Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

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

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

Ons kenmerk
4548724-1105659-PG

Bijlage(n)
1

Uw kenmerk

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

Datum 24 november 2026
Betreft Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) inzake het rapport van het RISE-onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie

Geachte voorzitter,

Hierbij biedt het kabinet de Kamer het verslag aan van het schriftelijk overleg over de brief d.d. 2 juli 2026 inzake Rapport van het RISE-onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie[1] en de brief d.d. 2 oktober 2026 inzake Kabinetsreactie op onderzoeksresultaten RISE-onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie.[2]

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Sophie Hermans

[1] Kamerstukken II 2025/26, 32647, nr. 114.
[2] Kamerstukken II 2026/27, 32647, nr. 115.

32 647 Levensbeëindiging

Nr.

INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2026

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief d.d. 2 juli 2026 inzake Rapport van het RISE-onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie (Kamerstuk 32 647, nr. 114) en de brief d.d. 2 oktober 2026 inzake Kabinetsreactie op onderzoeksresultaten RISE-onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie (2026Z20939).

De vragen en opmerkingen zijn op 12 oktober 2026 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van ..... zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

Inhoudsopgave
blz.

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-fractie

II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van het RISE-onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van euthanasiemeldingen en van de kabinetsreactie daarop. Uit het onderzoek blijkt dat deze stijging niet door één oorzaak kan worden verklaard, maar samenhangt met verschillende maatschappelijke, demografische en institutionele ontwikkelingen. Ook blijkt dat euthanasie door burgers en zorgprofessionals vooral wordt gezien als een verworvenheid en dat er breed vertrouwen bestaat in de huidige praktijk en de toetsing daarvan.
De leden van de D66-fractie waarderen dat het kabinet euthanasie als een verworvenheid en als onderdeel van goede levenseindezorg beschouwt. Ook vinden deze leden het goed dat het kabinet inzet op goede voorlichting over het levenseinde en een zorgvuldig proces. Voor de leden van de D66-fractie staat daarbij voorop dat mensen zelf keuzes moeten kunnen maken over hun levenseinde en hierover op tijd en goed geïnformeerd moeten worden. Hoe zorgt de minister ervoor dat mensen op een goede en niet-sturende manier worden geïnformeerd over de verschillende mogelijkheden rond het levenseinde? Hoe wordt daarbij geborgd dat euthanasie en andere vormen van levenseindezorg op een afgewogen manier worden besproken?
Voor de leden van de D66-fractie is euthanasie zorg. Het kabinet spreekt tegelijkertijd over euthanasie als 'bijzonder medisch handelen', terwijl euthanasie in beginsel strafrechtelijk is vastgelegd. De leden van de D66-fractie vragen hoe de minister deze combinatie van uitgangspunten ziet. Waarom wordt bijzonder medisch handelen als euthanasie nog altijd binnen het strafrecht geregeld? Waarom wordt niet verkend of euthanasie binnen het gezondheidsrecht kan worden geregeld, met toetsing via het tuchtrecht? Ziet de minister hiertegen juridische bezwaren? Is de minister bereid hierover met de beroepsgroep, andere betrokken partijen, en de samenleving maatschappelijke dialoog te voeren?
De leden van de D66-fractie vinden het daarnaast belangrijk dat artsen voldoende duidelijkheid hebben over hun positie wanneer zij te maken krijgen met een euthanasieverzoek. Het RISE-onderzoek laat zien dat de ontwikkeling van richtlijnen, uitspraken en toetsingskaders heeft bijgedragen aan meer rechtszekerheid. Tegelijkertijd kan de huidige juridische inbedding voor artsen een reden zijn om terughoudend te zijn, bijvoorbeeld bij euthanasieverzoeken van mensen met dementie.

Welke rol speelt de strafrechtelijke inbedding volgens de minister bij deze terughoudendheid? Herkent de minister dat angst voor strafvervolging daarbij een rol kan spelen? Welke mogelijkheden ziet de minister om artsen hierover meer duidelijkheid te bieden?
De leden van de D66-fractie vinden het wenselijk dat het gesprek over het levenseinde eerder en vanzelfsprekender plaatsvindt in de spreekkamer. Dit is bijvoorbeeld van belang bij aandoeningen waarbij de wilsbekwaamheid in het geding kan komen, zoals bij dementie. Het kabinet wijst ook op het belang van tijdige gesprekken over wensen en verwachtingen rond het levenseinde. Hoe kan dit gesprek volgens de minister een vanzelfsprekender onderdeel worden van de reguliere zorg? Wat hebben huisartsen hiervoor nodig? En hoe wordt ervoor gezorgd dat ook een eventuele euthanasiewens tijdig kan worden besproken?
De leden van de D66-fractie onderschrijven het uitgangspunt dat niemand voor euthanasie zou moeten kiezen omdat passende zorg of ondersteuning ontbreekt. Tegelijkertijd moet dit uitgangspunt er niet toe leiden dat euthanasie alleen wordt gezien als mogelijkheid wanneer alle andere vormen van zorg zijn uitgeput. Een weloverwogen euthanasieverzoek binnen de wettelijke kaders moet ook als een zelfstandige keuze van een patiënt kunnen worden gerespecteerd. Hoe kijkt de minister naar deze verhouding? Welke rol speelt de beschikbaarheid van passende zorg volgens de minister bij de uitkomsten van het RISE-onderzoek?
Het RISE-onderzoek benoemt verschillende ontwikkelingen die mogelijk van invloed zijn op de stijging van het aantal euthanasiemeldingen, maar laat ook zien dat deze factoren niet zonder meer als oorzaken kunnen worden aangewezen. Het kabinet kondigt daarom aanvullend onderzoek aan. De leden van de D66-fractie vragen hoe dit onderzoek wordt betrokken bij het verdere beleid. Op welke vragen moet dit aanvullende onderzoek volgens de minister antwoord geven? Wanneer verwacht de minister de resultaten hiervan met de Kamer te kunnen delen?
Tot slot vragen de leden van de D66-fractie aandacht voor de positie van artsen die euthanasie verlenen. Euthanasie kan voor artsen een emotioneel en professioneel belastend proces zijn. Welke ondersteuning is voor deze artsen beschikbaar? Zijn er signalen over of de bestaande ondersteuning, zoals SCEN-consultatie, intervisie, scholing en moreel beraad, voldoende aansluit bij de behoefte van artsen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van het rapport van het RISE-onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie en de bijbehorende kabinetsreactie. Zij willen de onderzoekers bedanken voor hun inzet en de minister bedanken voor de uitgebreide kabinetsreactie. De leden van de VVD-fractie hebben enkele resterende opmerkingen en vragen.

De leden van de VVD-fractie zijn niet verrast dat de stijging van euthanasie wordt veroorzaakt door demografische trends, culturele veranderingen en institutionele ontwikkelingen. Dat deze verklaringen aansluiten bij de bredere ontwikkeling binnen de gezondheidszorg, zoals (meer) persoonsgerichte zorg en (meer) autonomie, klinkt logisch. Desalniettemin hechten de leden van de VVD-fractie waarde aan de zorgvuldigheidseisen zoals deze zijn opgenomen in de Wtl. Kan de minister haar visie op de doorwerking van zorg-brede ontwikkelingen in de interpretatie en toetsing van de wettelijke zorgvuldigheidseisen van euthanasie toelichten? Graag hierbij ook een reflectie op de constatering dat de persoonlijke beleving van de verzoeker steeds meer gewicht in de schaal legt.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de duiding van lijden nog altijd in belangrijke mate wordt bepaald door de arts. Idem de uiteindelijke beoordelings- en beslissingsbevoegdheid. De professionele normen, opvattingen over lijden, morele overtuigingen, klinische ervaringen en achtergrond bepalen de interpretatie van de arts. Desalniettemin is er een breed maatschappelijk draagvlak voor de wezenlijke rol voor de arts bij levensbeëindiging op verzoek. Tegelijkertijd zijn er steeds meer Nederlanders die meer autonomie in hun levenseinde willen. Hoe kijkt de minister naar de verhouding arts-patiënt bij euthanasie over tien, twintig en dertig jaar?

De leden van de VVD-fractie lezen dat de verschillende factoren van de stijging worden gezien als moreel neutrale ontwikkelingen. Tegelijkertijd kunnen individualisering en medicalisering doorschieten in nadruk op maakbaarheid. De toenemende mate waarin 'maakbaarheid' een plek krijgt in de samenleving, vinden de leden van de VVD-fractie zorgelijke ontwikkeling. Zowel het leven als de dood zijn niet maakbaar. Kan de minister hierop nader reflecteren?
Het onderzoek bevestigt een al eerder gesignaleerd risico: een dominantie van autonomie kan leiden tot 'uitholling' van de zorgvuldigheidseisen. In de brief staat vermeld dat onderzoekers het belangrijk achten de normatieve grondslagen van de euthanasiepraktijk integraal te bewaken. Welke rol ziet de minister hierin voor zichzelf?

De leden van de VVD-fractie onderschrijven dat euthanasie geen afdwingbaar recht is, maar dat het gezien de maatschappelijke ontwikkelingen verstandig is om een 'gezamenlijk gedifferentieerd beleid te ontwikkelen voor mensen met psychische aandoeningen en voor patiënten met vergevorderde dementie'. Het voorkomen van een problematische verruiming of onterechte uitsluiting, lijkt verstandig. Kan de minister toelichten hoe zij een balans tracht te vinden met de toenemende wens in de samenleving om euthanasie bij dementie mogelijk te maken?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie
De leden van de PRO-fractie hebben kennisgenomen van het RISE-rapport over de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie en de kabinetsreactie hierop. Zij hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de PRO-fractie lezen dat het kabinet wil voorkomen dat onvoldoende toegang tot zorg, ondersteuning of behandeling mensen tot een euthanasieverzoek brengt. Wat verstaat de minister daarbij precies onder zich gedwongen voelen? Omvat dit ook het geleidelijke verlies van vertrouwen en perspectief bij mensen die jarenlang wachten, herhaaldelijk worden afgewezen of behandelingen krijgen die onvoldoende aansluiten? De voornoemde leden vragen tevens aandacht voor behandelmoeheid en schade die mensen tijdens hun zorgtraject oplopen, waaronder traumatiserende ervaringen. Erkent de minister dat iemand hierdoor moegestreden kan raken, zonder het euthanasieverzoek zelf uitsluitend aan ontbrekende zorg toe te schrijven? Hoe worden deze ervaringen betrokken bij onderzoek en beleid, zonder afbreuk te doen aan de ernst van het lijden of de autonomie van de patiënt?

De leden van de PRO-fractie vragen welke maatregelen de minister op korte termijn neemt voor mensen met complexe psychische problematiek die nergens passende hulp vinden. Het kabinet verwijst naar afspraken in het IZA en AZWA, waaronder uitbreiding van behandelcapaciteit en het in beginsel niet langer hanteren van exclusiecriteria. Wanneer merken patiënten hiervan daadwerkelijk resultaat? Wat betekent 'in beginsel' voor mensen die vanwege suïcidaliteit of meerdere diagnoses worden afgewezen? Wie draagt in zo'n situatie verantwoordelijkheid voor passende vervolgzorg en

overbruggingszorg? Hoe worden continuïteit van behandelrelaties, traumabewuste zorg en herstel van vertrouwen geborgd? Kan de minister aangeven hoe uitvoering van de zorgplicht wordt gecontroleerd en wat gebeurt wanneer instellingen en verzekeraars naar elkaar blijven verwijzen?

De leden van de PRO-fractie verwelkomen het aangekondigde onderzoek naar toegankelijkheid en kwaliteit van de ggz in relatie tot euthanasieverzoeken en -meldingen, evenals het vervolg op SUNSET voor 2027–2031. Welke budgetten zijn hiervoor gereserveerd, wanneer starten beide onderzoeken en wanneer ontvangt de Kamer de eerste resultaten? Worden behandelmoeheid, iatrogene schade, exclusiecriteria en verlies van continuïteit expliciet onderzocht? Worden ook mensen gevolgd die hun verzoek intrekken of van wie het verzoek wordt afgewezen? Hoe worden patiënten, ervaringsdeskundigen en naasten bij de vraagstelling en uitvoering betrokken? Welke verbeteringen kan de minister al doorvoeren voordat deze onderzoeken zijn afgerond?

De leden van de PRO-fractie vragen om gerichte verdieping van de samenhang tussen suïcidaliteit en euthanasiewensen. Schweren en collega's onderzochten 397 verzoeken van 353 mensen jonger dan 24 jaar bij het Expertisecentrum Euthanasie in de periode 2012–2021. Twaalf verzoeken resulteerden in euthanasie; tijdens het aanvraag- en beoordelingsproces overleden zeventien mensen door suïcide. Deze uitkomsten kunnen niet zonder meer worden veralgemeniseerd, maar onderstrepen de noodzaak van onderzoek. Is de minister bereid binnen het aangekondigde vervolgonderzoek expliciet te onderzoeken hoe acute suïcidaliteit, een persisterende doodswens en een weloverwogen euthanasieverzoek zich tot elkaar verhouden? Welke betekenis hebben eerdere suïcidepogingen en veranderingen in de doodswens voor de beoordeling? Hoe wordt suïcidepreventie tijdens én na een beoordelingsprocedure geborgd, terwijl de euthanasiewens serieus en zonder vooringenomenheid wordt besproken?

De leden van de PRO-fractie vragen daarnaast aandacht voor verschillen naar leeftijd en geslacht en voor de hulpbehoeften van mensen met autisme. In het onderzoek van Schweren was bijna driekwart van de aanvragers vrouw. Van de twaalf mensen die door euthanasie overleden, hadden negen een autismediagnose. Dat zijn kleine aantallen, waaruit geen algemene causale conclusies kunnen worden getrokken. Is de minister bereid te onderzoeken welke rol gender, diagnostiek, trauma, neurodiversiteit en toegankelijkheid van passende behandeling spelen? Wordt daarbij ook gekeken naar verschillen tussen vrouwen en mannen in suïcidaliteit en het uiten van een euthanasiewens? Hoe wordt voorkomen dat autisme ten onrechte met uitzichtloosheid wordt vereenzelvigd, terwijl mogelijke tekortkomingen in autismevriendelijke zorg en ondersteuning buiten beeld blijven?

De leden van de PRO-fractie lezen in het rapport signalen over maatschappelijke uitsluiting, eenzaamheid en beperkte ruimte voor neurodiversiteit. Hoe neemt de minister deze sociale omstandigheden mee in het vervolgonderzoek? Welke concrete inzet volgt om mensen na langdurige ggz-behandeling te ondersteunen bij wonen, onderwijs, werk en het opbouwen van sociale contacten? Hoe voorkomt de minister dat begeleiding wegvalt wanneer een behandeltraject eindigt of jongeren achttien worden? Worden gemeenten en mensen met ervaringskennis hierbij betrokken? Deze leden vragen hoe de minister waarborgt dat herstel en deelname aan de samenleving daadwerkelijk mogelijk zijn, ook wanneer klachten blijven bestaan.

De leden van de PRO-fractie delen de zorg over discrepanties tussen de RTE-EuthanasieCode en professionele richtlijnen. Welke verschillen bestaan na de recente herzieningen nog tussen de EuthanasieCode en de NVvP-richtlijn, en wat betekenen deze voor patiënten en artsen? Is de minister bereid te bevorderen dat de actuele multidisciplinair ontwikkelde NVvP-richtlijn leidend is als professionele standaard voor de beoordeling van euthanasieverzoeken wegens psychisch lijden, met behoud van de onafhankelijke wettelijke toetsing door de RTE? Hoe wordt voorkomen dat het oplossen van discrepanties neerkomt op het verlagen van professioneel noodzakelijke zorgvuldigheid? Welke afspraken worden hierover gemaakt, wie bewaakt de voortgang en wanneer wordt de Kamer geïnformeerd? Hoe krijgen patiënten en naasten een volwaardige stem, en hoe blijft extra zorgvuldigheid gebaseerd op individuele beoordeling in plaats van op veronderstelde wilsonbekwaamheid vanwege een diagnose?
De leden van de PRO-fractie vragen naar de signalen over bewust stoppen met eten en drinken (BSTED) bij jonge mensen met psychische klachten. Welke gegevens zijn beschikbaar over omvang en ontwikkeling, leeftijd, geslacht, behandelgeschiedenis en de relatie met eerdere euthanasieverzoeken? De KNMG-handreiking uit 2024 laat de eerdere leeftijdsgrens van zestig jaar los. Is onderzocht welke gevolgen dit heeft voor jonge mensen met psychisch lijden? Is de minister bereid onafhankelijk onderzoek te laten verrichten naar deze praktijk en de toereikendheid van de begeleiding? Kan de minister bij de betrokken beroepsverenigingen nagaan welke psychiatrische expertise bij de herziening betrokken was en of aanvullende expertise en aanbevelingen noodzakelijk zijn?

De leden van de PRO-fractie vragen hoe bij BSTED door jonge mensen met psychische klachten wordt omgegaan met wilsbekwaamheid, acute suïcidaliteit, ambivalentie en mogelijkheden voor herstel. Hoe wordt gewaarborgd dat een zorgvuldige psychiatrische beoordeling en suïcidepreventie beschikbaar zijn, met respect voor de rechten van de patiënt? Welke ondersteuning ontvangen naasten en zorgverleners? Is de minister bereid met beroepsgroepen en patiëntenorganisaties te onderzoeken hoe vermijdbaar overlijden kan worden voorkomen en welke aanvullende waarborgen nodig zijn? Wordt hierbij rekening gehouden met de verschillende juridische kaders voor BSTED, euthanasie en behandeling, zodat deze niet zonder meer aan elkaar worden gelijkgesteld?

De leden van de PRO-fractie vragen tot slot welke mogelijkheden de minister ziet om herstelgerichte zorg aan te vullen met palliatieve psychiatrische zorg voor mensen met langdurig ernstig lijden. Is het bereid initiatieven zoals Reakiro in België te onderzoeken op werkwijze, resultaten en toepasbaarheid in Nederland? Welke ruimte is er voor ondersteuning die lijden verlicht en verbinding herstelt wanneer nieuwe behandelingen te belastend zijn, zonder herstelmogelijkheden voortijdig af te schrijven? Hoe worden zulke initiatieven bekostigd en toegankelijk gemaakt? Kan de minister daarbij verduidelijken hoe deze zorg aansluit op ThaNet en de reguliere ggz, en hoe mensen met een persisterende doodswens langdurig ondersteuning blijven ontvangen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie
De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het rapport van het RISE-onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie en van de kabinetsreactie daarop.

Naar aanleiding van I.- Rapport van het RISE-onderzoek, hoofdstuk 1: Achtergrond en opzet van het rapport. De leden van de PVV-fractie wijzen erop dat uit de vierde

wetsevaluatie blijkt dat het aandeel patiënten met een verzoek niet steeg, maar het aandeel ingewilligde verzoeken wel: van 55% in 2015 naar 67% in 2021. Hoe verklaart de minister dit bij een ongewijzigde wet? Vindt zij dit een (on)wenselijke ontwikkeling?

Naar aanleiding van hoofdstuk 2: Wettelijke en medisch-professionele kaders voor toetsing en uitvoering. De leden van de PVV-fractie constateren dat de regering bij de invoering van de wet stelde dat de zorgvuldigheidseisen 'voldoende bestendig' waren en niet zouden leiden tot 'een steeds verdergaande versoepeling'. De onderzoekers stellen nu vast dat de ontwikkelingen 'de facto hebben bijgedragen aan het verbreden van de omstandigheden waaronder euthanasie plaatsvindt.' Hoe reageert de minister hierop?

De leden van de PVV-fractie lezen dat de toetsingscommissie in 2002 het begrip ondraaglijk lijden nog 'een van de grootste dilemma's' noemde en dat het lijden te objectiveren moest zijn. Twintig jaar later heet de beoordeling 'sterk persoonsgebonden' en zijn woorden als 'onbehandelbaar' en 'onbeheersbaar' uit de toelichting verdwenen. Waar ligt voor de minister de grens van deze verschuiving?

De leden van de PVV-fractie hechten grote waarde aan het uitgangspunt uit de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (hierna: NVvP) van 2009: ieder verzoek moet 'in eerste instantie worden opgevat als een vraag om levenshulp'. Deelt de minister het uitgangspunt dat een euthanasieverzoek eerst een vraag om hulp bij leven is? Wanneer is de lopende herziening van de NVvP-richtlijn gereed en blijft genoemd uitgangspunt daarin overeind?

Naar aanleiding van hoofdstuk 3: De ontwikkeling van euthanasie in Nederland (1999-2024): de cijfers. De leden van de PVV-fractie constateren dat 'combinatie van aandoeningen' met 1.881 meldingen de op één na grootste groep is, en dat uit de jaarverslagen van de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (hierna: RTE) niet is op te maken welke aandoeningen dit zijn. Kan de minister dit toelichten?

De leden van de PVV-fractie zijn geschokt door de cijfers over jongeren. Het aantal meldingen op grond van een psychische aandoening bij mensen onder de 30 jaar steeg van 1 in 2016 naar 30 in 2024, en 78% van hen is vrouw. Hoe verklaart de minister deze stijging en het hoge aandeel jonge vrouwen?

Naar aanleiding van hoofdstuk 4: Regiovariatie bij euthanasie in Nederland (2013-2024). De leden van de PVV-fractie lezen dat euthanasie in de gemeenten met de hoogste aantallen ruim vijf keer zo vaak voorkomt als in de gemeente met de laagste: 10,75% tegenover 2,19% van de sterfgevallen in 2024. Het rapport geeft geen verklaring voor deze regionale verschillen. Hoe verklaart de minister deze verschillen?

Naar aanleiding van hoofdstuk 5: Oorzaken van de stijging van euthanasie in Nederland: een literatuuronderzoek.
De leden van de PVV-fractie lezen dat de bereidheid van artsen om euthanasie te verlenen bij een stapeling van ouderdomsaandoeningen steeg van 23% in 2016 naar 41% in 2022, en dat het aandeel artsen dat naar het EE verwees steeg van 18% naar 47%. De literatuur merkt op dat de stijging bij psychische aandoeningen samenviel met de oprichting van dat centrum. Welke conclusies trekt de minister hieruit?

De leden van de PVV-fractie lezen dat de stijging van verzoeken bij psychische aandoeningen samenvalt met de wachtlijsten in de ggz, en dat bezuinigingen in de ggz en de ouderenzorg het lijden kunnen vergroten. Hoe beoordeelt de minister dit?

Naar aanleiding van hoofdstuk 6: Het perspectief van zorgprofessionals en experts op de stijging van euthanasie. De leden van de PVV-fractie hebben met verbijstering de woorden van een huisarts gelezen: er wordt bezuinigd 'totdat mensen daar dus een halve dag in hun ontlasting liggen', en dan moet deze arts geloven 'dat iemand autonoom voor euthanasie kiest'. Is de minister het ermee (on)eens dat euthanasieverzoeken kunnen voortkomen uit tekortschietende zorg, en wat vindt zij hiervan?

De leden van de PVV-fractie lezen dat een euthanasiewens bij goede palliatieve zorg soms 'naar de achtergrond verdwijnt' en dat een goed gesprek over de laatste levensfase ertoe kan leiden dat een verzoek wordt ingetrokken. Hoe vaak wordt een verzoek ingetrokken nadat palliatieve zorg is geboden?

Naar aanleiding van hoofdstuk 7: Het perspectief op de stijging van euthanasie bij dementie en psychische aandoeningen. De leden van de PVV-fractie lezen de uitspraak van een psychiater: 'Als mensen goed gehoord zouden worden in de ggz, dan zouden ze niet een beroep op die wet hoeven doen.' Een ander stelt dat de mensen die de zorg het hardst nodig hebben 'het langst in de rij' staan. Hoe reageert de minister hierop?

De leden van de PVV-fractie lezen dat een euthanasiewens op sociale media en op klinische afdelingen soms als 'statussymbool' geldt en dat ervaringsdeskundigen waarschuwen voor romantisering en sociale druk onder jongeren. Wat doet de minister hiertegen?

Naar aanleiding van hoofdstuk 10: Antwoorden, conclusies en aanbevelingen. De leden van de PVV-fractie lezen dat de beschermwaardigheid van het leven in het publieke debat aan gewicht verliest en dat onderzoekers het risico op 'uitholling' van de zorgvuldigheidseisen, waar de vierde wetsevaluatie al voor waarschuwde, 'bevestigen'. Wat vindt de minister hiervan, en wat gaat zij eraan doen?

De leden van de PVV-fractie lezen dat een euthanasieverzoek dat mede wordt ingegeven door tekortschietende zorg raakt aan 'de kern van de normatieve rechtvaardiging van euthanasie', omdat het lijden dan mede het gevolg is van vermijdbare omstandigheden. Deelt de minister de conclusie dat de euthanasiewet alleen verantwoord kan functioneren bij toegankelijke en goede zorg? Is naar haar oordeel op dit moment aan die voorwaarde voldaan in de ggz, de ouderenzorg en de terminale thuiszorg.

Naar aanleiding van II.- Kabinetsreactie, reactie op de conclusies. De leden van de PVV-fractie constateren dat het kabinet het 'een belangrijke onderzoeksbevinding' noemt dat de stijging overwegend niet als moreel zorgelijk wordt geduid, terwijl de onderzoekers het oordeel uitdrukkelijk aan de politiek laten. Een eigen oordeel ontbreekt. Wat vindt de minister van ruim 10.000 euthanasiegevallen per jaar?

Deze leden lezen dat de wet volgens het kabinet 'functioneert zoals de wet destijds bedoeld is' en dat de verbreding slechts 'een nadere invulling van het bestaande juridische kader' is. Deze leden vinden dat te gemakkelijk. Bij een wet waarvan de toepassing kan vervierdubbelen zonder dat de wetgever eraan te pas komt, spreekt het kabinet van 'meebewegen'. Is er voor de minister een grens aan dat meebewegen?

Deze leden lezen dat het kabinet euthanasie mogelijk wil houden ‘als er geen andere mogelijkheden meer zijn’. Het rapport stelt juist vast dat euthanasie niet meer louter als uiterst middel wordt gezien. Waarom gaat de minister aan die bevinding voorbij?

De leden van de PVV-fractie lezen dat het kabinet een eenzijdige focus op autonomie in strijd acht met de waarborgfunctie van de wet, maar zich geruststelt met de bevinding dat de arts uiteindelijk beslist. Tegelijkertijd erkent het kabinet dat artsen onder druk staan en dat een deel is gestopt. Hoe reageert de minister hierop?

Deze leden lezen dat het kabinet de verschillen tussen de EuthanasieCode en de richtlijn van de beroepsgroepen ‘onwenselijk’ vindt en partijen ‘oproept’ die op te lossen. Welke oplossing ziet de minister zelf en op welke termijn?

Tot slot constateren de leden van de PVV-fractie dat de kabinetsreactie niet ingaat op het gestegen aandeel ingewilligde verzoeken, de ondoorzichtige groep ‘combinatie van aandoeningen’, de regionale verschillen, de groei van het EE en de rol van sociale media bij jongeren. Deze leden verzoeken de minister alsnog om op elk van deze punten in te reageren.

Naar aanleiding van de reactie op de aanbevelingen. De leden van de PVV-fractie lezen dat het kabinet als uitgangspunt neemt dat ‘niemand zich gedwongen mag voelen een euthanasieverzoek te doen vanwege onvoldoende toegang tot zorg, ondersteuning of behandeling’. Deze leden onderschrijven dat en vragen de minister wat zij hieraan gaat doen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie
De leden van de CDA-fractie danken het kabinet voor de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie. Deze leden benadrukken dat de huidige euthanasiepraktijk in Nederland zorgvuldig is, zoals ook blijkt uit de verschillende evaluaties. Toch signaleert het onderzoek dat de morele en normatieve uitgangspunten waarop de euthanasiepraktijk rust deels onder spanning komt te staan door demografische, culturele en maatschappelijke ontwikkelingen. Daarom is het goed dat dit onderzoek meer licht schijnt op de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie. Deze leden hebben hierover nog enkele vragen.

De onderzoekers constateren dat de stijging van euthanasie wordt verklaard door demografische trends zoals vergrijzing, culturele veranderingen zoals secularisatie en individualisering en een geprofessionaliseerde euthanasiepraktijk. De onderzoekers beschouwen deze onderliggende ontwikkelingen voor een groot deel als moreel neutrale ontwikkelingen, maar zien ook het risico dat ontwikkelingen van individualisering en medicalisering kunnen doorschieten en de noodzaak van ethische reflectie hierop. Het gaat dan met name om het risico van een dominantie van autonomie, ten opzichte van zorgvuldigheid, barmhartigheid en de beschermwaardigheid van het leven. De onderzoekers constateren dat een eenzijdige focus op autonomie onvoldoende recht doet aan het ingrijpende karakter van levensbeëindigend handelen en aan de bredere normatieve verplichtingen van artsen. Deze leden zijn het eens met de onderzoekers dat dit risico zich steeds nadrukkelijker manifesteert. Deze leden zien dat het kabinet het belang van morele reflectie onderschrijft, en dat het onwenselijk is als patiënten en naasten onrealistische verwachtingen hebben. Ziet de regering ook dat een grotere nadruk op autonomie juist een gevolg kan zijn van die toegenomen individualisering en medicalisering, en dat dit

daarmee geen moreel neutrale maatschappelijke ontwikkelingen zijn? Welke concrete rol ziet de minister voor zichzelf om de ethische reflectie over deze ontwikkelingen te bevorderen?

Het kabinet verwijst in reactie op aanbeveling 3 over betere informatievoorziening op de recente stappen die het kabinet heeft gezet, met bijvoorbeeld de nieuwe publieksbrochure over het schriftelijke euthanasieverzoek en verbeterde online informatievoorziening. De leden van de CDA-fractie zien dit als goede stappen. Deze leden vragen wel in hoeverre de minister verwacht dat dit voldoende is, aangezien het rapport ook een ambivalente rol van media en maatschappelijke actoren in de berichtgeving en informatievoorziening signaleert. Ziet de minister hier nog een extra en actievere rol voor zichzelf, naast de verantwoordelijkheid van artsen- en patiëntenorganisaties om gebalanceerde informatievoorziening en een maatschappelijke dialoog over de laatste levensfase te bevorderen?

Het onderzoek benoemt dat toenemende druk op het zorgsysteem, zoals personeelstekorten en druk op de ouderenzorg en de ggz, een factor kan zijn die een euthanasiewens in de hand werkt. De leden van de CDA-fractie delen met het kabinet dat dit onwenselijk is. Het kabinet onderstreept haar verantwoordelijkheid om de (palliatieve) zorg, nu en in de toekomst, toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Deze leden vragen hoe t de minister deze verantwoordelijkheid bijvoorbeeld heeft meegenomen bij de totstandkoming van de nieuwe visie op palliatieve zorg en ondersteuning. Welke plek heeft het gesprek over euthanasie, als onderdeel van het brede gesprek over de laatste levensfase en proactieve zorgplanning hierin gekregen? Ook wijzen deze leden op de eerder gestelde vraag welke rol de situatie in de ggz speelt bij de groei van het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen. Deze leden vinden het goed dat het kabinet opdracht geeft tot twee vervolgonderzoeken naar de relatie tussen de situatie in de ggz en het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen. Deze leden vragen of hierin ook expliciet wordt gekeken naar euthanasie bij psychisch lijden onder jonge mensen, conform de aangenomen motie Boomsma c.s. (36624-7).

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie
De leden van de SGP-fractie hebben kennisgenomen van het RISE-onderzoek en de kabinetsreactie hierop. Zij maken graag van de gelegenheid gebruik om hierover enkele vragen te stellen.

