging Alzheimer Nederland participeert, leveren onder andere de empirische basis die nodig is voor toekomstige, verantwoorde zorgpaden.

De leden van de Groep Markuszower constateren dat een cruciaal draagvlak van het negatieve advies de stelling is dat er geen effectieve therapeutische behandeling beschikbaar zou zijn. Zij wijzen de minister op twee relevante ontwikkelingen die dit standpunt nuanceren.

Ten eerste zijn lecanemab (Leqembi) en donanemab in 2025 door de Europese Commissie goedgekeurd voor de Europese markt. Zorginstituut Nederland heeft in februari 2026 negatief geadviseerd over vergoeding van lecanemab vanuit het basispakket, vanwege het als beperkt beoordeelde klinische effect. Alzheimer Nederland heeft aangegeven teleurgesteld te zijn in dit besluit en benadrukt dat patiënten samen met hun arts moeten kunnen besluiten of zij een behandeling willen. Juist voor beide middelen geldt dat vroegdiagnostiek een absolute voorwaarde is: ze zijn uitsluitend inzetbaar in het vroegste stadium van Alzheimer. Een beleid dat vroegdiagnostiek ontmoedigt, ondermijnt daarmee de toekomstige toegankelijkheid van ziekte-modificerende therapieën zodra vergoeding wél aan de orde is.

Ten tweede bestaat een veelbelovende therapeutische modaliteit in de vorm van therapeutische plasma-uitwisseling met albumine (therapeutic plasma exchange, TPE). De AMBAR-studie (fase IIb/III, Alzheimer's & Dementia 2020; n = 347 gerandomiseerde patiënten, 41 centra in Spanje en de VS) toonde een statistisch significante vertraging van cognitieve en functionele achteruitgang aan bij patiënten met milde tot matige Alzheimer. Een real-world-cohortonderzoek uit Argentinië (Taragano et al., 2025; n = 32) ondersteunt de externe validiteit van deze bevindingen<sup>51</sup>. De leden van de Groep Markuszower vragen de minister of zij het

---

<sup>51</sup> [Scoping review TPE/albumine Alzheimer \(Frontiers in Neurology 2024\) Gonzalo R et al. \(2024\) – ontstekingsmarkers in AMBAR \(Ann Clin Transl Neurol\)](#)

*advies van de Gezondheidsraad ook op het punt van beschikbare en in ontwikkeling zijnde therapieën nader wil laten bezien.*

Het wereldwijde dementieonderzoek is dynamisch. Zorginstituut Nederland heeft in februari 2026 negatief geadviseerd over de vergoeding van lecanemab, omdat deze voor de geregistreerde indicatie (volwassen patiënten met een klinische diagnose van milde cognitieve stoornissen en milde dementie als gevolg van de ziekte van Alzheimer) niet aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' voldoet. Dit onafhankelijke oordeel is leidend voor opname in het basispakket. Dit besluit ontmoedigt tijdige diagnostiek niet. Via het Onderzoeksprogramma Dementie van de Nationale Dementiestrategie (NDS) blijven we juist investeren in tijdige en accurate diagnostiek (zoals via het TAP-dementie consortium). Dit is essentieel voor eventuele toekomstige behandelingen die wél voldoen, maar vooral om patiënten en naasten nu al passende zorg en ondersteuning en toekomstplanning te kunnen bieden.

Met interesse heb ik kennisgenomen van het genoemde onderzoek naar therapeutische plasma-uitwisseling (TPE) met albumine. In Nederland dragen de relevante wetenschappelijke verenigingen (zoals Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)) de verantwoordelijkheid voor de medische inhoud van hun richtlijnen. Zij wegen nieuwe diagnostische en therapeutische interventies zelfstandig op basis van internationale wetenschappelijke standaarden en consensus, in nauwe afstemming met andere veldpartijen en eventuele parallelle pakketbeoordelingen door Zorginstituut Nederland.

De Gezondheidsraad weegt als onafhankelijk orgaan de actuele wetenschappelijke stand van zaken. De conclusie dat er 'geen effectieve behandeling beschikbaar is', duidt op het ontbreken van breed klinisch bewezen, veilige en effectief toepasbare therapieën op dat moment. Ik zie geen aanleiding voor een tussentijdse herziening; de raad volgt doorbraken nauwgezet. Pas als de internationale consensus of nationale richtlijnen substantieel wijzigen, is dat het moment om de impact op zorgpaden te evalueren.

