

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

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

Ons kenmerk
4299750-1091510-PG

Bijlagen
1

Datum document
21 november 2025

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

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

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

Datum 16 december 2025
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het lid Van Dijk (SGP) over het ontbreken van verdoxing bij late zwangerschapsafbreking (2025Z20260).

Hoogachtend,

de staatssecretaris Jeugd,
Preventie en Sport,

Judith Zs.C.M. Tielen

Antwoorden op Kamervragen van het lid Van Dijk (SGP) over het ontbreken van verdoving bij late zwangerschapsafbreking (2025Z20260, ingekomen d.d. 21 november 2025).

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van de bevinding van de beoordelingscommissie dat artsen bij late zwangerschapsafbreking (vanaf 24 weken) niet standaard verdoving toedienen aan het ongeboren kind?[1]

Antwoord vraag 1

Ja.

Vraag 2

Vindt u het ook afschuwelijk dat in Nederland blijkaar ongeboren kinderen vanaf 24 weken zwangerschap onverdoofd worden gedood? Kunt u de exacte cijfers delen hoe vaak in de afgelopen jaren onverdoofde late zwangerschapsafbreking heeft plaatsgevonden?

Vraag 4

Waarom bestaat er geen medische richtlijn ten aanzien van het toedienen van verdoving of pijnbestrijding bij een late zwangerschapsafbreking?

Antwoord vraag 2 en 4

Naar aanleiding van de twee in 2024 ontvangen meldingen van een late zwangerschapsafbreking heeft de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar (hierna: de commissie) geconstateerd dat artsen de foetus bij late zwangerschapsafbreking niet standaard verdoving toedienen. De commissie geeft daarbij aan dat zij het toedienen van systemische verdoving aan de foetus bij late zwangerschapsafbreking zeer wenselijk acht. Dit is een aanbeveling aan het veld.

Ik kan mij goed voorstellen dat deze bevinding van de commissie vragen oproept.

Voor de wijze waarop een late zwangerschapsafbreking categorie 1¹ of categorie 2² uitgevoerd dient te worden en in hoeverre daarbij pijnstilling aan de foetus toegediend moet worden, zijn normen van de beroepsgroep leidend. Deze beroepsnormen zijn voor late zwangerschapsafbreking neergelegd in het *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* (2017) van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).³ In dit protocol wordt 'ter overweging' meegegeven om de foetus te sederen en pijnstilling toe te dienen voordat tot foetale levensbeëindiging wordt overgegaan.

¹ LZA categorie 1: zwangerschapsafbreking na 24 weken zwangerschap in het geval redelijkerwijs verwacht mag worden dat de ongeborene niet in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven.

² LZA categorie 2: zwangerschapsafbreking na 24 weken zwangerschap omdat bij de ongeborene sprake is van één of meer aandoeningen die tot ernstige en niet te herstellen functiestoornissen leidt of leiden of omdat voor de ongeborene naar redelijke verwachting een beperkte kans op overleven bestaat.

³ <https://www.nvog.nl/kwaliteitsdocumenten/protocollen/>.

De NVOG heeft aangegeven dat het veld in beweging is en dat de NVOG om die reden in januari 2024 is gestart met de revisie van het huidige modelprotocol. Dit heeft geleid tot de concept *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking*. Hierin staat dat een foetus voorafgaand aan de levensbeëindiging sedatie en pijnstilling dient te krijgen. Deze kwaliteitsnorm bevindt zich op dit moment in de conceptfase.

Late zwangerschapsafbrekingen categorie 1 vinden in principe zonder voorafgaande levensbeëindiging van de foetus plaats, tenzij ouders dit wensen. Het gaat hier om bevallingen die worden opgewekt. Sinds 1 februari 2024 worden late zwangerschapsafbrekingen categorie 1 beoordeeld door de beroepsgroep van de NVOG, zoals ook het geval was vóór 1 februari 2016: de Commissie LZA1. Bij de casus die sindsdien bij de NVOG Commissie LZA1 gemeld zijn (in totaal nu 4) heeft er geen foetale levensbeëindiging plaatsgevonden zonder pijnstilling. De NVOG Commissie LZA1 heeft laten weten er voorstander van te zijn dat de foetus vooraf sedatie en pijnstilling krijgt, zoals opgenomen in de beoogde nieuwe kwaliteitsnorm die in ontwikkeling is.