Naar aanleiding van de uitkomsten van het RISE-onderzoek. De leden van de SGP-fractie vinden het een belangrijke constatering dat door de ‘accentontwikkelingen in het morele krachtenveld’ sprake is van ‘de facto’ verbreding van de omstandigheden waaronder euthanasie plaatsvindt. De onderzoekers wordt de stijging van het aantal euthanasiegevallen in de literatuur en het kwalitatieve onderzoek op zichzelf niet als moreel zorgelijk geduid. Dit neemt niet weg dat de minister dit zelf wel als zorgelijk zou kunnen kwalificeren. Op welke wijze duidt de minister deze verbreding zelf?

De leden van de SGP-fractie lezen dat ondraaglijk en uitzichtloos lijden niet uitsluitend wordt gekoppeld aan een vergevorderde ziekte, maar dat ook angst voor toekomstig lijden ondraaglijk kan zijn. De leden van de SGP-fractie vragen de minister hierop nader te reflecteren. Op welke manier is angst voor toekomstig lijden te objectiveren als ‘ondraaglijk’? Of en in hoeverre iemand te maken krijgt met toekomstig lijden is immers onbekend. Niemand kan in de toekomst kijken en lijden, ook toekomstig lijden, is altijd subjectief. Ook is het de leden van de SGP-fractie niet duidelijk hoe de angst voor

toekomstig lijden zich verhoudt tot de voorwaarde dat het lijden een medische grondslag moet hebben.

De leden van de SGP-fractie hebben kennisgenomen van vijf spanningsvelden die de onderzoekers zijn tegengekomen in hun onderzoek. Hoewel de minister in de kabinetsreactie deels hierop ingaat, verzoeken de leden van de SGP-fractie om een puntsgewijze reflectie op de vijf spanningsvelden. Herkent de minister de tegenstellingen die worden geschetst en waar bevindt zij zichzelf op deze spanningsvelden?

De onderzoekers constateren dat het maatschappelijk draagvlak voor euthanasie in Nederland groot is en ook is toegenomen sinds de inwerkingtreding van de Wtl. De leden van de SGP-fractie merken op dat hoewel euthanasie in Nederland niet meer weg te denken uit de samenleving, het belangrijk om te realiseren dat wat wij in Nederland als 'normaal' beschouwen, wereldwijd juist uitzonderlijk is. Zij vragen de minister hierop te reflecteren.

De Wtl bevat open normen die ruim te interpreteren zijn, zoals het criterium van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Hierdoor was het vrijwel onvermijdelijk dat zowel patiënten als zorgverleners deze begrippen op termijn op hun eigen manier zouden gaan invullen. De leden van de SGP-fractie vragen de minister of zij het risico onderkent dat de toetsing door de arts hierdoor op termijn kan verworden tot een formaliteit. Hoe wil zij dit voorkomen?

Palliatieve sedatie in de laatste levensfase is de jaren enorm gestegen. Inmiddels wordt palliatieve sedatie toegepast bij ongeveer één op de drie sterfgevallen. Hoewel er duidelijke richtlijnen bestaan voor het inzetten van sedatie, is er wel degelijk een grijs gebied tussen levensbeëindigend handelen en symptoombestrijding in de laatste levensfase. Onderkent de minister dit, zo vragen de leden van de SGP-fractie. In 2021 werd onderzoek gedaan naar de toepassing van palliatieve sedatie. Daaruit bleek dat bij duizenden sterfgevallen pijn- en symptoombestrijding werd toegepast om de dood te bespoedigen. Hiermee wordt feitelijk buiten de wettelijke kaders van levensbeëindiging getreden. Gelet op de sterke en doorgaande stijging van het gebruik van palliatieve sedatie verzoeken de leden van de SGP-fractie alert te zijn op misbruik van palliatieve sedatie, waarbij in strijd met de wet wordt gehandeld. Is de minister bereid om opnieuw onderzoek te laten doen naar de wijze waarop palliatieve sedatie wordt gebruikt?

Naar aanleiding van de Kabinetsreactie. De leden van de SGP-fractie lezen dat het kabinet een juiste balans tussen de verschillende waarden die een rol spelen bij de Wtl (barmhartigheid, beschermwaardigheid van het leven en autonomie) cruciaal vindt. Dat roept de vraag op wat volgens het kabinet 'de juiste balans is'. Zij vragen de minister dit nader te duiden. Is de minister van oordeel dat bij de uitvoering van de Wtl op dit moment sprake is van 'de juiste balans'? Kan zij dit toelichten?

De leden van de SGP-fractie vragen dit in het licht van de uitkomst van het onderzoek dat het perspectief van de patiënt bepalender is geworden bij de beoordeling van een euthanasieverzoek. Terecht stelt het kabinet dat autonomie niet hét leidende principe is en ook niet kan zijn voor het verlenen van euthanasie. Terecht stelt het kabinet verder dat een eenzijdige focus op autonomie tot gevolg heeft dat de andere normatieve uitgangspunten van de Wtl naar de achtergrond worden verdrongen, wat zou indruisen tegen de waarborgfunctie van de Wtl. De leden van de SGP-fractie onderstrepen deze noties graag. Zij vragen de minister om erop te reflecteren of zij het ook als een risico

ziet, gelet op de maatschappelijke trends van bijvoorbeeld individualisering en secularisering, dat autonomie een steeds grotere focus krijgt, waardoor de balans in de Wtl verstoort raakt en de zorgvuldigheidseisen ‘uitgehold worden’ (in de woorden van de onderzoekers). Hoe wil zij dit voorkomen?

De leden van de SGP-fractie vinden het goed om te lezen dat het kabinet het onwenselijk vindt dat patiënten denken dat euthanasie een recht is, waardoor artsen zich onder druk gezet voelen. Het is goed dat het kabinet klip en klaar stelt dat het een misvatting is dat euthanasie een recht is. De leden van de SGP-fractie delen de opvatting van het kabinet dat druk op artsen onwenselijk is en voorkomen moet worden. Zij vragen zich wel af of er niet méér nodig is dan alleen het aanscherpen van de publieksvoorlichting op dit punt. Zij vragen de minister om zichzelf ook publiekelijk méér hierover uit te spreken om duidelijk te maken dat euthanasie geen recht is.

Uit het onderzoek blijkt dat druk op het zorgsysteem, zoals problemen in de ggz, personeelstekorten in de ouderenzorg en de terminale thuiszorg, bezuinigingen en angst voor ontoereikende zorg, worden genoemd als factoren die een euthanasiewens in de hand kunnen werken. De leden van de SGP-fractie delen de opvatting van het kabinet dat dit zorgelijk en onwenselijk is. Zij waarderen het dat het kabinet aangeeft dat deze signalen ‘aandacht en zorgvuldige opvolging’ vragen. De uiteenzetting van de minister over de maatregelen die het kabinet neemt ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg, de jeugdhulp, de ouderenzorg en palliatieve zorg doet de leden van de SGP-fractie echter de vraag te stellen in hoeverre de minister de urgentie van het RISE-onderzoek op dit punt onderkent. Zij constateren dat de minister naar aanleiding van het RISE-onderzoek eigenlijk geen nieuwe maatregelen voorstelt, maar slechts wijst op wat reeds is afgesproken in bijvoorbeeld het IZA, AZWA, HLO en de Hervormingsagenda Jeugd. De leden van de SGP-fractie vinden dit echt te mager.

De leden van de SGP-fractie zouden het wenselijk vinden dat op het moment dat blijkt dat een verzoek om euthanasie evident te maken heeft met tekortschietende zorg, er maatregelen genomen kunnen worden om de persoon in kwestie per ommegaande de zorg en ondersteuning te bieden die nodig is. Zij vragen de minister in hoeverre dat op dit moment al mogelijk is. Zijn er structuren om in dit soort situaties een doorbraak te forceren? Is inzichtelijk hoe vaak er een euthanasieverzoek door een arts of psychiater wordt afgewezen omdat deze van mening is dat er nog behandelmogelijkheden zijn of andere oplossingen voor de nood waarin een patiënt verkeert?

De leden van de SGP-fractie maken zich in het bijzonder zorgen over ouderen die het zorg- en ondersteuningsaanbod zien verschralen. Uit het Nationaal Ouderenonderzoek van september 2026 blijkt dat 73% van de ondervraagde ouderen (65+) vindt dat ouderen vaak als een last voor de samenleving worden gezien. In een dergelijk klimaat is de stap naar een euthanasieverzoek klein geworden. De leden van de SGP-fractie vragen de minister wat het kabinet concreet gaat doen aan dit gevoel van tot last zijn.

De leden van de SGP-fractie vinden het goed dat het kabinet aanvullend onderzoek laat verrichten naar de relatie tussen de toegankelijkheid van (ggz-)zorg en het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen.

De leden van de SGP-fractie zijn het eens met de aanbeveling van de onderzoekers om de toegang tot integrale RTE-dossiers te verruimen. Zij hebben hier eerder aandacht voor gevraagd. Zij constateren dat de RTE aangeeft ‘begrip te hebben’ voor de wens om de mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek naar de RTE-data te versterken. De

leden van de SGP-fractie lezen echter geen concrete vervolgstappen op dit punt. Wat zou de minister zelf een wenselijke uitkomst vinden? Is het wettelijk mogelijk om de integrale RTE-dossiers openbaar toegankelijk te maken? Zo nee, wat is hiervoor nodig?

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie
De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van het onderzoeksrapport naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie en de kabinetsreactie hierop. Deze leden danken de onderzoekers voor het uitgevoerde onderzoek. De leden van de ChristenUnie-fractie maken zich zorgen over de stijging van euthanasie en moeten constateren dat euthanasie normaliseert, terwijl het wettelijk kader euthanasie als uitzonderlijke handelen karakteriseert. Deze leden maken van de gelegenheid gebruik vragen te stellen over het onderzoek en de kabinetsreactie.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat het aantal euthanasiemeldingen is gestegen van 2.216 in 1999 naar 9.958 in 2024, en dat het aandeel euthanasie in het totale sterftecijfer is gestegen van 1,6% naar 5,78%. Hoe duidt de minister deze stijging in het licht van de oorspronkelijke bedoeling van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, waarin euthanasie geen reguliere medische handeling is maar als uitzonderlijk handeling onder strikte voorwaarden is vormgegeven?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen waar voor de minister de grens ligt tussen een uitzonderlijke praktijk en een normalisering van euthanasie. Welke ontwikkeling zou voor haar aanleiding zijn om te spreken van een problematische normalisering van euthanasie?

In het onderzoek wordt geconstateerd dat de Wtl niet is gewijzigd, maar dat de beoordelings- uitvoerings- en toetsingspraktijk wel is veranderd. Is hiermee in feite geen sprake van verbreding van de euthanasiepraktijk, ook zonder wetswijziging, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. Zo nee, waarom niet?

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat de onderzoekers de stijging overwegend ‘niet als moreel zorgelijk’ zien, maar tegelijkertijd signaleren zij spanningsvelden rond autonomie, kwetsbare groepen, procedurele toetsen en zorgtekorten. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de minister de zorg dat het niet kwalificeren van de stijging als ‘niet moreel zorgelijk’ deelt. Daarnaast vragen de leden van de ChristenUnie-fractie de minister hoe wordt voorkomen dat deze constatering wordt opgevat als normalisering van euthanasie, terwijl euthanasie juridisch en professioneel bijzonder medisch handelen blijft.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de minister of zij de opvatting deelt dat uit dit onderzoek blijkt dat euthanasie normaliseert als manier om te overlijden. Deze leden vragen de minister zich hier ook normatief over uit te spreken. Deelt de minister de zorg dat autonomie in de maatschappelijke beeldvorming steeds sterker op de voorgrond treedt, terwijl beschermwaardigheid van het leven minder expliciet wordt benoemd?

Is de minister het met de leden van de ChristenUnie-fractie eens dat de beschermwaardigheid van het leven als zelfstandig normatief uitgangspunt explicieter zou moeten terugkomen in beleid, voorlichting, richtlijnen en toezicht rond euthanasie? Zo nee, waarom niet?
De onderzoekers waarschuwen dat eenzijdige focus op autonomie kan leiden tot uitholling van de zorgvuldigheidseisen van de Wtl. De leden van de ChristenUnie-fractie

vragen de minister welke concrete maatregelen zij neemt om deze uitholling te voorkomen.

De minister schrijft dat autonomie een noodzakelijke voorwaarde is, maar niet hét leidende principe kan zijn. Euthanasie is geen afdwingbaar recht. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen wat deze constatering betekent voor de communicatie rond euthanasie. Kan de minister aangeven hoe in publieksvoorlichting wordt voorkomen dat euthanasie wordt gepresenteerd als een reguliere keuzeoptie aan het levenseinde, in plaats van als uiterste mogelijkheid onder strikte voorwaarden?

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het zorgelijk om te lezen dat sommige artsen zich tijdelijk of structureel terugtrekken uit de euthanasiepraktijk als gevolg van ervaren druk of toenemend ongemak. Deze leden vragen of de minister zicht heeft op dit verschijnsel. Is zij bereid dit gericht te onderzoeken? Hoe waarborgt de minister de zelfstandige positie van artsen die zich niet onder druk gezet moeten voelen om euthanasie te verlenen, nu euthanasie normaliseert?

De leden van de ChristenUnie-fractie maken zich grote zorgen over de stijging van het aantal mensen dat een euthanasieverzoek doet op grond van psychisch lijden. Zeker gezien de situatie in de GGZ moet dit politiek, beleidsmakers en GGZ-organisaties aan het denken zetten. De onderzoekers constateren dat euthanasie bij psychische aandoeningen buitengewoon complex blijft en dat grote terughoudendheid gepast is. De leden van de ChristenUnie-fractie onderschrijven dit nadrukkelijk. Welke concrete waarborgen acht de minister noodzakelijk om deze terughoudendheid in de praktijk ook tot uiting te laten komen, zo vragen deze leden.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat de minister voornemens is meer onderzoek naar euthanasiewensen en hulpbehoeften van mensen met psychisch lijden uit te laten voeren. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de minister in dit onderzoek ook nadrukkelijk te laten onderzoeken of mensen eerder, beter of langduriger geholpen hadden kunnen worden binnen de reguliere ggz.

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het bijzonder verdrietig en betreurenswaardig wanneer mensen met psychische aandoeningen zich door gebrek aan behandelperspectief, langdurige wachtlijsten of discontinuïteit van zorg min of meer gedwongen voelen om euthanasie te overwegen. Nader onderzoek hiernaar achten de leden van de ChristenUnie-fractie dan ook noodzakelijk. Is de minister het met de leden van de ChristenUnie-fractie eens dat totdat de causaliteit tussen bijvoorbeeld wachttijden in de GGZ en euthanasie weggenomen is, er geen verdere verruiming van de Wtl aan de orde zou moeten zijn. Zo nee, waarom niet?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de stijging van het aantal euthanasieverzoeken bij mensen met dementie zich verhoudt tot het uitgangspunt dat mensen met dementie bescherming verdienen tegen beslissingen die zij op een later moment niet meer kunnen overzien of bevestigen. Kan de minister ook uitsplitsen welk deel van de 427 euthanasieverzoeken op grond van dementie betrekking heeft op een vroeg of laat stadium van dementie?

De kabinetsreactie stelt dat niemand zich gedwongen mag voelen tot een euthanasieverzoek vanwege onvoldoende toegang tot zorg. De leden van de ChristenUnie-fractie onderstrepen dit van harte en achten het noodzakelijk te monitoren dat dit niet het geval is om maatregelen te treffen om euthanasie in dat soort situaties te

kunnen voorkomen. Is de minister bereid structureel te laten registreren of patiënten bij een euthanasieverzoek aangeven angst te hebben voor tekortschietende zorg, een verpleeghuisopname, eenzaamheid, gebrek aan ondersteuning of overbelasting van naasten? Zo nee, waarom niet?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering of standaard wordt onderzocht of palliatieve zorg, geestelijke verzorging of psychosociale ondersteuning nog redelijke alternatieven kunnen bieden, voordat euthanasie wordt overwogen. Zo nee, waarom niet?

Op welke manier wordt geborgd dat mensen het verschil tussen euthanasie, palliatieve sedatie, pijnbestrijding en het natuurlijke stervensproces kennen en begrijpen, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

De minister schrijft in haar kabinetsreactie over publieksvoorlichting op dit punt. Wanneer is de verwachting dat deze publieksvoorlichting is aangepast? Is de minister bereid om samen met beroepsgroepen, palliatieve zorg en patiëntenorganisaties te werken aan bredere publieksvoorlichting over waardig sterven zonder euthanasie? Zo nee, waarom niet?

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat ongeveer 95% van de euthanasiemeldingen als niet vragen oproepend wordt bestempeld. Tegelijkertijd signaleren onderzoekers dat de RTE-toetsing in toenemende mate procedureel lijkt te worden, en minder inhoudelijk. Hoe verhouden beide constateringen zich tot elkaar, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

De minister heeft ZonMW gevraagd in de vijfde Wtl-evaluatie steekproefsgewijs onderzoek te laten doen naar door de RTE als zorgvuldig beoordeelde meldingen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de minister of zij bereid is dit niet eenmalig, maar periodiek te laten uitvoeren zodat normverschuivingen in de praktijk beter gevolgd kunnen worden. Aanvullend vragen deze leden wat de grootte van de steekproef wordt.

Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-fractie
De leden van de 50PLUS-fractie danken de regering voor de toezending van de genoemde stukken. Zij maken zich zorgen over de relatie tussen knelpunten in het zorgsysteem en euthanasiewensen. Moet uit dit knelpunt niet gesignaleerd worden dat de zorg op onderdelen faalt en te kort schiet? De leden van de 50PLUS-fractie denken dan bijvoorbeeld aan de mensen met Long COVID die geen uitzicht hebben op verbetering en dagen in een donkere kamer liggen. Hier wordt geen extra onderzoek naar gedaan, constateren zij.

Zij maken zich zorgen over de bevindingen uit het onderzoek van het Ouderenfonds, dat 75% van de ouderen zich tot last van de maatschappij voelt, ziet de minister dit gevaar?

Zij maken zich zorgen over euthanasie bij steeds jongere mensen, die nog een heel leven voor zich hebben. Herkent de minister dit?

Het onderzoek suggereert dat bezuinigingen en personeelstekorten in de ouderenzorg en de terminale thuiszorg, problemen in de GGZ, angst voor tekortschietende zorg, en een negatief beeld van het verpleeghuis, de wens tot euthanasie mogelijk kunnen versterken. Is dit voor de minister niet een aansporing om direct verbeteringen door te voeren?

Wat wil de minister bereiken met weer een onderzoek, dit keer naar 'de relatie tussen knelpunten in het zorgsysteem en euthanasiewensen'? Kan het geld dat aan dit onderzoek besteed wordt niet beter ingezet worden aan zorg, aan GGZ-zorg, aan de noden die mensen ervaren?

Deze leden stellen zich op het standpunt dat het belangrijk is dat niet te lang gewacht wordt met gefundeerde maatregelen.

II. Reactie van de minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie
De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van het RISE-onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van euthanasiemeldingen en van de kabinetsreactie daarop. Uit het onderzoek blijkt dat deze stijging niet door één oorzaak kan worden verklaard, maar samenhangt met verschillende maatschappelijke, demografische en institutionele ontwikkelingen. Ook blijkt dat euthanasie door burgers en zorgprofessionals vooral wordt gezien als een verworvenheid en dat er breed vertrouwen bestaat in de huidige praktijk en de toetsing daarvan.

De leden van de D66-fractie waarderen dat het kabinet euthanasie als een verworvenheid en als onderdeel van goede levenseindezorg beschouwt. Ook vinden deze leden het goed dat het kabinet inzet op goede voorlichting over het levenseinde en een zorgvuldig proces. Voor de leden van de D66-fractie staat daarbij voorop dat mensen zelf keuzes moeten kunnen maken over hun levenseinde en hierover op tijd en goed geïnformeerd moeten worden. Hoe zorgt de minister ervoor dat mensen op een goede en niet-sturende manier worden geïnformeerd over de verschillende mogelijkheden rond het levenseinde? Hoe wordt daarbij geborgd dat euthanasie en andere vormen van levenseindezorg op een afgewogen manier worden besproken?

Zoals eerder uitgebreid uiteengezet in de Kamerbrief over de verbetering van de voorlichting over het levenseinde en euthanasie van 28 september jl. is er, vanuit de rijksoverheid en andere partijen, al veel goede informatie over het levenseinde en euthanasie beschikbaar. Deze sloot voorheen echter niet altijd even goed op elkaar aan. Zo bestonden er enkele misvattingen rondom het schriftelijk euthanasieverzoek en bijvoorbeeld over het verschil tussen euthanasie en palliatieve sedatie. Deze misvattingen heeft het kabinet geadresseerd in de nieuwe Brochure schriftelijk euthanasieverzoek.[3] In de brochure wordt aandacht geschonken aan het belang van het voeren van het tijdige gesprek over de wensen rondom het levenseinde. Daarnaast wordt het schriftelijk euthanasieverzoek duidelijk geplaatst binnen een breder palet van andere wilsverklaringen. Ook wordt duidelijk aangegeven dat het schriftelijk euthanasieverzoek het startpunt is voor een gesprek met de eigen arts. Dit komt herhaaldelijk in de brochure terug, evenals het feit dat euthanasie geen recht van de patiënt en geen plicht van de arts is. De brochure vormde voor het kabinet de basis voor het aanpassen van de bestaande informatie over het levenseinde en euthanasie op www.rijksoverheid.nl.

Dat euthanasie een recht zou zijn kwam ook als belangrijke misvatting naar voren uit het RISE-onderzoek. Eén ander aandachtspunt dat naar voren kwam uit een inventarisatie is

[3] https://open.overheid.nl/details/6fce08c1-35af-4dd2-81bf-ae9455ddeec9

dat mensen te weinig weten over het natuurlijke stervensproces en mogelijke alternatieven voor euthanasie, zoals palliatieve zorg. Zoals ook in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek is aangegeven, vindt het kabinet het dan ook belangrijk dat in de publieksvoorlichting aandacht wordt gegeven aan de verschillende vormen van zorg rond het levenseinde en dat bijvoorbeeld duidelijk wordt uitgelegd wat het verschil is tussen euthanasie en palliatieve sedatie. De komende tijd zal het kabinet verder kijken naar de correctheid en begrijpelijkheid van de bredere voorlichting over het levenseinde en euthanasie, en naar de mogelijkheden om de informatie meer toegankelijk (bijvoorbeeld met infographics) weer te geven. De eerdergenoemde punten zullen dan ook onderdeel zijn van de verdere verbetering van de publieksvoorlichting op www.rijksoverheid.nl en de afstemming met beroeps- en belangenorganisaties. Het verbeteren van de online-informatievoorziening alleen is niet voldoende. Het kabinet zal daarom, na afronding van het verbeteren van het online informatieaanbod, met beroeps- en belangenorganisaties afstemmen wat zij eventueel nog meer kunnen doen om andere vormen van voorlichting (anders dan de online-informatievoorziening) te verbeteren.

Voor de leden van de D66-fractie is euthanasie zorg. Het kabinet spreekt tegelijkertijd over euthanasie als 'bijzonder medisch handelen', terwijl euthanasie in beginsel strafrechtelijk is vastgelegd. De leden van de D66-fractie vragen hoe de minister deze combinatie van uitgangspunten ziet. Waarom wordt bijzonder medisch handelen als euthanasie nog altijd binnen het strafrecht geregeld? Waarom wordt niet verkend of euthanasie binnen het gezondheidsrecht kan worden geregeld, met toetsing via het tuchtrecht? Ziet de minister hiertegen juridische bezwaren? Is de minister bereid hierover met de beroepsgroep, andere betrokken partijen, en de samenleving maatschappelijke dialoog te voeren?

Euthanasie is geen 'zorg', maar bijzonder medisch handelen waarbij een arts een mensenleven beëindigt. Omdat euthanasie geen normaal medisch handelen is, is het met bijzondere, strafrechtelijke waarborgen omgeven. Artsenfederatie KNMG wijst erop dat het opzettelijk doden van een patiënt niet alleen in strijd is met het Wetboek van Strafrecht, maar ook met de professionele ethiek van artsen.[4]

Zoals in de kabinetsreactie op de vierde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) is aangegeven, is bij de totstandkoming van de Wtl uitvoerig gedebatteerd over de verenigbaarheid van de Wtl met artikel 2 EVRM (het recht op leven). Op grond van dat verdragsartikel rust op de Staat de verplichting om het leven van diegenen die onder zijn rechtsmacht vallen te beschermen. Het recht op leven behoort tot de meest fundamentele mensenrechten en de beschermwaardigheid van het menselijk leven ligt mede ten grondslag aan de Wtl. Daarom is indertijd gekozen voor strafrechtelijke inbedding van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, in combinatie met een bijzondere strafuitsluitingsgrond voor de arts die voldoet aan de zorgvuldigheidseisen uit de Wtl.
Daar komt bij dat als euthanasie normaal medisch handelen zou zijn binnen het kader van het gezondheidsrecht, met toetsing via het tuchtrecht, de druk op artsen - die zij nu al ervaren - alleen maar toe zou nemen doordat euthanasie zal worden gezien als een afdwingbaar recht. Dat is onwenselijk en moet worden voorkomen. Eén en ander kan een averechts effect hebben op de welwillendheid van artsen om euthanasie te verlenen.

[4] Reactie KNMG Initiatiefwetsvoorstel afschaffing strafbaarstelling euthanasie door artsen, 20 november 2025.

Het kabinet wil er voorts op wijzen dat er een initiatiefwetsvoorstel van D66 en Volt inzake afschaffing van de strafbaarstelling van euthanasie door artsen in voorbereiding is en wacht dit verder af.

De leden van de D66-fractie vinden het daarnaast belangrijk dat artsen voldoende duidelijkheid hebben over hun positie wanneer zij te maken krijgen met een euthanasieverzoek. Het RISE-onderzoek laat zien dat de ontwikkeling van richtlijnen, uitspraken en toetsingskaders heeft bijgedragen aan meer rechtszekerheid. Tegelijkertijd kan de huidige juridische inbedding voor artsen een reden zijn om terughoudend te zijn, bijvoorbeeld bij euthanasieverzoeken van mensen met dementie. Welke rol speelt de strafrechtelijke inbedding volgens de minister bij deze terughoudendheid? Herkent de minister dat angst voor strafvervolging daarbij een rol kan spelen? Welke mogelijkheden ziet de minister om artsen hierover meer duidelijkheid te bieden?

Zoals in de kabinetsreactie op de vierde evaluatie van de Wtl is aangegeven, blijkt uit het evaluatierapport dat 82% van de Nederlandse artsen bereid is om onder de huidige regulering euthanasie uit te voeren of hulp bij zelfdoding te verlenen. Angst voor toetsing en de consequenties daarvan blijkt slechts zelden een reden om een verzoek om levensbeëindiging te weigeren: 4% van de artsen gaf dit als reden aan om een verzoek om euthanasie te weigeren. Artsen lijken daarmee over het algemeen voldoende rechtszekerheid te ervaren bij levensbeëindiging op verzoek.

Ook Artsenfederatie KNMG is van mening dat met de huidige constructie er een grote mate van rechtszekerheid voor artsen is gecreëerd. De KNMG wijst erop dat sinds de invoering van de Wtl in 2002 slechts één arts strafrechtelijk is vervolgd voor het uitvoeren van euthanasie. Deze arts werd uiteindelijk ontslagen van rechtsvervolging. Volgens de KNMG is de huidige euthanasiewet niet alleen bedoeld om euthanasie onder bepaalde omstandigheden mogelijk te maken, maar ook om artsen (rechts)zekerheid te bieden, en patiënten en artsen te beschermen, bijvoorbeeld tegen druk van buitenaf of tegen een niet weloverwogen besluit.[5]

De terughoudendheid van artsen ten aanzien van euthanasieverzoeken van mensen met dementie ziet met name op de situatie waarin een patiënt wilsonbekwaam is geworden en een schriftelijk euthanasieverzoek in de plaats komt van een mondeling verzoek. Euthanasie in de late fase van dementie komt maar heel zelden voor, omdat het voor een arts bijvoorbeeld moeilijk is om te bepalen of een patiënt lijdt onder de situatie zoals hij die eerder heeft opgeschreven. In de onlangs vernieuwde brochure over het schriftelijk euthanasieverzoek wordt specifiek op deze situatie ingegaan.[6]

De leden van de D66-fractie vinden het wenselijk dat het gesprek over het levenseinde eerder en vanzelfsprekender plaatsvindt in de spreekkamer. Dit is bijvoorbeeld van belang bij aandoeningen waarbij de wilsbekwaamheid in het geding kan komen, zoals bij dementie. Het kabinet wijst ook op het belang van tijdige gesprekken over wensen en verwachtingen rond het levenseinde. Hoe kan dit gesprek volgens de minister een vanzelfsprekender onderdeel worden van de reguliere zorg? Wat hebben huisartsen hiervoor nodig? En hoe wordt ervoor gezorgd dat ook een eventuele euthanasiewens tijdig kan worden besproken?

[5] Reactie KNMG Initiatiefwetsvoorstel afschaffing strafbaarstelling euthanasie door artsen, 20 november 2025.

[6] Bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 31 036, nr.13.

Tijdig spreken over het levenseinde (proactieve zorgplanning) en de wensen en verwachtingen daarbij is een standaard onderdeel binnen het werk van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en andere zorgverleners, zoals medisch specialisten en wijkverpleegkundigen. Uit eerdere bijeenkomsten, onderzoeken, adviezen en gesprekken met veldpartijen is duidelijk geworden dat veel instrumenten om het tijdige gesprek over het levenseinde te stimuleren al beschikbaar zijn en dat bij patiënten en huisartsen weinig drempels worden ervaren om het gesprek te voeren.

In een gesprek over het levenseinde en de mogelijkheden daaromtrent kan het onderwerp euthanasie in een bredere context aan de orde komen. Het is in beginsel aan de patiënt om een eventuele euthanasiewens met zijn of haar zorgverlener te bespreken en hierover tijdig in gesprek te gaan. Dit wordt ook aangegeven in de herschreven brochure over het schriftelijk euthanasieverzoek.[7] Zoals in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek is aangegeven, is het van belang dat patiënten en naasten realistisch worden voorgelicht over het levenseinde. Deze voorlichting dient niet uitsluitend te gaan over euthanasie, maar ook over palliatieve zorg, proactieve zorgplanning en andere mogelijkheden rond het levenseinde. Hierbij is het ook belangrijk dat patiënten weten dat met een schriftelijk euthanasieverzoek het niet zo is dat euthanasie in de toekomst is ‘geregeld’. Euthanasie is geen recht van de patiënt en geen plicht van de arts.

De leden van de D66-fractie onderschrijven het uitgangspunt dat niemand voor euthanasie zou moeten kiezen omdat passende zorg of ondersteuning ontbreekt. Tegelijkertijd moet dit uitgangspunt er niet toe leiden dat euthanasie alleen wordt gezien als mogelijkheid wanneer alle andere vormen van zorg zijn uitgeput. Een weloverwogen euthanasieverzoek binnen de wettelijke kaders moet ook als een zelfstandige keuze van een patiënt kunnen worden gerespecteerd. Hoe kijkt de minister naar deze verhouding? Welke rol speelt de beschikbaarheid van passende zorg volgens de minister bij de uitkomsten van het RISE-onderzoek?

In de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek heeft het kabinet aangegeven het zorgelijk te vinden dat er signalen zijn dat knelpunten in het zorgsysteem een rol kunnen spelen bij het ontstaan of versterken van euthanasiewensen.[8] Het uitgangspunt van het kabinet is dat niemand zich gedwongen mag voelen een euthanasieverzoek te doen vanwege onvoldoende toegang tot zorg, ondersteuning of behandeling. Dat de onderzoekers aangeven dat goede en toegankelijke (palliatieve) zorg wordt gezien als een essentiële voorwaarde voor een zorgvuldige uitvoering van de euthanasiewetgeving wordt door het kabinet dan ook onderschreven.

