

Vergaderjaar 2025–2026

36 800 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2026

Nr. 187

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 24 maart 2026

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 18 november 2025 inzake het Jaarverslag 2024 van de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar (Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 17).

De vragen en opmerkingen zijn op 29 januari 2026 aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 24 maart 2026 zijn de vragen door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Meijerink

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie	6
II.	Reactie van de Minister	7

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van het «Jaarverslag 2024 van de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar» en de brief van de regering. Zij lezen dat de twee late zwangerschapsafbrekingen als zorgvuldig zijn beoordeeld en dat er geen sprake was van meldingen over levensbeëindiging bij pasgeborenen of kinderen van 1 tot 12 jaar. Deze leden hebben hierover op dit moment geen vragen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het jaarverslag. Zij hebben geen aanvullende vragen of opmerkingen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het jaarverslag van 2024 van de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar. Zij danken de commissie voor haar jaarverslag en werk. Zij hebben hier verder geen vragen of opmerkingen bij.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie lezen in het «Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking», 2.6.2: «Het valt te overwegen om de foetus te sederen en pijnstilling toe te dienen voordat hiertoe [foeticide] wordt overgegaan.» De leden van de PVV-fractie vragen de Staatssecretaris terug te kijken en aan te geven waarom bij de opstelling van het modelprotocol – goedgekeurd in 2017 – is gekozen voor slechts een overweging en geen standaard.

De leden van de PVV-fractie lezen in het «Jaarverslag 2024 van de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar», op pagina 13: «Naar aanleiding van de ontvangen meldingen is het de commissie opgevallen dat artsen de foetus bij late zwangerschapsafbreking niet standaard verdoving toedienen. Aangezien de beroepsgroep hierover

(nog) geen richtlijn heeft opgesteld, zal dit geen invloed hebben op de beoordeling van de zorgvuldigheid van een melding. Desondanks acht de commissie het toedienen van systemische verdoving aan de foetus zeer wenselijk.» De leden van de PVV-fractie vragen de Staatssecretaris wat de redenen van artsen zijn om geen sedatie en pijnstilling toe te passen ondanks (1) de overweging in het modelprotocol en (2) het oordeel van de beoordelingscommissie. Zij vragen tevens of de verwachting is dat dit na het oordeel van de beoordelingscommissie zal veranderen. De leden van de PVV-fractie vragen of de Staatssecretaris de mening deelt dat sedatie van de foetus en toediening van pijnstilling altijd en in ieder geval plaats dienen te vinden voordat tot foeticide wordt overgegaan, om elke mogelijke pijnwaarneming door de foetus te allen tijde en volledig uit te sluiten.

De leden van de PVV-fractie lezen in de «Concept-Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking», 6.6.2: «De foetus dient gesedeerd te worden en pijnstilling toegediend te krijgen voordat hiertoe wordt overgegaan.» De leden van de PVV-fractie vragen de Staatssecretaris wanneer zij verwacht dat deze concept-kwaliteitsnorm wordt goedgekeurd. Zij vragen tevens of de Staatssecretaris verwacht dat er in de tussentijd – ook met het oordeel van de beoordelingscommissie – wel al naar gehandeld zal worden.

De Staatssecretaris stelt dat beroepsnormen leidend zijn. De leden van de PVV-fractie vragen of zij ook bindend c.q. afdwingbaar zijn of dat hiervan kan worden afgeweken.

De leden van de PVV-fractie vragen of de Staatssecretaris ertoe bereid is de sedatie van de foetus en toediening van pijnstilling voorafgaand aan foeticide verplichtend op te nemen in de «Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1–12 jaar» (of elders in geldende wet-/regelgeving).

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het jaarverslag van de beoordelingscommissie LZA/LP over 2024. Deze leden erkennen het belang van deze commissie in het borgen van de zorgvuldigheid bij medisch uiterst ingrijpende beslissingen. Tegelijkertijd roept het verslag vragen op over de praktische uitvoering van de herziene Regeling en de verbreding ervan naar kinderen van 1 tot 12 jaar.

De leden van de CDA-fractie zien dat de reikwijdte van de Regeling per 1 februari 2024 is uitgebreid naar levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar. In 2024 zijn hierover nog geen meldingen gedaan. Hoe beoordeelt de Staatssecretaris het uitblijven van meldingen in deze nieuwe categorie? Is er naar mening van de Staatssecretaris sprake van terughoudendheid om te melden? Wordt er vanuit het veld behoefte geuit aan meer duiding, bijvoorbeeld via medisch-ethische richtlijnen of casuïstiek-besprekingen?

De zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar zijn op 2 oktober 2024 voorlopig vastgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de Staatssecretaris verwacht dat deze eisen formeel in de Regeling kunnen worden opgenomen. Wat gebeurt er als in de praktijk verschillen ontstaan in interpretatie of toepassing van deze eisen? Is er volgens de Staatssecretaris een risico dat artsen zonder duidelijk juridisch kader moeten handelen, wat ook de rechtszekerheid van ouders en kinderen kan ondermijnen?

De commissie benoemt dat bij sommige casussen de arts die meldt niet dezelfde is als de arts die de handeling uitvoert. Hoewel dat begrijpelijk is in verband met expertise, kan dit tot verwarring leiden over verantwoordelijkheid. De leden van de CDA-fractie vragen hoe wordt gewaarborgd dat beide artsen het volledige proces kennen en actief betrokken zijn bij de besluitvorming en uitvoering. Is het wenselijk om dit explicieter in de Regeling op te nemen?

Sinds 2017 is er slechts één melding geweest van levensbeëindiging bij een pasgeborene. De leden van de CDA-fractie vragen of de Staatssecretaris het aannemelijk acht dat dit cijfer een volledige weergave is van de praktijk. Wordt overwogen om via de Inspectie of wetenschappelijk onderzoek nader zicht te krijgen op niet-gemelde gevallen?

De commissie benoemt dat bij late zwangerschapsafbreking nog niet standaard verdoving aan de foetus wordt toegediend, maar dat dit wél wenselijk is. De leden van de CDA-fractie vragen of het kabinet bereid is hierover in overleg te treden met de beroepsgroepen om tot een heldere standaard te komen. Kan worden overwogen dit als expliciete zorgvuldigheidseis op te nemen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van het Jaarverslag 2024 van de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar). De leden hebben geen vragen aan de Staatssecretaris.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met bezorgdheid kennisgenomen van het Jaarverslag 2024 van de Beoordelingscommissie. Zij hebben hierover al eerder een aantal schriftelijke vragen gesteld die inmiddels zijn beantwoord door de Staatssecretaris (Aanhangsel Handelingen II 2025/26, nr. 628). Zij danken haar voor de beantwoording. Toch roepen deze antwoorden bij de leden van de SGP-fractie opnieuw een aantal vragen op.

De leden van de SGP-fractie constateren dat het ontbreken van verdoving sinds 2016 acht keer is voorgevallen. Zij vragen of de Staatssecretaris het eens is dat juist de zeldzaamheid van late zwangerschapsafbreking pleit voor maximale zorgvuldigheid en bescherming van het ongeboren leven.

Het valt de leden van de SGP-fractie op dat de Staatssecretaris vooral procedurele antwoorden geeft. Zij vragen of de Staatssecretaris erkent dat het afbreken van de zwangerschap, zeker als het gaat om een laat stadium van de zwangerschap, naar gezondheidsrechtelijke maatstaven geen reguliere medische zorg is, maar een ingreep met een zwaarwegende ethische lading. Deze leden vragen waarom de Staatssecretaris in haar beantwoording voornamelijk verwijst naar protocollen van de beroepsgroep en de stand van de wetenschap, terwijl bij medisch-ethisch omstreden ingrepen de wetgever en het bestuur een eigen verantwoordelijkheid dragen die niet zonder meer kan worden overgelaten aan de beroepsgroep. Dit kan wellicht wel voor normale medische zorg gelden, maar niet wanneer het gaat om het beëindigen van een mensenleven. De leden van de SGP-fractie vragen of de Staatssecretaris het aanvaardbaar acht dat bij een fundamenteel ethisch vraagstuk als dit de rol van de overheid beperkt blijft tot het volgen van beroepsrichtlijnen.

De leden van de SGP-fractie vragen waarom de aanbeveling van de beoordelingscommissie dat systemische verdoving bij late zwangerschapsafbreking zeer wenselijk is niet zwaarder wordt meegewogen in de beoordeling van goede zorg onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) zolang een formele richtlijn hiervoor ontbreekt. Zij vragen verder of de Staatssecretaris het wenselijk acht dat een praktijk die door de beoordelingscommissie als «zeer wenselijk» wordt aangemerkt, juridisch gezien voorlopig toch vrijblijvend blijft.

Is bekend wanneer de concept Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking definitief zal worden vastgesteld en geïmplementeerd? Is de verwachting dat de praktijk zich op dit punt al zal voegen naar de concept Kwaliteitsnorm? De leden van de SGP-fractie vragen of de Staatssecretaris bereid is, vooruitlopend op de definitieve Kwaliteitsnorm, zelf expliciet uit te spreken dat het toedienen van verdoving bij late zwangerschapsafbreking de norm zou moeten zijn.