De commissie heeft sinds 2016 tot op heden in totaal 57 meldingen ontvangen van een late zwangerschapsafbreking (zowel categorie 1 als categorie 2). Bij 34 van die 57 meldingen heeft foetale levensbeëindiging plaatsgevonden. In 26 gevallen was er sprake van voorafgaande verdoving, in 8 gevallen niet.

Vraag 3

Wat vindt u van de aanbeveling van de beoordelingscommissie dat het zeer wenselijk is om systemische verdoving toe te passen? Waarom rept u in uw bijgaande Kamerbrief met geen woord over deze aanbeveling van de commissie?[2]

Antwoord vraag 3

Navraag bij de commissie leert dat de commissie bij de beoordeling van het uitvoeren van foetale levensbeëindiging het bestaande *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* van de NVOG uit 2017 als uitgangspunt hanteert. De commissie is bekend met de concept *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking*, waarin staat dat voorafgaand aan de levensbeëindiging de foetus gesedeerd dient te worden en pijnstilling toegediend moet krijgen. In afwachting van de definitieve herziening van het protocol van de NVOG zal de commissie volstaan met het doen van een aanbeveling met betrekking tot pijnstilling aan de foetus. Ik kan mij hierin vinden.

De Kamerbrief waarmee ik het jaarverslag van de commissie aan uw Kamer heb aangeboden strekt in de regel puur ter aanbieding van het jaarverslag en beoogt niet om bevindingen van de commissie daarin te herhalen of te benadrukken.

Vraag 5

Bestaat een dergelijke richtlijn voor het toedienen van verdoving bij late zwangerschapsafbreking in andere landen wel?

Antwoord vraag 5

Navraag bij de NVOG leert dat er geen internationale richtlijnen voor het toedienen van verdoving aan de foetus zijn. Wel hebben zowel Nederlandse klinieken als klinieken in het buitenland hier lokale protocollen voor.

Vraag 6

Oefent u druk uit op de Nederlandse beroepsgroep om zo'n richtlijn zo spoedig mogelijk op te stellen?

Antwoord vraag 6

Het is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep om beroepsnormen op te stellen. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 2 en vraag 3 heb aangegeven, is er een *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* (2017) en bevindt de herziening van het protocol zich in de conceptfase.

Vraag 7

Wat vindt u van de stelling van de commissie dat het ontbreken van verdoving géén invloed heeft op de beoordeling van de zorgvuldigheid van een melding, aangezien een richtlijn hiervoor ontbreekt? Bent u het eens dat het ontbreken van een richtlijn nooit reden kan zijn om een ongeborn kind pijn te laten lijden?

Antwoord vraag 7

Zoals ik in mijn antwoord op vraag 3 heb aangegeven, hanteert de commissie bij de beoordeling van het uitvoeren van een late zwangerschapsafbreking als uitgangspunt het bestaande *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* van de NVOG uit 2017. In afwachting van de definitieve herziening van het protocol van de NVOG waarin sedatie en pijnstilling aan de foetus worden voorgeschreven, volstaat de commissie op dit moment met het doen van een aanbeveling met betrekking tot pijnstilling aan de foetus.

Een arts moet op grond van artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) goede zorg verlenen. Dit betekent onder andere dat de arts de geldende professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden in acht moet nemen. Het is op grond van het huidige protocol aan de arts om te bepalen of pijnstilling en sedatie aan de foetus wordt gegeven. Dit doet overigens niets af aan de eigen verantwoordelijkheid van een arts om te bepalen wat in een individueel geval goede zorg is.