Het RISE-onderzoek geeft geen inzicht in hoe vaak de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg een rol spelen bij euthanasiewensen. Ook kan geen causaal verband worden vastgesteld tussen knelpunten in de (ggz-)zorg en het ontstaan van euthanasiewensen of de stijging van het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen. Zoals ook aangegeven in de kabinetsreactie stelt het kabinet daarom financiering beschikbaar voor twee (aanvullende) onderzoeken.

Zoals ook in de kabinetsreactie geconstateerd, laat het RISE-onderzoek zien dat de uiteindelijke beoordelings- en beslissingsbevoegdheid ten aanzien van de kwalificatie van het lijden van een patiënt als ondraaglijk en uitzichtloos bij de arts blijft. Het is

[7] https://open.overheid.nl/details/6fce08c1-35af-4dd2-81bf-ae9455ddeec9.

[8] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 115.

uiteindelijk de arts die besluit of volgens diens medische expertise sprake is van uitzichtloosheid van het lijden en of er nog redelijke andere oplossingen zijn voor het lijden. Euthanasie is een ultimum remedie, en dit wordt beoordeeld door de arts. Dit is dus nooit een zelfstandige keuze van de patiënt.

Dit betekent echter niet, zoals de leden van de D66-fractie terecht stellen, dat alle andere vormen van zorg moeten zijn uitgeput. Zoals ook in de EuthanasieCode 2026 van de RTE staat, gaat het bij het ontbreken van redelijke andere oplossingen om een overtuiging van de arts en de patiënt gezamenlijk. Dit betekent dat de beleving en de wensen van de patiënt een belangrijke rol spelen. Bovendien heeft een patiënt altijd het recht om een behandeling of interventie te weigeren. Maar dit kan wel tot gevolg hebben dat het euthanasieverzoek van de patiënt op dat moment niet kan worden ingewilligd. Een euthanasieverzoek is nooit een recht van de patiënt of een plicht van de arts, ook niet als aan alle zorgvuldigheidseisen uit de euthanasiewet wordt voldaan.

Het RISE-onderzoek benoemt verschillende ontwikkelingen die mogelijk van invloed zijn op de stijging van het aantal euthanasiemeldingen, maar laat ook zien dat deze factoren niet zonder meer als oorzaken kunnen worden aangewezen. Het kabinet kondigt daarom aanvullend onderzoek aan. De leden van de D66-fractie vragen hoe dit onderzoek wordt betrokken bij het verdere beleid. Op welke vragen moet dit aanvullende onderzoek volgens de minister antwoord geven? Wanneer verwacht de minister de resultaten hiervan met de Kamer te kunnen delen?

Zoals in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek is aangegeven, stelt het kabinet financiering beschikbaar voor de volgende twee onderzoeken:

1) Onderzoek naar de relatie tussen de toegankelijkheid en kwaliteit van de (ggz-)zorg en het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen. De opdrachtverstrekking – waarin nader geëxpliciteerd wordt welke onderzoeksvragen beantwoord moeten worden, hoe het onderzoek ingericht moet worden en welke resultaten het onderzoek moet opleveren – moet zorgvuldig worden voorbereid in afstemming met onder meer ZonMw. In de loop van 2027 zal ZonMw de opdracht voor dit onderzoek verstrekken. In deze fase is de exacte startdatum en looptijd van het onderzoek nog niet bekend. Er valt dan ook niet te zeggen wanneer de Kamer de onderzoeksresultaten tegemoet kan zien. Zorgvuldigheid staat voorop.
2) Vervolgonderzoek naar de doodswens en hulpbehoeften van mensen met een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden. Voor het onderzoek geldt een maximale looptijd van medio 2027 tot en met 2031. Het vervolgonderzoek dient aan te sluiten op het lopende SUNSET-onderzoek. In dit onderzoek worden mensen die verzoeken om euthanasie vanwege psychisch lijden uitgenodigd voor vragenlijstonderzoek. Het aanvullende onderzoek kan waardevolle inzichten opleveren over onder meer de uitzichtloosheid van het lijden, het effect van behandeling in de ggz en de ontwikkelingen in de ggz-praktijk en is in die zin aanvullend op het eerste onderzoek (althans wat de ggz-zorg betreft). ZonMw zal een subsidieoproep uitzetten met open inschrijving. Mits het voorstel goedgekeurd wordt, zal de subsidieoproep naar verwachting medio november 2026 gepubliceerd kunnen worden waarna het project in 2027 kan starten.

Tot slot vragen de leden van de D66-fractie aandacht voor de positie van artsen die euthanasie verlenen. Euthanasie kan voor artsen een emotioneel en professioneel belastend proces zijn. Welke ondersteuning is voor deze artsen beschikbaar? Zijn er signalen over of de bestaande ondersteuning, zoals SCEN-consultatie, intervisie, scholing en moreel beraad, voldoende aansluit bij de behoefte van artsen?

Het kabinet erkent dat euthanasie voor artsen een moreel zwaar, emotioneel en professioneel belastend en tijdsintensief proces kan zijn en onderschrijft dan ook het belang van ondersteuning van artsen die geconfronteerd worden met een euthanasieverzoek.

Er zijn al verschillende vormen van ondersteuning voorhanden. Allereerst zijn er veel richtlijnen (van de beroepsgroep) beschikbaar voor artsen voor het beoordelen van een euthanasieverzoek. Denk hierbij aan de EuthanasieCode van de RTE, het KNMG-standpunt Beslissingen rond het levenseinde, de KNMG/KNMP-richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding en de richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische aandoening van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).
Zoals ook genoemd in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek, zijn er voor artsen diverse vormen van ondersteuning voorhanden, zoals collegiaal overleg, intervisie, SCEN-consultatie, scholing en moreel beraad.[9] Ook het Expertisecentrum Euthanasie (EE) biedt scholing en ondersteuning aan uitvoerend artsen aan, en de optie van een vaste consulent voor een zorgorganisatie. Artsen kunnen, naast voor consultatie, ook bij SCEN-artsen terecht voor (verdergaande) ondersteuning. Dit kan bijvoorbeeld gaan over het geven van informatie of advies over de juridische, ethische en communicatieve aspecten van euthanasie, of over de medisch-technische uitvoering. Per 1 januari 2026 bestaat er een nieuw tarief voor deze steun, waardoor deze vorm van steun beter beschikbaar is. Er zijn geen signalen dat de bestaande ondersteuning onvoldoende is.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van het rapport van het RISE-onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie en de bijbehorende kabinetsreactie. Zij willen de onderzoekers bedanken voor hun inzet en de minister bedanken voor de uitgebreide kabinetsreactie. De leden van de VVD-fractie hebben enkele resterende opmerkingen en vragen.

De leden van de VVD-fractie zijn niet verrast dat de stijging van euthanasie wordt veroorzaakt door demografische trends, culturele veranderingen en institutionele ontwikkelingen. Dat deze verklaringen aansluiten bij de bredere ontwikkeling binnen de gezondheidszorg, zoals (meer) persoonsgerichte zorg en (meer) autonomie, klinkt logisch. Desalniettemin hechten de leden van de VVD-fractie waarde aan de zorgvuldigheidseisen zoals deze zijn opgenomen in de Wtl. Kan de minister haar visie op de doorwerking van zorg-brede ontwikkelingen in de interpretatie en toetsing van de wettelijke zorgvuldigheidseisen van euthanasie toelichten? Graag hierbij ook een reflectie op de constatering dat de persoonlijke beleving van de verzoeker steeds meer gewicht in de schaal legt.
De wetgever heeft bij de totstandkoming van de Wtl gekozen voor open normen die kunnen meebewegen met wetenschappelijke of maatschappelijke ontwikkelingen en veranderende inzichten of opvattingen over de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen of over euthanasie in het algemeen. Daarbij is overigens ook duidelijk gesteld dat dit niet betekent dat alles kan, en zijn bepaalde kaders meegegeven.[10]

De onderzoekers van het RISE-onderzoek signaleren zowel een toename van het aantal euthanasiemeldingen bij terminale ziekten als een verbreding van de aandoeningen

[9] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr.115.

[10] H. Weyers, Euthanasie in Nederland 2002-2022, Den Haag: Boom juridisch, 2022, p. 142 e.v.

waarvoor euthanasie wordt verleend. Zo wordt er vaker euthanasie verleend bij chronische ziekten, psychische aandoeningen en dementie. De onderzoekers constateren dat de wet niet is veranderd, maar de toepassing wél.
Zij signaleren dat in de loop der tijd accentverschuivingen zichtbaar zijn geworden in het morele krachtenveld. Door rapportages, rechterlijke uitspraken, tuchtuitspraken, oordelen en toelichting van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) en aanscherping van de professionele richtlijnen van de Artsenfederatie KNMG en Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is het handelings- en toetsingskader geleidelijk fijnmaziger en explicieter geworden. Deze ontwikkelingen dragen volgens de onderzoekers niet alleen bij aan rechtszekerheid, maar ook aan voortgaande normontwikkeling. Zij bieden artsen meer houvast bij de beoordeling van euthanasieverzoeken en hebben de facto bijgedragen aan het verbreden van de omstandigheden waaronder euthanasie plaatsvindt, terwijl euthanasie zowel straf- als gezondheidsrechtelijk, normatief en professioneel onverminderd een uitzonderlijke, ultieme handeling blijft en waarbij het kader dat gevormd wordt door de zorgvuldigheidseisen in de Wtl ongewijzigd is gebleven. Euthanasie is geen recht van de patiënt en geen plicht voor de arts.

Evenals de deelnemende zorgprofessionals aan het RISE-onderzoek, vindt het kabinet het begrijpelijk dat bredere ontwikkelingen in de gezondheidszorg, zoals gezamenlijke besluitvorming en persoonsgerichte zorg en een nadruk op autonomie doorwerken in de euthanasiepraktijk. De wetgever heeft bij de totstandkoming van de Wtl gekozen voor open normen die kunnen meebewegen met wetenschappelijke of maatschappelijke ontwikkelingen en veranderende inzichten of opvattingen over de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen of over euthanasie in het algemeen. Daarbij is ook duidelijk gesteld dat dit niet betekent dat alles kan, en zijn bepaalde kaders meegegeven.[11]
Zoals in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek is aangegeven, is het feit dat het perspectief van de patiënt meer gewicht in de schaal legt een belangrijk punt van aandacht gezien het normatieve fundament waarop de euthanasiepraktijk is gebouwd. Autonomie was en is een noodzakelijke voorwaarde voor het verlenen van euthanasie, maar niet hét leidende principe en kan dat ook niet zijn.[12]

Wat de ondraaglijkheid van het lijden betreft, is de beleving van de patiënt belangrijk. Die beleving is sterk persoonsgebonden. Het moet voor de arts echter invoelbaar en begrijpelijk zijn dat het lijden voor déze patiënt ondraaglijk is. Bij de beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden staat de visie van de arts ten aanzien van diagnose en prognose centraal. Zoals uit het RISE-onderzoek blijkt,
is het perspectief van de patiënt weliswaar bepalender geworden, maar impliceert dit niet dat dit perspectief doorslaggevend is.[13] De waarde van autonomie speelt in het hele besluitvormingsproces rondom euthanasie weliswaar een belangrijke rol, maar wordt zeker niet als enige waarde meegenomen. Het is en blijft aan de arts om, in samenspraak met de patiënt, een eigen afweging te maken in hoeverre er aan het euthanasieverzoek van een patiënt kan worden voldaan.

De RTE toetst vervolgens de zorgvuldigheid van het handelen van de uitvoerend arts. De arts zal voor de RTE inzichtelijk moeten maken dat hij aan de zorgvuldigheidseisen van de Wtl heeft voldaan. De RTE is bij de toetsing onder meer gehouden aan de kaders van

[11] H. Weyers, Euthanasie in Nederland 2002-2022, Den Haag: Boom juridisch, 2022, p. 142 e.v.
[12] Kamerstukken II 2026/27, 32 647, nr. 115.
[13] Het RISE-onderzoek, Mixed-method ethiekonderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie, Nijmegen, Radboudumc, juni 2026.

de Wtl en de daarin opgenomen zorgvuldigheidseisen, de wetsgeschiedenis en relevante rechterlijke uitspraken. Zij houdt daarbij ook rekening met eerdere uitspraken van de commissies, met de (medisch) professionele standaard en met beslissingen van het Openbaar Ministerie (OM) betreffende euthanasie.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de duiding van lijden nog altijd in belangrijke mate wordt bepaald door de arts. Idem de uiteindelijke beoordelings- en beslissingsbevoegdheid. De professionele normen, opvattingen over lijden, morele overtuigingen, klinische ervaringen en achtergrond bepalen de interpretatie van de arts. Desalniettemin is er een breed maatschappelijk draagvlak voor de wezenlijke rol voor de arts bij levensbeëindiging op verzoek. Tegelijkertijd zijn er steeds meer Nederlanders die meer autonomie in hun levenseinde willen. Hoe kijkt de minister naar de verhouding arts-patiënt bij euthanasie over tien, twintig en dertig jaar?

Het kabinet kan geen uitspraak doen over hoe de verhouding tussen arts en patiënt bij euthanasie zich over tien, twintig of dertig jaar zal ontwikkelen. Uit de vierde evaluatie van de Wtl blijkt dat er weliswaar veel steun is onder burgers voor het idee dat iedereen 'recht' moet hebben op euthanasie en hulp bij zelfdoding, maar dat burgers daarbij wel veel waarde hechten aan de uitvoerende rol van de arts. Uit het evaluatieonderzoek blijkt verder dat ook artsen zowel autonomie als de rol van de arts als uitvoerder belangrijk vinden bij levensbeëindiging op verzoek. Het is afwachten of bij de volgende evaluatie van de Wtl – waarvan het rapport voorzien is in juni 2029 – hierin ontwikkelingen worden geconstateerd.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de verschillende factoren van de stijging worden gezien als moreel neutrale ontwikkelingen. Tegelijkertijd kunnen individualisering en medicalisering doorschieten in nadruk op maakbaarheid. De toenemende mate waarin 'maakbaarheid' een plek krijgt in de samenleving, vinden de leden van de VVD-fractie zorgelijke ontwikkeling. Zowel het leven als de dood zijn niet maakbaar. Kan de minister hierop nader reflecteren?

Het kabinet vindt het belangrijk dat processen van individualisering en medicalisering niet doorschieten waardoor het normatieve fundament en de waarborgfunctie van de Wtl onder druk komt te staan. Zoals in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek is aangegeven, onderschrijft het kabinet het belang van morele reflectie ten aanzien van het waarborgen van de grenzen van de Wtl,
is het kabinet van mening dat druk op artsen moet worden voorkomen en is heldere en realistische voorlichting essentieel. Mensen weten te weinig over het natuurlijke stervensproces en mogelijke alternatieven voor euthanasie, zoals palliatieve zorg. Ook is het voor mensen niet altijd duidelijk dat een schriftelijk euthanasieverzoek geen garantie biedt dat euthanasie zal worden verleend. In de nieuwe publieksbrochure en de aangepaste informatie op www.rijksoverheid.nl wordt hier uitdrukkelijk aandacht aan besteed. Overigens benadrukken de onderzoekers dat de meeste mensen in Nederland sterven zonder euthanasie.

Het onderzoek bevestigt een al eerder gesignaleerd risico: een dominantie van autonomie kan leiden tot 'uitholling' van de zorgvuldigheidseisen. In de brief staat vermeld dat onderzoekers het belangrijk achten de normatieve grondslagen van de euthanasiepraktijk integraal te bewaken. Welke rol ziet de minister hierin voor zichzelf?

Het kabinet is verantwoordelijk voor het goed functioneren van de Wtl. Een zorgvuldige euthanasiepraktijk staat voor het kabinet voorop. Om deze zorgvuldige praktijk te waarborgen, laat het kabinet allereerst de Wtl periodiek evalueren en laat het waar

nodig aanvullend onderzoek verrichten. Ook heeft het kabinet de RTE en de betrokken beroepsgroepen opgeroepen om de discrepanties tussen de EuthanasieCode en de richtlijnen van de beroepsgroep op te lossen. Zoals in de kabinetsreactie is aangegeven, heeft het kabinet aan ZonMw gevraagd in het kader van de vijfde evaluatie van de Wtl nader onderzoek te laten doen naar door de RTE als zorgvuldig beoordeelde euthanasiemeldingen door middel van een eenmalige steekproefsgewijze analyse. Ook wordt in de vijfde evaluatie onderzocht hoe artsen omgaan met druk van patiënten en familie en vanuit de samenleving. Het kabinet zet daarnaast in op evenwichtige publieksvoorlichting over het levenseinde en euthanasie.

De leden van de VVD-fractie onderschrijven dat euthanasie geen afdwingbaar recht is, maar dat het gezien de maatschappelijke ontwikkelingen verstandig is om een 'gezamenlijk gedifferentieerd beleid te ontwikkelen voor mensen met psychische aandoeningen en voor patiënten met vergevorderde dementie'. Het voorkomen van een problematische verruiming of onterechte uitsluiting, lijkt verstandig. Kan de minister toelichten hoe zij een balans tracht te vinden met de toenemende wens in de samenleving om euthanasie bij dementie mogelijk te maken?

Zoals in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek wordt aangegeven, is de aanbeveling om te komen tot een 'gezamenlijk gedifferentieerd beleid te ontwikkelen voor mensen met psychische aandoeningen en voor patiënten met vergevorderde dementie' met name gericht aan Artsenfederatie KNMG, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso), en de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE). In de kabinetsreactie is dan ook aangegeven op welke wijze deze partijen – door middel van richtlijnen en de EuthanasieCode - al inzetten op gedifferentieerd beleid, waarmee problematische verruiming of onterechte uitsluiting moet worden voorkomen.

In het RISE-onderzoek wordt aangegeven dat de jaarcijfers van de RTE een gestage toename laten zien van het aantal meldingen van euthanasie bij dementie: van 12 meldingen in 2009 naar 427 in 2024. Het jaarverslag over 2025 van de RTE laat zien dat er in 2025 wederom sprake was van een toename: 499 meldingen. Het aantal meldingen waarbij sprake was van vergevorderde dementie en waarbij euthanasie is verleend op basis van het schriftelijk euthanasieverzoek van de patiënt blijft echter zeer beperkt. In het rapport wordt aangegeven dat dit aantal in de periode 2009-2024 2 tot 8 patiënten per jaar betrof.

De cijfers laten dus zien dat in toenemende mate aan de toenemende wens in de samenleving om euthanasie te krijgen in geval van dementie gehoor wordt gegeven. In het geval dat een patiënt niet meer wilsbekwaam is, blijven artsen echter zeer terughoudend. Euthanasie in geval van dementie vraagt nu eenmaal grote behoedzaamheid en ieder euthanasieverzoek dient heel zorgvuldig beoordeeld te worden, zeker in geval een patiënt niet meer wilsbekwaam is.

Het kabinet tracht een balans te vinden door mensen via publieksvoorlichting erop te wijzen dat het belangrijk is om tijdig met hun arts in gesprek te gaan over hun wensen rondom het levenseinde en een eventuele euthanasiewens. In de onlangs herschreven brochure over het schriftelijk euthanasieverzoek wordt onder meer expliciet ingegaan op wat je van een arts mag verwachten in geval van een euthanasieverzoek bij dementie. De brochure dient als basis voor de verdere verbetering van de publieksvoorlichting op

www.rijksoverheid.nl. Voor de aanpak omtrent de verbetering van de voorlichting over het levenseinde en euthanasie verwijst het kabinet naar de brief die hierover op 28 september jl. met de Kamer is gedeeld.[14]

Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie
De leden van de PRO-fractie hebben kennisgenomen van het RISE-rapport over de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie en de kabinetsreactie hierop. Zij hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de PRO-fractie lezen dat het kabinet wil voorkomen dat onvoldoende toegang tot zorg, ondersteuning of behandeling mensen tot een euthanasieverzoek brengt. Wat verstaat de minister daarbij precies onder zich gedwongen voelen? Omvat dit ook het geleidelijke verlies van vertrouwen en perspectief bij mensen die jarenlang wachten, herhaaldelijk worden afgewezen of behandelingen krijgen die onvoldoende aansluiten? De voornoemde leden vragen tevens aandacht voor behandelmoeheid en schade die mensen tijdens hun zorgtraject oplopen, waaronder traumatiserende ervaringen. Erkent de minister dat iemand hierdoor moegestreden kan raken, zonder het euthanasieverzoek zelf uitsluitend aan ontbrekende zorg toe te schrijven? Hoe worden deze ervaringen betrokken bij onderzoek en beleid, zonder afbreuk te doen aan de ernst van het lijden of de autonomie van de patiënt?

Met 'zich gedwongen voelen' doelt het kabinet op het feit dat in het rapport van het RISE-onderzoek wordt aangegeven dat er in wetenschappelijke commentaren op gewezen wordt dat bezuinigingen in de ggz en ouderenzorg ertoe kunnen bijdragen dat het lijden aan een chronische psychische aandoening of aan dementie vergroot wordt. Daardoor zou het kunnen dat deze patiënten 'pressie ervaren' om een euthanasieverzoek te doen. Het RISE-onderzoek laat verder zien dat de kwaliteit van de palliatieve/terminale thuiszorg in Nederland door de bevraagde zorgprofessionals als goed werd ervaren, maar dat een aantal van hen hun zorgen uitte over de beschikbaarheid hiervan. De tekorten in de zorg werden door hen in verband gebracht met de ervaren lijdensdruk of de ervaren verminderde kwaliteit van leven en geopperd als mogelijke oorzaak van meer euthanasieverzoeken.

Het kabinet vindt het zorgelijk en onwenselijk dat gebrek aan tijdige en passende zorg, ondersteuning of behandeling euthanasiewensen van patiënten in de hand kunnen werken of versterken. Het kabinet zet dan ook volop in op de beschikbaarheid van goede en toegankelijke zorg.
Op basis van het RISE-onderzoek kan echter geen causaal verband worden vastgesteld tussen knelpunten in de (ggz-)zorg en het ontstaan van euthanasiewensen of de stijging van het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen.

Zoals in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek is aangegeven, stelt het kabinet financiering beschikbaar voor twee vervolgonderzoeken:
1) Onderzoek naar de relatie tussen de toegankelijkheid en kwaliteit van de (ggz-)zorg en het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen. De opdrachtverstrekking – waarin nader geëxpliciteerd wordt welke onderzoeksvragen beantwoord moeten worden, hoe het onderzoek ingericht moet worden en welke resultaten het onderzoek moet opleveren – moet zorgvuldig worden voorbereid in afstemming met onder meer ZonMw. In de loop van 2027 zal ZonMw de opdracht voor dit

[14] Kamerstukken II 2025/26, 31 036, nr.13.

onderzoek verstrekken. De genoemde aandachtspunten zullen daarbij betrokken worden en waar mogelijk worden meegenomen in het onderzoek.

2) Vervolgonderzoek naar de doodswens en hulpbehoeften van mensen met een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden. Voor het onderzoek geldt een maximale looptijd van medio 2027 tot en met 2031. Het vervolgonderzoek dient aan te sluiten op het lopende SUNSET-onderzoek. In dit onderzoek worden mensen die verzoeken om euthanasie vanwege psychisch lijden uitgenodigd voor vragenlijstonderzoek. De eerste meting vindt plaats direct na aanmelding, met een herhaalde meting na zes maanden en daarna elk jaar. Ook wanneer het euthanasieverzoek wordt ingetrokken of afgewezen, blijven ze (mits zij dat willen) deelnemer in het onderzoek en ontvangen ze elk jaar een uitnodiging voor deelname. De vragenlijst bevat óók vragen over behandelmoeheid, positieve en negatieve ervaringen in de ggz, en over toegang tot en beschikbaarheid van ggz-zorg, en zal over deze onderwerpen dus uitspraak kunnen doen.
   Het aanvullende onderzoek kan waardevolle inzichten opleveren over onder meer de uitzichtloosheid van het lijden, het effect van behandeling in de ggz en de ontwikkelingen in de ggz-praktijk en is in die zin aanvullend op het eerste onderzoek (althans wat de ggz-zorg betreft). ZonMw zal een subsidieoproep uitzetten met open inschrijving. Mits het voorstel goedgekeurd wordt, zal de subsidieoproep naar verwachting medio november 2026 gepubliceerd kunnen worden waarna het project in 2027 kan starten.

De leden van de PRO-fractie vragen welke maatregelen de minister op korte termijn neemt voor mensen met complexe psychische problematiek die nergens passende hulp vinden. Het kabinet verwijst naar afspraken in het IZA en AZWA, waaronder uitbreiding van behandelcapaciteit en het in beginsel niet langer hanteren van exclusiecriteria. Wanneer merken patiënten hiervan daadwerkelijk resultaat? Wat betekent 'in beginsel' voor mensen die vanwege suïcidaliteit of meerdere diagnoses worden afgewezen? Wie draagt in zo'n situatie verantwoordelijkheid voor passende vervolgzorg en overbruggingszorg? Hoe worden continuïteit van behandelrelaties, traumabewuste zorg en herstel van vertrouwen geborgd? Kan de minister aangeven hoe uitvoering van de zorgplicht wordt gecontroleerd en wat gebeurt wanneer instellingen en verzekeraars naar elkaar blijven verwijzen?

Het kabinet vindt het van groot belang dat mensen met ernstige en complexe psychische problematiek tijdig passende zorg en ondersteuning ontvangen. Juist voor deze groep zijn in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) afspraken gemaakt over het vergroten van behandelcapaciteit, proactieve zorgbemiddeling en het stoppen van hanteren van exclusiecriteria door aanbieders, behalve wanneer dit strikt noodzakelijk is voor zorginhoudelijk te onderbouwen uitzonderingsgevallen. Enkel voor een aantal "laag volume, hoog complexe zorgvragen" kunnen exclusiecriteria gelden, op basis waarvan vanuit een regio kan worden doorverwezen naar een landelijke voorziening. Zorgverzekeraars gaan in het inkoopbeleid van 2027 sturen op het terugdringen van exclusiecriteria bij aanbieders. De inzet is dat de zorgvraag van de patiënt leidend is bij het organiseren van passende hulp. Suïcidaliteit of het hebben van meerdere diagnoses mag er niet toe leiden dat iemand zonder passende hulp tussen wal en schip valt. Als een aanbieder geen passende zorg kan bieden, moet deze wel meedenken over een passend vervolg en zich inspannen om hiernaar door te verwijzen. Dit volgt uit het Landelijk kwaliteitsstatuut ggz.[15]

[15] Landelijk kwaliteitsstatuut ggz 4.0 (2025): https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsstandaarden/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut

Voor de patiënt moet helder zijn wie aanspreekbaar is voor de behandeling, de overdracht en eventuele overbruggingszorg. Continuïteit van behandelrelaties, een zorgvuldige overdracht en aandacht voor eerdere traumatische ervaringen zijn daarbij van belang. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet als toezichthouder erop toe dat zorgverzekeraars voldoende zorg inkopen om aan hun zorgplicht te voldoen.

In de toekomstbrief mentale gezondheid en ggz van 2 oktober 2026[16] heeft het kabinet aanvullende maatregelen aangekondigd om passende zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problematiek en complexe hulpvragen beter beschikbaar te maken. Het gaat onder meer om het versterken van bemoeizorg en de samenwerking tussen de ggz en het sociaal domein. Daarnaast bereidt het kabinet verschillende praktijktoetsen voor, onder meer om te werken zonder omzetplafonds in de acute ggz en bij beveiligde bedden. Daarmee wordt onderzocht of deze werkwijze bijdraagt aan een betere toegankelijkheid van de zorg.

De leden van de PRO-fractie verwelkomen het aangekondigde onderzoek naar toegankelijkheid en kwaliteit van de ggz in relatie tot euthanasieverzoeken en -meldingen, evenals het vervolg op SUNSET voor 2027–2031. Welke budgetten zijn hiervoor gereserveerd, wanneer starten beide onderzoeken en wanneer ontvangt de Kamer de eerste resultaten? Worden behandelmoeheid, iatrogene schade, exclusiecriteria en verlies van continuïteit expliciet onderzocht? Worden ook mensen gevolgd die hun verzoek intrekken of van wie het verzoek wordt afgewezen? Hoe worden patiënten, ervaringsdeskundigen en naasten bij de vraagstelling en uitvoering betrokken? Welke verbeteringen kan de minister al doorvoeren voordat deze onderzoeken zijn afgerond?

Zoals in antwoord op een eerdere vraag van de PRO-fractie is aangegeven, stelt het kabinet financiering beschikbaar voor de volgende twee onderzoeken:

1) Onderzoek naar de relatie tussen de toegankelijkheid en kwaliteit van de (ggz-)zorg en het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen. Voor dit onderzoek is € 200.000 beschikbaar. De opdrachtverstrekking – waarin nader geëxpliciteerd wordt welke onderzoeksvragen beantwoord moeten worden, hoe het onderzoek ingericht moet worden en welke resultaten het onderzoek moet opleveren – moet zorgvuldig worden voorbereid in afstemming met onder meer ZonMw. In de loop van 2027 zal ZonMw de opdracht voor dit onderzoek verstrekken. In deze fase is de exacte startdatum en looptijd van het onderzoek nog niet bekend. Er valt dan ook niet te zeggen wanneer de Kamer de onderzoeksresultaten tegemoet kan zien. Zorgvuldigheid staat voorop.
2) Vervolgonderzoek naar de doodswens en hulpbehoeften van mensen met een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden. Voor dit onderzoek is een bedrag van € 913.700 beschikbaar. Voor het onderzoek geldt een maximale looptijd van medio 2027 tot en met 2031. Het vervolgonderzoek dient aan te sluiten op het lopende SUNSET-onderzoek. In dit onderzoek worden mensen die verzoeken om euthanasie vanwege psychisch lijden uitgenodigd voor vragenlijstonderzoek. De eerste meting vindt plaats direct na aanmelding, met een herhaalde meting na zes maanden en daarna elk jaar. Ook wanneer het euthanasieverzoek wordt ingetrokken of afgewezen, blijven ze (mits zij dat willen) deelnemer in het onderzoek en ontvangen ze elk jaar een uitnodiging voor deelname. De vragenlijst bevat óók vragen over behandelmoeheid,

[16] Kamerstukken II 2026/27, 25 424, nr. 820

positieve en negatieve ervaringen in de ggz, en over toegang tot en beschikbaarheid van (ggz-)zorg, en zal over deze onderwerpen dus uitspraak kunnen doen. In de projectgroep zit een ervaringsdeskundige die zelf een euthanasieverzoek heeft gedaan en een naaste heeft verloren door euthanasie op psychische gronden. In de klankbordgroep zitten een ervaringsdeskundige die op dit moment in een euthanasietraject zit, en een nabestaande van euthanasie, beide op psychische gronden. Daarnaast hebben de onderzoekers contact met meerdere ervaringsdeskundigen (zowel mensen die een euthanasieverzoek deden, hun naasten en nabestaanden) die zij op cruciale momenten kunnen consulteren. Het aanvullende onderzoek kan waardevolle inzichten opleveren over onder meer de uitzichtloosheid van het lijden, het effect van behandeling in de ggz en de ontwikkelingen in de ggz-praktijk en is in die zin aanvullend op het eerste onderzoek (althans wat de ggz-zorg betreft). ZonMw zal een subsidieoproep uitzetten met open inschrijving. Mits het voorstel goedgekeurd wordt, zal de subsidieoproep naar verwachting medio november 2026 gepubliceerd kunnen worden waarna het project in 2027 kan starten.

Zoals in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek is aangegeven, zijn al diverse activiteiten in gang gezet om de geestelijke gezondheidszorg, de jeugdzorg, de ouderenzorg en de palliatieve zorg te verbeteren.

