

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»¹.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

¹ 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 GroenLinks-PvdA-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 vervalt. 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 GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de fractie van GroenLinks-PvdA 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 GroenLinks-PvdA 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 GroenLinks-PvdA-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 GroenLinks-PvdA-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 GroenLinks-PvdA 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 beleids-traject 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 amyloïdpositiviteit 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.² 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.

Bloedbiomarkers, met name plasma p-tau217, worden internationaal reeds ingezet om deelnemers voor klinische trials met ziektemodificerende 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.³

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 onderzoekspoor in het advies achten deze leden een lacune.⁴

Is de Minister bereid te bezien of het lopende onderzoek naar traanvloeistofdiagnostiek, ook in Nederlandse onderzoekscentra, deel kan uitmaken van de nationale dementieonderzoekagenda? 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

² 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

³ Alzheimer's Association Appropriate Use Recommendations – bloedbiomarkers (Alzheimer's & Dementia 2022)

Nature Aging 2025 – bloedgedbaseerde biologische staging Alzheimer

⁴ Scientific Reports 2021 – tau en amyloïd in traanvloeistof, Maastricht UMC+ / Alzheimer Centrum Limburg

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 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 bevindingen⁵. 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 bezien.

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- β en tau-eiwitten selectief verwijdert op basis van

⁵ Scoping review TPE/albumine Alzheimer (Frontiers in Neurology 2024)
Gonzalo R et al. (2024) – ontstekingsmarkers in AMBAR (Ann Clin Transl Neurol)

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-studie⁶.

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.

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 medisch-specialistische leden. Alzheimer Nederland (de grootste patiënten- en mantelzorgersorganisatie op dit terrein) is daarin niet als geraadpleegde deskundige vertegenwoordigd.⁷ 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.

⁶ Menéndez-González M et al. (2024) – Intrathecal immunoselective nanopheresis voor Alzheimer (IJMS)

⁷ Alzheimer Nederland – reactie op het Gezondheidsraadadvies (december 2025)

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 Claassen⁸ 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 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

⁸ Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 77