Nu verdoving inmiddels is opgenomen in de concept Kwaliteitsnorm vragen de leden van de SGP-fractie welke betekenis dit heeft voor de beoordeling van eerdere acht gevallen waarin geen sedatie is toegepast.

De leden van de SGP-fractie vragen of wordt overwogen om de beoordelingscommissie expliciet de mogelijkheid te geven het ontbreken van pijnbestrijding zwaarder te laten meewegen in haar oordeel.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe de Staatssecretaris het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) concreet betreft bij haar overwegingen, in het bijzonder het daarin besloten liggende voorzorgsbeginsel. Zij constateren dat de Staatssecretaris erkent dat het wetenschappelijk vaststellen van foetale pijnbeleving lastig is, maar vragen waarom zij vervolgens niet inhoudelijk ingaat op de implicaties van deze onzekerheid. Waarom leidt de wetenschappelijke onzekerheid over foetale pijnbeleving niet tot toepassing van het voorzorgsbeginsel, juist gezien het onomkeerbare karakter van foetale levensbeëindiging? De leden van de SGP-fractie vragen of de Staatssecretaris het eens is dat wetenschappelijke onzekerheid over pijnbeleving eerder zou moeten pleiten vóór dan tegen het toepassen van verdoving. Zij vragen de Staatssecretaris om hiervoor zowel in te gaan op de praktijk van abortus als late zwangerschapsafbreking.

De leden van de SGP-fractie vragen of in andere medische contexten waarin onzekerheid bestaat over pijnbeleving eveneens wordt afgezien van pijnbestrijding, en zo ja, welke contexten dat betreft.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe de Staatssecretaris verklaart dat bij foetale chirurgie, die is gericht op het redden van leven, verdoving gebruikelijk is, terwijl bij foetale levensbeëindiging verdoving tot op heden niet standaard was. Denkt de Staatssecretaris dat dit verschil ethisch goed uitlegbaar is aan ouders en aan de samenleving?

De leden van de SGP-fractie vragen om een nadere toelichting op de «lokale protocollen» voor het toedienen van verdoving aan de foetus door Nederlandse klinieken. Kan de Staatssecretaris uitleggen wat deze protocollen behelzen? Hoe wenselijk vindt de Staatssecretaris het dat er blijkbaar «praktijkvariatie» bestaat voor wat betreft het wel of niet geven van pijnstilling bij foetale levensbeëindiging? De leden van de SGP-fractie vragen hoe wordt voorkomen dat praktijkvariatie op dit punt leidt tot ongelijkheid of willekeur tussen instellingen en behandelaars.

Overigens valt het de leden van SGP-fractie ook ten aanzien van sedatie bij abortus op dat de Staatssecretaris ook hierbij kiest voor een formalistische benadering: zolang het niet expliciet voorgeschreven is in de richtlijn, hoeft het niet. Feit blijft dat bij foetale chirurgie directe pijnstilling over het algemeen wel gegeven wordt en bij abortus over het algemeen niet. Erkent de Staatssecretaris dat? Hoe weegt zij dit verschil vanuit medisch-ethisch perspectief?

De leden van de SGP-fractie vragen of de Staatssecretaris het moreel relevant acht dat het risico op pijnbeleving toeneemt naarmate de zwangerschap verder gevorderd is, en zo ja, waarom dit niet leidt tot strengere waarborgen.

De leden van de SGP-fractie vragen om een nadere toelichting op de stelling van de Staatssecretaris dat bij alle vroege abortussen pijnstilling aan de moeder wordt gegeven die via de placenta ook het ongeboren kind bereikt. Indien dit het geval is, vragen zij, waarom dit bij late abortussen kennelijk niet volstaat, gezien het zwaarwegende advies van de commissie om bij alle late abortussen expliciet pijnstilling toe te dienen. Hoe verhoudt dit beleid bij abortus vóór 24 weken zwangerschap zich tot de aanbevelingen van de commissie ten aanzien van late zwangerschap?

De leden van de SGP-fractie vragen naar aanleiding van het antwoord op vraag 17 of de Staatssecretaris erkent dat het gelijkheidsbeginsel in dit verband niet ziet op de aard of het doel van de medische verrichting, maar op het ongeboren kind dat een ingreep ondergaat waarbij sprake kan zijn van pijn. Zij vragen waarom in de beantwoording de vergelijking wordt betrokken op de (on)gelijkheid van de medische handeling, en niet op de positie van het ongeboren kind en diens mogelijke pijnbeleving. De leden van de SGP-fractie vragen of de Staatssecretaris daarom alsnog kan ingaan op de vraag hoe het ontbreken van verplichte verdoving bij abortus en late zwangerschapsafbreking zich verhoudt tot het uitgangspunt dat gelijke belangen, zoals het voorkomen van pijn bij ongeboren kinderen, gelijk beschermd zouden moeten worden.

Aangezien de bevinding dat verdoving niet standaard is wel werd benoemd door de beoordelingscommissie, maar de Staatssecretaris dit niet vermeldde in haar brief vragen de leden van de SGP-fractie of de Staatssecretaris voornemens is de Kamer voortaan actief te informeren wanneer de beoordelingscommissie aanbevelingen doet die raken aan ethische vraagstukken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie maken van de gelegenheid gebruik om vragen te stellen bij het jaarverslag 2024 van de beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar.

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het een zeer gevoelig en verdrietig onderwerp waar de beoordelingscommissie zich mee bezig houdt. Sinds 2024 zijn er flinke wijzigingen geweest in de Regeling en in de commissie. Deze leden vragen een reflectie van de Staatssecretaris op deze veranderingen. Welke meerwaarde heeft het dat de voorzitter een strafrechtjurist is? Is de werkwijze nu, met het melden van categorie 1 bij de beroepsgroep van de NVOG, in lijn met de verwachtingen? Nu de regeling is uitgebreid naar kinderen van 1 tot 12 jaar, voelen artsen zich meer handelingsbekwaam- en bevoegd in dit soort intens moeilijke en verdrietige zaken?

Ten aanzien van levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar vragen de leden van de ChristenUnie-fractie naar de ontwikkeling van de zorgvuldigheidseisen. Deze worden pas in de Regeling opgenomen als er verdere normontwikkeling heeft plaatsgevonden. Tot die tijd wordt gewerkt met de zorgvuldigheidseisen zoals door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde is geaccordeerd. Met de zeer sporadische meldingen van levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar kan het lang duren voordat de normontwikkeling plaatsvindt. Vindt de Staatssecretaris het acceptabel dat tot die tijd de NVK-richtlijn geldt? Deze leden maken zich zorgen dat hierdoor niet de juridische kant wordt meegenomen in de zorgvuldigheidseisen. Hoe kijkt de Staatssecretaris daarnaar?

Hoe is de relatie tussen de Beoordelingscommissie en het Openbaar Ministerie? Is er onderling contact zodat de kloof tussen de medische en juridische wereld kleiner wordt, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn geschrokken van de bevinding dat artsen de foetus bij late zwangerschapsafbreking niet standaard verdoving toedienen. Waarom niet, zo vragen deze leden. Wil de Staatssecretaris er bij de beroepsgroep op aandringen dat het zo snel mogelijk in de richtlijn wordt opgenomen dat er standaard verdoving wordt toegepast bij late zwangerschapsafbrekingen? Wat is de richtlijn ten aanzien van verdoving bij vroegere zwangerschapsafbrekingen, zo

vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. Ziet de Staatssecretaris reden, bijvoorbeeld nieuwe wetenschappelijke inzichten, om hier beleid in te wijzigen? Zo nee, waarom niet?

Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie lezen in het «Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking», 2.6.2: «Het valt te overwegen om de foetus te sederen en pijnstilling toe te dienen voordat hiertoe [foeticide] wordt overgegaan.» De leden van de PVV-fractie vragen de Staatssecretaris terug te blikken en aan te geven waarom bij de opstelling van het modelprotocol – goedgekeurd in 2017 – is gekozen voor slechts een overweging en geen standaard.

In het *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* (2017) heeft de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) normen vastgesteld voor de wijze waarop een late zwangerschapsafbreking categorie 1 of categorie 2 uitgevoerd dient te worden en in hoeverre daarbij pijnstilling aan de foetus toegediend moet worden. Deze beroepsnormen zijn destijds gebaseerd op de toen geldende medisch-wetenschappelijke inzichten. Aangezien er ten tijde van het opstellen van het modelprotocol geen brede wetenschappelijke consensus bestond over foetale pijnbeleving is in dit protocol «ter overweging» meegeven om de foetus te sederen en pijnstilling toe te dienen voordat tot foetale levensbeëindiging wordt overgegaan.

Zoals de voormalig Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport in de beantwoording van eerdere Kamervragen heeft aangegeven¹, heeft de NVOG gesignaleerd dat het veld in beweging is. Er is tegenwoordig meer aandacht voor foetale pijnbeleving dan ten tijde van het verschijnen van het huidige modelprotocol in 2017. De NVOG is om die reden in januari

¹ Aanhangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

2024 gestart met een revisie van het huidige modelprotocol. Dit heeft geleid tot de concept *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking*. Hierin staat dat een foetus voorafgaand aan de levensbeëindiging sedatie en pijnstilling dient te krijgen. Deze kwaliteitsnorm bevindt zich op dit moment in de prefinale fase. De NVOG heeft aangegeven dat het proces rondom het finaliseren van de kwaliteitsnorm naar verwachting voor de zomer afgerond is.