De leden van de PRO-fractie vragen om gerichte verdieping van de samenhang tussen suïcidaliteit en euthanasiewensen. Schweren en collega's onderzochten 397 verzoeken van 353 mensen jonger dan 24 jaar bij het Expertisecentrum Euthanasie in de periode 2012–2021. Twaalf verzoeken resulteerden in euthanasie; tijdens het aanvraag- en beoordelingsproces overleden zeventien mensen door suïcide. Deze uitkomsten kunnen niet zonder meer worden veralgemeniseerd, maar onderstrepen de noodzaak van onderzoek. Is de minister bereid binnen het aangekondigde vervolgonderzoek expliciet te onderzoeken hoe acute suïcidaliteit, een persisterende doodswens en een weloverwogen euthanasieverzoek zich tot elkaar verhouden?

Het vervolgonderzoek naar de doodswens en hulpbehoeften van mensen met een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden dient voort te bouwen op het lopende SUNSET-onderzoek. Doelen van het lopende SUNSET-onderzoek zijn onder andere meer inzicht te krijgen in klinische kenmerken van de groep mensen die euthanasie aanvraagt, waaronder suïcidaliteit en meer inzicht te krijgen in het beloop van de doodswens in de periode na het euthanasieverzoek. Binnen het onderzoek worden momenteel 188 patiënten gevolgd – onder wie 56 patiënten jonger dan 30 jaar – en bevraagd op allerlei zaken: de ervaren beschikbaarheid en toegankelijkheid van ggz-zorg en de invloed daarvan op het euthanasieverzoek, diagnoses, behandelgeschiedenis, 'behandelafwijzing', totale behandelduur, actuele wachtlijststatus en open vragen over positieve en negatieve zorgervaringen en de invloed die deze hebben (gehad) op de suïcidaliteit en euthanasiewens. Voortzetting van het onderzoek naar de doodswens en hulpbehoeften van mensen met een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden kan waardevolle inzichten opleveren over de ontwikkeling van de patiënten die nu gevolgd worden.

Welke betekenis hebben eerdere suïcidepogingen en veranderingen in de doodswens voor de beoordeling? Hoe wordt suïcidepreventie tijdens én na een beoordelingsprocedure geborgd, terwijl de euthanasiewens serieus en zonder vooringenomenheid wordt besproken?

Zoals in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische aandoening is aangegeven, dient een arts in het kader van een euthanasieverzoek op basis van een psychische aandoening ook de (acute) suïcidaliteit van de patiënt te beoordelen. In de beoordeling van de patiënt moet de arts onderscheid kunnen maken tussen suïcidaliteit en een verzoek om levensbeëindiging. Een doodswens die voortkomt uit (acute) suïcidaliteit vergt een ander behandelbeleid dan een verzoek om hulp bij levensbeëindiging.

Levensbeëindiging op verzoek vereist een consistente en duurzame doodswens met een vrijwillig en weloverwogen verzoek waarbij op grond van een psychische aandoening sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Bij patiënten die op grond van een psychische aandoening suïcidaal gedrag vertonen zijn de volgende kenmerken van belang: het gaat in de regel om impulsief gedrag als uitingsvorm van de onderliggende psychopathologie, de patiënt is veelal niet of niet volledig wilsbekwaam terzake (ten aanzien van de keuze voor de dood), het is de vraag of er redelijkerwijs resultaat van behandeling te verwachten is en er wordt doorgaans geen derde gevraagd om uitvoering aan de doodswens geven.

Op grond van de richtlijn moet bij een vermoeden op suïcidegevaar een risico-inschatting gedaan worden om de kans op een suïcidepoging in te schatten conform de aanbevelingen in de multidisciplinaire richtlijn Suïcidaliteit.[17] Bij een hoog suïciderisico moet de patiënt beschermd en beveiligd worden, desnoods met dwangmaatregelen, en moet de onderliggende psychiatrische problematiek behandeld worden.[18]

De patiënt die een verzoek tot levensbeëindiging doet, zal zijn wens slechts vervuld kunnen zien wanneer hij in staat is zijn suïcidale impulsen gedurende het (soms langdurige) traject te beheersen. De arts kan namelijk niet afzien van het nauwgezet beoordelen van de wettelijke zorgvuldigheidseisen, ook niet vanwege de dreiging van suïcide op korte termijn.[19]

De leden van de PRO-fractie vragen daarnaast aandacht voor verschillen naar leeftijd en geslacht en voor de hulpbehoeften van mensen met autisme. In het onderzoek van Schweren was bijna driekwart van de aanvragers vrouw. Van de twaalf mensen die door euthanasie overleden, hadden negen een autismediagnose. Dat zijn kleine aantallen, waaruit geen algemene causale conclusies kunnen worden getrokken. Is de minister bereid te onderzoeken welke rol gender, diagnostiek, trauma, neurodiversiteit en toegankelijkheid van passende behandeling spelen? Wordt daarbij ook gekeken naar verschillen tussen vrouwen en mannen in suïcidaliteit en het uiten van een euthanasiewens? Hoe wordt voorkomen dat autisme ten onrechte met uitzichtloosheid wordt vereenzelvigd, terwijl mogelijke tekortkomingen in autismevriendelijke zorg en ondersteuning buiten beeld blijven?

[17] https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/su_cidaliteit/startpagina_-_su_cidaliteit.html

[18] NVvP-richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische aandoening* (2026), p.17 e.v.

[19] NVvP-richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische aandoening* (2026), p. 11.

Zoals in antwoord op een eerdere vraag van de leden van de PRO-fractie is aangegeven, zullen de onderzoeksvragen voor het nog uit te zetten onderzoek naar de relatie tussen de toegankelijkheid en kwaliteit van de (ggz-)zorg en het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen nog nader geëxpliciteerd worden. De genoemde aandachtspunten zullen daarbij betrokken worden en waar mogelijk worden meegenomen in het onderzoek.

Wat het vervolgonderzoek naar de doodswens en hulpbehoeften van mensen met een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden betreft: dat onderzoek dient, zoals eerder aangegeven, voort te bouwen op het lopende SUNSET-onderzoek. In de SUNSET-vragenlijst worden alle genoemde factoren - gender, diagnostiek, trauma, neurodiversiteit en toegankelijkheid van passende behandeling - uitgevraagd. De data die nodig zijn om deze analyses uit te voeren, zijn dus aanwezig en de dataset wordt steeds rijker naarmate de inclusie langer loopt.

Wat de relatie tussen de diagnose autisme en uitzichtloosheid betreft: zoals in de NVvP-richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische aandoening (2026) is aangegeven, houdt uitzichtloosheid in dat er geen uitzicht meer bestaat op het verlichten, verzachten, verdragen of wegnemen van het lijden. En is er geen redelijk behandelperspectief meer. Bij patiënten met een psychische aandoening is uitzichtloosheid sterk persoonsgebonden en individueel bepaald. Uitzichtloosheid verwijst naar de geobjectiveerde visie van de arts over de al dan niet resterende behandelopties bij deze specifieke patiënt. Het gaat om een beoordeling door de arts van de individuele en persoonlijke situatie van deze unieke patiënt, niet om een algemeen oordeel over uitzichtloosheid gegeven de psychiatrische diagnose(n). Er is sprake van afwezigheid van een redelijke andere oplossing als er geen redelijke psychiatrische behandelingen in engere zin meer mogelijk zijn en herstelondersteunende zorg evenmin perspectief biedt op het verzachten of draaglijk maken van het lijden.[20]

De leden van de PRO-fractie lezen in het rapport signalen over maatschappelijke uitsluiting, eenzaamheid en beperkte ruimte voor neurodiversiteit. Hoe neemt de minister deze sociale omstandigheden mee in het vervolgonderzoek? Welke concrete inzet volgt om mensen na langdurige ggz-behandeling te ondersteunen bij wonen, onderwijs, werk en het opbouwen van sociale contacten? Hoe voorkomt de minister dat begeleiding wegvalt wanneer een behandeltraject eindigt of jongeren achttien worden? Worden gemeenten en mensen met ervaringskennis hierbij betrokken? Deze leden vragen hoe de minister waarborgt dat herstel en deelname aan de samenleving daadwerkelijk mogelijk zijn, ook wanneer klachten blijven bestaan.

Zoals hierboven is aangegeven, zullen de onderzoeksvragen voor het nog uit te zetten onderzoek naar de relatie tussen de toegankelijkheid en kwaliteit van de (ggz-)zorg en het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen nog nader geëxpliciteerd worden. De genoemde aandachtspunten zullen daarbij betrokken worden en waar mogelijk worden meegenomen in het onderzoek.

Herstel omvat meer dan vermindering van psychische klachten. Ook wanneer klachten blijven bestaan, moeten mensen kunnen werken aan een betekenisvol leven en deelname aan de samenleving. Daarbij kunnen ondersteuning bij wonen, onderwijs en werk en het opbouwen en behouden van sociale contacten van grote betekenis zijn. Die

[20] NVvP-richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische aandoening* (2026), p. 48 en 52.

ondersteuning moet aansluiten bij de behoeften en mogelijkheden van de persoon, met ruimte voor verschillen, waaronder neurodiversiteit.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn afspraken gemaakt over het verbeteren van de regionale samenwerking tussen de zorg en het sociaal domein. Deze samenwerking is van belang om behandeling en ondersteuning in samenhang te organiseren. Het uitgangspunt moet zijn dat tijdig wordt besproken welke ondersteuning na een behandeltraject nodig blijft en hoe de overgang wordt geregeld. Het beëindigen van een behandeling betekent immers niet dat ook de ondersteuningsbehoefte eindigt. De toekomstbrief mentale gezondheid en ggz[21] beschrijft daarnaast de inzet op laagdrempelige steunpunten, waakvlamondersteuning en betere samenwerking tussen ggz en werk. Daarbij wordt de uitvoering van Individuele Plaatsing en Steun (IPS) gestimuleerd. Ook wordt een praktijktoets met het Ecosysteem Mentale Gezondheid voorbereid, waarin professionals en ervaringsdeskundigen samenwerken aan herstel en deelname aan de samenleving.

Wanneer jongeren 18 worden, is het belangrijk dat zij tijdig voorbereid worden op deze overgang. Dit ziet enerzijds op de overdracht van zorg specifiek en anderzijds op begeleiding in de brede zin. Dit laatste gebeurt door middel van een toekomstplan met focus op de Big5 (wonen, support, school en werk, welzijn en inkomen). In de Hervormingsagenda Jeugd hebben gemeenten en jeugdhulpaanbieders zich gecommitteerd om tijdig met dit toekomstplan aan de slag te gaan en te zorgen voor een warme overdracht. De individuele situatie van de jongeren is daarin leidend. Veel jongeren willen bijvoorbeeld een eigen plek, terug naar school of werk. Daarnaast is bijvoorbeeld ter ondersteuning van gemeenten de Aanpakbeschrijving 16-27, ter voorkoming van dakloosheid bij jongeren die uitstromen uit jeugdzorg met verblijf, beschikbaar gekomen. Deze is opgesteld is door het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ). Met betrekking tot de overgang van jeugd-ggz naar volwassen ggz, zet het kabinet samen met gemeenten, jeugdhulpaanbieders en zorgverzekeraars in op verdere verbetering. Daarom maakt dit thema onderdeel uit van de Versterkingsagenda Mentale Gezondheid en ggz.

De leden van de PRO-fractie delen de zorg over discrepanties tussen de RTE-EuthanasieCode en professionele richtlijnen. Welke verschillen bestaan na de recente herzieningen nog tussen de EuthanasieCode en de NVvP-richtlijn, en wat betekenen deze voor patiënten en artsen? Is de minister bereid te bevorderen dat de actuele multidisciplinair ontwikkelde NVvP-richtlijn leidend is als professionele standaard voor de beoordeling van euthanasieverzoeken wegens psychisch lijden, met behoud van de onafhankelijke wettelijke toetsing door de RTE? Hoe wordt voorkomen dat het oplossen van discrepanties neerkomt op het verlagen van professioneel noodzakelijke zorgvuldigheid? Welke afspraken worden hierover gemaakt, wie bewaakt de voortgang en wanneer wordt de Kamer geïnformeerd? Hoe krijgen patiënten en naasten een volwaardige stem, en hoe blijft extra zorgvuldigheid gebaseerd op individuele beoordeling in plaats van op veronderstelde wilsonbekwaamheid vanwege een diagnose?

De EuthanasieCode van de RTE[22] en de NVvP-richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische aandoening[23] stellen beide dat wanneer het

[21] Kamerstukken II 2026/27, 25 424, nr. 820.

[22] https://www.euthanasiecommissie.nl/documenten/2026/01/01/euthanasiecode

[23] https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/levensbe_indiging_op_verzoek_bij_pati_nten_met_een_psychische_aandoening/startpagina_-

euthanasieverzoek (grotendeels) voortkomt uit lijden als gevolg van een psychische aandoening grote behoedzaamheid wordt verwacht. Ze geven hier vervolgens beide andere invulling aan:

- De RTE toetst, zoals opgenomen in de EuthanasieCode, of de arts een onafhankelijke psychiater heeft geraadpleegd. Deze moet hebben beoordeeld dat de patiënt wilsbekwaam is ten aanzien van het verzoek, dat het lijden uitzichtloos is en dat redelijke alternatieven ontbreken. De arts kan zelf beslissen of dat een onafhankelijke psychiater náást een (SCEN-)consulent wordt geraadpleegd, of een (SCEN-)consulent die tevens psychiater is.
- De NVvP-richtlijn stelt dat er altijd een aparte onafhankelijke psychiater geraadpleegd moet worden, naast het consult door een (SCEN-)consulent. De beoordeling omvat expliciet diagnose, uitzichtloosheid van het lijden, behandelopties en vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. De wilsbekwaamheid wordt standaard beoordeeld. Vanaf de richtlijn herziening van 12 juni jl. geldt dat deze psychiater diens bevindingen moet bespreken in een multidisciplinair overleg (MDO), om meerdere perspectieven te borgen.

Zoals reeds aangegeven in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek vindt het kabinet het onwenselijk dat er discrepanties bestaan tussen de EuthanasieCode en de richtlijnen van de beroepsgroepen omdat dit tot rechtsonzekerheid bij artsen kan leiden.[24]

Het kabinet is verantwoordelijk voor de goede werking van het systeem. Uit dien hoofde roept het kabinet betrokken partijen dan ook op om de verschillen in gezamenlijkheid op te lossen. Het kabinet gaat echter niet over de inhoud van de EuthanasieCode of de medisch-professionele richtlijnen. De RTE heeft in ieder geval aangegeven het gesprek over de discrepanties met betrokken partijen te willen voortzetten en de gedachtewisseling verder te willen bevorderen. Het kabinet laat zich door betrokken partijen informeren over de voortgang en wacht de uitkomst van de gesprekken af.

Wat de extra zorgvuldigheid betreft wijst de NVvP erop, zoals eerder geschreven in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek, dat een individuele beoordeling juist essentieel is om stigmatisering te voorkomen. De aanvullende zorgvuldigheid die de richtlijn voorschrijft is niet gebaseerd op de diagnose als zodanig, maar op de complexiteit van de beoordeling in de individuele situatie. Dat uitgangspunt deelt het kabinet. De NVvP heeft ook aangegeven dat het belang van de patiënt niet los te zien is van diens sociale en relationele context. Voor de richtlijnherziening heeft de NVvP dan ook een multidisciplinair expertteam samengesteld, en zijn er veel verschillende belanghebbenden betrokken zoals patiënten- en naastenverenigingen, verschillende beroepsverenigingen en ethici en juristen.

De leden van de PRO-fractie vragen naar de signalen over bewust stoppen met eten en drinken (BSTED) bij jonge mensen met psychische klachten. Welke gegevens zijn beschikbaar over omvang en ontwikkeling, leeftijd, geslacht, behandelgeschiedenis en de relatie met eerdere euthanasieverzoeken?

Zoals aangegeven in de beantwoording van eerdere schriftelijke vragen is er in Nederland geen organisatie die cijfers bijhoudt hoe vaak jonge mensen met psychische klachten overlijden door te stoppen met eten en drinken. Uit recent onderzoek naar euthanasieverzoeken vanwege psychisch lijden onder jonge mensen (<24 jaar) blijkt dat

_levensbe_indiging_op_verzoek_bij_pati_nten_met_een_psychische_aandoening.html

[24] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr.115.

bij twee van de in totaal 353 hulpvragers het euthanasietraject bij Expertisecentrum Euthanasie eindigde door te stoppen met eten en drinken, ofwel in ca. 0,5% van de gevallen.[25] Uit een eerder dossieronderzoek van Expertisecentrum Euthanasie (EE) naar de achtergronden en het verloop van euthanasieverzoeken op grond van psychiatrisch lijden bij EE van 1.308 patiënten in de periode 2012-2018 is gebleken dat acht hulpvragers stopten met eten en drinken op een totaal aantal van 267 geregistreerde sterfgevallen.[26] [27]

Op basis van signalen uit het veld schatten kinderpsychiaters in dat er in de periode vanaf 2024 tot heden sprake is geweest van enkele tientallen trajecten van bewust stoppen met eten en drinken (BSTED) bij jongeren met psychische klachten. Deze inschatting is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk en niet op systematisch verzamelde gegevens. Het is bovendien niet bekend of al deze trajecten daadwerkelijk tot overlijden hebben geleid. Concrete cijfers over de omvang, ontwikkeling, leeftijd, geslacht, behandelgeschiedenis of de relatie met eerdere euthanasieverzoeken zijn momenteel niet beschikbaar.

De KNMG-handreiking uit 2024 laat de eerdere leeftijdsgrens van zestig jaar los. Is onderzocht welke gevolgen dit heeft voor jonge mensen met psychisch lijden?

Er bestaat onder kinder- en jeugdpsychiaters de indruk dat jongeren met psychische problemen de afgelopen jaren vaker voor bewust stoppen met eten en drinken (BSTED) kiezen. Deze indruk is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk. Of dit verband houdt met de herziene handreiking van de KNMG is niet bekend. Er is mogelijk ook een verband met de aandacht in de media en het maatschappelijk debat rondom euthanasie bij jonge mensen met een psychische aandoening. De maatschappelijke discussie over dit onderwerp kan mensen het gevoel geven dat het beoordelen van een verzoek om euthanasie veel tijd zal kosten en waarschijnlijk zal worden afgewezen. Daardoor kiezen zij mogelijk vaker voor BSTED. Objectieve gegevens die deze ontwikkeling bevestigen of kwantificeren, zijn momenteel echter niet beschikbaar. Daarnaast lijkt BSTED niet uitsluitend onder jongeren vaker voor te komen. Ook volwassenen jonger dan 60 jaar met psychische aandoeningen lijken de afgelopen jaren vaker voor deze route te kiezen, bijvoorbeeld wanneer niet wordt voldaan aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen voor euthanasie, of wanneer zij de procedure voor euthanasie niet in willen gaan. Ook hiervoor zijn geen exacte gegevens bekend.

Is de minister bereid onafhankelijk onderzoek te laten verrichten naar deze praktijk en de toereikendheid van de begeleiding?

Het kabinet heeft begrepen dat onderzoekers van het Amsterdam UMC en 113 Zelfmoordpreventie momenteel werken aan een onderzoeksvoorstel voor onderzoek naar mensen met een psychische aandoening die bewust stoppen met eten en drinken. Het kabinet is bereid om met de onderzoekers in gesprek te gaan om

[25] Lizanne J.S. Schweren e.a., Requests for Medical Assistance in Dying by Young Dutch People With Psychiatric Disorders, JAMA Psychiatry, January 2, 2025.
[26] Monique Kammeraat en Pieternel Kölling - Psychiatrische patiënten bij Expertisecentrum Euthanasie - Retrospectieve dossierstudie naar de achtergronden en het verloop van euthanasieverzoeken op grond van psychiatrisch lijden bij Expertisecentrum Euthanasie - periode 2012–2018.
[27] Kamerstukken II 2025/26, Aanhangsel van de Handelingen, 1464.

financieringsmogelijkheden voor dit onderzoeksvoorstel te verkennen, bijvoorbeeld via ZonMw.
Kan de minister bij de betrokken beroepsverenigingen nagaan welke psychiatrische expertise bij de herziening betrokken was en of aanvullende expertise en aanbevelingen noodzakelijk zijn?

Navraag bij Artsenfederatie KNMG leert dat bij het opstellen en de herziening van de KNMG-handreiking Zorg voor mensen die stoppen met eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen (2024*)* in beperkte mate gebruik is gemaakt van psychiatrische expertise.

De leden van de PRO-fractie vragen hoe bij BSTED door jonge mensen met psychische klachten wordt omgegaan met wilsbekwaamheid, acute suïcidaliteit, ambivalentie en mogelijkheden voor herstel. Hoe wordt gewaarborgd dat een zorgvuldige psychiatrische beoordeling en suïcidepreventie beschikbaar zijn, met respect voor de rechten van de patiënt? Welke ondersteuning ontvangen naasten en zorgverleners?

Anders dan in geval van een euthanasiewens- of verzoek, kan in Nederland iedere wilsbekwame persoon ervoor kiezen om te stoppen met eten en drinken. Daarvoor is geen toestemming of goedkeuring nodig van een psychiater of andere arts. Mensen die kiezen voor BSTED zijn ook niet altijd in beeld bij de psychiatrie. In de praktijk worden psychiaters en andere artsen dan ook regelmatig geconfronteerd met situaties waarin iemand al is begonnen met een BSTED-traject.
Wanneer het om minderjarigen gaat, geldt net zoals bij jongvolwassenen en volwassenen in de ggz, dat een zorgvuldige psychiatrische beoordeling en aandacht voor suïcidepreventie en suïcidale gedachten ten grondslag liggen aan de inzet van jeugdhulp. Omdat de keuze voor BSTED over het algemeen volgt uit een complexe zorgvraag en een laatste uitvlucht is, is de verwachting dat minderjarigen in beeld zijn van jeugdhulp. Het is dan aan de professional om - in lijn met wetgeving en richtlijnen en met respect voor de rechten van de patiënt - te bepalen in hoeverre het leveren van zorg in het geval van een BSTED-keuze gepast is. Een BSTED-traject kan voor alle betrokkenen emotioneel belastend zijn en gepaard gaan met complexe ethische en professionele afwegingen. Ondersteuning van naasten en betrokken zorgverleners is dan ook zeker van belang. De rol van naasten is in hoofdstuk 5.3 van de huidige handreiking beschreven. BSTED is een keuze die alle mensen mogen maken, en waarvoor ze geen toestemming nodig hebben.

Is de minister bereid met beroepsgroepen en patiëntenorganisaties te onderzoeken hoe vermijdbaar overlijden kan worden voorkomen en welke aanvullende waarborgen nodig zijn? Wordt hierbij rekening gehouden met de verschillende juridische kaders voor BSTED, euthanasie en behandeling, zodat deze niet zonder meer aan elkaar worden gelijkgesteld?

Op initiatief van de NVvP worden er momenteel gesprekken gevoerd met de ggz en jeugd-gzz over de zorg voor jongvolwassenen met psychische problematiek en een wens om bewust te stoppen met eten en drinken (BSTED). In deze gesprekken wordt verkend hoe zorgprofessionals hiermee moeten omgaan. Daarbij wordt uiteraard rekening gehouden met de verschillende juridische en professionele kaders die van toepassing zijn op BSTED, euthanasie en (reguliere) behandeling van patiënten. Het kabinet wordt op de hoogte gehouden van de uitkomsten en het verdere vervolg van deze gesprekken.

De leden van de PRO-fractie vragen tot slot welke mogelijkheden de minister ziet om herstelgerichte zorg aan te vullen met palliatieve psychiatrische zorg voor mensen met langdurig ernstig lijden. Is het bereid initiatieven zoals Reakiro in België te onderzoeken op werkwijze, resultaten en toepasbaarheid in Nederland? Welke ruimte is er voor ondersteuning die lijden verlicht en verbinding herstelt wanneer nieuwe behandelingen te belastend zijn, zonder herstelmogelijkheden voortijdig af te schrijven? Hoe worden zulke initiatieven bekostigd en toegankelijk gemaakt? Kan de minister daarbij verduidelijken hoe deze zorg aansluit op ThaNet en de reguliere ggz, en hoe mensen met een persisterende doodswens langdurig ondersteuning blijven ontvangen?

Naar aanleiding van een eerdere toezegging aan de Kamer[28] is in opdracht van het ministerie van VWS een verkenning uitgevoerd naar vroegtijdige hulp aan mensen met een vaak ambivalente, chronische, persisterende en/of suïcidale doodswens. Op 1 februari 2024 is het rapport van deze inventarisatie aan de Kamer aangeboden.[29] In het rapport concluderen de onderzoekers onder meer dat er een aantal mogelijkheden is voor verbetering van het bestaande hulpaanbod en dat er twee kansrijke scenario's zijn voor uitbreiding van het bestaande hulpaanbod. Zij verwachtten dat het starten van een nieuw aanbod – zoals Reakiro in België – met meer obstakels gepaard zou gaan dan het uitbreiden van het bestaande aanbod. De toenmalige minister van VWS heeft daarbij aangegeven dat het primair aan de relevante veldpartijen is om in gezamenlijkheid te zorgen voor laagdrempelige zorg, hulp, begeleiding en ondersteuning voor mensen met psychisch lijden en een aanhoudende doodswens.

De geestelijke gezondheidszorg heeft als kerntaak het voorkomen, behandelen en begeleiden van mensen met psychische aandoeningen, met als doel het bevorderen van hun psychische gezondheid, herstel, autonomie en maatschappelijk functioneren. Voor mensen met langdurig ernstig psychisch lijden kan echter een aanvullende benadering nodig zijn wanneer bestaande behandelingen onvoldoende perspectief bieden en /of te belastend zijn. Palliatieve benadering binnen de psychiatrie richt zich op een bredere groep dan alleen mensen met een persisterende doodswens of euthanasieverzoek. De palliatieve benadering kan een aanvulling zijn waarbij naast herstelondersteuning verdere aandacht is voor de kwaliteit van leven, verbondenheid en verlichten van het lijden. Zowel de reguliere ggz als initiatieven daarbuiten kunnen continuïteit van zorg en ondersteuning bieden waarbij behoeften en mogelijkheden van de patiënt richtinggevend zijn.

In Nederland is inmiddels een initiatief ontstaan vanuit een groep psychiaters, psychologen, geestelijk verzorgenden, klinisch geriater, onderzoekers en ervaringsdeskundigen. Onder hen bevinden zich ook leden van ThaNet, de Stichting PsyPal+ (stichting palliatieve zorg psychiatrie en verslavingszorg) en de commissie euthanasie van de NVvP. Zij werken aan een gezamenlijke visie en concrete ontwikkelmogelijkheden van zorg voor mensen bij wie (herstelgerichte) behandeling geen of onvoldoende verbetering meer biedt; daarbij is het niet altijd zo dat deze mensen een doodswens of euthanasieverzoek hebben. Anders dan vaak in de somatische palliatieve zorg kan deze benadering bij psychisch lijden langdurig, soms jarenlang, nodig zijn en is deze niet noodzakelijk gericht op het levenseinde. Een onderdeel van deze ontwikkeling is het verkennen van laagdrempelige ondersteuning zoals reeds beschreven in de eerdergenoemde verkenning en ook naar het voorbeeld

[28] Kamerstukken II 2022/23, 32647, nr. 95.

[29] Kamerstukken II 2023/24, 32647/25424, nr. 104.

van Reakiro, waarbij de werkwijze, ervaringen en resultaten worden onderzocht op toepasbaarheid in Nederland. Ook wordt gewerkt aan de verdere ontwikkeling en implementatie van de zogenaamde crustatieve *(*schelp*)* zorg-benadering, met name voor de intramurale setting voor mensen met een persisterende ernstige psychiatrische aandoening. Voor zorgverleners die te maken hebben met mensen met een persisterende doodwens of euthanasieverzoek op psychische grondslag kan Thanet als landelijke kennis- en expertisenetwerkfunctie bijdragen aan deskundigheidsbevordering en kennisdeling.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie
De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het rapport van het RISE-onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie en van de kabinetsreactie daarop.

Naar aanleiding van I.- Rapport van het RISE-onderzoek, hoofdstuk 1: Achtergrond en opzet van het rapport. De leden van de PVV-fractie wijzen erop dat uit de vierde wetsevaluatie blijkt dat het aandeel patiënten met een verzoek niet steeg, maar het aandeel ingewilligde verzoeken wel: van 55% in 2015 naar 67% in 2021. Hoe verklaart de minister dit bij een ongewijzigde wet? Vindt zij dit een (on)wenselijke ontwikkeling?

Zoals in het rapport van de vierde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) wordt aangegeven, is niet duidelijk wat ten grondslag ligt aan de stijging van het aantal ingewilligde verzoeken. Verzoeken om euthanasie kunnen alleen ingewilligd worden binnen het huidige wettelijke kader. Een arts moet ervan overtuigd zijn dat aan de zorgvuldigheidseisen van de Wtl is voldaan. Uit het rapport blijkt in ieder geval dat negen van de tien uitgevoerde verzoeken patiënten betroffen met kanker of een andere levensbedreigende aandoening.[30]

Naar aanleiding van hoofdstuk 2: Wettelijke en medisch-professionele kaders voor toetsing en uitvoering. De leden van de PVV-fractie constateren dat de regering bij de invoering van de wet stelde dat de zorgvuldigheidseisen 'voldoende bestendig' waren en niet zouden leiden tot 'een steeds verdergaande versoepeling'. De onderzoekers stellen nu vast dat de ontwikkelingen 'de facto hebben bijgedragen aan het verbreden van de omstandigheden waaronder euthanasie plaatsvindt.' Hoe reageert de minister hierop?

De wetgever heeft bij de totstandkoming van de Wtl gekozen voor open normen die kunnen meebewegen met wetenschappelijke of maatschappelijke ontwikkelingen en veranderende inzichten of opvattingen over de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen of over euthanasie in het algemeen. Daarbij is overigens ook duidelijk gesteld dat dit niet betekent dat alles kan, en zijn bepaalde kaders meegegeven.[31]
De onderzoekers van het RISE-onderzoek signaleren zowel een toename van het aantal euthanasiemeldingen bij terminale ziekten als een verbreding van de aandoeningen waarvoor euthanasie wordt verleend. Zo wordt er vaker euthanasie verleend bij chronische ziekten, psychische aandoeningen en dementie. De onderzoekers constateren dat de wet niet is veranderd, maar de toepassing wél.
Zij signaleren dat in de loop der tijd accentverschuivingen zichtbaar zijn geworden in het morele krachtenveld. Door rapportages, rechterlijke uitspraken, tuchtuitspraken,

[30] Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, Den Haag: ZonMw, mei 2023, p. 160.
[31] H. Weyers, Euthanasie in Nederland 2002-2022, Den Haag: Boom juridisch, 2022, p. 142 e.v.

oordelen en toelichting van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) en aanscherping van de professionele richtlijnen van de Artsenfederatie KNMG en Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is het handelings- en toetsingskader geleidelijk fijnmaziger en explicieter geworden. Deze ontwikkelingen dragen volgens de onderzoekers niet alleen bij aan rechtszekerheid, maar ook aan voortgaande normontwikkeling. Zij bieden artsen meer houvast bij de beoordeling van euthanasieverzoeken en hebben de facto bijgedragen aan het verbreden van de omstandigheden waaronder euthanasie plaatsvindt, terwijl euthanasie zowel straf- als gezondheidsrechtelijk, normatief en professioneel onverminderd een uitzonderlijke, ultieme handeling blijft en waarbij het kader dat gevormd wordt door de zorgvuldigheidseisen in de Wtl ongewijzigd is gebleven. Euthanasie is geen recht van de patiënt en geen plicht voor de arts.