*De leden van de Groep Markuszower merken op dat naast diagnostische vraagstukken ook een specifieke therapeutische technologie nadere aandacht verdient: nanofiltratietechnieken en immunoselectieve nanopheresis. Bij deze aanpak wordt bloed of liquor door een nanoscopisch filter geleid dat amyloïd- $\beta$  en tau-eiwitten selectief verwijdert op basis van grootte en lading. Een in International Journal of Molecular Sciences (2024) gepubliceerde review beschrijft de wetenschappelijke grondslagen van deze benadering en de potentie ervan bij de ziekte van Alzheimer. Het onderliggende mechanisme sluit aan bij de 'peripheral sink hypothesis' die ook de grondslag vormt van de AMBAR-studie<sup>52</sup>.*

*Deze leden constateren dat Nederland over sterke infrastructuur beschikt op het gebied van dementieonderzoek (onder meer via Alzheimer Centrum Amsterdam, Alzheimer Centrum Limburg en de nationale Dementiestrategie) en dat er in beginsel mogelijkheden bestaan om in samenwerking met academische centra, ziekenhuizen en industrie pilots op te zetten voor nanofiltratietechnieken bij Alzheimer. De leden van de Groep Markuszower vragen de minister of zij bereid is te laten onderzoeken of nanofiltratietechnieken als therapeutische aanpak bij Alzheimer wetenschappelijk en klinisch kansrijk zijn, en of zij vervolgens bereid is in gesprek te gaan met relevante partners, waaronder universitair medische centra, Alzheimer Nederland en eventuele industriële partijen, om de haalbaarheid van een pilot in Nederland te verkennen. Zo nee, op welke grond acht de minister dit niet opportuun?*

Het Onderzoeksprogramma Dementie van de NDS focust onder andere op fundamenteel onderzoek, diagnostiek, prognostiek en veelbelovende innovatieve therapieën. De prioritering en financiering van onderzoek binnen de verschillende thema's verloopt onafhankelijk via ZonMw. Daarnaast financieren

---

<sup>52</sup> [Menéndez-González M et al. \(2024\) – Intrathecal immunoselective nanopheresis voor Alzheimer \(IJMS\)](#)

de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) en Alzheimer Nederland maatschappelijk en wetenschappelijk relevant onderzoek dat binnen de kaders van hun subsidierondes past (zoals de NWO KIC-calls en de Biomedical research-subsidies van Alzheimer Nederland).

Onderzoeksvorstellen voor innovatieve therapieën—inclusief nanotechnologische toepassingen—kunnen door consortia van universitaire medische centra en kennisinstellingen, in samenwerking met industriële partners, worden ingediend binnen de open subsidierondes van deze instanties. Onafhankelijke expertcommissies toetsen deze voorstellen vervolgens op wetenschappelijke kwaliteit, haalbaarheid en klinische relevantie.

Ik acht het dan ook niet opportuun om als minister zelf het initiatief te nemen tot een specifieke haalbaarheidsstudie of pilot voor nanofiltratie. Dit initiatief ligt primair bij het wetenschappelijke veld en de klinische experts. Mochten zij op basis van robuuste data kansen zien en een concreet onderzoeksvorstel willen indienen, dan biedt de huidige infrastructuur van de NDS, samen met de subsidiemogelijkheden van ZonMw, NWO en Alzheimer Nederland, daarvoor de geëigende route.

*De leden van de Groep Markuszower merken op dat wetenschappelijke adviezen over snel evoluerende medische technologieën per definitie een houdbaarheidsdatum kennen. Het advies sloot de literatuurreview in 2025, maar publicaties uit datzelfde jaar, waaronder een grote meta-analyse in Lancet Neurology (september 2025) en studies in Nature Medicine en Nature Aging, geven aanleiding tot herbeoordeling. Genoemde leden maken zich zorgen dat beleid wordt gebaseerd op een momentopname die de internationale wetenschappelijke stand van zaken niet langer volledig weerspiegelt.*

*Is de minister bereid toe te zeggen dat zij de Gezondheidsraad verzoekt het advies over vroegdiagnostiek periodiek, bij voorkeur jaarlijks, te actualiseren in het licht van nieuwe literatuur, en de Kamer hierover te informeren? Is zij voorts bereid toe te zeggen dat de aanbeveling om vroegdiagnostiek te ontraden niet permanent als beleidslijn wordt verankerd, maar uitdrukkelijk als een huidige, tijdgebonden conclusie wordt gepresenteerd?*