De leden van de PVV-fractie lezen in het «Jaarverslag 2024 van de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar», op pagina 13: «Naar aanleiding van de ontvangen meldingen is het de commissie opgevallen dat artsen de foetus bij late zwangerschapsafbreking niet standaard verdoving toedienen. Aangezien de beroepsgroep hierover (nog) geen richtlijn heeft opgesteld, zal dit geen invloed hebben op de beoordeling van de zorgvuldigheid van een melding. Desondanks acht de commissie het toedienen van systemische verdoving aan de foetus zeer wenselijk.» De leden van de PVV-fractie vragen de Staatssecretaris wat de redenen van artsen zijn om geen sedatie en pijnstilling toe te passen ondanks (1) de overweging in het modelprotocol en (2) het oordeel van de beoordelingscommissie.

Zoals in het antwoord op de vorige vraag is aangegeven, wordt in het huidige modelprotocol aan artsen ter overweging meegegeven om de foetus te sederen en pijnstilling toe te dienen voordat wordt overgegaan tot foetale levensbeëindiging. Het is niet bekend welke redenen artsen in de concrete gevallen hebben gehad om geen sedatie en pijnstilling toe te passen.

Overigens geldt dat onder het huidige *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* verdoving aan de foetus vaak wordt toegepast bij late zwangerschapsafbreking: van de 34 meldingen die de beoordelingscommissie sinds 2016 heeft ontvangen van een late zwangerschapsafbreking waarbij foetale levensbeëindiging heeft plaatsgevonden, was er in 26 gevallen (76,5%) sprake van voorafgaande verdoving, in 8 gevallen (23,5%) niet.²

Zij vragen tevens of de verwachting is dat dit na het oordeel van de beoordelingscommissie zal veranderen.

Tot het moment van accorderen van de nieuwe *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* geldt het *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* uit 2017. In dit modelprotocol wordt sedatie en pijnstilling ter overweging meegegeven. De NVOG zal toezien op spoedige accordering en implementatie van de kwaliteitsnorm, waarin staat dat voorafgaand aan de levensbeëindiging de foetus gesedeerd dient te worden en pijnstilling toegediend moet krijgen. Sedatie en pijnstilling bij foetale levensbeëindiging wordt daarmee dus de medisch-professionele standaard.

De leden van de PVV-fractie vragen of de Staatssecretaris de mening deelt dat sedatie van de foetus en toediening van pijnstilling altijd en in ieder geval plaats dienen te vinden voordat tot foeticide wordt overgegaan, om elke mogelijke pijnwaarneming door de foetus te allen tijde en volledig uit te sluiten.

² Aanhangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

Het is aan de beroepsgroep om medisch-wetenschappelijke inzichten over foetale pijnbeleving te interpreteren en waar nodig professionele normen hierop aan te passen. In de concept *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* wordt voorgeschreven dat de foetus, in geval bij een late zwangerschapsafbreking foetale levensbeëindiging wordt verricht, gesedeerd wordt en pijnstilling toegediend krijgt.

De leden van de PVV-fractie lezen in de «Concept-Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking», 6.6.2: «De foetus dient gesedeerd te worden en pijnstilling toegediend te krijgen voordat hiertoe wordt overgegaan.» De leden van de PVV-fractie vragen de Staatssecretaris wanneer zij verwacht dat deze concept-kwaliteitsnorm wordt goedgekeurd.

De NVOG heeft aangegeven dat het proces rondom het finaliseren van de kwaliteitsnorm naar verwachting voor de zomer afgerond is. De NVOG zal vervolgens zorgdragen voor de implementatie van de nieuwe kwaliteitsnorm door haar leden hierover te informeren.

Zij vragen tevens of de Staatssecretaris verwacht dat er in de tussentijd – ook met het oordeel van de beoordelingscommissie – wel al naar gehandeld zal worden.

Zoals aangegeven op een andere vraag van de leden van de PVV-fractie geldt tot het moment van accorderen van de nieuwe *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* het huidige *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* uit 2017. De NVOG zal in ieder geval toezien op spoedige accordering en implementatie van de kwaliteitsnorm, waarin staat dat voorafgaand aan de levensbeëindiging de foetus gesedeerd dient te worden en pijnstilling toegediend moet krijgen.

De Staatssecretaris stelt dat beroepsnormen leidend zijn. De leden van de PVV-fractie vragen of zij ook bindend c.q. afdwingbaar zijn of dat hiervan kan worden afgeweken.

Zorgverleners moeten goede zorg aanbieden en daarbij handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, de kwaliteitsstandaarden en de inzichten uit de kwaliteitsregistraties (artikel 2, tweede lid, onder b, Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)). Beroepsnormen zijn een uitdrukking van deze medisch-professionele standaard en zijn in beginsel leidend. Onder omstandigheden moet soms van deze beroepsnormen worden afgeweken, omdat dit in het individuele geval in het belang van het verlenen van «goede zorg» noodzakelijk is. Een afwijking moet uiteraard altijd gemotiveerd worden. Op grond van het tuchtrecht, het strafrecht en het civiele recht kunnen individuele zorgverleners zo nodig worden aangesproken.

De leden van de PVV-fractie vragen of de Staatssecretaris ertoe bereid is de sedatie van de foetus en toediening van pijnstilling voorafgaand aan foeticide verplichtend op te nemen in de «Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1–12 jaar» (of elders in geldende wet-/regelgeving).

Op grond van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1–12 jaar dient een arts een afbreking van de zwangerschap medisch zorgvuldig uit te voeren (artikel 6, onderdeel f, van de Regeling). Zoals in de toelichting op de Regeling is aangegeven, is sprake van een medische zorgvuldige

afbreking van de zwangerschap als deze conform de *geldende* beroepsnormen wordt uitgevoerd.

Het kabinet ziet geen aanleiding om de Regeling op dit punt aan te passen, omdat het bij uitstek aan de beroepsgroep is om deze normen vast te stellen en aan de individuele zorgverlener om deze normen in concrete gevallen toe te passen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het jaarverslag van de beoordelingscommissie LZA/LP over 2024. Deze leden erkennen het belang van deze commissie in het borgen van de zorgvuldigheid bij medisch uiterst ingrijpende beslissingen. Tegelijkertijd roept het verslag vragen op over de praktische uitvoering van de herziene Regeling en de verbreding ervan naar kinderen van 1 tot 12 jaar.

De leden van de CDA-fractie zien dat de reikwijdte van de Regeling per 1 februari 2024 is uitgebreid naar levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar. In 2024 zijn hierover nog geen meldingen gedaan. Hoe beoordeelt de Staatssecretaris het uitblijven van meldingen in deze nieuwe categorie? Is er naar mening van de Staatssecretaris sprake van terughoudendheid om te melden? Wordt er vanuit het veld behoefte geuit aan meer duiding, bijvoorbeeld via medisch-ethische richtlijnen of casuïstiek-besprekingen?

In 2025 heeft de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1–12 jaar (hierna: de commissie) een eerste melding van levensbeëindiging in de leeftijdsgroep 1–12 jaar ontvangen. Al vóór publicatie van de Regeling voorspelden experts dat het aantal meldingen zeer beperkt zou blijven (minder dan vijf per jaar), gezien de zeldzaamheid van deze problematiek en de toenomen beschikbaarheid en kwaliteit van kinderpalliatieve zorg. Volgens de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) bevestigen de bevindingen tot nu toe deze inschatting.

De NVK laat weten – op basis van signalen uit de praktijk in het eerste jaar van de Regeling – te concluderen dat de Regeling bijdraagt aan open en zorgvuldige gesprekken over palliatieve zorg en levenseindezorg, zowel tussen ouders en zorgverleners als binnen multidisciplinaire teams. Op basis hiervan lijkt de betekenis van de Regeling volgens de NVK zich niet alleen te beperken tot een regulerende functie, maar vooral ook een ondersteunende en verhelderende rol te spelen in het besluitvormingsproces van ouders en zorgprofessionals.

Zo signaleert de NVK vanuit het veld een duidelijke toename van vragen aan de Kinder Comfort Teams (kinderpalliatieve teams) over actieve levensbeëindiging in de context van palliatieve zorg bij kinderen in de leeftijd van 1 tot 12 jaar. Deze vragen gaan over mogelijke toekomstige situaties waarin sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en waarin palliatieve interventies volgens ouders en behandelaren onvoldoende verlichting zouden bieden. Voor ouders gaat het hierbij niet primair om het verzoek tot uitvoering van levensbeëindiging, maar om het bespreken van deze mogelijkheid als onderdeel van het volledige spectrum aan opties rond levenseindezorg. Ouders geven aan behoefte te hebben aan informatie over wat de Regeling inhoudt en wat deze in theorie zou kunnen betekenen voor hun kind, zodat zij goed geïnformeerd zijn over alle mogelijke beslissingen aan het levenseinde. Volgens de NVK zijn ouders tevreden met de informatie die zij van experts van het Kinder Comfort Team over de regeling ontvangen. Ouders ervaren het als

steunend dat zij weten dat de optie van levensbeëindiging – indien relevant – bespreekbaar is met de behandelend arts.