Vraag 8

Wat vindt u ervan dat volgens de commissie in dit geval géén sprake was van een onzorgvuldigheid, in acht genomen dat er brede wetenschappelijke consensus bestaat dat ongeborn kinderen (in ieder geval) vanaf 24 weken zwangerschap pijn ervaren?[3]

Antwoord vraag 8

Over de bevindingen van de commissie dat er geen sprake was van een onzorgvuldigheid verwijs ik u naar de antwoorden op vraag 3 en vraag 7.

Ten aanzien van de stelling dat er brede wetenschappelijke consensus bestaat dat ongeborn kinderen (in ieder geval) vanaf 24 weken zwangerschap pijn ervaren, merk ik op dat het vraagstuk van foetale pijnbeleving wetenschappelijk complex is. Het is niet eenduidig te zeggen wanneer en in welke situaties een foetus wel of geen pijn ervaart. Ik verwijs hierbij ook naar de beantwoording van eerdere Kamervragen van mijn ambtsvoorganger.⁴

In het rapport waar u naar verwijst van de Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) uit 2022 wordt aangegeven dat men terughoudend moet zijn met

⁴ Kamerstukken II 2024/25, Aangangsels van de Handelingen, nr. 1680.

het interpreteren van foetaal gedrag als bewijs van pijnbeleving. Er wordt geconcludeerd dat tot op heden de beschikbare gegevens erop wijzen dat de mogelijkheid van pijnwaarneming vóór 28 weken zwangerschap onwaarschijnlijk is en dat er op dit moment geen basis is om analgesie of anesthesie toe te dienen aan een foetus voor een zwangerschapsafbreking in het eerste of tweede trimester om foetale pijnwaarneming te voorkomen. In het rapport wordt beschreven dat in het Verenigd Koninkrijk (net als in Nederland) praktijkvariatie bestaat voor wat betreft het wel of niet geven van pijnstilling bij foetale levensbeëindiging. Zoals in mijn antwoord op vraag 2 is aangegeven, is het veld in beweging en is de NVOG om die reden gestart met de revisie van het bestaande modelprotocol en is in de concept *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* opgenomen dat een foetus voorafgaand aan de levensbeëindiging sedatie en pijnstilling dient te krijgen.

Ik wil daarbij aangeven dat het beoordelen van het wel of niet bestaan van een brede wetenschappelijke consensus op dit punt niet aan de commissie is, maar aan de beroepsgroep. De commissie toetst of de uitvoering van de late zwangerschapsafbreking medisch zorgvuldig is uitgevoerd op basis van geldende beroepsnormen.

Vraag 9

Kunt u aangeven welke verplichtingen artsen op grond van het gezondheidsrecht hebben om pijn bij ongeboren kinderen te voorkomen?

Antwoord vraag 9

Zoals in antwoord op vraag 7 is aangegeven, moet een arts op grond van artikel 2 Wkkgz goede zorg verlenen. Dit betekent onder andere dat de arts de geldende professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden in acht moet nemen. Wat betreft de kwaliteitsstandaard verwijs ik naar het antwoord op vraag 2.

Vraag 10

Kunt u bevestigen dat het ontbreken van een medische richtlijn niets afdoet aan de verantwoordelijkheid van de arts om zelfstandig een verantwoorde behandelwijze te kiezen?

Antwoord vraag 10

Zoals in mijn antwoord op vraag 2 is aangegeven is er een *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* uit 2017 en bevindt de herziening van het protocol zich in de conceptfase. Dit doet overigens niets af aan de eigen verantwoordelijkheid van een arts om te bepalen wat in een individueel geval goede zorg is (artikel 2 Wkkgz).

Vraag 11

Welke rol speelt hierbij volgens u het voorzorgsbeginsel, waarnaar ook in de uitleg van artikel 24 van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (het recht op gezondheid) wordt verwezen?