De Gezondheidsraad is een onafhankelijk wetenschappelijk adviesorgaan dat de (inter)nationale wetenschappelijke ontwikkelingen en trends inherent nauwgezet volgt. Het periodiek of jaarlijks routinematig herhalen van een formele adviesaanvraag is niet gebruikelijk en bovendien niet doelmatig voor de capaciteit van de raad. Wel is het vaste praktijk dat de Gezondheidsraad signalen afgeeft of uit eigen beweging adviseert wanneer nieuwe, doorslaggevende wetenschappelijke inzichten of trends daar aanleiding toe geven. Op basis van deze of andere signalen kan de raad gevraagd worden de stand van de wetenschap opnieuw in kaart te brengen (zoals hiervoor aangegeven bij de beantwoording van vraag 1). Ik zal de Kamer uiteraard informeren zodra dergelijke substantiële updates aan de orde zijn. Een vaste toezegging voor een jaarlijkse, formele herziening door de raad kan ik om die redenen niet doen.

Ik kan de Kamer daarentegen wel toezeggen dat de huidige aanbevelingen en de daarop gebaseerde beleidslijn niet definitief zijn verankerd, maar uitdrukkelijk gelden als een huidige, tijdgebonden conclusie die meebeweegt met nieuwe ontwikkelingen. Zodra de effectiviteit, werking en veiligheid van nieuwe diagnostische methoden of de daaraan gekoppelde ziektemodificerende medicijnen in de klinische praktijk zijn bewezen, zullen we de beleidsregels in nauw overleg met het zorgveld en de wetenschappelijke instituten heroverwegen.

*De leden vragen de minister of Alzheimer Nederland geconsulteerd is tijdens de totstandkoming van het advies. Zo nee, acht zij dit een tekortkoming in het adviesproces? Erkent de minister dat een advies over de wenselijkheid van vroegdiagnostiek dat de stem van patiënten en mantelzorgers niet structureel meeneemt, per definitie een onvolledig beeld geeft? Is zij bereid dit bij toekomstige adviestrajecten over dementie te corrigeren, en erkent zij de gesignaleerde tekortkomingen in het voorliggende advies?*

De Gezondheidsraad is een onafhankelijk wetenschappelijk adviesorgaan dat zijn adviezen opstelt op basis van de stand van de wetenschap en de klinische praktijk. De raad stelt daartoe een commissie van deskundigen in die de opdracht heeft om de wetenschappelijke literatuur en de maatschappelijke context onafhankelijk en objectief te wegen.

Alzheimer Nederland is bij de totstandkoming van dit specifieke advies door de Gezondheidsraad niet rechtstreeks formeel geconsulteerd. Ik beschouw dit echter niet als een tekortkoming in het adviesproces van de raad. Inhoudelijk gezien waren de commissieleden immers goed op de hoogte van de standpunten van de patiëntenvereniging; diverse commissieleden onderhouden nauwe contacten met Alzheimer Nederland. Daarnaast zijn de standpunten, behoeften en zorgen van patiënten en mantelzorgers breed gedocumenteerd in wetenschappelijke publicaties, grijze literatuur en de openbare uitingen van de organisatie zelf, en zijn deze zodoende meegewogen.

Ik deel de mening van de leden dat het perspectief van patiënten en naasten essentieel is bij vraagstukken rondom de inrichting van de dementiezorg. Voor toekomstige adviestrajecten over dementie blijft het uitgangspunt dat de Gezondheidsraad, binnen zijn onafhankelijke positie, de relevante maatschappelijke context nauwgezet betreft.

Buiten de adviezen van de Gezondheidsraad om is het patiënten- en mantelzorgperspectief via Alzheimer Nederland bovendien al structureel en stevig verankerd in de stuurgroepen van de Nationale Dementiestrategie en de onderzoekconsortia van het Onderzoeksprogramma Dementie. Op deze wijze is de waardevolle inbreng van patiënten en hun naasten in de uiteindelijke besluitvorming en beleidsuitvoering geborgd.