Ook bij het Artsensteunpunt Levenseinde Kinderen wordt een toename gezien van vragen, van professionals. Deze vragen richten zich met name op hoe professionals zorgvuldig en professioneel om kunnen gaan met vragen van ouders over actieve levensbeëindiging en hoe zij deze gesprekken met ouders op een goede manier kunnen voeren, binnen het bestaande juridische en ethische kader.

De zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar zijn op 2 oktober 2024 voorlopig vastgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de Staatssecretaris verwacht dat deze eisen formeel in de Regeling kunnen worden opgenomen.

In de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1–12 jaar zijn voor de groep kinderen van 1–12 jaar nog geen zorgvuldigheidseisen opgenomen, omdat in verband met het beperkte aantal casussen eerst verdere normontwikkeling nodig is. De door de NVK ontwikkelde zorgvuldigheidseisen hebben, zoals de NVK zelf aangeeft, een voorlopig karakter aangezien het nodig kan zijn om ze in de toekomst op basis van voortgaande ervaring en voortschrijdend inzicht te herzien.³ Zoals in de toelichting op de Regeling is aangegeven, zullen de door de medische beroepsgroep ontwikkelde zorgvuldigheidseisen pas in de Regeling worden opgenomen als daarover brede consensus bestaat. Er zal dan ook eerst ervaring mee moeten worden opgedaan in de praktijk, zowel door artsen als door de beoordelingscommissie, het Openbaar Ministerie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Wat gebeurt er als in de praktijk verschillen ontstaan in interpretatie of toepassing van deze eisen? Is er volgens de Staatssecretaris een risico dat artsen zonder duidelijk juridisch kader moeten handelen, wat ook de rechtszekerheid van ouders en kinderen kan ondermijnen?

Zoals in de toelichting bij de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1–12 jaar is aangegeven, betekent het ontbreken van zorgvuldigheidseisen in de Regeling niet dat artsen geen enkel houvast hebben. Voor de groep kinderen 1–12 jaar geldt als uitgangspunt dat, om het handelen van de arts als zorgvuldig te kunnen beoordelen, de arts op grond van heersend medisch inzicht tot de overtuiging moet komen dat levensbeëindiging de enige redelijke oplossing is om het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van het kind weg te nemen. En dat, voor zover dit ook maar enigszins mogelijk is, het kind, op een manier die past bij zijn bevattingsvermogen en leeftijd, naar zijn mening wordt gevraagd en dat die mening wordt betrokken bij het besluitvormingsproces. Van levensbeëindiging moet in ieder geval worden afgezien als het kind zelf te kennen heeft gegeven zijn actuele situatie te prefereren boven levensbeëindiging. Ook is in de toelichting op de Regeling opgenomen dat de beoordelingscommissie ter verdere normontwikkeling voor levensbeëindiging bij kinderen 1–12 jaar de in de Regeling opgenomen zorgvuldigheidseisen die gelden voor levensbeëindiging bij pasgeborenen (artikel 7) in haar beoordeling van een casus als vertrekpunt meeneemt.⁴

³ Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde – Zorgvuldigheidseisen levensbeëindiging kinderen 1–12 jaar en toelichting, 2 oktober 2024.

⁴ Staatscourant 2024, nr. 99 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen.

De NVK heeft een uitgebreide toelichting geschreven bij de door haar ontwikkelde zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging bij kinderen 1–12 jaar. Dit biedt artsen houvast bij de beoordeling van een mogelijke levensbeëindiging van een kind van 1–12 jaar.

De beoordelingscommissie geeft op haar website aan kennis te hebben genomen van de zorgvuldigheidseisen voor actieve levensbeëindiging bij een kind in de leeftijd van 1–12 jaar, zoals die op 2 oktober 2024 door het bestuur van de NVK zijn geaccordeerd. De beoordelingscommissie benadrukt dat zij bij de beoordeling van een melding in deze categorie een eigen verantwoordelijkheid heeft, en dat zij deze zorgvuldigheidseisen zal meewegen in haar beslissing of een arts zorgvuldig heeft gehandeld.⁵

Ten overvloede wordt opgemerkt dat ook indien de zorgvuldigheidseisen in de Regeling zijn opgenomen deze eisen worden toegepast en getoetst in elk concreet geval. Het hangt dan ook altijd van de casuïstiek af of aan de zorgvuldigheidseisen wordt voldaan.

De commissie benoemt dat bij sommige casussen de arts die meldt niet dezelfde is als de arts die de handeling uitvoert. Hoewel dat begrijpelijk is in verband met expertise, kan dit tot verwarring leiden over verantwoordelijkheid. De leden van de CDA-fractie vragen hoe wordt gewaarborgd dat beide artsen het volledige proces kennen en actief betrokken zijn bij de besluitvorming en uitvoering. Is het wenselijk om dit explicieter in de Regeling op te nemen?

In het merendeel van de meldingen is de arts die de moeder/ouders heeft begeleid bij het traject voorafgaand aan de late zwangerschapsafbreking de meldend arts, zo blijkt uit de dossierstudie die in 2022 is uitgevoerd in het kader van de evaluatie van de toenmalige Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen.⁶

Zoals de beoordelingscommissie in haar jaarverslag over 2024 aangeeft, wordt de meldend arts – als de meldend arts door omstandigheden niet de uitvoerend arts is die de handelingen verricht die leiden tot de zwangerschapsafbreking – geacht ook bij de uitvoering aanwezig te zijn. Daarnaast acht de commissie het van groot belang dat beide artsen aanwezig zijn bij het multidisciplinair overleg voorafgaand aan de late zwangerschapsafbreking, zodat de uitvoerend arts de situatie kent en zelf kan beoordelen of aan de zorgvuldigheidseisen uit de Regeling wordt voldaan. De commissie toetst of de handelingen die leiden tot de afbreking van de zwangerschap én de afbreking zelf zorgvuldig zijn uitgevoerd, en of daarmee voldaan is aan alle zorgvuldigheidseisen uit de Regeling. De commissie toetst het gehele traject. De commissie heeft haar bevindingen en werkwijze besproken met het College van procureurs-generaal (hierna: het college).⁷

Hoewel het college een melding in zijn geheel beoordeelt, is vanuit strafrechtelijk oogpunt vooral het handelen van de arts relevant dat direct heeft geleid tot de zwangerschapsafbreking. Die (uitvoerend) arts krijgt dan bericht over de afdoening van de melding. In het geval dat de meldend arts niet dezelfde arts is als degene die de zwangerschapsaf-

⁵ Zie: Zorgvuldigheidseisen bij levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar | LZA-LP&K – Late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen

⁶ Evaluatie Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, Den Haag, ZonMw, februari 2022, p. 89.

⁷ Jaarverslag 2024 Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar, p. 13.

breking heeft uitgevoerd, ontvangt ook die arts volledigheidshalve een afhandelingsbericht van het college.

Nu de beoordelingscommissie en het college beide artsen betrekken in hun oordeel is daarmee geborgd dat beide artsen ook actief betrokken moeten zijn bij de besluitvorming en uitvoering.

Sinds 2017 is er slechts één melding geweest van levensbeëindiging bij een pasgeborene. De leden van de CDA-fractie vragen of de Staatssecretaris het aannemelijk acht dat dit cijfer een volledige weergave is van de praktijk. Wordt overwogen om via de Inspectie of wetenschappelijk onderzoek nader zicht te krijgen op niet-gemelde gevallen?

Zoals in het rapport van de Evaluatie van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen uit 2022 wordt aangegeven, zijn er volgens de onderzoekers uit het uitgevoerde empirische onderzoek geen aanwijzingen naar voren gekomen dat artsen die levensbeëindiging bij een pasgeborene of een late zwangerschapsafbreking uitvoeren, niet bereid zouden zijn dat te melden. Er is dan ook geen indicatie dat er een «kloof» is tussen uitvoeren en melden, ofwel dat er sprake zou zijn van onderrapportage, aldus de onderzoekers.⁸ Ook de NVK laat desgevraagd weten niet bekend te zijn met signalen dat er wél levensbeëindiging bij pasgeborenen wordt uitgevoerd, maar dit niet wordt gemeld.

De commissie benoemt dat bij late zwangerschapsafbreking nog niet standaard verdoving aan de foetus wordt toegediend, maar dat dit wenselijk is. De leden van de CDA-fractie vragen of het kabinet bereid is hierover in overleg te treden met de beroepsgroepen om tot een heldere standaard te komen. Kan worden overwogen dit als expliciete zorgvuldigheidseis op te nemen?