Zoals in de kabinetsreactie op de resultaten van het RISE-onderzoek is aangegeven, betreft de door de onderzoekers gesignaleerde verbreding van de praktische reikwijdte van de Wtl een nadere invulling van het bestaande juridische kader. Binnen dit kader blijft euthanasie bijzonder medisch handelen waarbij zorgvuldigheid en behoedzaamheid in het onderzoek naar de euthanasiewens centraal staan, bestaat er geen recht van de patiënt op euthanasie, is er geen onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden en is een belangrijke voorwaarde dat het lijden een medische grondslag moet hebben.[32]

De leden van de PVV-fractie lezen dat de toetsingscommissie in 2002 het begrip ondraaglijk lijden nog 'een van de grootste dilemma's' noemde en dat het lijden te objectiveren moest zijn. Twintig jaar later heet de beoordeling 'sterk persoonsgebonden' en zijn woorden als 'onbehandelbaar' en 'onbeheersbaar' uit de toelichting verdwenen. Waar ligt voor de minister de grens van deze verschuiving?

In het RISE-onderzoek stellen de onderzoekers dat in de meer recente jaarverslagen en versies van de EuthanasieCode niet zozeer sprake is van een geheel nieuwe normstelling met betrekking tot het patiëntperspectief, maar dat er in de loop der tijd wel een accentverschuiving zichtbaar is geworden in de manier waarop dit wordt gewogen.[33] De onderzoekers noemen hierbij dat de vierde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) deze ontwikkeling in het licht van een bredere verschuiving binnen de gezondheidszorg plaatst, waarbij het patiëntperspectief en respect voor autonomie over de hele linie een centralere plek hebben gekregen. Binnen de open normen van de Wtl is dus sprake van een accentverschuiving in de weging van het patiëntperspectief, of een andere explicitering van ondraaglijk lijden. De Wtl, met diens open normen, is zo opgesteld om ruimte te laten voor invulling en explicitering vanuit voortschrijdend en veranderend professioneel medisch inzicht.
De vereiste van een medische grondslag stelt een duidelijke en belangrijke grens aan de invulling van de open normen van de Wtl. Daarnaast blijft euthanasie bijzonder medisch handelen waar geen recht op bestaat. Het wel of niet kunnen honoreren van een euthanasieverzoek is afhankelijk van het professionele oordeel van een arts. Hierbij staan zorgvuldigheid en behoedzaamheid centraal.

De leden van de PVV-fractie hechten grote waarde aan het uitgangspunt uit de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (hierna: NVvP) van 2009: ieder verzoek moet 'in

[32] Kamerstukken II 2026/27, 32 647, nr. 115.
[33] Bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr.114.

eerste instantie worden opgevat als een vraag om levenshulp'. Deelt de minister het uitgangspunt dat een euthanasieverzoek eerst een vraag om hulp bij leven is? Wanneer is de lopende herziening van de NVvP-richtlijn gereed en blijft genoemd uitgangspunt daarin overeind?

Zoals in de NVvP-richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische aandoening (2026) is aangegeven, is het bij een verzoek om levensbeëindiging van patiënten met een psychische aandoening van primair belang om onderscheid te maken tussen een consistente en gemotiveerde vraag om hulp bij levensbeëindiging en een verborgen vraag om levenshulp. Het kabinet onderschrijft dit.

De herziening van de modules uit de NVvP-richtlijn over de second opinion door een onafhankelijke psychiater (module 4.1) en de beoordeling door een onafhankelijke consulent (module 5.1) is inmiddels afgerond. De herziene modules gelden sinds 12 juni 2026. De herziening van module 7 over specifieke patiëntgroepen, met bijzondere aandacht voor jongeren, is gaande en wordt naar verwachting begin 2027 opgeleverd.

Naar aanleiding van hoofdstuk 3: De ontwikkeling van euthanasie in Nederland (1999-2024): de cijfers. De leden van de PVV-fractie constateren dat 'combinatie van aandoeningen' met 1.881 meldingen de op één na grootste groep is, en dat uit de jaarverslagen van de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (hierna: RTE) niet is op te maken welke aandoeningen dit zijn. Kan de minister dit toelichten?

Navraag bij de RTE leert dat een euthanasiemelding wordt geregistreerd in de categorie 'combinatie van aandoeningen' als sprake is van twee of meer aandoeningen uit verschillende categorieën. Bijvoorbeeld een hart- en vaataandoening en een longaandoening. Indien sprake is van twee aandoeningen uit dezelfde categorie, wordt dit niet geregistreerd als 'combinatie van aandoeningen' maar als een aandoening uit de betreffende categorie. In verreweg de meeste gevallen (1.908) gaat het om patiënten die lijden aan meerdere lichamelijke aandoeningen.

Daarnaast zijn ook twee subcategorieën binnen de 'combinatie van aandoeningen' die de RTE in haar jaarverslag heeft uitgesplitst. Dit zijn:
- Somatische aandoening in combinatie met dementie (2025: 202, 2024: 154)
- Somatische aandoening in combinatie met psychiatrie (2025: 80, 2024: 90)

De combinatie van aandoeningen moet niet verward worden met de aparte categorie van stapeling van ouderdomsaandoeningen. Deze aandoeningen ontstaan vaak op latere leeftijd. Onder ouderdomsaandoeningen vallen bijvoorbeeld: slecht zien en horen, (gevolgen van) botontkalking, slijtage van gewrichten, evenwichtsproblemen en cognitieve achteruitgang. Als sprake is van een aandoening die niet direct is gelinkt aan ouderdom zoals kanker, restschade na een CVA (hersenbloeding of beroerte), dementie of een auto-immuunziekte, dan is sprake van een combinatie van aandoeningen.

De leden van de PVV-fractie zijn geschokt door de cijfers over jongeren. Het aantal meldingen op grond van een psychische aandoening bij mensen onder de 30 jaar steeg van 1 in 2016 naar 30 in 2024, en 78% van hen is vrouw. Hoe verklaart de minister deze stijging en het hoge aandeel jonge vrouwen?

Vooropgesteld staat dat het kabinet het zeer verdrietig vindt als jonge mensen geen andere uitweg voor hun lijden meer zien dan om euthanasie te verzoeken. Hoewel het aantal meldingen van patiënten onder de 30 jaar altijd relatief laag is geweest - zoals ook

in het rapport van het RISE-onderzoek wordt aangegeven - blijft iedere melding zorgelijk. Uit het jaarverslag 2025 van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie blijkt overigens dat het aantal meldingen op grond van een psychische aandoening bij mensen onder de 30 jaar in 2025 is gedaald naar 19, waarvan 12 vrouwen.

Het RISE-onderzoek geeft geen verklaring voor het hoge aandeel jonge vrouwen. Uit eerder retrospectief onderzoek naar het aantal jongeren dat in de periode 2012-2021 bij het Expertisecentrum Euthanasie (EE) om euthanasie verzocht, blijkt dat deze groep voornamelijk uit jonge vrouwen bestaat.[34] Veelal zijn zij al op heel jonge leeftijd in de psychiatrie geraakt, gemiddeld rond een jaar of 11. Zonder uitzondering zijn ze opgenomen geweest. Bijna allemaal hadden ze ook gedwongen opnames en crisisopnames. Volgens de onderzoekers is het verschil tussen het aantal jonge vrouwen en jonge mannen die zich melden bij EE deels te verklaren door het feit dat vrouwen vaker en eerder hulp zoeken dan mannen. Daardoor zijn zij eerder bekend bij de ggz, en worden ze ook eerder bestempeld als 'uitbehandeld'. De onderzoekers geven verder aan dat jonge mannen vaak wat later in de zorg terechtkomen en misschien wat minder over hun problemen praten. De onderzoekers constateren dat er een groep vrouwen is die niet geholpen kan worden, niet in de ggz, niet buiten de ggz en niet door de samenleving. Deze vrouwen zien geen andere uitweg dan euthanasie.[35]

Naar aanleiding van hoofdstuk 4: Regiovariatie bij euthanasie in Nederland (2013-2024). De leden van de PVV-fractie lezen dat euthanasie in de gemeenten met de hoogste aantallen ruim vijf keer zo vaak voorkomt als in de gemeente met de laagste: 10,75% tegenover 2,19% van de sterfgevallen in 2024. Het rapport geeft geen verklaring voor deze regionale verschillen. Hoe verklaart de minister deze verschillen?

Het deelonderzoek naar regiovariatie dat onderdeel is van het RISE-onderzoek laat zien dat gemeenten in de kop van Noord-Holland tot de gemeenten behoren met de hoogste incidentie van euthanasie over de jaren 2013-2024 en dat gemeenten in de Biblebelt de laagste euthanasiepercentages in Nederland hebben.
Ook blijkt dat het aantal gemeenten waar geen euthanasie plaatsvindt sterk is afgenomen. De onderzoekers geven inderdaad geen verklaring voor deze regionale verschillen.

Op basis van eerder onderzoek blijkt dat regionale verschillen deels te verklaren zijn door leeftijd, kerkgang, politieke voorkeur, inkomen, gezondheid en de beschikbaarheid van vrijwilligers. Maar deze factoren verklaren niet alles. De onderzoekers opperen dat artsen in bepaalde regio's mogelijk vaker het gesprek beginnen over euthanasie en suggereren het risico op druk door artsen, maar hiervoor levert het onderzoek geen bewijs.[36] Het kabinet heeft dan ook geen (sluitende) verklaring voor de regionale verschillen.

Naar aanleiding van hoofdstuk 5: Oorzaken van de stijging van euthanasie in Nederland: een literatuuronderzoek.

---

[34] L. Schweren et al (2025), Requests for Medical Assistance in Dying by Young Dutch People With Psychiatric Disorders. *JAMA Psychiatry, 82(3), 246–252. doi.org*

[35] Vooral jonge vrouwen vragen om euthanasie vanwege psychisch lijden, blijkt uit nieuw onderzoek | EenVandaag

[36] A. Stef Groenewoud e.a., 'Euthanasia in the Netherlands: a claims data cross-sectional study of geographical variation' in: BMJ Supportive and Palliative Care, https://spcare.bmj.com/content/early/2021/01/12/bmjspcare-2020-002573.full.

De leden van de PVV-fractie lezen dat de bereidheid van artsen om euthanasie te verlenen bij een stapeling van ouderdomsaandoeningen steeg van 23% in 2016 naar 41% in 2022, en dat het aandeel artsen dat naar het EE verwees steeg van 18% naar 47%. De literatuur merkt op dat de stijging bij psychische aandoeningen samenviel met de oprichting van dat centrum. Welke conclusies trekt de minister hieruit?

In het rapport van de vierde evaluatie van de Wtl wordt aangegeven dat de bevraagde artsen (huisartsen, medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde) diverse moeilijkheden ervaren bij euthanasieverzoeken van patiënten met een psychiatrische aandoening, dementie, of een stapeling van ouderdomsaandoeningen, of mensen met een 'voltooid leven'. Een van de moeilijkheden die artsen in de interviews noemden bij de besluitvorming over euthanasieverzoeken van patiënten met een psychiatrische aandoening is het gebrek aan expertise om bijvoorbeeld te bepalen of er geen redelijke andere oplossingen zijn. Andere moeilijkheden die bij euthanasieverzoeken van patiënten met een psychiatrische aandoening werden genoemd waren dat het lastig te bepalen is of het lijden uitzichtloos is, dat het lijden moeilijker invoelbaar kan zijn, en dat het oordeelsvermogen van de patiënt moeilijk te bepalen is.[37] Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde hebben het vaakst doorverwezen naar het Expertisecentrum Euthanasie (EE) of vonden doorverwijzing denkbaar bij patiënten met psychiatrische aandoeningen (66% en 56%). Medisch specialisten hebben het vaakst doorverwezen of vonden doorverwijzing denkbaar bij patiënten met dementie, psychiatrische aandoeningen, stapeling van ouderdomsaandoeningen of 'voltooid leven' (4-5%).[38] Ook van psychiaters is bekend dat zij het beoordelen van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, evenals de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing bij een patiënt met een psychische aandoening als complex beschouwen.[39]

Zoals in het rapport van het RISE-onderzoek wordt aangegeven, is EE in 2012 gestart met het uitvoeren van euthanasie bij patiënten die niet door hun eigen arts geholpen kunnen worden. Sindsdien hebben zij een toenemend aantal patiënten euthanasie verleend. Bij de zogenoemde 'bijzondere' categorieën, stapeling van ouderdomsaandoeningen, dementie en psychiatrie, was sinds de start van de rapportage tot 2019 sprake van een stijging van het aantal door artsen van EE uitgevoerde en gemelde gevallen van euthanasie, waarna er een relatieve daling plaatsvond ten opzichte van het aantal uitgevoerde euthanasieën buiten EE.[40]

De leden van de PVV-fractie lezen dat de stijging van verzoeken bij psychische aandoeningen samenvalt met de wachtlijsten in de ggz, en dat bezuinigingen in de ggz en de ouderenzorg het lijden kunnen vergroten. Hoe beoordeelt de minister dit?

Het kabinet vindt het zorgelijk als druk op het zorgsysteem euthanasiewensen in de hand zou werken of versterken. Niemand mag zich gedwongen voelen een euthanasieverzoek te doen vanwege onvoldoende toegang tot zorg, ondersteuning of

[37] Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, Den Haag: ZonMw, mei 2023, p. 150.
[38] Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, Den Haag: ZonMw, mei 2023, p. 155.
[39] NVvP-richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische aandoening* (2026), p. 9-10.
[40] Het RISE-onderzoek, Mixed-method ethiekonderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie, Nijmegen, Radboudumc, juni 2026, p. 44.

behandeling. Met betrekking tot de ggz geldt dat het niet of niet tijdig beschikbaar zijn van passende hulp psychische klachten kan verergeren en/of gepaard kan gaan met een toename van suïcidale gedachten. Op basis van het RISE-onderzoek kan geen direct verband worden vastgesteld tussen knelpunten in de ggz of ouderenzorg en het ontstaan van euthanasiewensen of de stijging van het aantal euthanasieverzoeken. Het onderzoek geeft ook geen inzicht in hoe vaak de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg een rol spelen bij euthanasiewensen. Dit neemt niet weg dat het kabinet de signalen serieus neemt.

Zoals in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek is aangegeven, stelt het kabinet verder financiering beschikbaar voor de volgende twee aanvullende onderzoeken:

1) Onderzoek naar de relatie tussen de toegankelijkheid en kwaliteit van de (ggz-)zorg en het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen. Voor dit onderzoek is € 200.000 beschikbaar. De opdrachtverstrekking – waarin nader geëxpliciteerd wordt welke onderzoeksvragen beantwoord moeten worden, hoe het onderzoek ingericht moet worden en welke resultaten het onderzoek moet opleveren - moet zorgvuldig worden voorbereid in afstemming met onder meer ZonMw. In de loop van 2027 zal ZonMw de opdracht voor dit onderzoek verstrekken. In deze fase is de exacte startdatum en looptijd van het onderzoek nog niet bekend. Er valt dan ook niet te zeggen wanneer de Kamer de onderzoeksresultaten tegemoet kan zien. Zorgvuldigheid staat voorop.
2) Vervolgonderzoek naar de doodswens en hulpbehoeften van mensen met een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden. Voor dit onderzoek is een bedrag van € 913.700 beschikbaar. Voor het onderzoek geldt een maximale looptijd van medio 2027 tot en met 2031. Het vervolgonderzoek dient aan te sluiten op het lopende SUNSET-onderzoek. In dit onderzoek worden mensen die verzoeken om euthanasie vanwege psychisch lijden uitgenodigd voor vragenlijstonderzoek. De eerste meting vindt plaats direct na aanmelding, met een herhaalde meting na zes maanden en daarna elk jaar. Ook wanneer het euthanasieverzoek wordt ingetrokken of afgewezen, blijven ze (mits zij dat willen) deelnemer in het onderzoek en ontvangen ze elk jaar een uitnodiging voor deelname. De vragenlijst bevat óók vragen over behandelmoeheid, positieve en negatieve ervaringen in de ggz, en over toegang tot en beschikbaarheid van (ggz-)zorg, en zal over deze onderwerpen dus uitspraak kunnen doen. Het aanvullende onderzoek kan waardevolle inzichten opleveren over onder meer de uitzichtloosheid van het lijden, het effect van behandeling in de ggz en de ontwikkelingen in de ggz-praktijk en is in die zin aanvullend op het eerste onderzoek (althans wat de ggz-zorg betreft). ZonMw zal een subsidieoproep uitzetten met open inschrijving. Mits het voorstel goedgekeurd wordt, zal de subsidieoproep naar verwachting medio november 2026 gepubliceerd kunnen worden waarna het project in 2027 kan starten.

Zoals in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek is aangegeven, zijn al diverse activiteiten in gang gezet om de geestelijke gezondheidszorg, de jeugdzorg, de ouderenzorg en de palliatieve zorg te verbeteren.

Naar aanleiding van hoofdstuk 6: Het perspectief van zorgprofessionals en experts op de stijging van euthanasie. De leden van de PVV-fractie hebben met verbijstering de woorden van een huisarts gelezen: er wordt bezuinigd 'totdat mensen daar dus een halve dag in hun ontlasting liggen', en dan moet deze arts geloven 'dat iemand autonoom voor euthanasie kiest'. Is de minister het ermee (on)eens dat euthanasieverzoeken kunnen voortkomen uit tekortschietende zorg, en wat vindt zij hiervan?

Zoals in de kabinetsreactie is aangegeven, vindt het kabinet het zorgelijk dat er signalen zijn dat knelpunten in het zorgsysteem een rol kunnen spelen bij het ontstaan of versterken van euthanasiewensen. Het uitgangspunt van het kabinet is dat niemand zich gedwongen mag voelen een euthanasieverzoek te doen vanwege onvoldoende toegang tot zorg, ondersteuning of behandeling. De door de betreffende huisarts beschreven situatie is ronduit schrijnend. Wel wordt in het rapport van het RISE-onderzoek aangegeven dat de visie van zorgprofessionals op de invloed van de beschikbaarheid van zorg op de stijging van euthanasie uiteenloopt. Sommigen herkenden de relatie tussen de beschikbaarheid van ouderenzorg en euthanasieverzoeken niet. In dit kader wil het kabinet ook benadrukken dat een euthanasieverzoek alleen gehonoreerd kan worden als er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en er geen redelijke andere oplossing is voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt.

De leden van de PVV-fractie lezen dat een euthanasiewens bij goede palliatieve zorg soms 'naar de achtergrond verdwijnt' en dat een goed gesprek over de laatste levensfase ertoe kan leiden dat een verzoek wordt ingetrokken. Hoe vaak wordt een verzoek ingetrokken nadat palliatieve zorg is geboden?

Er wordt niet geregistreerd hoe vaak een euthanasieverzoek wordt ingetrokken, nadat palliatieve zorg is geboden. Uit de vierde evaluatie van de Wtl blijkt wel dat in 2021 bij 12% van de euthanasieverzoeken die niet tot uitvoering hebben geleid de patiënt het verzoek introk (dit was 20% in 2015). Of het intrekken van de verzoeken samenhing met de geboden palliatieve zorg, is niet bekend.

Naar aanleiding van hoofdstuk 7: Het perspectief op de stijging van euthanasie bij dementie en psychische aandoeningen. De leden van de PVV-fractie lezen de uitspraak van een psychiater: 'Als mensen goed gehoord zouden worden in de ggz, dan zouden ze niet een beroep op die wet hoeven doen.' Een ander stelt dat de mensen die de zorg het hardst nodig hebben 'het langst in de rij' staan. Hoe reageert de minister hierop?

Deze uitspraken onderstrepen voor het kabinet hoe belangrijk het is dat mensen met ernstige psychische problematiek zich gehoord voelen en tijdig passende hulp ontvangen. Het is zorgelijk wanneer mensen ervaren dat zij met hun hulpvraag nergens terechtkunnen. Juist voor mensen met een ernstige en complexe zorgvraag moet passende zorg beschikbaar zijn. De signalen over de toegang tot zorg voor mensen met de zwaarste zorgvragen hebben geleid tot afspraken die in het IZA en AZWA zijn opgenomen. Deze betreffen onder meer het vergroten van de behandelcapaciteit voor mensen met een complexe zorgvraag, proactieve zorgbemiddeling en het in beginsel niet langer hanteren van exclusiecriteria. Ook wordt gewerkt aan het duurzaam borgen van cruciale ggz. Daarmee richt de inzet zich ook nadrukkelijk op de groep mensen met de zwaarste zorgvragen die vaak het langst wachten.

De leden van de PVV-fractie lezen dat een euthanasiewens op sociale media en op klinische afdelingen soms als 'statussymbool' geldt en dat ervaringsdeskundigen waarschuwen voor romantisering en sociale druk onder jongeren. Wat doet de minister hiertegen?

Het kabinet vindt deze signalen zorgelijk. De onderzoekers bevelen aan te investeren in evenwichtige en feitelijk juiste informatievoorziening en geven aan dat van de media mag worden verwacht dat zij hun journalistieke verantwoordelijkheid nemen door te streven naar evenwichtige berichtgeving en door complexe medische beslissingen rond het levenseinde niet te simplificeren of te romantiseren. Expertisecentrum Euthanasie

(EE) heeft hiervoor een mediarichtlijn opgesteld. Het kabinet onderschrijft deze mediarichtlijn. Zoals eerder aan de Kamer is gemeld, wordt de mediarichtlijn volgens EE positief ontvangen en draagt de richtlijn bij aan een zorgvuldigere berichtgeving over euthanasiezorg in de media. EE heeft aangegeven de komende jaren te blijven werken aan meer bekendheid van de mediarichtlijn.[41]

Het kabinet heeft geen directe invloed op berichtgeving over euthanasie in de media en op sociale media, maar zet zich - zoals het kabinet in reactie op aanbevelingen 1 en 3 van het RISE-onderzoek heeft aangegeven - samen met relevante veldpartijen in voor heldere, evenwichtige en feitelijk juiste publieksvoorlichting over euthanasie en andere vormen van levenseindezorg.

Naar aanleiding van hoofdstuk 10: Antwoorden, conclusies en aanbevelingen. De leden van de PVV-fractie lezen dat de beschermwaardigheid van het leven in het publieke debat aan gewicht verliest en dat onderzoekers het risico op 'uitholling' van de zorgvuldigheidseisen, waar de vierde wetsevaluatie al voor waarschuwde, 'bevestigen'. Wat vindt de minister hiervan, en wat gaat zij eraan doen?

In de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek heeft het kabinet aangegeven het een belangrijke uitkomst van het onderzoek te vinden dat het perspectief van de patiënt weliswaar bepalender is geworden, maar dat dit niet impliceert dat dit perspectief doorslaggevend is.[42] Het onderzoek laat namelijk zien dat de uiteindelijke beoordelings- en beslissingsbevoegdheid ten aanzien van de kwalificatie van het lijden als ondraaglijk en uitzichtloos bij de arts blijft. Een eenzijdige focus op autonomie zou tot gevolg hebben dat de andere normatieve uitgangspunten van de Wtl naar de achtergrond worden verdrongen. En dit zou indruisen tegen de waarborgfunctie van de Wtl.
Met betrekking tot het risico op uitholling schrijven de onderzoekers dat het belangrijk is om de normatieve grondslagen van de praktijk steeds integraal te bewaken. En dat dit vergt dat het inherente conflict van plichten expliciet wordt erkend en niet wordt gereduceerd. Ze geven daarbij aan dat het essentieel is dat de waarden barmhartigheid, beschermwaardigheid van het leven en autonomie steeds weer in onderlinge samenhang worden benoemd en beschouwd, zij het met steeds wisselende accenten. Het kabinet zal dit ook meenemen in de verdere aanpak van de voorlichtingsverbetering rondom het levenseinde en euthanasie.

De leden van de PVV-fractie lezen dat een euthanasieverzoek dat mede wordt ingegeven door tekortschietende zorg raakt aan 'de kern van de normatieve rechtvaardiging van euthanasie', omdat het lijden dan mede het gevolg is van vermijdbare omstandigheden. Deelt de minister de conclusie dat de euthanasiewet alleen verantwoord kan functioneren bij toegankelijke en goede zorg? Is naar haar oordeel op dit moment aan die voorwaarde voldaan in de ggz, de ouderenzorg en de terminale thuiszorg.

Zoals in de kabinetsreactie is aangegeven, vindt het kabinet het zorgelijk dat er signalen zijn dat knelpunten in het zorgsysteem een rol kunnen spelen bij het ontstaan of versterken van euthanasiewensen. Het uitgangspunt van het kabinet is dat niemand zich gedwongen mag voelen een euthanasieverzoek te doen vanwege onvoldoende toegang tot zorg, ondersteuning of behandeling. Dat de onderzoekers aangeven dat goede en toegankelijke (palliatieve) zorg wordt gezien als een essentiële voorwaarde voor een zorgvuldige uitvoering van de euthanasiewetgeving wordt door het kabinet dan ook

[41] Kamerstukken II 2025/26, 36 624, nr. 18.
[42] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr.115.

onderschreven. De signalen uit het RISE-onderzoek vragen dan ook aandacht en zorgvuldige opvolging.

Voor de ggz geldt dat de toegankelijkheid onder druk staat en dat mensen met een complexe zorgvraag moeite kunnen hebben om tijdig passende hulp te vinden. Het kabinet neemt deze knelpunten serieus. Er kan dan ook niet zonder meer worden gesteld dat tijdige toegang tot passende ggz voor iedereen is gewaarborgd. Met de afspraken in het IZA en AZWA en de inzet op de beschikbaarheid van cruciale ggz werkt het kabinet aan verbetering. In de toekomstbrief mentale gezondheid en ggz[43] is deze inzet verder uitgewerkt, onder meer met maatregelen voor versterking van de samenwerking tussen zorg en sociaal domein.

In het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg zijn afspraken gemaakt om ook in de toekomst volwaardige ouderenzorg te kunnen blijven leveren. Hiervoor zijn voldoende middelen beschikbaar. Voor de ouderenzorg is daarom voldaan aan de voorwaarde dat er toegankelijke en goede zorg aanwezig is.

Ten aanzien van de palliatieve zorg (waaronder terminale thuiszorg) geldt dat mensen in de laatste levensfase (en hun naasten) nu en ook in de toekomst goede palliatieve zorg en ondersteuning moeten kunnen krijgen die bij hen en bij hun situatie past. De afgelopen periode is daarom (verder) gewerkt aan toegankelijke en goede zorg in de palliatieve fase (inclusief de terminale fase) door middel van een toekomstvisie voor de palliatieve zorg en ondersteuning. Ook is een toekomstagenda voor de komende vijf jaar gemaakt waarin de visie wordt geconcretiseerd. Deze toekomstvisie en toekomstagenda zijn tot stand gekomen in samenspraak met een groot aantal partijen. Kern van de visie en agenda is dat palliatieve zorg en ondersteuning een vanzelfsprekend onderdeel moeten worden van de reguliere zorg én het sociaal domein. Want palliatieve zorg is niet alleen van professionals, maar van een netwerk rondom de cliënt of patiënt. De huidige ontwikkelingen in de eerstelijnszorg sluiten ook aan bij de visie en de agenda. Door meer (domeinoverstijgende) samenwerking, coördinatie en een wijkgerichte aanpak wordt de toegankelijkheid van zorg dichtbij huis vergroot. Dit is belangrijk voor palliatieve zorg en ondersteuning, omdat die vaak plaatsvindt in de thuissituatie, waar medische zorg, ondersteuning vanuit het sociaal domein en de inzet van naasten en vrijwilligers samenkomen. Daarbij blijft het belangrijk om te benadrukken dat voor goede en passende palliatieve zorg en ondersteuning het van belang is dat doorlopend het gesprek met mensen in de palliatieve fase wordt gevoerd over hun wensen, waarden en behoeften.

Naar aanleiding van II.- Kabinetsreactie, reactie op de conclusies. De leden van de PVV-fractie constateren dat het kabinet het 'een belangrijke onderzoeksbevinding' noemt dat de stijging overwegend niet als moreel zorgelijk wordt geduid, terwijl de onderzoekers het oordeel uitdrukkelijk aan de politiek laten. Een eigen oordeel ontbreekt. Wat vindt de minister van ruim 10.000 euthanasiegevallen per jaar?

In 2025 ontving de RTE 10.341 euthanasiemeldingen. Het betreft 6% van het totaal aantal sterfgevallen in dat jaar. Zoals ook de onderzoekers van het RISE-onderzoek benadrukken, sterven de meeste mensen dus zonder euthanasie. Voor het kabinet staat de zorgvuldigheid van de euthanasiepraktijk voorop. Iedere euthanasie dient zorgvuldig

[43] Kamerstukken II 2026/27, 25 424, nr. 820.

plaats te vinden, binnen de kaders van de Wtl. Daarnaast acht het kabinet het van belang dat niemand zich genoodzaakt mag voelen om euthanasie te verzoeken vanwege ervaren tekorten of knelpunten in de zorg. Het kabinet heeft dan ook toegezegd om hier nader onderzoek naar te doen. Daarnaast heeft het kabinet in de reactie op het RISE-onderzoek aangegeven dat het kabinet - in het licht van de gesignaleerde spanningsvelden - het belang van morele reflectie ten aanzien van het waarborgen van de grenzen van de Wtl onderschrijft.

Deze leden lezen dat de wet volgens het kabinet 'functioneert zoals de wet destijds bedoeld is' en dat de verbreding slechts 'een nadere invulling van het bestaande juridische kader' is. Deze leden vinden dat te gemakkelijk. Bij een wet waarvan de toepassing kan vervielvoudigen zonder dat de wetgever eraan te pas komt, spreekt het kabinet van 'meebewegen'. Is er voor de minister een grens aan dat meebewegen?
Voor het kabinet staat voorop dat het 'meebewegen' plaatsvindt binnen het bestaande wettelijke kader en dat er sprake is van een zorgvuldige praktijk. Daar ligt de grens. Binnen dit kader blijft euthanasie bijzonder medisch handelen waarbij zorgvuldigheid en behoedzaamheid in het onderzoek naar de euthanasiewens centraal staan, bestaat er geen recht van de patiënt op euthanasie, is er geen onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden en is een belangrijke voorwaarde dat het lijden een medische grondslag moet hebben. De uiteindelijke beoordelings- en beslissingsbevoegdheid blijft bij de arts.

Deze leden lezen dat het kabinet euthanasie mogelijk wil houden 'als er geen andere mogelijkheden meer zijn'. Het rapport stelt juist vast dat euthanasie niet meer louter als uiterst middel wordt gezien. Waarom gaat de minister aan die bevinding voorbij?

In de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek wordt aangegeven dat de onderzoekers constateren dat euthanasie en hulp bij zelfdoding zowel door burgers als professionals vaker worden beschouwd als een van de mogelijke opties aan het einde van het leven en niet louter als ultimum remedium. Er is sprake van verschuivende opvattingen over lijden, kwaliteit van leven (en sterven) en autonomie en het patiëntperspectief op lijden heeft een prominentere rol gekregen. De bespreekbaarheid van zorg rond het levenseinde, waaronder euthanasie, is toegenomen en wordt toegeschreven aan de grotere aandacht voor palliatieve zorg en proactieve zorgplanning. Euthanasie vormt steeds vaker een onderdeel van dit zorgplanningsgesprek.

In de kabinetsreactie is tevens aangegeven dat de onderzoekers tegelijkertijd constateren dat de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding uitzonderlijk blijft en nog altijd juridisch gekwalificeerd wordt als een strafbaar feit dat onder specifieke voorwaarden niet wordt vervolgd. Ook merken de onderzoekers op dat de KNMG en het merendeel van de artsen euthanasie blijven karakteriseren als niet normaal, oftewel bijzonder medisch handelen. In de richtlijnen van de beroepsgroepen wordt levensbeëindigend handelen onverminderd beschouwd als een ultimum remedium.[44]

Het kabinet benadrukt dat de door de onderzoekers gesignaleerde verbreding van de praktische reikwijdte van de Wtl een nadere invulling betreft van het bestaande juridische kader. De normatieve uitgangspunten waarbij onder meer sprake moet zijn van uitzichtloos lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing blijven onverminderd van kracht.

[44] Kamerstukken II 2026/27, 32 647, nr. 115; Het RISE-onderzoek, Mixed-method ethiekonderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie, Nijmegen, Radboudumc, juni 2026, p. 107 en 110-111.