Antwoord vraag 11

Ingevolge het Verdrag inzake de Rechten van het Kind heeft het kind vanwege zijn lichamelijke en geestelijke onrijpheid bijzondere bescherming en zorg nodig, zowel vóór als na zijn geboorte. Hierbij moet schade voor de gezondheid van het kind zoveel

mogelijk worden voorkomen. Op grond van het *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* (2017) wordt er bij een late zwangerschapsafbreking gekozen voor de, naar de stand van de wetenschap, meest veilige en minst belastende methode voor moeder en kind, gegeven de individuele medische achtergrond van de vrouw. Om te voorkomen dat de foetus pijn zou kunnen ervaren bij de uitvoering van een levensbeëindiging, is in de concept *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* opgenomen dat een foetus vooraf sedatie en pijnstilling dient te krijgen.

Vraag 12

Bent u bekend met wetenschappers die stellen dat het ongeboren kind al in een veel vroeger stadium pijn ervaart, of dat pijn vóór 24 weken zwangerschap niet kan worden uitgesloten?[4]

Antwoord vraag 12

Ja, daar ben ik mee bekend. Zoals ik in antwoord op vraag 8 heb aangegeven, is het vraagstuk van foetale pijnbeleving wetenschappelijk complex. Het is dan ook niet eenduidig te zeggen wanneer een foetus wel of geen pijn ervaart.

Vraag 13

Kunt u bevestigen dat bij foetale chirurgie het gebruik van verdoving wél gebruikelijk is, in ieder geval bij een zwangerschap vanaf 16 weken, zoals ook blijkt uit een interview met foetaal chirurg Monique Haak?[5]

Antwoord vraag 13

Navraag bij de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en het Nederlandse verwijscentrum voor foetale chirurgie leert dat het gebruik van verdoving bij foetale chirurgie inderdaad gebruikelijk is, maar niet in alle gevallen toegepast wordt.

Vraag 14

Is de praktijk van het standaard toepassen van verdoving bij foetale chirurgie verplicht in een richtlijn? Zo ja, heeft deze richtlijn ook betrekking op chirurgische handelingen bij zwangerschappen vóór 24 weken?

Antwoord vraag 14

Navraag bij de NVK en het Nederlandse verwijscentrum voor foetale chirurgie leert dat het standaard toedienen van pijnstilling aan de foetus niet voorgeschreven is in een richtlijn en ook niet in alle gevallen toegepast wordt. Er is ook geen wetenschappelijke consensus die maakt dat je dat kunt verplichten (zo blijkt ook uit het eerder aangehaalde rapport van de RCOG). Soms zijn er technische omstandigheden waardoor de foetaal chirurg het niet zal of kan geven.

Vraag 15

Klopt het dat bij abortus voor 24 weken het toedienen van verdoving niet verplicht is?

Antwoord vraag 15

Navraag bij het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) leert dat dit klopt. Zoals mijn ambtsvoorganger eerder heeft aangegeven in antwoord op Kamervragen, is het aan de beroepsgroep van abortusartsen om het beleid voor pijnbestrijding vorm te geven. Richtlijnen worden door het NGvA periodiek naar de laatste stand van de wetenschap herzien. Abortuszorg vindt altijd plaats volgens deze richtlijnen en is zorgvuldig en van hoge kwaliteit. Bij abortusbehandelingen wordt altijd gebruik gemaakt

van een vorm van pijnbestrijding. Deze pijnbestrijding voor de vrouw bereikt ook de placenta en het embryo of de foetus. Mogelijke foetale pijn wordt tijdens een abortus door de pijnbestrijding aan de vrouw bestreden.⁵

Vraag 16

Als het zo is dat in richtlijnen voor foetale of prenatale chirurgie verdoving wél standaard is, maar bij abortus en late zwangerschapsafbreking niet, wat vindt u daar dan van?

Antwoord vraag 16

Zoals ik in mijn antwoord op vraag 14 heb aangegeven, is het standaard toedienen van verdoving aan de foetus bij foetale of prenatale chirurgie niet voorgeschreven in een richtlijn.

En zoals ik in antwoord op vraag 15 heb aangegeven, wordt ook bij een reguliere, instrumentele abortus (tot 24 weken) altijd gebruik gemaakt van een vorm van pijnbestrijding waarmee ook het embryo of de foetus bereikt wordt.