Zoals de voormalig Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport in de beantwoording van eerdere Kamervragen heeft aangegeven, is de beroepsgroep al bezig met een aanpassing van de huidige standaard omtrent verdoving aan de foetus bij een late zwangerschapsafbreking.⁹ De normen van de beroepsgroep voor de wijze waarop een late zwangerschapsafbreking categorie 1 of categorie 2 uitgevoerd dient te worden en in hoeverre daarbij pijnstilling aan de foetus toegediend moet worden, zijn momenteel neergelegd in het *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* (2017) van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Deze beroepsnormen zijn gebaseerd op de destijds geldende medisch-wetenschappelijke inzichten. Aangezien er ten tijde van het opstellen van het modelprotocol geen brede wetenschappelijke consensus bestond ten aanzien van de pijnbeleving bij ongeboren kinderen is in dit protocol «ter overweging» meegegeven om de foetus te sederen en pijnstilling toe te dienen voordat tot foetale levensbeëindiging wordt overgegaan. Overigens geldt dat onder het huidige *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* verdoving aan de foetus vaak wordt toegepast bij late zwangerschapsafbreking: van de 34 meldingen die de beoordelingscommissie sinds 2016 heeft ontvangen van een late zwangerschapsafbreking waarbij foetale levensbeëindiging heeft plaatsgevonden, was er in 26 gevallen (76,5%) sprake van voorafgaande verdoving, in 8 gevallen (23,5%) niet.¹⁰

⁸ Evaluatie Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, Den Haag, ZonMw, februari 2022, p. 92.

⁹ Aanhangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

¹⁰ Aanhangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

De NVOG heeft signaleerd dat het veld in beweging is. Er is tegenwoordig meer aandacht voor foetale pijnbeleving dan ten tijde van het verschijnen van het huidige modelprotocol in 2017. De NVOG is om die reden in januari 2024 gestart met de revisie van het huidige modelprotocol. Dit heeft geleid tot de concept *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking*. Hierin staat dat een foetus voorafgaand aan de levensbeëindiging sedatie en pijnstilling dient te krijgen. Deze kwaliteitsnorm bevindt zich op dit moment in de prefinale fase. De NVOG heeft aangegeven dat het proces rondom het finaliseren van de kwaliteitsnorm naar verwachting voor de zomer afgerond is.

Op grond van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1–12 jaar dient een arts een afbreking van de zwangerschap medisch zorgvuldig uit te voeren (artikel 6, onderdeel f, van de Regeling). Zoals in de toelichting op de Regeling is aangegeven, is sprake van een medische zorgvuldige afbreking van de zwangerschap als deze conform de *geldende* beroepsnormen wordt uitgevoerd. Het kabinet ziet geen aanleiding om de Regeling op dit punt aan te passen, omdat het bij uitstek aan de beroepsgroep is om deze normen vast te stellen en aan de individuele zorgverlener om deze normen toe te passen in concrete gevallen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met bezorgdheid kennisgenomen van het Jaarverslag 2024 van de Beoordelingscommissie. Zij hebben hierover al eerder een aantal schriftelijke vragen gesteld die inmiddels zijn beantwoord door de Staatssecretaris (Aanhangsel Handelingen II 2025/26, nr. 628). Zij danken haar voor de beantwoording. Toch roepen deze antwoorden bij de leden van de SGP-fractie opnieuw een aantal vragen op.

De leden van de SGP-fractie constateren dat het ontbreken van verdoving sinds 2016 acht keer is voorgevallen. Zij vragen of de Staatssecretaris het eens is dat juist de zeldzaamheid van late zwangerschapsafbreking pleit voor maximale zorgvuldigheid en bescherming van het ongeboren leven.

Het kabinet is van mening dat late zwangerschapsafbreking altijd vraagt om maximale zorgvuldigheid, ongeacht of het zeldzaam is of niet. Zoals de voormalig Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport in de beantwoording van eerdere Kamervragen heeft aangegeven, zijn normen van de beroepsgroep leidend voor de wijze waarop een late zwangerschapsafbreking categorie 1 of categorie 2 uitgevoerd dient te worden en in hoeverre daarbij pijnstilling aan de foetus toegediend moet worden.¹¹ In de concept *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* wordt voorgeschreven dat de foetus, in geval bij een late zwangerschapsafbreking foetale levensbeëindiging wordt verricht, gesedeerd wordt en pijnstilling toegediend krijgt.

Overigens geldt dat onder het huidige *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* verdoving aan de foetus vaak wordt toegepast bij late zwangerschapsafbreking: van de 34 meldingen die de beoordelingscommissie sinds 2016 heeft ontvangen van een late zwangerschapsafbreking waarbij foetale levensbeëindiging heeft plaatsgevonden, was er in 26 gevallen (76,5%) sprake van voorafgaande verdoving, in 8 gevallen (23,5%) niet.¹²

¹¹ Aanhangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

¹² Aanhangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

Het valt de leden van de SGP-fractie op dat de Staatssecretaris vooral procedurele antwoorden geeft. Zij vragen of de Staatssecretaris erkent dat het afbreken van de zwangerschap, zeker als het gaat om een laat stadium van de zwangerschap, naar gezondheidsrechtelijke maatstaven geen reguliere medische zorg is, maar een ingreep met een zwaarwegende ethische lading.

Het kabinet is van mening dat het bij een zwangerschapsafbreking gaat om medisch handelen waar vanuit medisch-ethisch perspectief verschillend naar wordt gekeken. Zeker waar het een late zwangerschapsafbreking betreft, gaat het om een ingreep die maatschappelijk en ethisch beladen is en waarbij verschillende conflicterende waarden een rol spelen.¹³

Deze leden vragen waarom de Staatssecretaris in haar beantwoording voornamelijk verwijst naar protocollen van de beroepsgroep en de stand van de wetenschap, terwijl bij medisch-ethisch omstreken ingrepen de wetgever en het bestuur een eigen verantwoordelijkheid dragen die niet zonder meer kan worden overgelaten aan de beroepsgroep. Dit kan wellicht wel voor normale medische zorg gelden, maar niet wanneer het gaat om het beëindigen van een mensenleven. De leden van de SGP-fractie vragen of de Staatssecretaris het aanvaardbaar acht dat bij een fundamenteel ethisch vraagstuk als dit de rol van de overheid beperkt blijft tot het volgen van beroepsrichtlijnen.

Het kabinet erkent niet, zoals de leden van de SGP-fractie stellen, dat de rol van de overheid beperkt blijft tot het volgen van beroepsrichtlijnen. Door de overheid is, zowel voor een zwangerschapsafbreking tot 24 weken als voor een late zwangerschapsafbreking, een duidelijk normenkader vastgesteld waar de beroepsgroep zich aan moet houden.

Zo zijn in de Wet afbreking zwangerschap en het Besluit afbreking zwangerschap verschillende zorgvuldigheidseisen opgenomen die in acht genomen moeten worden bij een zwangerschapsafbreking tot 24 weken. Deze eisen zien onder andere op zorgvuldige besluitvorming, informatievoorziening en nazorg. Voor late zwangerschapsafbrekingen heeft de overheid in de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1–12 jaar zorgvuldigheidseisen neergelegd. Daarnaast gelden algemene wetten op het gebied van de volksgezondheid, zoals de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Tezamen vormen deze eisen een door de overheid opgesteld vast normenkader waar de beroepsgroep zich aan moet houden. De nadere invulling van deze normen in de praktijk kan door beroepsrichtlijnen ingevuld worden in het kader van de medisch-professionele autonomie van artsen, zoals dat in het algemeen in de zorg het geval is. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van deze zorg.

De leden van de SGP-fractie vragen waarom de aanbeveling van de beoordelingscommissie dat systemische verdooving bij late zwangerschapsafbreking zeer wenselijk is niet zwaarder wordt meegewogen in de beoordeling van goede zorg onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) zolang een formele richtlijn hiervoor ontbreekt.

¹³ Evaluatie Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, Den Haag, ZonMw, februari 2022, p. 27.

Zoals de voormalig Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport in de beantwoording van eerdere Kamervragen heeft aangegeven, moet een arts op grond van artikel 2, eerste lid, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) goede zorg verlenen. Dit betekent onder andere dat de arts de *geldende* professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden in acht moet nemen. Het is op grond van het huidige protocol aan de arts om te bepalen of pijnstilling en sedatie aan de foetus wordt gegeven. Het is de eigen verantwoordelijkheid van een arts om te bepalen wat in een individueel geval goede zorg is.¹⁴

Zij vragen verder of de Staatssecretaris het wenselijk acht dat een praktijk die door de beoordelingscommissie als «zeer wenselijk» wordt aange-merkt, juridisch gezien voorlopig toch vrijblijvend blijft.

Zoals de voormalig Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport in de beantwoording van eerdere Kamervragen heeft aangegeven, gaat het om een aanbeveling van de beoordelingscommissie, in afwachting van de definitieve herziening van het geldende protocol van de NVOG.¹⁵ Zorgverleners moeten goede zorg aanbieden en daarbij handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, de kwaliteitsstandaarden en de inzichten uit de kwaliteitsregistraties (artikel 2, tweede lid, onder b, Wkkgz). Beroepsnormen zijn een uitdrukking van deze medisch-professionele standaard. Wanneer de nieuwe *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* definitief is, is deze medisch-professionele standaard in beginsel leidend. Het blijft voor een arts echter mogelijk om onder omstandigheden gemotiveerd hiervan af te wijken als dat in het belang van het verlenen van «goede zorg» wenselijk is. Een afwijking moet uiteraard altijd door een arts worden gemotiveerd.

Is bekend wanneer de concept Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking definitief zal worden vastgesteld en geïmplementeerd?

Is de verwachting dat de praktijk zich op dit punt al zal voegen naar de concept Kwaliteitsnorm?