De leden van de PVV-fractie lezen dat het kabinet een eenzijdige focus op autonomie in strijd acht met de waarborgfunctie van de wet, maar zich geruststelt met de bevinding dat de arts uiteindelijk beslist. Tegelijkertijd erkent het kabinet dat artsen onder druk staan en dat een deel is gestopt. Hoe reageert de minister hierop?

Zoals ook in het RISE-onderzoek geconstateerd heeft de wetgever bij de totstandkoming van de Wtl gekozen voor open normen die kunnen meebewegen met wetenschappelijke of maatschappelijke ontwikkelingen en veranderende inzichten of opvattingen over de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen of over euthanasie in het algemeen.[45] De nadere invulling van het juridische kader, waarin het perspectief van de patiënt weliswaar bepalender is geworden maar niet doorslaggevend (dit volgt uit het RISE-onderzoek), duidt echter niet op een eenzijdige focus op autonomie, maar op de doorwerking van eerdergenoemde bredere ontwikkelingen in de gezondheidszorg zoals gezamenlijke besluitvorming en persoonsgerichte zorg. Met deze nadere invulling is en blijft het aan de arts om, in samenspraak met de patiënt, een eigen afweging te maken in hoeverre aan het euthanasieverzoek van een patiënt kan worden voldaan. Het kabinet stelt zich dus niet gerust met deze bevinding, maar deze bevinding toont aan dat er geen sprake is van een eenzijdige focus op autonomie. Voor het kabinet staat voorop dat het 'meebewegen' plaatsvindt binnen het bestaande wettelijke kader en dat er sprake is van een zorgvuldige praktijk. Daar ligt de grens.

Het kabinet vindt het verder onwenselijk dat patiënten en naasten onrealistische verwachtingen hebben, dat wordt gedacht dat euthanasie een recht is en dat artsen zich hierdoor onder druk gezet voelen. Het kabinet is van mening dat druk op artsen onwenselijk is en moet worden voorkomen. Zoals uit de vierde evaluatie van de Wtl blijkt, heeft 25% van de bevraagde artsen zich in de voorgaande vijf jaren wel eens onder druk gezet gevoeld door een patiënt om tot euthanasie te besluiten, en 33% door naasten.[46] Het is dan ook om die reden dat het ministerie van VWS ZonMw heeft verzocht bij de opdrachtformulering voor de vijfde evaluatie van de Wtl als aandachtspunt mee te nemen dat wordt onderzocht op welke wijze artsen omgaan met druk van patiënten en familie en vanuit de samenleving. Daarnaast zet het kabinet in op publieksvoorlichting waarin steeds wordt benadrukt dat euthanasie geen recht van de patiënt en geen plicht van de arts is.

Deze leden lezen dat het kabinet de verschillen tussen de EuthanasieCode en de richtlijn van de beroepsgroepen 'onwenselijk' vindt en partijen 'oproept' die op te lossen. Welke oplossing ziet de minister zelf en op welke termijn?

Binnen de systematiek van de Wtl is de RTE primair verantwoordelijk voor het toepassen en interpreteren van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Medisch-professionele richtlijnen en standpunten – waarin de medische beroepsgroep heeft neergelegd wat het heersend medisch inzicht is – zijn voor de RTE van belang bij het beoordelen van meldingen van euthanasie voor zover zij passen binnen het wettelijke kader.[47] De

[45] Bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr.114.

[46] Bijlage bij Kamerstukken II 2023/24, 31 036, nr.12.

[47] Volgens de RTE kan het voorkomen dat er een verschil bestaat tussen een standpunt of een richtlijn en de wet of de rechtspraak, meer in het bijzonder dat het standpunt of de richtlijn strengere eisen stelt dan de wet of de rechtspraak. In een dergelijk geval zijn voor de RTE de wet, de rechtspraak en de bestaande toetsingspraktijk doorslaggevend. Zie: EuthanasieCode , Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, januari 2026, p. 10.

beroepsgroepen zijn verantwoordelijk voor hun medisch-professionele richtlijnen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt in haar toezicht de professionele normen aan. Ook het Openbaar Ministerie betrekt de medisch-professionele richtlijnen wanneer zij een oordeel 'onzorgvuldig' van de RTE ontvangt.[48]

Het kabinet is verantwoordelijk voor het goed functioneren van de Wtl. Uit dien hoofde roept het kabinet betrokken partijen dan ook op om de verschillen tussen de EuthanasieCode en de richtlijnen in gezamenlijkheid op te lossen. Het kabinet gaat echter niet over de inhoud van de EuthanasieCode of de medisch-professionele richtlijnen. De RTE heeft in ieder geval aangegeven het gesprek over de discrepanties met betrokken partijen te willen voortzetten en de gedachtewisseling verder te willen bevorderen. Het kabinet laat zich door betrokken partijen informeren over de voortgang en wacht de uitkomst van de gesprekken af.

Tot slot constateren de leden van de PVV-fractie dat de kabinetsreactie niet ingaat op het gestegen aandeel ingewilligde verzoeken, de ondoorzichtige groep 'combinatie van aandoeningen', de regionale verschillen, de groei van het EE en de rol van sociale media bij jongeren. Deze leden verzoeken de minister alsnog om op elk van deze punten in te reageren.

Voor een reactie op het gestegen aandeel ingewilligde verzoeken, de groep 'combinatie van aandoeningen', de regionale verschillen en de rol van sociale media bij jongeren verwijst het kabinet naar de antwoorden op de voorgaande vragen van de leden van de PVV-fractie die hierop betrekking hebben.

Wat de groei van het Expertisecentrum Euthanasie (EE) betreft het volgende. Uit het RISE-onderzoek blijkt dat de bevraagde zorgprofessionals en experts EE in het algemeen waarderen als kenniscentrum en vanwege de mogelijkheid die het zorgprofessionals biedt om door te verwijzen, met name bij 'ingewikkelde', 'complexe' of 'bijzondere' euthanasieverzoeken. Ze gaven aan dat het bestaan van EE patiënten meer mogelijkheden biedt, ook wanneer de behandelend arts geen euthanasie wil verlenen. Sommigen van hen legden dan ook een verband tussen het bestaan van EE en de stijging van euthanasie in Nederland. Uit het rapport van de vierde evaluatie van de Wtl blijkt dat 47% van alle artsen die in 2022 bevraagd werden wel eens een patiënt had doorverwezen naar EE, een stijging ten opzichte van 2016 (18%). In de interviews gaven artsen aan het vaakst door te verwijzen of dit denkbaar te vinden bij patiënten met psychiatrische aandoeningen en dementie, omdat zij op dat vlak kennis missen om een goed besluit te kunnen nemen over een euthanasieverzoek.[49]

Het kabinet vindt het begrijpelijk dat artsen bij complexe verzoeken of andere redenen waarom zij geen euthanasie kunnen of willen verlenen patiënten doorverwijzen naar EE en wijst erop dat de door EE-artsen uitgevoerde euthanasieverzoeken, net als de verzoeken die door andere artsen worden uitgevoerd, aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen van de Wtl moeten voldoen.

Naar aanleiding van de reactie op de aanbevelingen. De leden van de PVV-fractie lezen dat het kabinet als uitgangspunt neemt dat 'niemand zich gedwongen mag voelen een

[48] Kamerstukken II 2023/24, Aanhangsel van de Handelingen, 2392.

[49] Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, Den Haag: ZonMw, mei 2023, p. 156.

euthanasieverzoek te doen vanwege onvoldoende toegang tot zorg, ondersteuning of behandeling'. Deze leden onderschrijven dat en vragen de minister wat zij hieraan gaat doen.

Voor deze aanpak verwijst het kabinet naar de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek.[50] In de paragraaf 'Inzet ten behoeve van goede en toegankelijke (palliatieve) zorg' staat uitgebreid uiteengezet welke stappen het kabinet onderneemt die aansluiten bij een aandachtige en zorgvuldige opvolging van de signalen uit het RISE-onderzoek aangaande knelpunten in het zorgsysteem en hun mogelijke rol bij het ontstaan of versterken van euthanasiewensen. Het kabinet gaat in op de aanpak binnen de volgende (palliatieve) zorgdomeinen: geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg, ouderenzorg en palliatieve zorg (inclusief terminale thuiszorg).

Bij de geestelijke gezondheidszorg werd in de kabinetsreactie gewezen op een aankomende Kamerbrief over de inzet voor de toekomst van de mentale gezondheid en de ggz. Deze is op 2 oktober jl. naar de Kamer gestuurd.[51] In deze brief zet het kabinet uiteen welke beleidskeuzes en vervolgstappen het naar aanleiding van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) aangaande mentale gezondheid en ggz getiteld 'Uit balans' voor ogen heeft.

De RISE-onderzoekers geven aan dat nog onvoldoende bekend is over de mogelijke relatie tussen knelpunten/tekorten in de zorg en het ontstaat of versterken van euthanasiewensen.[52] Het kabinet constateert dat het RISE-onderzoek geen inzicht geeft in hoe vaak de toegankelijkheid en kwaliteit van de (ggz-)zorg een rol spelen bij euthanasiewensen. Ook kan geen causaal verband worden vastgesteld tussen knelpunten in de (ggz-)zorg en het ontstaan van euthanasiewensen of de stijging van het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen. Het kabinet stelt daarom financiering beschikbaar voor twee (aanvullende) onderzoeken. Voor specificatie van deze onderzoeken verwijst het kabinet naar de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie
De leden van de CDA-fractie danken het kabinet voor de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie. Deze leden benadrukken dat de huidige euthanasiepraktijk in Nederland zorgvuldig is, zoals ook blijkt uit de verschillende evaluaties. Toch signaleert het onderzoek dat de morele en normatieve uitgangspunten waarop de euthanasiepraktijk rust deels onder spanning komt te staan door demografische, culturele en maatschappelijke ontwikkelingen. Daarom is het goed dat dit onderzoek meer licht schijnt op de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie. Deze leden hebben hierover nog enkele vragen.

De onderzoekers constateren dat de stijging van euthanasie wordt verklaard door demografische trends zoals vergrijzing, culturele veranderingen zoals secularisatie en individualisering en een geprofessionaliseerde euthanasiepraktijk. De onderzoekers beschouwen deze onderliggende ontwikkelingen voor een groot deel als moreel neutrale ontwikkelingen, maar zien ook het risico dat ontwikkelingen van individualisering en medicalisering kunnen doorschieten en de noodzaak van ethische reflectie hierop. Het gaat dan met name om het risico van een dominantie van autonomie, ten opzichte van zorgvuldigheid, barmhartigheid en de beschermwaardigheid van het leven. De onderzoekers

[50] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 115.
[51] Kamerstukken II 2025/26, 25 424, nr. 820
[52] Bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 114.

constateren dat een eenzijdige focus op autonomie onvoldoende recht doet aan het ingrijpende karakter van levensbeëindigend handelen en aan de bredere normatieve verplichtingen van artsen. Deze leden zijn het eens met de onderzoekers dat dit risico zich steeds nadrukkelijker manifesteert. Deze leden zien dat het kabinet het belang van morele reflectie onderschrijft, en dat het onwenselijk is als patiënten en naasten onrealistische verwachtingen hebben. Ziet de regering ook dat een grotere nadruk op autonomie juist een gevolg kan zijn van die toegenomen individualisering en medicalisering, en dat dit daarmee geen moreel neutrale maatschappelijke ontwikkelingen zijn? Welke concrete rol ziet de minister voor zichzelf om de ethische reflectie over deze ontwikkelingen te bevorderen?

De door de onderzoekers gesignaleerde brede culturele verschuivingen – waaronder secularisatie, individualisering, de medicalisering van het levenseinde en ideeën over de maakbaarheid van leven en dood – hebben inderdaad geleid tot een herschikking van de morele uitgangspunten van de Wtl en een grotere nadruk op autonomie. Het kabinet heeft in dit kader aangegeven dat het positief is dat mensen meer nadruk leggen op hun eigen wensen en keuzes, maar dat de herschikking van de morele uitgangspunten een belangrijk punt van aandacht is, omdat autonomie binnen de kaders van de Wtl niet hét leidende principe is of kan zijn. Het kabinet onderschrijft daarom het belang van morele reflectie ten aanzien van het waarborgen van de grenzen van de Wtl.

Volgens de onderzoekers ligt een concrete rol voor de overheid in het waarborgen van de grenzen van de Wtl en het bewaken van een balans tussen de autonomie van de patiënt en de professionele en morele autonomie van artsen op het terrein van overheidscommunicatie en feitelijk juiste informatievoorziening over euthanasie en andere vormen van levenseindezorg. Het kabinet zet daar dan ook op in en heeft de Kamer hierover geïnformeerd.[53] Daarnaast zien de onderzoekers hierbij een belangrijke rol voor de betrokken beroepsgroepen en de RTE. In de kabinetsreactie is aangegeven wat in dit kader door deze partijen wordt ondernomen.

Het kabinet verwijst in reactie op aanbeveling 3 over betere informatievoorziening op de recente stappen die het kabinet heeft gezet, met bijvoorbeeld de nieuwe publieksbrochure over het schriftelijke euthanasieverzoek en verbeterde online informatievoorziening. De leden van de CDA-fractie zien dit als goede stappen. Deze leden vragen wel in hoeverre de minister verwacht dat dit voldoende is, aangezien het rapport ook een ambivalente rol van media en maatschappelijke actoren in de berichtgeving en informatievoorziening signaleert. Ziet de minister hier nog een extra en actievere rol voor zichzelf, naast de verantwoordelijkheid van artsen- en patiëntenorganisaties om gebalanceerde informatievoorziening en een maatschappelijke dialoog over de laatste levensfase te bevorderen?

Zoals eerdergenoemd in de Kamerbrief over de verbetering van de voorlichting rondom het levenseinde en euthanasie (gestuurd naar de Kamer op 28 september jl.), is uit focusgroepen en gesprekken met belangenorganisaties duidelijk geworden dat (online-)publieksvoorlichting niet voldoende is, omdat online informatie niet iedereen bereikt.[54] De voorlichting door de huisarts en bijvoorbeeld het delen van informatie binnen het eigen netwerk of buurthuizen vallen niet binnen de reikwijdte van de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid voor goede publieksvoorlichting. Het kabinet zal daarom, na afronding van het verbeteren van het online informatieaanbod, met beroeps- en belangenorganisaties afstemmen wat zij eventueel nog meer kunnen doen

[53] Kamerstukken II 2025/26, 31 036, nr. 13.

[54] Kamerstukken II 2025/26, 31 036, nr. 13.

om andere vormen van voorlichting (anders dan de online-informatievoorziening) te verbeteren.

Zoals aangegeven in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek heeft het kabinet geen zeggenschap over de informatievoorziening van veldpartijen of over berichtgeving in de media, maar vervult ze wel een coördinerende rol vanuit de verantwoordelijkheid voor goede publieksvoorlichting.[55] Naast de nieuwe Brochure schriftelijk euthanasieverzoek en de verbetering van de voorlichting rondom het levenseinde en euthanasie op www.rijksoverheid.nl zal het kabinet dan ook met deze partijen samenwerken om te zorgen dat de informatie gestroomlijnd is en op elkaar aansluit.

Het onderzoek benoemt dat toenemende druk op het zorgsysteem, zoals personeelstekorten en druk op de ouderenzorg en de ggz, een factor kan zijn die een euthanasiewens in de hand werkt. De leden van de CDA-fractie delen met het kabinet dat dit onwenselijk is. Het kabinet onderstreept haar verantwoordelijkheid om de (palliatieve) zorg, nu en in de toekomst, toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Deze leden vragen hoe t de minister deze verantwoordelijkheid bijvoorbeeld heeft meegenomen bij de totstandkoming van de nieuwe visie op palliatieve zorg en ondersteuning. Welke plek heeft het gesprek over euthanasie, als onderdeel van het brede gesprek over de laatste levensfase en proactieve zorgplanning hierin gekregen?

Het is belangrijk dat mensen in de laatste levensfase (en hun naasten) nu en ook in de toekomst goede palliatieve zorg en ondersteuning kunnen krijgen die bij hen en bij hun situatie past. De afgelopen periode is daarom (verder) gewerkt aan toegankelijke en goede zorg in de palliatieve fase (inclusief de terminale fase) door middel van een toekomstvisie voor de palliatieve zorg en ondersteuning. Ook is een toekomstagenda voor de komende vijf jaar gemaakt waarin de visie wordt geconcretiseerd. Deze toekomstvisie en toekomstagenda zijn tot stand gekomen in samenspraak met een groot aantal partijen. Kern van de visie en agenda is dat palliatieve zorg en ondersteuning een vanzelfsprekend onderdeel moeten worden van de reguliere zorg én het sociaal domein. Want palliatieve zorg is niet alleen van professionals, maar van een netwerk rondom de cliënt of patiënt. De huidige ontwikkelingen in de eerstelijnszorg sluiten ook aan bij de visie en de agenda. Door meer (domeinoverstijgende) samenwerking, coördinatie en een wijkgerichte aanpak wordt de toegankelijkheid van zorg dichtbij huis vergroot. Dit is belangrijk voor palliatieve zorg en ondersteuning, omdat die vaak plaatsvindt in de thuissituatie, waar medische zorg, ondersteuning vanuit het sociaal domein en de inzet van naasten en vrijwilligers samenkomen. Daarbij blijft het belangrijk om te benadrukken dat voor goede en passende palliatieve zorg en ondersteuning het van belang is dat doorlopend het gesprek met mensen in de palliatieve fase wordt gevoerd over hun wensen, waarden en behoeften. Het gesprek over euthanasie kan hiervan onderdeel zijn, indien dat de wens is van de patiënt.

Ook wijzen deze leden op de eerder gestelde vraag welke rol de situatie in de ggz speelt bij de groei van het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen. Deze leden vinden het goed dat het kabinet opdracht geeft tot twee vervolgonderzoeken naar de relatie tussen de situatie in de ggz en het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen. Deze leden vragen of hierin ook expliciet wordt gekeken naar euthanasie bij psychisch lijden onder jonge mensen, conform de aangenomen motie Boomsma c.s. (36624-7).

[55] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 115.

De opdrachtverstrekking voor het door het kabinet toegezegde onderzoek naar de relatie tussen de toegankelijkheid en kwaliteit van de (ggz-)zorg en het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen moet zorgvuldig worden voorbereid in afstemming met onder meer ZonMw. In de loop van 2027 zal ZonMw de opdracht voor dit onderzoek verstrekken. Hierin zullen de onderzoeksvragen nader worden geëxpliciteerd waarbij ook aandacht zal zijn voor de relatie tussen de toegankelijkheid en kwaliteit van de (ggz-)zorg en het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen van jonge mensen die psychisch lijden.

Het tweede toegezegde vervolgonderzoek moet aansluiten op het lopende SUNSET-onderzoek. In het SUNSET-onderzoek worden momenteel 188 patiënten gevolgd – onder wie 56 patiënten jonger dan 30 jaar – en bevraagd op allerlei zaken: de ervaren beschikbaarheid en toegankelijkheid van ggz-zorg en de invloed daarvan op het euthanasieverzoek, diagnoses, behandelgeschiedenis, 'behandelafwijzing', totale behandelduur, actuele wachtlijststatus en open vragen over positieve en negatieve zorgervaringen en de invloed die deze hebben (gehad) op de suïcidaliteit en euthanasiewens.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie
De leden van de SGP-fractie hebben kennisgenomen van het RISE-onderzoek en de kabinetsreactie hierop. Zij maken graag van de gelegenheid gebruik om hierover enkele vragen te stellen.

Naar aanleiding van de uitkomsten van het RISE-onderzoek. De leden van de SGP-fractie vinden het een belangrijke constatering dat door de 'accentontwikkelingen in het morele krachtenveld' sprake is van 'de facto' verbreding van de omstandigheden waaronder euthanasie plaatsvindt. De onderzoekers wordt de stijging van het aantal euthanasiegevallen in de literatuur en het kwalitatieve onderzoek op zichzelf niet als moreel zorgelijk geduid. Dit neemt niet weg dat de minister dit zelf wel als zorgelijk zou kunnen kwalificeren. Op welke wijze duidt de minister deze verbreding zelf?

De wetgever heeft bij de totstandkoming van de Wtl gekozen voor open normen die kunnen meebewegen met wetenschappelijke of maatschappelijke ontwikkelingen en veranderende inzichten of opvattingen over de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen of over euthanasie in het algemeen. Daarbij is overigens ook duidelijk gesteld dat dit niet betekent dat alles kan, en zijn bepaalde kaders meegegeven.[56]

De onderzoekers van het RISE-onderzoek signaleren zowel een toename van het aantal euthanasiemeldingen bij terminale ziekten als een verbreding van de aandoeningen waarvoor euthanasie wordt verleend. Zo wordt er vaker euthanasie verleend bij chronische ziekten, psychische aandoeningen en dementie. De onderzoekers constateren dat de wet niet is veranderd, maar de toepassing wél.
Zij signaleren dat in de loop der tijd accentverschuivingen zichtbaar zijn geworden in het morele krachtenveld. Door rapportages, rechterlijke uitspraken, tuchtuitspraken, oordelen en toelichting van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) en aanscherping van de professionele richtlijnen van de Artsenfederatie KNMG en Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is het handelings- en toetsingskader geleidelijk fijnmaziger en explicieter geworden. Deze ontwikkelingen dragen volgens de

[56] H. Weyers, Euthanasie in Nederland 2002-2022, Den Haag: Boom juridisch, 2022, p. 142 e.v.

onderzoekers niet alleen bij aan rechtszekerheid, maar ook aan voortgaande normontwikkeling. Zij bieden artsen meer houvast bij de beoordeling van euthanasieverzoeken en hebben de facto bijgedragen aan het verbreden van de omstandigheden waaronder euthanasie plaatsvindt, terwijl euthanasie zowel straf- als gezondheidsrechtelijk, normatief en professioneel onverminderd een uitzonderlijke, ultieme handeling blijft en waarbij het kader dat gevormd wordt door de zorgvuldigheidseisen in de Wtl ongewijzigd is gebleven. Euthanasie is geen recht van de patiënt en geen plicht voor de arts.

Het kabinet benadrukt dat de door de onderzoekers gesignaleerde verbreding van de praktische reikwijdte van de Wtl een nadere invulling betreft van het bestaande juridische kader. De normatieve uitgangspunten waarbij onder meer sprake moet zijn van uitzichtloos lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing blijven onverminderd van kracht.

Voor het kabinet staat voorop dat het 'meebewegen' plaatsvindt binnen het bestaande wettelijke kader en dat er sprake is van een zorgvuldige praktijk. Daar ligt de grens. Binnen dit kader blijft euthanasie bijzonder medisch handelen waarbij zorgvuldigheid en behoedzaamheid in het onderzoek naar de euthanasiewens centraal staan, bestaat er geen recht van de patiënt op euthanasie, is er geen onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden en is een belangrijke voorwaarde dat het lijden een medische grondslag moet hebben. De uiteindelijke beoordelings- en beslissingsbevoegdheid blijft bij de arts. Uit alle voorgaande wetsevaluaties blijkt dat er sprake is van een zorgvuldige euthanasiepraktijk. Dat het aantal meldingen van euthanasie blijft stijgen doet niets af aan de zorgvuldigheid waarmee de toetsing vooraf en achteraf plaatsvindt.

De leden van de SGP-fractie lezen dat ondraaglijk en uitzichtloos lijden niet uitsluitend wordt gekoppeld aan een vergevorderde ziekte, maar dat ook angst voor toekomstig lijden ondraaglijk kan zijn. De leden van de SGP-fractie vragen de minister hierop nader te reflecteren. Op welke manier is angst voor toekomstig lijden te objectiveren als 'ondraaglijk'? Of en in hoeverre iemand te maken krijgt met toekomstig lijden is immers onbekend. Niemand kan in de toekomst kijken en lijden, ook toekomstig lijden, is altijd subjectief. Ook is het de leden van de SGP-fractie niet duidelijk hoe de angst voor toekomstig lijden zich verhoudt tot de voorwaarde dat het lijden een medische grondslag moet hebben.

Zoals in de EuthanasieCode is aangegeven, kan lijden het gevolg zijn van pijn en benauwdheid, uitputting, lichamelijke achteruitgang, uitzichtloosheid, maar ook van een toenemende afhankelijkheid of een door de patiënt ervaren ontluistering of verlies van waardigheid. Al in het Schoonheim-arrest uit 1984 oordeelde de Hoge Raad dat lijden kan bestaan uit (angst voor) steeds verdergaande ontluistering of uit het vooruitzicht niet meer waardig te kunnen sterven.
De ondraaglijkheid van het lijden is soms moeilijk vast te stellen, omdat de beleving van lijden sterk persoonsgebonden is. Wat voor de ene patiënt nog draaglijk kan zijn, is dat voor de andere patiënt niet. Het gaat om de beleving van de individuele patiënt. Of patiënten hun lijden als ondraaglijk ervaren hangt samen met hun levens- en ziektegeschiedenis, persoonlijkheid, waardenpatroon en fysieke en psychische draagkracht. Het moet voor de arts, mede gelet op het voortraject, invoelbaar en begrijpelijk zijn dat het lijden voor déze patiënt ondraaglijk is. De arts dient zich dan ook niet alleen in de situatie, maar ook in het perspectief van de betreffende patiënt te verplaatsen. De angst voor in het verschiet liggende achteruitgang van de gezondheid kan voor de patiënt een bepalende factor bij het lijden zijn. Hierbij kan het gaan om (angst voor) toenemende pijn, verdergaande ontluistering, benauwdheid of

misselijkheid, maar ook om situaties waarin kernwaarden van de patiënt (zoals zelfstandigheid en waardigheid) worden aangetast. Het actuele lijden van de patiënt hangt dan samen met het besef dat zijn situatie alleen maar zal verslechteren en dat waarden en omstandigheden die voor de patiënt belangrijk zijn steeds meer onder druk komen te staan. De RTE hanteren als uitgangspunt dat de arts de overtuiging moet krijgen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt op basis van een medische grondslag (Brongersma-arrest, 2002).[57] Dit geldt dus ook voor de in het verschiet liggende achteruitgang van de gezondheid wat voor de patiënt een bepalende factor bij het lijden kan zijn.

De leden van de SGP-fractie hebben kennisgenomen van vijf spanningsvelden die de onderzoekers zijn tegengekomen in hun onderzoek. Hoewel de minister in de kabinetsreactie deels hierop ingaat, verzoeken de leden van de SGP-fractie om een puntsgewijze reflectie op de vijf spanningsvelden. Herkent de minister de tegenstellingen die worden geschetst en waar bevindt zij zichzelf op deze spanningsvelden?

Naar aanleiding van de door de onderzoekers gesignaleerde spanningsvelden hebben zij een aantal aanbevelingen gedaan. Waar het kabinet in de kabinetsreactie ingaat op deze aanbevelingen behelst dit tegelijkertijd een reactie op de gesignaleerde spanningsvelden.

Hieronder wordt desgevraagd nog expliciet op de gesignaleerde spanningsvelden ingegaan.

1) De toenemende acceptatie, bespreekbaarheid en zichtbaarheid van euthanasie en hogere verwachtingen van patiënten en naasten versus de morele zwaarte van euthanasie en de noodzaak van zorgvuldigheid.

Zoals in de kabinetsreactie is aangegeven, vindt het kabinet het positief dat mensen meer nadruk leggen op hun eigen wensen en keuzes, dat de bespreekbaarheid van euthanasie is toegenomen en dat burgers meer kennis hebben over euthanasie. Tegelijkertijd acht het kabinet het van belang dat mensen goed geïnformeerd worden over andere mogelijkheden dan euthanasie om eventueel lijden aan het einde van het leven te voorkomen en dat geen sprake is van een eenzijdige beeldvorming over sterven, met een te grote nadruk op euthanasie. Het kabinet blijft zich dan ook inzetten voor heldere informatievoorziening over de mogelijkheden en onmogelijkheden van zorg rond het levenseinde. Zie in dit kader de reactie van het kabinet op aanbevelingen 1 en 3.

Daarnaast heeft het kabinet aangegeven dat het onwenselijk is dat patiënten en naasten onrealistische verwachtingen hebben, dat wordt gedacht dat euthanasie een recht is en dat artsen zich hierdoor onder druk gezet voelen. Het kabinet heeft aangegeven dat druk op artsen onwenselijk is en moet worden voorkomen. Zoals uit de vierde evaluatie van de Wtl blijkt, heeft 25% van de bevraagde artsen zich in de voorgaande vijf jaren wel eens onder druk gezet gevoeld door een patiënt om tot euthanasie te besluiten, en 33% door naasten. Het is dan ook om die reden dat het ministerie van VWS ZonMw heeft verzocht bij de opdrachtformulering voor de vijfde evaluatie van de Wtl als aandachtspunt mee te nemen dat wordt onderzocht op welke wijze artsen omgaan met druk van patiënten en familie en vanuit de samenleving.

[57] EuthanasieCode, p. 13-15.

2) De bijdrage door media, maatschappelijke organisaties en belangengroepen aan de informatievoorziening en het open debat versus het door hen geschetste eenzijdig of geromantiseerd beeld van euthanasie.

De onderzoekers wijzen op het belang van evenwichtige en feitelijk juiste informatievoorziening over euthanasie en andere vormen van levenseindezorg. Het kabinet onderschrijft dit. Vandaar dat het kabinet – zoals het in reactie op aanbevelingen 1 en 3 heeft aangegeven - samen met relevante veldpartijen inzet op evenwichtige publieksvoorlichting.

Daarnaast onderschrijft het kabinet de eerder door Expertisecentrum Euthanasie (EE) opgestelde mediarichtlijn. Zoals eerder aan de Kamer is gemeld, wordt de mediarichtlijn volgens EE positief ontvangen en draagt de richtlijn bij aan een zorgvuldigere berichtgeving over euthanasiezorg in de media. EE heeft aangegeven de komende jaren te blijven werken aan meer bekendheid van de mediarichtlijn.[58]

3) Geen principieel verschil tussen een medisch-somatische en een medisch-psychische grondslag van het lijden versus extra zorgvuldigheid en grotere terughoudendheid bij kwetsbare groepen, met name in geval van psychische aandoeningen of bij vergevorderde dementie.

Het kabinet onderschrijft de complexiteit van euthanasie in geval van psychische aandoeningen of vergevorderde dementie en benadrukt dat in dergelijke gevallen van artsen grote behoedzaamheid vereist is, zoals ook is aangegeven in de EuthanasieCode van de RTE en de richtlijnen van Artsenfederatie KNMG en NVvP. Zoals in de kabinetsreactie op aanbeveling 1 is aangegeven, is de publieksbrochure over het schriftelijk euthanasieverzoek herschreven. Hierin wordt onder meer gewezen op het feit dat een euthanasieverzoek in geval van dementie een extra zorgvuldige beoordeling vraagt. Op basis van de nieuwe publieksbrochure is de informatie op www.rijksoverheid.nl aangepast.
4) Structurele knelpunten in de zorg versus goede en toegankelijke (palliatieve) zorg als essentiële voorwaarde voor een zorgvuldige uitvoering van de euthanasiewetgeving;

Zoals in de kabinetsreactie op aanbeveling 5 is aangegeven, is het uitgangspunt van het kabinet dat niemand zich gedwongen mag voelen een euthanasieverzoek te doen vanwege onvoldoende toegang tot zorg, ondersteuning of behandeling. Dat de onderzoekers aangeven dat goede en toegankelijke (palliatieve) zorg wordt gezien als een essentiële voorwaarde voor een zorgvuldige uitvoering van de euthanasiewetgeving wordt door het kabinet dan ook onderschreven. Zoals aangegeven, vragen de signalen uit het RISE-onderzoek dan ook aandacht en zorgvuldige opvolging. Voor de wijze waarop het kabinet hieraan invulling geeft wordt verwezen naar de kabinetsreactie.