De concept *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* schrijft voor dat de foetus, in geval bij een late zwangerschapsafbreking foetale levensbeëindiging wordt verricht, gesedeerd wordt en pijnstilling toegediend krijgt. Dat vind ik een goede ontwikkeling.

Vraag 17

Hoe beoordeelt u dit verschil in het licht van het non-discriminatiebeginsel?

Antwoord vraag 17

Artsen moeten handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden. De kwaliteitsstandaard wordt bepaald door richtlijnen die zelf door de beroepsgroep zijn opgesteld en die gebaseerd zijn op wetenschappelijke consensus binnen de beroepsgroep naar stand van de wetenschap en praktijk. Er zijn verschillende kwaliteitsnormen en richtlijnen voor foetale therapie, een zwangerschapsafbreking tot 24 weken en een late zwangerschapsafbreking. Daarbij geldt uiteraard dat een arts gelijke gevallen gelijk moet behandelen. Het gaat hier echter om verschillende medische verrichtingen in verschillende medische situaties.

Vraag 18

Bent u het eens dat het kunnen voelen van pijn bij ongeboren kinderen van morele en ethische betekenis is, ook al kunnen zij hierop niet zelf reflecteren?

Antwoord vraag 18

Evenals de NVOG ben ik van mening dat het kunnen voelen van pijn bij ongeboren kinderen inderdaad van morele en ethische betekenis is. Echter is, zoals ik in antwoord op vraag 2 en vraag 8 heb aangegeven, het vraagstuk van foetale pijnbeleving wetenschappelijk complex en is het dan ook niet eenduidig te zeggen wanneer een foetus wel of geen pijn ervaart. Desalniettemin vind ik het een goede ontwikkeling dat in de concept *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* wordt voorgeschreven dat de foetus, in geval bij een late zwangerschapsafbreking foetale levensbeëindiging plaatsvindt, gesedeerd wordt en pijnstilling toegediend krijgt.

⁵ Kamerstukken II 2024/25, Aanhangsel van de Handelingen, nr. 1680.

Vraag 19

Bent u, alles overwegende, bereid om een grondige bezinning te starten op het ervaren van pijn bij ongeboren kinderen en het (uit voorzorg) toepassen van verdoving bij zowel abortus als late zwangerschapsafbreking?

Antwoord vraag 19

Zoals ik in antwoord op vraag 2 heb aangegeven zijn medische richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep hierin leidend. Wat late zwangerschapsafbreking betreft is er het *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* (2017). De herziening van het protocol bevindt zich in de conceptfase. Wat abortus betreft, verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 15.

Vraag 20

Bent u het eens dat het beëindigen van de zwangerschap na 24 weken in allerlei opzichten dusdanig ingrijpend is, dat het eigenlijk in Nederland niet zou moeten voorkomen?

Antwoord vraag 20

Een late zwangerschapsafbreking is een zeldzame gebeurtenis en gebeurt alleen als het kind niet levensvatbaar is of een dusdanig ernstige afwijking heeft dat er sprake zal zijn van uitzichtloos lijden na de geboorte. De stap om hiertoe over te gaan wordt in alle zorgvuldigheid met ouders en behandelteam afgewogen en deze beslissing wordt niet licht genomen. Er is sprake van een gewenste zwangerschap en ouders die deze moeilijke beslissing nemen willen het toekomstig leed dat hun kind te wachten staat vermijden. Ik zie geen reden om het beleid ten aanzien van late zwangerschapsafbreking te wijzigen.

[1] Bijlage bij kamerstuk 36 800-XVI, nr. 17, p. 13.

[2] Kamerstuk 36 800-XVI, nr. 17.

[3] RCOG.org.uk, december 2022, RCOG Fetal Awareness Evidence Review.

[4] Journal of Medical Ethics, januari 2020, 'Reconsidering fetal pain', 3-6 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31937669/

[5] Volkskrant, 24 september 2022, 'Deze hoogleraar opereert baby's in de baarmoeder - en redt zo levens' <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/deze-hoogleraar-opereert-baby-s-in-de-baarmoeder-en-redt-zo-levens~bd7f5e8c/>