De concept *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* waarin wordt voorgeschreven dat de foetus voorafgaand aan de levensbeëindiging sedatie en pijnstilling dient te krijgen, bevindt zich op dit moment in de prefinale fase. De NVOG heeft aangegeven dat het proces rondom het finaliseren van de kwaliteitsnorm naar verwachting voor de zomer afgerond is en dat de NVOG zal toezien op spoedige accordering en implementatie van de kwaliteitsnorm. Zoals in antwoord op de vorige vraag is aangegeven, is de kwaliteitsnorm – zodra deze definitief is – in beginsel leidend. Het blijft voor een arts echter mogelijk om onder omstandigheden gemotiveerd hiervan af te wijken als dat in het belang van het verlenen van «goede zorg» wenselijk is. Een afwijking moet uiteraard altijd door een arts worden gemotiveerd.

De leden van de SGP-fractie vragen of de Staatssecretaris bereid is, vooruitlopend op de definitieve Kwaliteitsnorm, zelf expliciet uit te spreken dat het toedienen van verdoving bij late zwangerschapsafbreking de norm zou moeten zijn.

Het is niet aan mij als bewindspersoon, maar aan de beroepsgroep om te bepalen wat de norm ten aanzien van medisch handelen zou moeten zijn.

¹⁴ Aangangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

¹⁵ Aangangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

Nu verdoving inmiddels is opgenomen in de concept Kwaliteitsnorm vragen de leden van de SGP-fractie welke betekenis dit heeft voor de beoordeling van eerdere acht gevallen waarin geen sedatie is toegepast.

Dit heeft geen betekenis voor de eerdere acht meldingen van late zwangerschapsafbreking waarin geen sedatie is toegepast. Deze meldingen zijn namelijk al beoordeeld op grond van de op dat moment geldende beroepsnormen.

De leden van de SGP-fractie vragen of wordt overwogen om de beoordelingscommissie expliciet de mogelijkheid te geven het ontbreken van pijnbestrijding zwaarder te laten meewegen in haar oordeel.

Nee, dat overweegt het kabinet niet. De Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1–12 jaar is een onafhankelijke deskundigencommissie. Het is dan ook niet aan het kabinet om bemoeienis te hebben met hetgeen de commissie laat meewegen in de beoordeling van de door haar ontvangen meldingen.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe de Staatssecretaris het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) concreet betreft bij haar overwegingen, in het bijzonder het daarin besloten liggende voorzorgsbeginsel.

Zoals de voormalig Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport in de beantwoording van eerdere Kamervragen heeft aangegeven¹⁶, heeft het kind ingevolge het Verdrag inzake de Rechten van het Kind vanwege zijn lichamelijke en geestelijke onrijpheid bijzondere bescherming en zorg nodig, zowel vóór als na zijn geboorte. Hierbij moet schade voor de gezondheid van het kind zoveel mogelijk worden voorkomen. Het is aan de beroepsgroep om wetenschappelijke inzichten over foetale pijnbeleving te interpreteren en waar nodig professionele standaarden hierop aan te passen.

Op grond van het *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* (2017) wordt er bij een late zwangerschapsafbreking gekozen voor de, naar de stand van de wetenschap, meest veilige en minst belastende methode voor moeder en kind, gegeven de individuele medische achtergrond van de vrouw. Zoals de voormalig Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport in de beantwoording van eerdere Kamervragen heeft aangegeven¹⁷, heeft de NVOG gesignaleerd dat het veld in beweging is. Er is tegenwoordig meer aandacht voor foetale pijnbeleving dan ten tijde van het verschijnen van het huidige modelprotocol in 2017. Om te voorkomen dat de foetus pijn zou kunnen ervaren bij de uitvoering van een levensbeëindiging, is in de concept *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* opgenomen dat een foetus vooraf sedatie en pijnstilling dient te krijgen.¹⁸ De NVOG heeft aangegeven dat het proces rondom het finaliseren van de kwaliteitsnorm naar verwachting voor de zomer afgerond is.

Bij een zwangerschapsafbreking tot 24 weken wordt altijd gebruik gemaakt van een vorm van pijnbestrijding voor de vrouw, die via de placenta ook het embryo of de foetus bereikt. Mocht er dus toch sprake zijn van foetale pijn, dan wordt deze tijdens de zwangerschapsafbreking door de pijnbestrijding aan de vrouw bestreden.

¹⁶ Aangangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

¹⁷ Aangangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

¹⁸ Aangangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

Zij constateren dat de Staatssecretaris erkent dat het wetenschappelijk vaststellen van foetale pijnbeleving lastig is, maar vragen waarom zij vervolgens niet inhoudelijk ingaat op de implicaties van deze onzekerheid. Waarom leidt de wetenschappelijke onzekerheid over foetale pijnbeleving niet tot toepassing van het voorzorgsbeginsel, juist gezien het onomkeerbare karakter van foetale levensbeëindiging?

Zoals aangegeven in antwoord op een andere vraag van de leden van de SGP-fractie is het niet aan mij als bewindspersoon om te bepalen wat de norm ten aanzien van medisch handelen zou moeten zijn. Het is aan de beroepsgroep om medisch-wetenschappelijke inzichten over foetale pijnbeleving te interpreteren en waar nodig professionele normen hierop aan te passen. In de concept Kwaliteitsnorm *Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* wordt voorgeschreven dat de foetus, in geval bij een late zwangerschapsafbreking foetale levensbeëindiging plaatsvindt, gesedeerd wordt en pijnstilling toegediend krijgt.

De leden van de SGP-fractie vragen of de Staatssecretaris het eens is dat wetenschappelijke onzekerheid over pijnbeleving eerder zou moeten pleiten vóór dan tegen het toepassen van verdoving. Zij vragen de Staatssecretaris om hiervoor zowel in te gaan op de praktijk van abortus als late zwangerschapsafbreking.

Het is aan de beroepsgroep om medisch-wetenschappelijke inzichten over foetale pijnbeleving te interpreteren en waar nodig professionele normen hierop aan te passen. Zoals in het antwoord hiervoor is aangegeven, wordt in de nieuwe Kwaliteitsnorm *Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* sedatie van de foetus en pijnstilling voorgeschreven in geval bij een late zwangerschapsafbreking foetale levensbeëindiging plaatsvindt, waarmee voorkomen wordt dat de foetus pijn zou kunnen ervaren. Bij een zwangerschapsafbreking tot 24 weken wordt altijd gebruik gemaakt van een vorm van pijnbestrijding voor de vrouw, die via de placenta ook het embryo of de foetus bereikt. Mocht er dus toch sprake zijn van foetale pijn, dan wordt deze tijdens de zwangerschapsafbreking door de pijnbestrijding aan de vrouw bestreden.

De leden van de SGP-fractie vragen of in andere medische contexten waarin onzekerheid bestaat over pijnbeleving eveneens wordt afgezien van pijnbestrijding, en zo ja, welke contexten dat betreft.

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) laat desgevraagd weten dat de medische context van de foetus in de baarmoeder in een aantal opzichten uniek is, ook met betrekking tot pijn en pijnbehandeling. Onder meer door de complexe fysiologische verwevenheid van moeder en foetus is deze medische situatie niet goed vergelijkbaar met andere medische situaties waarin onzekerheid over pijnbeleving bestaat.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe de Staatssecretaris verklaart dat bij foetale chirurgie, die is gericht op het redden van leven, verdoving gebruikelijk is, terwijl bij foetale levensbeëindiging verdoving tot op heden niet standaard was. Denkt de Staatssecretaris dat dit verschil ethisch goed uitlegbaar is aan ouders en aan de samenleving?

Allereerst wil het kabinet benadrukken, zoals ook de voormalig Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport in de beantwoording van de eerdere Kamervragen heeft aangegeven¹⁹, dat het om verschillende medische verrichtingen in verschillende medische situaties gaat. Met betrekking tot foetale chirurgie is er naast pijnstilling ook een technische noodzaak om

¹⁹ Aanhangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

tot foetale anesthesie te besluiten en soms om ervan af te zien. Voorts is het toedienen van pijnstilling aan de foetus bij foetale chirurgie niet voorgeschreven in een richtlijn en wordt het ook niet in alle gevallen toegepast. Overigens geldt – zoals in antwoord op een eerdere vraag van de leden van de SGP-fractie is aangegeven – dat onder het huidige *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* ook bij late zwangerschapsafbreking verdoving aan de foetus vaak wordt toegepast: van de 34 meldingen die de beoordelingscommissie sinds 2016 heeft ontvangen van een late zwangerschapsafbreking waarbij foetale levensbeëindiging heeft plaatsgevonden, was er in 26 gevallen (76,5%) sprake van voorafgaande verdoving, in 8 gevallen (23,5%) niet.²⁰

De leden van de SGP-fractie vragen om een nadere toelichting op de «lokale protocollen» voor het toedienen van verdoving aan de foetus door Nederlandse klinieken. Kan de Staatssecretaris uitleggen wat deze protocollen behelzen? Hoe wenselijk vindt de Staatssecretaris het dat er blijkbaar «praktijkvariatie» bestaat voor wat betreft het wel of niet geven van pijnstilling bij foetale levensbeëindiging? De leden van de SGP-fractie vragen hoe wordt voorkomen dat praktijkvariatie op dit punt leidt tot ongelijkheid of willekeur tussen instellingen en behandelaars.