5) De waardering voor de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) versus de kritiek op de RTE dat de toetsing in toenemende mate procedureel is geworden en minder inhoudelijk en de zorgen over discrepanties tussen de professionele richtlijnen en de EuthanasieCode.

Het kabinet benadrukt dat de RTE iedere melding van euthanasie zorgvuldig toetst. Het betreft toetsing achteraf waarbij de RTE nagaat of de meldend arts – die de inhoudelijke beoordeling heeft uitgevoerd of in een specifiek geval aan de wettelijke

[58] Kamerstukken II 2025/26, 36624, nr. 18.

zorgvuldigheidseisen is voldaan – navolgbaar heeft kunnen concluderen dat dit inderdaad het geval is.

Zoals het kabinet in reactie op aanbeveling 6 heeft aangegeven, legt de RTE via haar jaarverslag en de publicatie van casuïstiek op haar website verantwoording af over de wijze waarop zij haar wettelijke taak vervult. Het kabinet heeft tevens aangegeven dat in het licht van de vereiste transparantie van de euthanasiepraktijk en de terugkerende vragen daarover in de vijfde evaluatie van de Wtl een steekproefsgewijze analyse wordt uitgevoerd van door de RTE als zorgvuldig beoordeelde meldingen. Daarnaast heeft het kabinet aangegeven de discrepanties tussen de EuthanasieCode en de richtlijnen van de beroepsgroep onwenselijk te vinden en heeft het partijen opgeroepen om deze in gezamenlijkheid op te lossen.

De onderzoekers constateren dat het maatschappelijk draagvlak voor euthanasie in Nederland groot is en ook is toegenomen sinds de inwerkingtreding van de Wtl. De leden van de SGP-fractie merken op dat hoewel euthanasie in Nederland niet meer weg te denken uit de samenleving, het belangrijk om te realiseren dat wat wij in Nederland als 'normaal' beschouwen, wereldwijd juist uitzonderlijk is. Zij vragen de minister hierop te reflecteren.

Nederland was het eerste land ter wereld met euthanasiewetgeving. Aan de totstandkoming van de Wtl is een decennialang, zorgvuldig proces voorafgegaan. In het rapport van de vierde evaluatie van de Wtl geven de onderzoekers aan dat ten tijde van de inwerkingtreding van de Wtl in 2002 slechts een enkel ander land regelgeving met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek had afgekondigd of aan het voorbereiden was. Maar dat recentelijk het aantal andere landen met dergelijke wetgeving is toegenomen. Het gaat hierbij niet alleen om landen in Europa, ook daarbuiten. De onderzoekers benadrukken dat de opzet en de inhoud van de buitenlandse regelingen, net als bij de Wtl, de resultante zijn van nationale maatschappelijke, politieke, medische, medisch-ethische en juridische discussies, sterk bepaald door de zich in tijd ontwikkelende, maar tegelijk verschillende opvattingen ter zake in de betreffende landen.[59]

De Wtl bevat open normen die ruim te interpreteren zijn, zoals het criterium van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Hierdoor was het vrijwel onvermijdelijk dat zowel patiënten als zorgverleners deze begrippen op termijn op hun eigen manier zouden gaan invullen. De leden van de SGP-fractie vragen de minister of zij het risico onderkent dat de toetsing door de arts hierdoor op termijn kan verworden tot een formaliteit. Hoe wil zij dit voorkomen?

De uitzonderingsgrond op strafbaarheid van euthanasie, geldt enkel voor artsen. In het Wetboek van Strafrecht staat deze uitzonderingsgrond in artikel 293, tweede lid, waarbij expliciet staat dat het feit (de euthanasie) moet zijn begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.[60] Binnen deze zorgvuldigheidseisen/open normen is inderdaad ruimte voor nadere invulling, maar voor het kabinet staat voorop dat het 'meebewegen' plaatsvindt binnen het bestaande wettelijke kader en dat er sprake is van een zorgvuldige praktijk. Daar ligt de grens.

[59] Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, Den Haag: ZonMw, mei 2023, p. 77 e.v.; voor een overzicht van euthanasiewetgeving in de EU, zie: https://www.europarl.europa.eu?RedData/etudes/BRIE/2025/775914/EPRS_BRI(2025)775914_ENG.pdf.

[60] Wetboek van Strafrecht, Artikel 293 [Euthanasie] (01-04-2002 tot ---) | InView

Binnen dit kader blijft euthanasie bijzonder medisch handelen waarbij zorgvuldigheid en behoedzaamheid in het onderzoek naar de euthanasiewens centraal staan, bestaat er geen recht van de patiënt op euthanasie, is er geen onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden en is een belangrijke voorwaarde dat het lijden een medische grondslag moet hebben. De uiteindelijke beoordelings- en beslissingsbevoegdheid blijft bij de arts. Dit is onderdeel van het kader en niet de invulling, en kan dus ook niet verworden tot een formaliteit.

Palliatieve sedatie in de laatste levensfase is de jaren enorm gestegen. Inmiddels wordt palliatieve sedatie toegepast bij ongeveer één op de drie sterfgevallen. Hoewel er duidelijke richtlijnen bestaan voor het inzetten van sedatie, is er wel degelijk een grijs gebied tussen levensbeëindigend handelen en symptoombestrijding in de laatste levensfase. Onderkent de minister dit, zo vragen de leden van de SGP-fractie. In 2021 werd onderzoek gedaan naar de toepassing van palliatieve sedatie. Daaruit bleek dat bij duizenden sterfgevallen pijn- en symptoombestrijding werd toegepast om de dood te bespoedigen. Hiermee wordt feitelijk buiten de wettelijke kaders van levensbeëindiging getreden. Gelet op de sterke en doorgaande stijging van het gebruik van palliatieve sedatie verzoeken de leden van de SGP-fractie alert te zijn op misbruik van palliatieve sedatie, waarbij in strijd met de wet wordt gehandeld. Is de minister bereid om opnieuw onderzoek te laten doen naar de wijze waarop palliatieve sedatie wordt gebruikt?

Palliatieve sedatie is het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase, met als doel om het lijden te verlichten. Het gaat om pijnbestrijding waarbij het bespoedigen van de dood niet het doel, maar wel een mogelijk onbedoeld neveneffect kan zijn. In het sterfgevallenonderzoek 2021, waar de leden van de SGP-fractie waarschijnlijk aan refereren, waren er geen gevallen waarbij bespoediging van het levenseinde het doel van de sedatie was.

Het feit dat palliatieve sedatie vaker wordt ingezet is niet per se zorgwekkend: het kan ook goed medisch handelen zijn en een gevolg van de toenemende aandacht voor palliatieve zorg. Uit onderzoek in het kader van het ZonMw-programma ‘Palliantie. Meer dan Zorg’ is gebleken dat palliatieve sedatie tegenwoordig meer wordt gezien als normaal onderdeel van palliatieve zorg en dat psychosociale en existentiële symptomen meer dan voorheen meewegen in de beslissing om sedatie te starten.

Zoals in het rapport van de vierde evaluatie van de Wtl wordt aangegeven, is het voor artsen niet altijd eenvoudig om een eenduidige beschrijving van medische handelwijzen rond het levenseinde te geven. Hierdoor is de afbakening tussen levensbeëindiging enerzijds en symptoombestrijding anderzijds niet altijd duidelijk en is er inderdaad een ‘grijs gebied’ waar het op grond van de combinatie van de intentie van de arts en het gebruikte middel niet helemaal duidelijk is of het gaat om levensbeëindiging of symptoombestrijding. Volgens de onderzoekers van de vierde evaluatie is dit ‘grijze gebied’ wel kleiner geworden.

Onderzoek naar het toepassen van palliatieve sedatie zal weer plaatsvinden in het kader van het sterfgevallenonderzoek dat in het kader van de vijfde evaluatie van de Wtl wordt uitgevoerd.

Naar aanleiding van de Kabinetsreactie. De leden van de SGP-fractie lezen dat het kabinet een juiste balans tussen de verschillende waarden die een rol spelen bij de Wtl (barmhartigheid, beschermwaardigheid van het leven en autonomie) cruciaal vindt. Dat roept de vraag op wat volgens het kabinet ‘de juiste balans is’. Zij vragen de minister dit nader te duiden. Is de

minister van oordeel dat bij de uitvoering van de Wtl op dit moment sprake is van 'de juiste balans'? Kan zij dit toelichten?

Zoals aangegeven in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek is met de Wtl een zorgvuldige procedure ingericht waarin een balans is gevonden tussen de verschillende waarden die daarbij een rol spelen: barmhartigheid, beschermwaardigheid van het leven en autonomie.[61] De juiste balans tussen deze waarden vindt het kabinet inderdaad cruciaal. Het is daarom belangrijk dat de balans die is getroffen met de totstandkoming van de Wtl bewaard blijft. Door de open normen van de Wtl is hier wel de ruimte om mee te bewegen met wetenschappelijke of maatschappelijke ontwikkelingen. Voor het kabinet staat voorop dat het 'meebewegen' plaatsvindt binnen het bestaande wettelijke kader en dat er sprake is van een zorgvuldige praktijk. Daar ligt de grens. Binnen dit kader blijft euthanasie bijzonder medisch handelen waarbij zorgvuldigheid en behoedzaamheid in het onderzoek naar de euthanasiewens centraal staan, bestaat er geen recht van de patiënt op euthanasie, is er geen onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden en is een belangrijke voorwaarde dat het lijden een medische grondslag moet hebben. De uiteindelijke beoordelings- en beslissingsbevoegdheid blijft bij de arts.

De leden van de SGP-fractie vragen dit in het licht van de uitkomst van het onderzoek dat het perspectief van de patiënt bepalender is geworden bij de beoordeling van een euthanasieverzoek. Terecht stelt het kabinet dat autonomie niet hét leidende principe is en ook niet kan zijn voor het verlenen van euthanasie. Terecht stelt het kabinet verder dat een eenzijdige focus op autonomie tot gevolg heeft dat de andere normatieve uitgangspunten van de Wtl naar de achtergrond worden verdrongen, wat zou indruisen tegen de waarborgfunctie van de Wtl. De leden van de SGP-fractie onderstrepen deze noties graag. Zij vragen de minister om erop te reflecteren of zij het ook als een risico ziet, gelet op de maatschappelijke trends van bijvoorbeeld individualisering en secularisering, dat autonomie een steeds grotere focus krijgt, waardoor de balans in de Wtl verstoort raakt en de zorgvuldigheidseisen 'uitgehold worden' (in de woorden van de onderzoekers). Hoe wil zij dit voorkomen?

Zoals in de kabinetsreactie is aangegeven, vindt het kabinet het positief dat mensen meer nadruk leggen op hun eigen wensen en keuzes, maar is het kabinet tegelijkertijd van mening dat de herschikking van de morele uitgangspunten een belangrijk punt van aandacht is en daarom onderschrijft het kabinet het belang van morele reflectie ten aanzien van het waarborgen van de grenzen van de Wtl.

Volgens de onderzoekers ligt een concrete rol voor de overheid in het waarborgen van de grenzen van de Wtl en het bewaken van een balans tussen de autonomie van de patiënt en de professionele en morele autonomie van artsen op het terrein van overheidscommunicatie en feitelijk juiste informatievoorziening over euthanasie en andere vormen van levenseindezorg. Het kabinet zet daar dan ook op in en heeft de Kamer hierover geïnformeerd.[62] Daarnaast zien de onderzoekers hierbij een belangrijke rol voor de betrokken beroepsgroepen en de RTE. In de kabinetsreactie is aangegeven wat door deze partijen in dit kader wordt ondernomen.

De leden van de SGP-fractie vinden het goed om te lezen dat het kabinet het onwenselijk vindt dat patiënten denken dat euthanasie een recht is, waardoor artsen zich onder druk gezet voelen. Het is goed dat het kabinet klip en klaar stelt dat het een misvatting is dat euthanasie een recht is. De leden van de SGP-fractie delen de opvatting van het kabinet dat druk op

[61] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr.115.

[62] Kamerstukken II 2025/26, 31 036, nr.13.

artsen onwenselijk is en voorkomen moet worden. Zij vragen zich wel af of er niet méér nodig is dan alleen het aanscherpen van de publieksvoorlichting op dit punt. Zij vragen de minister om zichzelf ook publiekelijk méér hierover uit te spreken om duidelijk te maken dat euthanasie geen recht is.

Het kabinet vindt het inderdaad onwenselijk dat patiënten en naasten onrealistische verwachtingen hebben, dat wordt gedacht dat euthanasie een recht is en dat artsen zich hierdoor onder druk gezet voelen. Daarom is ook in de kabinetsreactie opgenomen dat het ministerie van VWS ZonMw heeft verzocht bij de opdrachtformulering voor de vijfde evaluatie van de Wtl als aandachtspunt mee te nemen dat wordt onderzocht op welke wijze artsen omgaan met druk van patiënten en familie en vanuit de samenleving.[63]

Zoals aangegeven in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek heeft het kabinet geen zeggenschap over de informatievoorziening van veldpartijen of over berichtgeving in de media, maar vervult het wel een coördinerende rol vanuit de verantwoordelijkheid voor goede publieksvoorlichting.[64] In de verbetering van deze publieksvoorlichting wordt aandacht besteed aan het feit dat euthanasie geen recht is. Dit komt bijvoorbeeld herhaaldelijk terug in de nieuwe Brochure schriftelijk euthanasieverzoek.[65]

Uit het onderzoek blijkt dat druk op het zorgsysteem, zoals problemen in de ggz, personeelstekorten in de ouderenzorg en de terminale thuiszorg, bezuinigingen en angst voor ontoereikende zorg, worden genoemd als factoren die een euthanasiewens in de hand kunnen werken. De leden van de SGP-fractie delen de opvatting van het kabinet dat dit zorgelijk en onwenselijk is. Zij waarderen het dat het kabinet aangeeft dat deze signalen 'aandacht en zorgvuldige opvolging' vragen. De uiteenzetting van de minister over de maatregelen die het kabinet neemt ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg, de jeugdhulp, de ouderenzorg en palliatieve zorg doet de leden van de SGP-fractie echter de vraag te stellen in hoeverre de minister de urgentie van het RISE-onderzoek op dit punt onderkent. Zij constateren dat de minister naar aanleiding van het RISE-onderzoek eigenlijk geen nieuwe maatregelen voorstelt, maar slechts wijst op wat reeds is afgesproken in bijvoorbeeld het IZA, AZWA, HLO en de Hervormingsagenda Jeugd. De leden van de SGP-fractie vinden dit echt te mager.

Het kabinet onderkent zeker de urgentie van het RISE-onderzoek op dit punt. In de kabinetsreactie heeft het kabinet aangegeven wat er allemaal reeds gebeurt om de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg verder te verbeteren. De signalen uit het RISE-onderzoek vragen daarnaast ook om nader onderzoek. Zoals in de kabinetsreactie is aangegeven, stelt het kabinet financiering beschikbaar voor aanvullend onderzoek naar het causaal verband tussen knelpunten in de (ggz-) zorg en het ontstaan van euthanasiewensen.

De leden van de SGP-fractie zouden het wenselijk vinden dat op het moment dat blijkt dat een verzoek om euthanasie evident te maken heeft met tekortschietende zorg, er maatregelen genomen kunnen worden om de persoon in kwestie per ommegaande de zorg en ondersteuning te bieden die nodig is. Zij vragen de minister in hoeverre dat op dit moment al mogelijk is. Zijn er structuren om in dit soort situaties een doorbraak te forceren?

[63] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 115.
[64] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 115.
[65] Bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 31 036, nr. 13.

Een euthanasieverzoek kan alleen gehonoreerd worden als er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en wanneer de arts met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt geen redelijke andere oplossing is. Mocht het zo zijn dat tekortschietende zorg een evidente reden is voor een verzoek om euthanasie, dan zijn er in beginsel dus nog mogelijkheden om het lijden van de patiënt weg te nemen of te verzachten. Een arts zal dan samen met de patiënt moeten kijken waar dan wel de juiste zorg en ondersteuning kan worden gevonden.

Is inzichtelijk hoe vaak er een euthanasieverzoek door een arts of psychiater wordt afgewezen omdat deze van mening is dat er nog behandelmogelijkheden zijn of andere oplossingen voor de nood waarin een patiënt verkeert?

Het is niet bekend hoe vaak er in Nederland een euthanasieverzoek door een arts of psychiater wordt afgewezen omdat deze van mening is dat er nog behandelmogelijkheden zijn of andere oplossingen voor de nood waarin een patiënt verkeert.

Uit het rapport van de vierde evaluatie van de Wtl blijkt op basis van het vragenlijstonderzoek onder artsen dat uitgevoerde euthanasieverzoeken zeer weinig voortkwamen uit een psychiatrische aandoening (1%). Artsen gaven aan het vaakst door te verwijzen naar Expertisecentrum Euthanasie (EE) of dit denkbaar te vinden bij patiënten met psychiatrische aandoeningen en dementie, omdat zij op dat vlak kennis missen om een goed besluit te kunnen nemen over een euthanasieverzoek. Bij psychiatrische aandoeningen vinden veel artsen het bijvoorbeeld lastig om te bepalen of er nog een redelijke andere oplossing is.[66]

Op basis van een retrospectieve dossierstudie naar de achtergronden en het verloop van euthanasieverzoeken op grond van psychiatrisch lijden bij EE uit 2020 is gebleken dat van alle euthanasieverzoeken bij EE op basis van psychiatrisch lijden in de onderzoeksperiode van maart 2012 t/m december 2018 bijna 10% is ingewilligd, bijna 20% is ingetrokken door de patiënt en ongeveer 70% niet is ingewilligd. Belangrijkste reden voor het niet inwilligen is ‘wel een redelijke andere oplossing’ (57%) en ‘geen sprake van ondraaglijk en uitzichtloos lijden’ (32%). In slechts 3% speelt de wilsbekwaamheid van de patiënt een rol. Reden waarom de ggz-behandelaar niet zelf het euthanasieverzoek van een patiënt in behandeling neemt, maar doorverwijst naar EE is in de meeste gevallen omdat de ggz-behandelaar nog behandelopties ziet. Een huisarts verwijst vaak door naar EE vanwege het feit dat de huisarts zich onbekwaam voelt om het euthanasieverzoek zelf in behandeling te nemen.[67]

De leden van de SGP-fractie maken zich in het bijzonder zorgen over ouderen die het zorg- en ondersteuningsaanbod zien verschralen. Uit het Nationaal Ouderenonderzoek van september 2026 blijkt dat 73% van de ondervraagde ouderen (65+) vindt dat ouderen vaak als een last voor de samenleving worden gezien. In een dergelijk klimaat is de stap naar een

[66] Bij het vragenlijstonderzoek dat in 2022 in het kader van de vierde evaluatie van de Wtl is uitgevoerd, zijn overigens alleen huisartsen, medisch specialisten (cardiologen, chirurgen, ic-artsen, internisten, longartsen, neurologen) en specialisten ouderengeneeskunde betrokken, maar geen psychiaters.

[67] Kammeraat, M., & Kolling, P. (2020). Psychiatrische patiënten bij Expertisecentrum Euthanasie: Retrospectieve dossierstudie naar de achtergronden en het verloop van euthanasieverzoeken op grond van psychiatrisch lijden bij Expertisecentrum Euthanasie, periode 2012–2018. *Expertisecentrum Euthanasie. Den Haag.*

euthanasieverzoek klein geworden. De leden van de SGP-fractie vragen de minister wat het kabinet concreet gaat doen aan dit gevoel van tot last zijn.

Het kabinet vindt het heel verdrietig en pijnlijk dat zoveel ouderen in het onderzoek van het Nationaal Ouderenfonds aangeven dat zij in de samenleving het gevoel hebben vaak als een last te worden gezien. Ouderen zijn geen last, maar een waardevol onderdeel van onze samenleving. Ze brengen veel kennis en levenservaring mee. Zo is vrijwilligerswerk onder ouderen juist ook heel hoog.
En het is van belang dat ouderen zich goed voorbereiden op ouder worden. Daarom benadrukt de publiekscampagne 'Praat vandaag over morgen' juist deze positieve benadering die laat zien dat je zelf kunt bijdragen aan prettig ouder worden. Deze campagne laat zien dat ouderen er niet alleen voor staan, dat ouderen ertoe doen en dat we samen verantwoordelijkheid dragen voor de toekomst. Het kabinet zet in op een zorgzame samenleving waarin mensen naar elkaar omkijken.

De leden van de SGP-fractie vinden het goed dat het kabinet aanvullend onderzoek laat verrichten naar de relatie tussen de toegankelijkheid van (ggz-) zorg en het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen.

De leden van de SGP-fractie zijn het eens met de aanbeveling van de onderzoekers om de toegang tot integrale RTE-dossiers te verruimen. Zij hebben hier eerder aandacht voor gevraagd. Zij constateren dat de RTE aangeeft 'begrip te hebben' voor de wens om de mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek naar de RTE-data te versterken. De leden van de SGP-fractie lezen echter geen concrete vervolgstappen op dit punt. Wat zou de minister zelf een wenselijke uitkomst vinden? Is het wettelijk mogelijk om de integrale RTE-dossiers openbaar toegankelijk te maken? Zo nee, wat is hiervoor nodig?

De RTE heeft inderdaad laten weten dat zij begrip heeft voor de wens om, naast het onderzoek dat in het kader van de reguliere evaluatie van de Wtl wordt uitgevoerd, de mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek naar de RTE-data te versterken. Dataverzoeken voor wetenschappelijk onderzoek worden per geval door de RTE beoordeeld. Het medisch beroepsgeheim, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (t.a.v. de uitvoerend artsen) en artikel 14 van de Wtl[68] kunnen zich verzetten tegen het integraal toegankelijk maken van dossiers. Het openbaar maken van integrale RTE-dossiers acht het kabinet daarom niet wenselijk.

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie
De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van het onderzoeksrapport naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie en de kabinetsreactie hierop. Deze leden danken de onderzoekers voor het uitgevoerde onderzoek. De leden van de ChristenUnie-fractie maken zich zorgen over de stijging van euthanasie en moeten constateren dat euthanasie normaliseert, terwijl het wettelijk kader euthanasie als uitzonderlijke handelen karakteriseert. Deze leden maken van de gelegenheid gebruik vragen te stellen over het onderzoek en de kabinetsreactie.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat het aantal euthanasiemeldingen is gestegen van 2.216 in 1999 naar 9.958 in 2024, en dat het aandeel euthanasie in het totale sterftecijfer

[68] Artikel 14 Wtl luidt: 'De leden en plaatsvervangend leden van de commissie zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens waarover zij bij de taakuitvoering de beschikking krijgen, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen tot mededeling verplicht of uit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit.'

is gestegen van 1,6% naar 5,78%. Hoe duidt de minister deze stijging in het licht van de oorspronkelijke bedoeling van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, waarin euthanasie geen reguliere medische handeling is maar als uitzonderlijk handeling onder strikte voorwaarden is vormgegeven?
De wetgever heeft bij de totstandkoming van de Wtl gekozen voor open normen die kunnen meebewegen met wetenschappelijke of maatschappelijke ontwikkelingen en veranderende inzichten of opvattingen over de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen of over euthanasie in het algemeen. Daarbij is overigens ook duidelijk gesteld dat dit niet betekent dat alles kan, en zijn bepaalde kaders meegegeven.[69]

De onderzoekers van het RISE-onderzoek signaleren zowel een toename van het aantal euthanasiemeldingen bij terminale ziekten als een verbreding van de aandoeningen waarvoor euthanasie wordt verleend. Zo wordt er vaker euthanasie verleend bij chronische ziekten, psychische aandoeningen en dementie. De onderzoekers constateren dat de wet niet is veranderd, maar de toepassing wél.
Zij signaleren dat in de loop der tijd accentverschuivingen zichtbaar zijn geworden in het morele krachtenveld. Door rapportages, rechterlijke uitspraken, tuchtuitspraken, oordelen en toelichting van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) en aanscherping van de professionele richtlijnen van de Artsenfederatie KNMG en Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is het handelings- en toetsingskader geleidelijk fijnmaziger en explicieter geworden. Deze ontwikkelingen dragen volgens de onderzoekers niet alleen bij aan rechtszekerheid, maar ook aan voortgaande normontwikkeling. Zij bieden artsen meer houvast bij de beoordeling van euthanasieverzoeken en hebben de facto bijgedragen aan het verbreden van de omstandigheden waaronder euthanasie plaatsvindt, terwijl euthanasie zowel straf- als gezondheidsrechtelijk, normatief en professioneel onverminderd een uitzonderlijke, ultieme handeling blijft en waarbij het kader dat gevormd wordt door de zorgvuldigheidseisen in de Wtl ongewijzigd is gebleven. Euthanasie is geen recht van de patiënt en geen plicht voor de arts.

In de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek wordt aangegeven dat de onderzoekers constateren dat euthanasie en hulp bij zelfdoding zowel door burgers als professionals vaker worden beschouwd als een van de mogelijke opties aan het einde van het leven en niet louter als ultimum remedium.[70] Er is sprake van verschuivende opvattingen over lijden, kwaliteit van leven (en sterven) en autonomie en het patiëntperspectief op lijden heeft een prominentere rol gekregen. De bespreekbaarheid is toegenomen en wordt toegeschreven aan de grotere aandacht voor palliatieve zorg en proactieve zorgplanning. Euthanasie vormt steeds vaker een onderdeel van dit zorgplanningsgesprek.

In de kabinetsreactie is tevens aangegeven dat de onderzoekers tegelijkertijd constateren dat de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding uitzonderlijk blijft en nog altijd juridisch gekwalificeerd wordt als een strafbaar feit dat onder specifieke voorwaarden niet wordt vervolgd. Ook merken zij op dat Artsenfederatie KNMG en het merendeel van de artsen euthanasie blijven karakteriseren als niet normaal, oftewel bijzonder medisch handelen. In de richtlijnen van de beroepsgroepen wordt levensbeëindigend handelen onverminderd beschouwd als een ultimum remedium.[71]

[69] H. Weyers, Euthanasie in Nederland 2002-2022, Den Haag: Boom juridisch, 2022, p. 142 e.v.
[70] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 115.

Voor het kabinet staat de zorgvuldigheid van de euthanasiepraktijk voorop. ‘Meebewegen’ dient plaats te vinden binnen het bestaande wettelijke kader en er moet sprake zijn van een zorgvuldige praktijk. Daar ligt de grens. Binnen dit kader blijft euthanasie bijzonder medisch handelen waarbij zorgvuldigheid en behoedzaamheid in het onderzoek naar de euthanasiewens centraal staan, bestaat er geen recht van de patiënt op euthanasie, is er geen onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden en is een belangrijke voorwaarde dat het lijden een medische grondslag moet hebben. De uiteindelijke beoordelings- en beslissingsbevoegdheid blijft bij de arts.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen waar voor de minister de grens ligt tussen een uitzonderlijke praktijk en een normalisering van euthanasie. Welke ontwikkeling zou voor haar aanleiding zijn om te spreken van een problematische normalisering van euthanasie?

Voor het kabinet staat voorop dat euthanasie in Nederland plaatsvindt binnen het bestaande wettelijke kader en dat er sprake is van een zorgvuldige praktijk. Daar ligt de grens. Binnen dit kader blijft euthanasie bijzonder medisch handelen waarbij zorgvuldigheid en behoedzaamheid in het onderzoek naar de euthanasiewens centraal staan, bestaat er geen recht van de patiënt op euthanasie, is er geen onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden en is een belangrijke voorwaarde dat het lijden een medische grondslag moet hebben. De uiteindelijke beoordelings- en beslissingsbevoegdheid blijft bij de arts.

In het onderzoek wordt geconstateerd dat de Wtl niet is gewijzigd, maar dat de beoordelings- uitvoerings- en toetsingspraktijk wel is veranderd. Is hiermee in feite geen sprake van verbreding van de euthanasiepraktijk, ook zonder wetswijziging, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. Zo nee, waarom niet?

Zoals in de kabinetsreactie op de resultaten van het RISE-onderzoek is aangegeven, betreft de door de onderzoekers gesignaleerde verbreding van de praktische reikwijdte van de Wtl een nadere invulling van het bestaande juridische kader. Binnen dit kader blijft euthanasie bijzonder medisch handelen waarbij zorgvuldigheid en behoedzaamheid in het onderzoek naar de euthanasiewens centraal staan, bestaat er geen recht van de patiënt op euthanasie, is er geen onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden en is een belangrijke voorwaarde dat het lijden een medische grondslag moet hebben.[72]

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat de onderzoekers de stijging overwegend ‘niet als moreel zorgelijk’ zien, maar tegelijkertijd signaleren zij spanningsvelden rond autonomie, kwetsbare groepen, procedurele toetsen en zorgtekorten. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de minister de zorg dat het niet kwalificeren van de stijging als ‘niet moreel zorgelijk’ deelt. Daarnaast vragen de leden van de ChristenUnie-fractie de minister hoe wordt voorkomen dat deze constatering wordt opgevat als normalisering van euthanasie, terwijl euthanasie juridisch en professioneel bijzonder medisch handelen blijft.

Voor het kabinet staat de zorgvuldigheid van de euthanasiepraktijk voorop. Iedere euthanasie dient zorgvuldig plaats te vinden, binnen de kaders van de Wtl. Daarnaast

[71] Kamerstukken II 2026/27, 32 647, nr. 115; Het RISE-onderzoek, Mixed-method ethiekonderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie, Nijmegen, Radboudumc, juni 2026, p. 107 en 110-111.

[72] Kamerstukken II 2026/27, 32 647, nr. 115.

acht het kabinet het van belang dat niemand zich genoodzaakt mag voelen om euthanasie te verzoeken vanwege ervaren tekorten of knelpunten in de zorg. Het kabinet heeft dan ook toegezegd om hier nader onderzoek naar te doen. Daarnaast is in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek aangegeven dat het kabinet - in het licht van de gesignaleerde spanningsvelden - het belang van morele reflectie ten aanzien van het waarborgen van de grenzen van de Wtl onderschrijft.[73]

Binnen het kader van de Wtl, met diens open normen, is wel ruimte om mee te bewegen met wetenschappelijke en maatschappelijke veranderingen. Voor het kabinet staat voorop dat het 'meebewegen' plaatsvindt binnen het bestaande wettelijke kader en dat er sprake is van een zorgvuldige praktijk. Daar ligt de grens. Binnen dit kader blijft euthanasie bijzonder medisch handelen waarbij zorgvuldigheid en behoedzaamheid in het onderzoek naar de euthanasiewens centraal staan, bestaat er geen recht van de patiënt op euthanasie, is er geen onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden en is een belangrijke voorwaarde dat het lijden een medische grondslag moet hebben. De uiteindelijke beoordelings- en beslissingsbevoegdheid blijft bij de arts. Artsenfederatie KNMG en het merendeel van de artsen blijven euthanasie karakteriseren als niet normaal, oftewel bijzonder medisch handelen. In de richtlijnen van de beroepsgroepen wordt levensbeëindigend handelen onverminderd beschouwd als een ultimum remedium.[74]

Aanbeveling 1 van de onderzoekers: *Bewaak een balans tussen de autonomie van de patiënt en de professionele en morele autonomie van artsen*, vraagt volgens de onderzoekers om een blijvende explicitering van het uitzonderlijke karakter van euthanasie. Volgens de onderzoekers ligt hier zowel een rol voor de beroepsgroepen al het ministerie van VWS. Voor de opvolging van deze aanbeveling verwijst het kabinet naar de passage hierover in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek.[75] Hierin komt naar voren dat in de publieksvoorlichting aandacht wordt besteed aan het gegeven dat euthanasie geen recht is. KNMG en NVvP onderschrijven beide het belang van de aanbeveling.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de minister of zij de opvatting deelt dat uit dit onderzoek blijkt dat euthanasie normaliseert als manier om te overlijden. Deze leden vragen de minister zich hier ook normatief over uit te spreken. Deelt de minister de zorg dat autonomie in de maatschappelijke beeldvorming steeds sterker op de voorgrond treedt, terwijl beschermwaardigheid van het leven minder expliciet wordt benoemd?