*Tot slot vragen de leden of de minister, mede in het licht van de bovenstaande overwegingen, bereid is een pilotprogramma voor biomarkerdiagnostiek bij hoog-risicogroepen (familiaire belasting, APOE ε4-dragerschap, vroege klachten) te overwegen ten behoeve van stratificatie en onderzoeksdeelname, en de uitkomsten daarvan aan de Kamer voor te leggen. Deze leden wijzen de minister in dit verband op het amendement van het lid Claassen<sup>53</sup> inzake een nationaal versnellingsprogramma Minimaal Invasieve Dementiediagnostiek (MIDD), dat voorzag in geoordeelde middelen voor precies dit doel: bloedbiomarkers als triageinstrument, waarbij een negatieve bloedtest verdere invasieve diagnostiek voorkomt en een positieve bloedtest gerichte doorverwijzing naar amyloïd-PET mogelijk maakt. Dit triage-model leidt niet alleen tot minder belasting voor patiënten en minder gebruik van schaarse PET-capaciteit, maar ook tot een substantiële reductie van stralingsbelasting bij patiënten bij wie pathologie op grond van de bloedtest onwaarschijnlijk is. Genoemde leden betreuren dat dit amendement ingetrokken is naar aanleiding van de ontrading en vragen de minister of zij de beleidsmatige doelstelling achter dat amendement alsnog onderschrijft en langs een andere weg wil realiseren.*

Ik onderschrijf de beleidsmatige doelstelling om te komen tot minder belastende, efficiëntere en doelmatigere dementiediagnostiek. Dit is een belangrijk speerpunt binnen de Nationale Dementiestrategie (NDS). De meerwaarde van een triage-model—waarbij betrouwbare bloedbiomarkers in een vroeg stadium worden ingezet om onnodige en kostbare vervolgdagnostiek (zoals ruggenmergpuncties of amyloïd-PET-scans) te voorkomen—wordt in de wetenschappelijke gemeenschap breed herkend. Dit model vermindert de belasting voor de patiënt en spaart de schaarse zorg- en diagnostiekcapaciteit.

Hoewel het amendement-Claassen destijds is ingetrokken en opgevolgd door een motie, wordt er binnen de bestaande kaders van het Onderzoeksprogramma Dementie al gewerkt aan de achterliggende doelstelling. De grootschalig onderzoeksconsortia TAP-dementie (*Tijdige, Accurate en*

<sup>53</sup> Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 77

*gePersonaliseerde diagnose van dementie*) en ABOARD richten zich specifiek op de ontwikkeling, validatie en implementatie van onder andere deze minimaal invasieve diagnostische instrumenten, waaronder bloedtesten. Binnen deze consortia vinden ook al de gezochte stratificatie van hoog-risicogroepen (zoals personen met een familiale belasting of vroege cognitieve klachten) plaats ten behoeve van onderzoeksdeelname.

Het opzetten van een apart, aanvullend pilotprogramma voor biomarkerdiagnostiek naast de reeds lopende infrastructuur is daarom niet doelmatig en zou leiden tot fragmentatie van middelen en expertise. De resultaten en voortgang van de consortia binnen de NDS worden nauwgezet gemonitord. De uitkomsten zullen, zodra deze gereed zijn voor vertaling naar klinische praktijk, vanzelfsprekend met uw Kamer worden gedeeld.

*Deze leden merken voorts op dat de onderhavige inbreng zich heeft geconcentreerd op de ziekte van Alzheimer, hetgeen de prevalentieproportie binnen het dementiesyndroom rechtvaardigt: Alzheimer is verantwoordelijk voor circa twee derde van alle dementiegevallen in Nederland. De leden van de Groep Markuszower benadrukken echter dat de hierboven uiteengezette argumenten in wezenlijke mate ook opgaan voor andere neurodegeneratieve aandoeningen, zij het met andere diagnostische en therapeutische nuances. Voor de ziekte van Parkinson, Lewy body-dementie en fronto-temporale dementie bestaan eveneens biomarkertrajecten in ontwikkeling; bij vasculaire dementie spelen modificeerbare vaatrisicofactoren een nog prominentere rol.*

Op dit moment zie ik geen aanleiding om naast de bestaande onderzoekinfrastructuur in de NDS per dementievorm een afzonderlijk actieplan voor de diagnostische agenda op te stellen. De doelstellingen rondom specifieke en gepersonaliseerde diagnostiek, met inbegrip van de inzet van minimaal invasieve biomarkers, zijn namelijk al integraal belegd binnen het lopende landelijke onderzoeksconsortium TAP-dementie (*Tijdige, Accurate en gePersonaliseerde diagnose van dementie*).

Binnen dit consortium wordt intensief gewerkt aan het in kaart brengen van de biologische diversiteit en de subtypering van dementie. Daarnaast richt het consortium zich specifiek op het valideren en combineren van verschillende biomarkers om zorgprofessionals meer houvast te bieden bij complexe diagnostische vraagstukken in de praktijk. De Kamer wordt over de voortgang en resultaten van de NDS, inclusief de mijlpalen van de onderzoekconsortia, jaarlijks geïnformeerd.