Navraag bij de NVOG leert dat de lokale protocollen in detail kunnen verschillen, maar dat afhankelijk van de medische situatie pijnstilling wordt gegeven. Volgens de NVOG zal naleving van de nieuwe *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* naar verwachting praktijkvariatie tegengaan.

Overigens valt het de leden van SGP-fractie ook ten aanzien van sedatie bij abortus op dat de Staatssecretaris ook hierbij kiest voor een formalistische benadering: zolang het niet expliciet voorgeschreven is in de richtlijn, hoeft het niet. Feit blijft dat bij foetale chirurgie directe pijnstilling over het algemeen wel gegeven wordt en bij abortus over het algemeen niet. Erkent de Staatssecretaris dat? Hoe weegt zij dit verschil vanuit medisch-ethisch perspectief?

Het is aan zorgprofessionals, zoals abortusartsen en gynaecologen, en niet aan mij als bewindspersoon om de wetenschappelijke inzichten over de mogelijkheid van foetale pijn bij zwangerschapsafbreking en foetale chirurgie te interpreteren, noch om professionele standaarden aan te passen. Zoals in antwoord op de vorige vraag is aangegeven, is het toedienen van pijnstilling aan de foetus bij foetale

chirurgie niet voorgeschreven in een richtlijn en wordt het ook niet in alle gevallen toegepast. Met betrekking tot foetale chirurgie is er naast pijnstilling ook een technische noodzaak om tot foetale anesthesie te besluiten en soms om ervan af te zien.

De leden van de SGP-fractie vragen of de Staatssecretaris het moreel relevant acht dat het risico op pijnbeleving toeneemt naarmate de zwangerschap verder gevorderd is, en zo ja, waarom dit niet leidt tot strengere waarborgen.

Zoals aangegeven in antwoord op een andere vraag van de leden van de SGP-fractie, is het niet aan mij als bewindspersoon, maar aan de beroepsgroep om te bepalen wat de norm ten aanzien van medisch handelen zou moeten zijn.

²⁰ Aanhangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

De leden van de SGP-fractie vragen om een nadere toelichting op de stelling van de Staatssecretaris dat bij alle vroege abortussen pijnstilling aan de moeder wordt gegeven die via de placenta ook het ongeboren kind bereikt. Indien dit het geval is, vragen zij, waarom dit bij late abortussen kennelijk niet volstaat, gezien het zwaarwegende advies van de commissie om bij alle late abortussen expliciet pijnstilling toe te dienen. Hoe verhoudt dit beleid bij abortus vóór 24 weken zwangerschap zich tot de aanbevelingen van de commissie ten aanzien van late zwangerschap?

Naar aanleiding van eerdere Kamervragen over dit onderwerp heeft de voormalig Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport navraag gedaan bij het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) over pijnbeleving bij een zwangerschapsafbreking tot 24 weken.²¹ Hoewel het niet volledig is uitgesloten dat een foetus vóór 24 weken een vorm van pijnbeleving kan hebben, is dit niet vergelijkbaar met reguliere ervaring van pijn. Als de foetus al iets als een prikkel ervaart, weet het niet waar het vandaan komt, heeft het daar geen emotionele reactie op en vergeet het die prikkel direct weer.²² Bij een zwangerschapsafbreking tot 24 weken wordt desalniettemin altijd gebruik gemaakt van een vorm van pijnbestrijding voor de vrouw, die via de placenta ook het embryo of de foetus bereikt. Mocht er dus toch sprake zijn van foetale pijn, dan wordt deze tijdens een zwangerschapsafbreking door de pijnbestrijding aan de vrouw bestreden.

Zoals de voormalig Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport in de beantwoording van de eerdere Kamervragen heeft aangegeven²³, is de beoordelingscommissie bekend met de concept *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking*, waarin staat dat voorafgaand aan de levensbeëindiging de foetus gesedeerd dient te worden en pijnstilling toegediend moet krijgen. In afwachting van de definitieve herziening van het protocol van de NVOG zal de commissie volstaan met het doen van een aanbeveling met betrekking tot pijnstilling aan de foetus. Er is tegenwoordig meer aandacht voor

foetale pijnbeleving dan ten tijde van het verschijnen van het *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* in 2017. De NVOG is om die reden in januari 2024 gestart met de revisie van het huidige modelprotocol.

Het is aan de beroepsgroepen, en niet aan mij als bewindspersoon om medisch professionele normen voor zwangerschapsafbreking tot 24 weken en late zwangerschapsafbreking vast te stellen en eventueel te herzien. Bij het opstellen en herzien van richtlijnen maken artsen gebruik van actuele wetenschappelijke kennis, inzichten vanuit andere vakgebieden/beroepsgroepen, en relevante ontwikkelingen.

De leden van de SGP-fractie vragen naar aanleiding van het antwoord op vraag 17 of de Staatssecretaris erkent dat het gelijkheidsbeginsel in dit verband niet ziet op de aard of het doel van de medische verrichting, maar op het ongeboren kind dat een ingreep ondergaat waarbij sprake kan zijn van pijn. Zij vragen waarom in de beantwoording de vergelijking wordt betrokken op de (on)gelijkheid van de medische handeling, en niet op de positie van het ongeboren kind en diens mogelijke pijnbeleving. De leden van de SGP-fractie vragen of de Staatssecretaris daarom alsnog kan ingaan op de vraag hoe het ontbreken van verplichte verdoving bij

²¹ Aanhangsel Handelingen II 2024/25, nr. 1680.

²² Zie ook de uitleg en wetenschappelijke bronnen over foetale pijn op de website van Fiom, die is opgesteld in samenwerking met het Nederlands Genootschap van Abortusartsen: <https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/zwanger-wat-nu/realistisch-beeld-zwangerschap-abortus>

²³ Aanhangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

abortus en late zwangerschapsafbreking zich verhoudt tot het uitgangspunt dat gelijke belangen, zoals het voorkomen van pijn bij ongeboren kinderen, gelijk beschermd zouden moeten worden.

Het gelijkheidsbeginsel ziet zowel op de aard en het doel van de medische verrichting als op de moeder en het ongeboren kind die de ingreep ondergaan. Zoals in de beantwoording op vraag 17 is aangegeven, gaat het bij foetale therapie, een zwangerschapsafbreking tot 24 weken en een late zwangerschapsafbreking om verschillende medische verrichtingen in verschillende medische situaties waar verschillende kwaliteitsnormen en richtlijnen op van toepassing zijn.²⁴ Met betrekking tot foetale chirurgie is er naast pijnstilling ook een technische noodzaak om tot foetale anesthesie te besluiten en soms om ervan af te zien. Bij een zwangerschapsafbreking tot 24 weken wordt altijd gebruik gemaakt van een vorm van pijnbestrijding voor de vrouw, die via de placenta ook het embryo of de foetus bereikt. Zodra de *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* definitief is, wordt het toedienen van pijnstilling aan de foetus voorgeschreven en is deze medische-professionele standaard in beginsel leidend.

Aangezien de bevinding dat verdoving niet standaard is wel werd benoemd door de beoordelingscommissie, maar de Staatssecretaris dit niet vermeldde in haar brief vragen de leden van de SGP-fractie of de Staatssecretaris voornemens is de Kamer voortaan actief te informeren wanneer de beoordelingscommissie aanbevelingen doet die raken aan ethische vraagstukken.

Het kabinet is bereid om de Kamer voortaan bij de aanbidding van het jaarverslag van de beoordelingscommissie proactief te informeren over aanbevelingen van de beoordelingscommissie die raken aan ethische vraagstukken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie maken van de gelegenheid gebruik om vragen te stellen bij het jaarverslag 2024 van de beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar.

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het een zeer gevoelig en verdrietig onderwerp waar de beoordelingscommissie zich mee bezig houdt. Sinds 2024 zijn er flinke wijzigingen geweest in de Regeling en in de commissie. Deze leden vragen een reflectie van de Staatssecretaris op deze veranderingen. Welke meerwaarde heeft het dat de voorzitter een strafrechtjurist is?

Zoals in de toelichting op de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1–12 jaar is aangegeven, is de meerwaarde dat de voorzitter van de beoordelingscommissie een strafrechtjurist is met affiniteit met de problematiek hierin gelegen dat het uitgangspunt is dat de beoordelingscommissie geen medische gegevens meer meestuurt aan het College van procureurs-generaal en het oordeel van de beoordelingscommissie zwaar weegt.

Is de werkwijze nu, met het melden van categorie 1 bij de beroepsgroep van de NVOG, in lijn met de verwachtingen?

²⁴ Aangangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

Het melden van een late zwangerschapsafbreking categorie 1 bij de beroepsgroep NVOG en het beoordelen door een commissie bij de NVOG was vóór de inwerkingtreding van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen op 1 februari 2016 al gebruikelijk. Bij de totstandkoming van deze Regeling in 2016 is ervoor gekozen om deze categorie 1-gevallen weer op te nemen in de Regeling en te laten beoordelen door de beoordelingscommissie. Uit de evaluatie in 2022 kwam echter naar voren dat er geen reden meer was om LZA categorie 1-gevallen onder de Regeling te houden. Met de inwerkingtreding van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1–12 jaar op 1 februari 2024 is de beoordeling van LZA categorie 1-gevallen weer aan de beroepsgroep overgelaten. Deze werkwijze verloopt tot nu naar ieders tevredenheid.