Het kabinet vindt het begrijpelijk dat bredere ontwikkelingen in de gezondheidszorg, zoals gezamenlijke besluitvorming en persoonsgerichte zorg, doorwerken in de euthanasiepraktijk. De wetgever heeft bij de totstandkoming van de Wtl bewust gekozen voor open normen die kunnen meebewegen met wetenschappelijke of maatschappelijke ontwikkelingen en veranderende inzichten. Daarbij is ook duidelijk gesteld dat dit niet betekent dat alles kan, en zijn bepaalde kaders zijn meegegeven.[76]

Zoals in de kabinetsreactie op de resultaten van het RISE-onderzoek is aangegeven, is het feit dat het perspectief van de patiënt meer gewicht in de schaal legt een belangrijk punt van aandacht gezien het normatieve fundament waarop de euthanasiepraktijk is

[73] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 115.
[74] P.107 en 110-111 RISE
[75] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 115.
[76] H. Weyers, Euthanasie in Nederland 2002-2022, Den Haag: Boom juridisch, 2022, p. 142 e.v.

gebouwd. Autonomie was en is een noodzakelijke voorwaarde voor het verlenen van euthanasie, maar niet hét leidende principe en kan dat ook niet zijn.[77]

Het perspectief van de patiënt is weliswaar bepalender geworden, maar dit impliceert niet dat dit perspectief doorslaggevend is, zo blijkt uit het RISE-onderzoek.[78] De waarde van autonomie speelt in het hele besluitvormingsproces rondom euthanasie weliswaar een belangrijke rol, maar wordt zeker niet als enige waarde meegenomen. Het is en blijft aan de arts om, in samenspraak met de patiënt, een eigen afweging te maken in hoeverre er aan het euthanasieverzoek van een patiënt kan worden voldaan.

Zoals aangegeven in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek heeft het kabinet geen zeggenschap over de informatievoorziening van veldpartijen of over berichtgeving in de media, maar vervult ze wel een coördinerende rol vanuit de verantwoordelijkheid voor goede publieksvoorlichting.[79] In de verbetering van deze publieksvoorlichting wordt aandacht besteed aan het feit dat euthanasie geen recht is. Dit komt bijvoorbeeld herhaaldelijk terug in de nieuwe Brochure schriftelijk euthanasieverzoek.[80]

Is de minister het met de leden van de ChristenUnie-fractie eens dat de beschermwaardigheid van het leven als zelfstandig normatief uitgangspunt explicieter zou moeten terugkomen in beleid, voorlichting, richtlijnen en toezicht rond euthanasie? Zo nee, waarom niet?
De onderzoekers waarschuwen dat eenzijdige focus op autonomie kan leiden tot uitholling van de zorgvuldigheidseisen van de Wtl. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de minister welke concrete maatregelen zij neemt om deze uitholling te voorkomen.

Zoals aangegeven in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek is met de Wtl een zorgvuldige procedure ingericht waarin een balans is gevonden tussen de verschillende waarden die daarbij een rol spelen: barmhartigheid, beschermwaardigheid van het leven en autonomie.[81] Het is positief dat mensen meer nadruk leggen op hun eigen wensen en keuzes, dat de bespreekbaarheid van euthanasie is toegenomen en dat burgers meer kennis hebben over euthanasie. De juiste balans tussen de kernwaarden vindt het kabinet inderdaad cruciaal. Het is daarom belangrijk dat de balans die is getroffen met de totstandkoming van de Wtl bewaard blijft.

Dat volgens de onderzoekers zich geleidelijk aan op sommige punten een herschikking lijkt af te tekenen van de morele uitgangspunten van de Wtl en het perspectief van patiënten meer gewicht in de schaal legt, vindt het kabinet begrijpelijk in het licht van de gesignaleerde culturele veranderingen. Door de open normen van de Wtl is hier de ruimte om mee te bewegen met wetenschappelijke of maatschappelijke ontwikkelingen. Voor het kabinet staat voorop dat het ‘meebewegen’ plaatsvindt binnen het bestaande wettelijke kader en dat er sprake is van een zorgvuldige praktijk.

Tegelijkertijd is deze herschikking een belangrijk punt van aandacht gezien het normatieve fundament waarop de euthanasiepraktijk is gebouwd, zo staat ook in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek.[82] Autonomie was en is een noodzakelijke voorwaarde voor het verlenen van euthanasie, maar niet hét leidende principe en kan

[77] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 115.
[78] Bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 114.
[79] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 115.
[80] Bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 31 036, nr. 13.
[81] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 115.
[82] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 115.

dat ook niet zijn. Euthanasie is geen individueel afdwingbaar recht. De onderzoekers wijzen daarom, zoals ook geconstateerd in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek, op het belang dat euthanasie in de informatievoorziening wordt gepositioneerd binnen het bredere palet van levenseindezorg, inclusief palliatieve zorg en het natuurlijke stervensproces. Zo'n benadering kan volgens hen bijdragen aan een beter geïnformeerde besluitvorming door patiënten en naasten, het mitigeren van onrealistische verwachtingen, het verminderen van druk op de euthanasiepraktijk en het bevorderen van een realistisch maatschappelijk beeld van de euthanasiepraktijk. Dit punt zal het kabinet dan ook meenemen in de verdere verbetering van de publieksvoorlichting. In de Kamerbrief over de verbetering van de voorlichting over het levenseinde en euthanasie geeft het kabinet aan dat één van de grote geïnventariseerde misvattingen over euthanasie is dat euthanasie een recht zou zijn.[83] In de nieuwe Brochure schriftelijk euthanasieverzoek[84] wordt daarom herhaaldelijk gesteld dat euthanasie geen recht van de patiënt en geen plicht van de arts is. In de verdere verbetering van de publieksvoorlichting, waarvoor deze brochure als uitgangspunt dient, wordt dit ook meegenomen. Dat er bij euthanasie aan strenge zorgvuldigheidseisen moet worden voldaan is al een integraal deel van de publieksvoorlichting (op www.rijksoverheid.nl).

De minister schrijft dat autonomie een noodzakelijke voorwaarde is, maar niet hét leidende principe kan zijn. Euthanasie is geen afdwingbaar recht. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen wat deze constatering betekent voor de communicatie rond euthanasie. Kan de minister aangeven hoe in publieksvoorlichting wordt voorkomen dat euthanasie wordt gepresenteerd als een reguliere keuzeoptie aan het levenseinde, in plaats van als uiterste mogelijkheid onder strikte voorwaarden?

Voor de aanpak omtrent de verbetering van de voorlichting over het levenseinde en euthanasie verwijst het kabinet naar de brief hierover die op 28 september jl. aan de Kamer is gestuurd.[85] Daarnaast gaat het kabinet in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek in op hoe de eerste aanbeveling (*Bewaak een balans tussen de autonomie van de patiënt en de professionele en morele autonomie van artsen*)
in deze verbetering van de publieksvoorlichting is en wordt meegenomen.[86] Hierin staat onder andere dat een misvatting, die ook uit het RISE-onderzoek naar voren komt, is dat euthanasie een recht zou zijn. Een ander aandachtspunt is dat mensen te weinig weten over het natuurlijke stervensproces en mogelijke alternatieven voor euthanasie, zoals palliatieve zorg. Zo is er in de media bijvoorbeeld relatief veel aandacht voor euthanasie en minder aandacht voor palliatieve zorg. Hierdoor krijgen mensen soms een eenzijdig beeld van de mogelijkheden rondom het levenseinde. Dit sluit aan bij een ander punt dat uit de inventarisatie naar voren kwam, namelijk dat (huis)artsen en patiënten nog meer kunnen doen om de wensen en mogelijkheden rondom het levenseinde bespreekbaar te maken. Op basis hiervan heeft het kabinet een nieuwe Brochure schriftelijk euthanasieverzoek gepubliceerd, waarin herhaaldelijk wordt genoemd dat er bij euthanasie aan de zorgvuldigheidseisen uit de wet moet worden voldaan, maar dat ook dan euthanasie nooit een recht van de patiënt of een plicht van de arts is.[87] Ook staat in deze brochure dat het schriftelijk euthanasieverzoek vooral dient als startpunt voor een gesprek met de arts. Bovendien wordt het schriftelijk euthanasieverzoek geplaatst

[83] Kamerstukken II 2025/26, 31 036, nr. 13.
[84] Bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 31 036, nr. 13.
[85] Kamerstukken II 2025/26, 31 036, nr. 13.
[86] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 115.
[87] Bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 31 036, nr. 13.

binnen een breder scala aan wilsverklaringen en wordt hierbij ook weer genoemd dat er aan de wettelijke regels moet worden voldaan, en dat euthanasie geen recht is en een arts ook persoonlijke redenen kan hebben om geen euthanasie te willen verlenen. De brochure dient als basis voor de verdere verbetering van de publieksvoorlichting op www.rijksoverheid.nl en de afstemming met betrokken partijen en het stroomlijnen van een ieders informatie. In dit proces zullen eerdergenoemde punten worden meegenomen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het zorgelijk om te lezen dat sommige artsen zich tijdelijk of structureel terugtrekken uit de euthanasiepraktijk als gevolg van ervaren druk of toenemend ongemak. Deze leden vragen of de minister zicht heeft op dit verschijnsel. Is zij bereid dit gericht te onderzoeken? Hoe waarborgt de minister de zelfstandige positie van artsen die zich niet onder druk gezet moeten voelen om euthanasie te verlenen, nu euthanasie normaliseert?

Het kabinet weet dat artsen inderdaad regelmatig druk ervaren om euthanasie uit te voeren. Zoals uit de vierde evaluatie van de Wtl blijkt, heeft 25% van de bevraagde artsen zich in de voorgaande vijf jaren wel eens onder druk gezet gevoeld door een patiënt om tot euthanasie te besluiten, en 33% door naasten. Tegelijkertijd blijkt uit onderzoek dat artsen over het algemeen goed in staat zijn om daarmee om te gaan. Het kabinet vindt het belangrijk te blijven benadrukken dat euthanasie geen recht is van de patiënt en geen plicht van de arts. Ook is het belangrijk om in voorlichting erop te wijzen dat met het opstellen van een schriftelijk euthanasieverzoek euthanasie niet is 'geregeld'. Dit misverstand leidt regelmatig tot spanning tussen artsen en (naasten van) patiënten. Het ministerie van VWS heeft ZonMw verzocht bij de opdrachtformulering voor de vijfde evaluatie van de Wtl als aandachtspunt mee te nemen dat wordt onderzocht op welke wijze artsen omgaan met druk van patiënten en familie en vanuit de samenleving.

De leden van de ChristenUnie-fractie maken zich grote zorgen over de stijging van het aantal mensen dat een euthanasieverzoek doet op grond van psychisch lijden. Zeker gezien de situatie in de GGZ moet dit politiek, beleidsmakers en GGZ-organisaties aan het denken zetten. De onderzoekers constateren dat euthanasie bij psychische aandoeningen buitengewoon complex blijft en dat grote terughoudendheid gepast is. De leden van de ChristenUnie-fractie onderschrijven dit nadrukkelijk. Welke concrete waarborgen acht de minister noodzakelijk om deze terughoudendheid in de praktijk ook tot uiting te laten komen, zo vragen deze leden.

In de huidige euthanasiepraktijk is in geval van een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden vereist dat een arts grote behoedzaamheid betracht. Dit komt tot uitdrukking in de EuthanasieCode van de RTE en in de NVvP-richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische aandoening. Met ingang van 12 juni 2026 schrijft de richtlijn bovendien voor dat de onafhankelijke psychiater die de second opinion moet uitvoeren zijn bevindingen moet inbrengen in een multidisciplinair overleg (MDO) met als doel om verschillende perspectieven mee te nemen in de beoordeling. Deze stap is toegevoegd om de ontstane zorgen binnen de sector te adresseren en om de pluriformiteit aan zienswijzen binnen de ggz beter te borgen.[88]

[88] NVvP-richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische aandoening* (2026), p. 26 e.v.; https://www.psychiatrie.nl/nieuws/herziening-modules-richtlijn-levensbeeindiging-op-verzoek-bij-patienten-met-een-psychische-aandoening/.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat de minister voornemens is meer onderzoek naar euthanasiewensen en hulpbehoeften van mensen met psychisch lijden uit te laten voeren. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de minister in dit onderzoek ook nadrukkelijk te laten onderzoeken of mensen eerder, beter of langduriger geholpen hadden kunnen worden binnen de reguliere ggz.

De opdrachtverstrekking voor het door het kabinet toegezegde onderzoek naar de relatie tussen de toegankelijkheid en kwaliteit van de (ggz-)zorg en het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen moet zorgvuldig worden voorbereid in afstemming met onder meer ZonMw. In de loop van 2027 zal ZonMw de opdracht voor dit onderzoek verstrekken. Hierin zullen de onderzoeksvragen nader worden geëxpliciteerd waarbij onder meer bekeken zal worden in hoeverre onderzocht kan worden of mensen eerder, beter of langduriger geholpen hadden kunnen worden binnen de reguliere ggz.

Het tweede toegezegde vervolgonderzoek moet aansluiten op het lopende SUNSET-onderzoek. In het SUNSET-onderzoek worden momenteel 188 patiënten gevolgd – onder wie 56 patiënten jonger dan 30 jaar. Voor elke deelnemer in het SUNSET-onderzoek wordt in kaart gebracht welke zorg men voorafgaand aan het euthanasieverzoek ontvangen heeft. Er wordt daarbij expliciet gevraagd naar ggz-zorg. Ook wordt gevraagd naar positieve en negatieve ervaringen in de ggz, en de ervaren beschikbaarheid en toegankelijkheid van (ggz-)zorg. De onderzoekers geven daarbij aan dat het volgens hen onmogelijk is om objectief vast te stellen of iemand eerder, beter of langduriger geholpen had kunnen worden binnen de reguliere ggz. Wél verwachten zij dat op basis van de SUNSET-vragenlijst zij een goed beeld kunnen geven van de rol van de behandelvoorgeschiedenis in het euthanasieverzoek.

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het bijzonder verdrietig en betreurenswaardig wanneer mensen met psychische aandoeningen zich door gebrek aan behandelperspectief, langdurige wachtlijsten of discontinuïteit van zorg min of meer gedwongen voelen om euthanasie te overwegen. Nader onderzoek hiernaar achten de leden van de ChristenUnie-fractie dan ook noodzakelijk. Is de minister het met de leden van de ChristenUnie-fractie eens dat totdat de causaliteit tussen bijvoorbeeld wachttijden in de GGZ en euthanasie weggenomen is, er geen verdere verruiming van de Wtl aan de orde zou moeten zijn. Zo nee, waarom niet?

Het kabinet wil allereerst benadrukken dat er geen sprake is van een ‘verruiming’ van de Wtl. De Wtl maakt geen onderscheid tussen somatisch en psychisch lijden. De afgelopen 25 jaar is de Wtl ongewijzigd gebleven, zoals ook de onderzoekers opmerken.

De onderzoekers van het RISE-onderzoek geven verder aan dat er signalen zijn dat structurele knelpunten in het zorgsysteem kunnen bijdragen aan het ontstaan of versterken van euthanasiewensen. Het is in dit kader belangrijk om te benadrukken dat er een verschil is tussen een euthanasiewens en een daadwerkelijk gehonoreerd euthanasieverzoek. Een euthanasieverzoek kan alleen gehonoreerd worden als er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden waarbij er geen redelijke andere oplossing meer is om het lijden te verminderen of op te heffen.

Zoals in de kabinetsreactie is aangegeven, stelt het kabinet financiering beschikbaar voor aanvullend onderzoek naar het causaal verband tussen knelpunten in de (ggz-)zorg en het ontstaan van euthanasiewensen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de stijging van het aantal euthanasieverzoeken bij mensen met dementie zich verhoudt tot het uitgangspunt dat mensen met dementie bescherming verdienen tegen beslissingen die zij op een later moment niet meer kunnen overzien of bevestigen. Kan de minister ook uitsplitsen welk deel van de 427 euthanasieverzoeken op grond van dementie betrekking heeft op een vroeg of laat stadium van dementie?

De stijging van het aantal euthanasiemeldingen waar in het RISE-onderzoek naar wordt verwezen betreft euthanasie bij dementie in den brede.[89] De onderzoekers schrijven hier ook bij dat pas sinds 2017 onderscheid wordt gemaakt tussen vroege en vergevorderde dementie, waarbij in het laatste geval sprake was van euthanasie op basis van een schriftelijk euthanasieverzoek, omdat de aanvrager niet meer in staat was tot een vrijwillig weloverwogen verzoek. Belangrijk om hierbij te noemen is dat de RTE geen onderscheid maakt tussen vroege en vergevorderde dementie, maar tussen patiënten die wilsbekwaam waren en patiënten die wilsonbekwaam waren ten aanzien van het verzoek. Het getal 427 uit het RISE-onderzoek slaat niet op het aantal euthanasieverzoeken op grond van dementie maar betreft het aantal ontvangen euthanasiemeldingen die de RTE in 2024 heeft ontvangen. Uit de RTE-jaarverslagen over 2024[90] en 2025[91] blijkt dat het bij 10 van deze 427 meldingen ging om wilsonbekwame patiënten.
De kabinetsreactie stelt dat niemand zich gedwongen mag voelen tot een euthanasieverzoek vanwege onvoldoende toegang tot zorg. De leden van de ChristenUnie-fractie onderstrepen dit van harte en achten het noodzakelijk te monitoren dat dit niet het geval is om maatregelen te treffen om euthanasie in dat soort situaties te kunnen voorkomen. Is de minister bereid structureel te laten registreren of patiënten bij een euthanasieverzoek aangeven angst te hebben voor tekortschietende zorg, een verpleeghuisopname, eenzaamheid, gebrek aan ondersteuning of overbelasting van naasten? Zo nee, waarom niet?

Voor euthanasie is het noodzakelijk dat er sprake is van een medische grondslag voor het lijden. Tekortschietende zorg, eenzaamheid en overbelasting van naasten zijn in de praktijk dan ook nooit de belangrijkste redenen voor een verzoek om euthanasie, maar altijd bijkomende redenen, naast andere meer overwegende redenen, zoals lichamelijk lijden. Het kabinet ziet daarom geen meerwaarde in het verplicht structureel apart laten registeren van deze bijkomende redenen. Artsen die een euthanasieverzoek uitvoeren moeten reeds een uitgebreid beredeneerd verslag schrijven hoe zij tot een positief oordeel over het euthanasieverzoek zijn gekomen. Daarin is ook ruimte om dergelijke bijkomende redenen te noteren.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering of standaard wordt onderzocht of palliatieve zorg, geestelijke verzorging of psychosociale ondersteuning nog redelijke alternatieven kunnen bieden, voordat euthanasie wordt overwogen. Zo nee, waarom niet?

De genoemde voorbeelden zijn allemaal zaken die door de arts worden meegewogen in de afweging of sprake is van redelijke alternatieven voor euthanasie.

[89] Het RISE-onderzoek, Mixed-method ethiekonderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie, Nijmegen, Radboudumc, juni 2026, p.41.
[90] Bijlage bij Kamerstukken II 2024/25, 32 647, nr. 110.
[91] Bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 112.

Op welke manier wordt geborgd dat mensen het verschil tussen euthanasie, palliatieve sedatie, pijnbestrijding en het natuurlijke stervensproces kennen en begrijpen, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Zoals reeds uiteengezet in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek wordt dit meegenomen in de verbetering van de publieksvoorlichting over het levenseinde en euthanasie.[92] Het kabinet heeft al een nieuwe Brochure schriftelijk euthanasieverzoek gepubliceerd, waarin het verschil tussen palliatieve sedatie en euthanasie is opgenomen en bijvoorbeeld ook aandacht wordt besteed aan het gegeven dat de meeste mensen met dementie overlijden aan hun ziekte (en uiteindelijk geen euthanasie krijgen verleend op basis van hun schriftelijk euthanasieverzoek).[93] Zoals ook genoemd in de Kamerbrief over de verbetering van de voorlichting over het levenseinde en euthanasie van 28 september jl. vormt deze brochure het uitgangspunt voor de verdere verbetering van de voorlichting.[94] Eerst zal het kabinet de publieksvoorlichting op www.rijksoverheid.nl aanpassen, waarbij ook gekeken zal worden hoe de samenhang en verschillen tussen palliatieve zorg (en palliatieve sedatie), het natuurlijke stervensproces en euthanasie het best kunnen worden toegelicht. Het kabinet zal samen met betrokken veldpartijen kijken hoe een ieders informatie
gestroomlijnd en afgestemd kan worden op deze aanpassingen en wat er eventueel nog meer nodig is buiten de verbetering van de (online-) publieksvoorlichting en wat een ieders rol hierin is.

De minister schrijft in haar kabinetsreactie over publieksvoorlichting op dit punt. Wanneer is de verwachting dat deze publieksvoorlichting is aangepast? Is de minister bereid om samen met beroepsgroepen, palliatieve zorg en patiëntenorganisaties te werken aan bredere publieksvoorlichting over waardig sterven zonder euthanasie? Zo nee, waarom niet?

Het kabinet heeft in de Kamerbrief over de verbetering van de voorlichting over het levenseinde en euthanasie van 28 september jl. aangegeven dat de aanpassingen van de publieksvoorlichting op www.rijksoverheid.nl naar verwachting eind dit jaar zullen zijn afgerond.[95] Vervolgens zullen de betrokken veldpartijen de informatie op hun kanalen hierop aanpassen en stroomlijnen. Uiteraard rekening houdend met ieders afzonderlijke rol, positie en visie. Daarnaast zal het kabinet, na afronding van het verbeteren van het online-informatieaanbod, met beroeps- en belangenorganisaties afstemmen wat zij eventueel nog meer kunnen doen om andere vormen van voorlichting (anders dan de online-informatievoorziening) te verbeteren.

Zoals reeds aangegeven in de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek is één van de aandachtspunten die naar voren kwam uit een inventarisatie dat mensen te weinig weten over het natuurlijke stervensproces en mogelijke alternatieven voor euthanasie, zoals palliatieve zorg.[96] Het kabinet vindt het dan ook belangrijk dat in de publieksvoorlichting aandacht wordt gegeven aan de verschillende vormen van zorg rond het levenseinde en dat bijvoorbeeld duidelijk wordt uitgelegd wat het verschil is tussen euthanasie en palliatieve sedatie. Om te zorgen voor gebalanceerde publieksvoorlichting en informatievoorziening, wil het kabinet er ook hierbij voor zorgen dat de informatie van de rijksoverheid en van veldpartijen goed op elkaar aansluit. Zoals

[92] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 115.
[93] Bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 31 036, nr. 13.
[94] Kamerstukken II 2025/26, 31 036, nr. 13.
[95] Kamerstukken II 2025/26, 31 036, nr. 13.
[96] Kamerstukken II 2025/26, 32 647, nr. 115.

ook in de Kamerbrief over de verbetering van de voorlichting over het levenseinde en euthanasie beschreven staat, zijn er bij de verbetering van deze voorlichting verschillende beroeps-, belangen- en patiëntenorganisaties betrokken.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat ongeveer 95% van de euthanasiemeldingen als niet vragen oproepend wordt bestempeld. Tegelijkertijd signaleren onderzoekers dat de RTE-toetsing in toenemende mate procedureel lijkt te worden, en minder inhoudelijk. Hoe verhouden beide constateringen zich tot elkaar, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Iedere euthanasiemelding die de RTE ontvangt – of het nu gaat om een niet-vragen oproepende melding (NVO) of een vragen oproepende melding (VO) – wordt zorgvuldig getoetst - conform de Wtl - door een commissie bestaande uit een jurist, een arts en een ethicus. Het betreft toetsing achteraf waarbij de RTE nagaat of de meldend arts – die de inhoudelijke beoordeling heeft uitgevoerd of in een specifiek geval aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan – navolgbaar heeft kunnen concluderen dat dit inderdaad het geval is.

Zoals het kabinet in reactie op aanbeveling 6 heeft aangegeven, legt de RTE via haar jaarverslag en de publicatie van casuïstiek op haar website verantwoording af over de wijze waarop zij haar wettelijke taak vervult. Het kabinet heeft tevens aangegeven dat in het licht van de vereiste transparantie van de euthanasiepraktijk en de terugkerende vragen daarover in de vijfde evaluatie van de Wtl een steekproefsgewijze analyse wordt uitgevoerd van door de RTE als zorgvuldig beoordeelde meldingen.

De minister heeft ZonMW gevraagd in de vijfde Wtl-evaluatie steekproefsgewijs onderzoek te laten doen naar door de RTE als zorgvuldig beoordeelde meldingen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de minister of zij bereid is dit niet eenmalig, maar periodiek te laten uitvoeren zodat normverschuivingen in de praktijk beter gevolgd kunnen worden. Aanvullend vragen deze leden wat de grootte van de steekproef wordt.

Het kabinet wil graag eerst de uitkomsten van het steekproefsgewijze onderzoek afwachten alvorens toe te zeggen dat dit standaard onderdeel uitmaakt van periodieke evaluaties van de Wtl. Het is nog niet bekend wat de grootte van de steekproef zal zijn. De evaluatie van de Wtl start in 2028. De oplevering van het rapport van de vijfde evaluatie is voorzien voor juni 2029.

Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-fractie
De leden van de 50PLUS-fractie danken de regering voor de toezending van de genoemde stukken. Zij maken zich zorgen over de relatie tussen knelpunten in het zorgsysteem en euthanasiewensen. Moet uit dit knelpunt niet gesignaleerd worden dat de zorg op onderdelen faalt en te kort schiet? De leden van de 50PLUS-fractie denken dan bijvoorbeeld aan de mensen met Long COVID die geen uitzicht hebben op verbetering en dagen in een donkere kamer liggen. Hier wordt geen extra onderzoek naar gedaan, constateren zij.

Dat uit het onderzoek blijkt dat druk op het zorgsysteem een euthanasiewens in de hand kan werken, vindt het kabinet zorgelijk en onwenselijk. Het kabinet onderstreept zijn verantwoordelijkheid om de (palliatieve) zorg, nu en in de toekomst, toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Het kabinet zet dan ook volop in op de transitie naar passende zorg. Het uitgangspunt van het kabinet is dat niemand zich gedwongen mag voelen een euthanasieverzoek te doen vanwege onvoldoende toegang tot zorg, ondersteuning of behandeling. De signalen vragen zowel om verbetering van

de zorg als om nader onderzoek. Zoals in de kabinetsreactie is aangegeven, stelt het kabinet financiering beschikbaar voor aanvullend onderzoek naar het causaal verband tussen knelpunten in de (ggz-)zorg en het ontstaan van euthanasiewensen.[97]

Zij maken zich zorgen over de bevindingen uit het onderzoek van het Ouderenfonds, dat 75% van de ouderen zich tot last van de maatschappij voelt, ziet de minister dit gevaar?

Het kabinet vindt het heel verdrietig en pijnlijk dat zoveel ouderen in het onderzoek van het Nationaal Ouderenfonds aangeven dat zij in de samenleving het gevoel hebben vaak als een last te worden gezien. Ouderen zijn geen last, maar een waardevol onderdeel van onze samenleving. Ze brengen veel kennis en levenservaring mee. Zo is vrijwilligerswerk onder ouderen juist ook heel hoog. En het is van belang dat ouderen zich goed voorbereiden op ouder worden. Daarom benadrukt de publiekscampagne 'Praat vandaag over morgen' juist deze positieve benadering die laat zien dat je zelf kunt bijdragen aan prettig ouder worden. Deze campagne laat zien dat ouderen er niet alleen voor staan, dat ouderen ertoe doen en dat we samen verantwoordelijkheid dragen voor de toekomst. Het kabinet zet in op een zorgzame samenleving waarin mensen naar elkaar omkijken.

Zij maken zich zorgen over euthanasie bij steeds jongere mensen, die nog een heel leven voor zich hebben. Herkent de minister dit?

Het kabinet onderschrijft de zorgen over jonge mensen die dusdanig psychisch lijden dat zij geen andere uitweg zien dan om euthanasie te vragen. Ook onderschrijft het kabinet de complexiteit die artsen ervaren die met deze verzoeken geconfronteerd worden en de wilsbekwaamheid en de uitzichtloosheid van het lijden moeten beoordelen en de vraag moeten beantwoorden of er nog redelijke alternatieven zijn. Zeker waar het jonge mensen betreft die nog een heel leven voor zich hebben.

Het kabinet vindt het essentieel dat mensen die psychisch lijden en een doodswens of een euthanasieverzoek hebben, gehoord en serieus genomen worden. En dat zij in alle openheid daarover het gesprek kunnen voeren met hun behandelaar. Want juist door over de doodswens te praten, kan ruimte voor het leven ontstaan. Het kan echter ook zijn dat iemand geen andere uitweg meer ziet voor zijn of haar lijden en daarom volhardt in een euthanasiewens of verzoek. En dat er ook daadwerkelijk geen redelijke alternatieven meer zijn om het lijden te verlichten. Bij patiënten met een psychische stoornis is die beoordeling sterk persoonsgebonden en individueel bepaald.

Het onderzoek suggereert dat bezuinigingen en personeelstekorten in de ouderenzorg en de terminale thuiszorg, problemen in de GGZ, angst voor tekortschietende zorg, en een negatief beeld van het verpleeghuis, de wens tot euthanasie mogelijk kunnen versterken. Is dit voor de minister niet een aansporing om direct verbeteringen door te voeren?

De onderzoekers van het RISE-onderzoek geven aan dat er signalen zijn dat structurele knelpunten in het zorgsysteem kunnen bijdragen aan het ontstaan of versterken van euthanasiewensen. Het is in dit kader belangrijk om te benadrukken dat er een verschil is tussen een euthanasiewens en een daadwerkelijk gehonoreerd euthanasieverzoek. Een euthanasieverzoek kan alleen gehonoreerd worden als er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden waarbij er geen redelijke andere oplossing meer is om het lijden te verminderen of op te heffen.

[97] Kamerstukken II, 2025/26, 25295, nr. 2290.

Dat uit het onderzoek blijkt dat druk op het zorgsysteem een euthanasiewens in de hand kan werken, vindt het kabinet zorgelijk en onwenselijk. Het kabinet onderstreept zijn verantwoordelijkheid om de (palliatieve) zorg, nu en in de toekomst, toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Het uitgangspunt van het kabinet is dat niemand zich gedwongen mag voelen een euthanasieverzoek te doen vanwege onvoldoende toegang tot zorg, ondersteuning of behandeling. De signalen vragen zowel om verbetering van de zorg als om
nader onderzoek. Zoals in de kabinetsreactie is aangegeven, stelt het kabinet financiering beschikbaar voor aanvullend onderzoek naar het causaal verband tussen knelpunten in de (ggz-)zorg en het ontstaan van euthanasiewensen.

Wat wil de minister bereiken met weer een onderzoek, dit keer naar 'de relatie tussen knelpunten in het zorgsysteem en euthanasiewensen'? Kan het geld dat aan dit onderzoek besteed wordt niet beter ingezet worden aan zorg, aan GGZ-zorg, aan de noden die mensen ervaren?

In de kabinetsreactie op het RISE-onderzoek is aangegeven wat de inzet van het kabinet is om ervoor te zorgen dat er sprake is van goede en toegankelijke zorg. In aanvulling daarop heeft het kabinet in een recente brief haar toekomstvisie ten aanzien van mentale gezondheid en ggz uiteengezet.[98] Nader onderzoek naar de relatie tussen knelpunten in het zorgsysteem en het ontstaan van euthanasiewensen kan inzichten opleveren die kunnen bijdragen aan de verdere verbetering van de zorg.

Deze leden stellen zich op het standpunt dat het belangrijk is dat niet te lang gewacht wordt met gefundeerde maatregelen.

[98] Kamerstukken II 2026/27, 25 424, nr. 820.