Nu de regeling is uitgebreid naar kinderen van 1 tot 12 jaar, voelen artsen zich meer handelingsbekwaam- en bevoegd in dit soort intens moeilijke en verdrietige zaken?

De NVK heeft een uitgebreide toelichting geschreven bij de door haar ontwikkelde zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging bij kinderen 1–12 jaar. Dit biedt artsen houvast bij de beoordeling van een mogelijke levensbeëindiging van een kind van 1–12 jaar.

Navraag bij de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) leert verder dat bij het Artsensteunpunt Levens einde Kinderen een toename wordt gezien van vragen van professionals. Deze vragen richten zich met name op hoe professionals zorgvuldig en professioneel om kunnen gaan met vragen van ouders over actieve levensbeëindiging en hoe zij deze gesprekken goed kunnen voeren binnen het bestaande juridische en ethische kader. De NVK concludeert op basis van haar bevindingen dat de Regeling bijdraagt aan open en zorgvuldige gesprekken over palliatieve zorg en levenseindezorg, zowel tussen ouders en zorgverleners als binnen multidisciplinaire teams. Volgens de NVK lijkt de betekenis van de Regeling zich niet alleen te beperken tot een regulerende functie, maar vooral ook een ondersteunende en verhelpende rol te spelen in het besluitvormingsproces van ouders en zorgprofessionals.

Ten aanzien van levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar vragen de leden van de ChristenUnie-fractie naar de ontwikkeling van de zorgvuldigheidseisen. Deze worden pas in de Regeling opgenomen als er verdere normontwikkeling heeft plaatsgevonden. Tot die tijd wordt gewerkt met de zorgvuldigheidseisen zoals door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde is geaccordeerd. Met de zeer sporadische meldingen van levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar kan het lang duren voordat de normontwikkeling plaatsvindt. Vindt de Staatssecretaris het acceptabel dat tot die tijd de NVK-richtlijn geldt? Deze leden maken zich zorgen dat hierdoor niet de juridische kant wordt meegenomen in de zorgvuldigheidseisen. Hoe kijkt de Staatssecretaris daarnaar?

Zoals in de toelichting op de Regeling is aangegeven, zullen de door de medische beroepsgroep ontwikkelde zorgvuldigheidseisen pas in de Regeling worden opgenomen als daarover brede consensus bestaat. Er zal dan ook eerst ervaring mee moeten worden opgedaan in de praktijk, zowel door artsen als door de beoordelingscommissie, het Openbaar Ministerie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Het is begrijpelijk dat verdere normontwikkeling tijd nodig heeft. In de toelichting wordt benadrukt dat het ontbreken van zorgvuldigheidseisen niet betekent dat artsen geen enkel houvast hebben. Voor de groep kinderen 1–12 jaar geldt

als uitgangspunt dat, om het handelen van de arts als zorgvuldig te kunnen beoordelen, de arts op grond van heersend medisch inzicht tot de overtuiging moet komen dat levensbeëindiging de enige redelijke oplossing is om het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van het kind weg te nemen. En dat, voor zover dit ook maar enigszins mogelijk is, het kind, op een manier die past bij zijn bevattingsvermogen en leeftijd, naar zijn mening wordt gevraagd en dat die mening wordt betrokken bij het besluitvormingsproces. Van levensbeëindiging moet in ieder geval worden afgezien als het kind zelf te kennen heeft gegeven zijn actuele situatie te prefereren boven levensbeëindiging. Ook is in de toelichting op de Regeling opgenomen dat de beoordelingscommissie ter verdere normontwikkeling voor levensbeëindiging bij kinderen 1–12 jaar de in de Regeling opgenomen zorgvuldigheidseisen die gelden voor levensbeëindiging bij pasgeborenen (artikel 7) in haar beoordeling van een casus als vertrekpunt meeneemt.²⁵

Daarnaast heeft de NVK – zoals ook in het antwoord op de vorige vraag is aangegeven – een uitgebreide toelichting geschreven bij de door haar ontwikkelde zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging bij kinderen 1–12 jaar. Dit biedt artsen houvast bij de beoordeling van een mogelijke levensbeëindiging van een kind van 1–12 jaar.

De beoordelingscommissie geeft op haar website aan kennis te hebben genomen van de zorgvuldigheidseisen voor actieve levensbeëindiging bij een kind in de leeftijd van 1–12 jaar, zoals die op 2 oktober 2024 door het bestuur van de NVK zijn geaccordeerd. Zij benadrukt dat de beoordelingscommissie bij de beoordeling van een melding in deze categorie een eigen verantwoordelijkheid heeft en zal deze zorgvuldigheidseisen meewegen in haar beslissing of een arts bij een dergelijk handelen dit zorgvuldig heeft gedaan.²⁶

Hoe is de relatie tussen de Beoordelingscommissie en het Openbaar Ministerie? Is er onderling contact zodat de kloof tussen de medische en juridische wereld kleiner wordt, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Het Openbaar Ministerie (OM) heeft mij laten weten dat er inderdaad onderling contact is met de beoordelingscommissie. Naast een kennismakingsgesprek met de nieuwe voorzitter van de commissie hebben er ook andere (ambtelijke) overleggen plaatsgevonden. Daarbij bestaat er over en weer de bereidheid om vragen die zich voordoen in de toetsingspraktijk constructief met elkaar te bespreken. Ook de beoordelingscommissie heeft mij laten weten dat het contact tussen de beoordelingscommissie en het OM constructief is. Zo vindt er jaarlijks overleg plaats tussen de voorzitter van de beoordelingscommissie en de voorzitter van het College van procureurs-generaal. Daarnaast is er frequent mailcontact tussen de beoordelingscommissie en het OM.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn geschrokken van de bevinding dat artsen de foetus bij late zwangerschapsafbreking niet standaard verdoving toedienen. Waarom niet, zo vragen deze leden.

Op basis van het huidige *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* uit 2017 wordt aan artsen ter overweging meegegeven om de foetus te sederen en pijnstilling toe te dienen voordat wordt overgegaan tot foetale levensbeëindiging. Het is niet bekend welke

²⁵ Staatscourant 2024, nr. 99 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen.

²⁶ Zie: Zorgvuldigheidseisen bij levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar | LZA-LP&K – Late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen

redenen artsen in de concrete gevallen hebben gehad om geen sedatie en pijnstilling toe te passen. Overigens geldt dat onder het huidige modelprotocol verdoving aan de foetus vaak wordt toegepast bij late zwangerschapsafbreking: van de 34 meldingen die de beoordelingscommissie sinds 2016 heeft ontvangen van een late zwangerschapsafbreking waarbij foetale levensbeëindiging heeft plaatsgevonden, was er in 26 gevallen (76,5%) sprake van voorafgaande verdoving, in 8 gevallen (23,5%) niet.²⁷

Wil de Staatssecretaris er bij de beroepsgroep op aandringen dat het zo snel mogelijk in de richtlijn wordt opgenomen dat er standaard verdoving wordt toegepast bij late zwangerschapsafbrekingen?

Zoals de voormalig Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport in de beantwoording van eerdere Kamervragen heeft aangegeven²⁸, heeft de NVOG gesignaleerd dat het veld in beweging is. Er is tegenwoordig meer aandacht voor foetale pijnbeleving dan ten tijde van het verschijnen van het huidige modelprotocol in 2017. De NVOG is om die reden in januari 2024 gestart met een revisie van het huidige modelprotocol. Dit heeft geleid tot de concept *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking*. Hierin staat dat een foetus voorafgaand aan de levensbeëindiging sedatie en pijnstilling dient te krijgen. Deze kwaliteitsnorm bevindt zich op dit moment in de prefinale fase. De NVOG heeft aangegeven dat het proces rondom het finaliseren van de kwaliteitsnorm naar verwachting voor de zomer afgerond is. De NVOG zal in ieder geval toezien op spoedige accordering en implementatie van de kwaliteitsnorm. Zodra de kwaliteitsnorm definitief is, is deze in beginsel leidend.

Wat is de richtlijn ten aanzien van verdoving bij vroegere zwangerschapsafbrekingen, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. Ziet de Staatssecretaris reden, bijvoorbeeld nieuwe wetenschappelijke inzichten, om hier beleid in te wijzigen? Zo nee, waarom niet?

Hoewel het niet volledig is uitgesloten dat een foetus vóór 24 weken een vorm van pijnbeleving kan hebben, zijn die eventuele prikkels niet vergelijkbaar met reguliere ervaring van pijn. Bij zwangerschapsafbreking tot 24 weken wordt desalniettemin altijd gebruik gemaakt van een vorm van pijnbestrijding voor de vrouw, die via de placenta ook het embryo of de foetus bereikt. Mocht er sprake zijn van foetale pijn, dan wordt deze tijdens een zwangerschapsafbreking dus door de pijnbestrijding aan de vrouw bestreden.

Het is aan de beroepsgroep om medisch professionele normen vast te stellen en eventueel te herzien.

²⁷ Aangangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.

²⁸ Aangangsel Handelingen II 2025/26, nr. 689.