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
4509378-1102894-PG

Bijlage(n)
1

Uw kenmerk
32647-113

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

Datum 10 november 2026
Betreft Inbreng schriftelijk overleg Jaarverslag 2025 Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar (LZA-LP&K)

Geachte voorzitter,

Hierbij bied ik u mijn reactie aan op de vragen die gesteld zijn in het Verslag van het schriftelijk overleg inzake het jaarverslag 2025 van de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Sophie Hermans

32 647 Levensbeëindiging

Nr.

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2026
In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het Jaarverslag 2025 van de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar (LZA/LP&K)[1].

Voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

[1] Kamerstuk 32647, nr. 113

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties
- Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie
- Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
- Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie
- Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie
- Vragen en opmerkingen van de leden van de FVD-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 SP-fractie
- Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie
- Vragen en opmerkingen van de leden van Groep Markuszower

II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie
De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister en van het Jaarverslag 2025 van de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar (LZA/LP&K). Deze leden danken de commissie voor haar zorgvuldige beoordeling van de gemelde gevallen en voor het inzicht dat het jaarverslag geeft in de kwaliteit en zorgvuldigheid van het handelen van artsen op dit terrein. Deze leden hebben op dit moment geen verdere vragen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het jaarverslag 2025 van de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar. Zij danken de commissie voor het emotioneel zware werk dat zij het afgelopen jaar hebben gedaan. Dergelijke uiterst complexe beslissingen dienen uiterst zorgvuldig genomen te worden. Deze leden vinden het goed om te zien dat dat het geval blijkt te zijn. Zij hebben geen verdere vragen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie
De leden van de PRO-fractie hebben kennisgenomen van het jaarverslag 2025 van de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar. Zij hebben verder geen vragen en zouden graag de Beoordelingscommissie willen bedanken voor haar belangrijke werk.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie
De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het jaarverslag van de beoordelingscommissie LZA/LP/K over 2025. Deze leden erkennen het belang van deze commissie in het borgen van de zorgvuldigheid bij medisch uiterst ingrijpende beslissingen. Deze leden hebben hierover enkele vragen.

De leden van de CDA-fractie zien dat de reikwijdte van de Regeling per 1 februari 2024 is uitgebreid naar levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar, en dat hierover inmiddels een eerste melding is gedaan. Deze leden vragen wanneer het oordeel naar verwachting op de website wordt gepubliceerd.
De zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar zijn op 2 oktober 2024 voorlopig vastgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). De leden van de CDA-fractie hebben eerder gevraagd naar het formeel vastleggen van deze eisen in de regeling. Deze leden lezen dat de minister aangeeft dat hierover eerst meer praktijkervaring moet worden opgedaan en dat hierover brede consensus moet bestaan. Dat is begrijpelijk, maar deze leden vragen wel waar de minister concreet aan denkt en op welke termijn dit zou kunnen, gezien het feit dat na ongeveer een jaar een eerste melding is gedaan.
De commissie geeft aan dat bij één melding het meldingsformulier aanvankelijk niet door de arts was ingevuld, maar door een collega die betrokken was bij het traject. De commissie geeft aan dat het noodzakelijk is dat de arts het volledige traject met de moeder (en, indien aanwezig, de vader) doorloopt en het meldingsformulier zélf invult en ondertekent (en niet een collega). Dat roept bij de leden van de CDA-fractie de vraag op of op dit moment in de praktijk voldoende duidelijk is wat de verantwoordelijkheden zijn van de verschillende betrokken artsen en zorgverleners. Is dit voldoende duidelijk in de Regeling opgenomen en zo nee, hoe zou dit explicieter in de Regeling tot uitdrukking kunnen worden gebracht?

Vragen en opmerkingen van de leden van de FVD-fractie
De leden van de FVD-fractie hebben kennisgenomen van het Jaarverslag 2025 van de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar (LZA/LP&K) en hebben hier een aantal vragen over.
Toetsing en meldingen sinds 2016
Sinds de oprichting van de commissie in 2016 zijn 38 meldingen beoordeeld; in geen van deze gevallen heeft de commissie ooit geoordeeld dat een arts niet zorgvuldig heeft gehandeld. De leden van de FVD-fractie vragen aan de minister hoe zij dit beoordeelt: is dit een aanwijzing dat de praktijk consequent aan alle eisen voldoet, of eerder een aanwijzing dat de toetsing overwegend marginaal dan wel procedureel is en onvoldoende materieel toetst?
Sinds 2016 ontvangt de commissie bovendien jaarlijks een gering en sterk fluctuerend aantal meldingen (1 tot 8 per jaar). De sterfgevallenonderzoeken van Van der Wal en Van der Heide, aangehaald in het signalement “Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen” van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid uit 2007, toonden destijds een aanzienlijk verschil tussen het geschatte werkelijke aantal gevallen van actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen (15 tot 20 per jaar; in 2001 kregen circa 100 pasgeborenen een middel toegediend met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen) en het aantal daadwerkelijk bij justitie gemelde gevallen (slechts 22 in totaal over de periode januari 1997 - juni 2004); een verschil van ongeveer een factor 5. Een vergelijkbaar onderzoek onder het huidige regime lijkt niet te zijn uitgevoerd. Is de minister bereid een actuele sterfgevallenstudie te laten uitvoeren om vast te stellen of de meldingsbereidheid onder de huidige Regeling volledig is?
De gemelde zaken van 2025
Opvallend is dat alle drie de gemelde zwangerschapsafbrekingen in 2025 worden veroorzaakt door een congenitale cytomegalovirus (CMV)-infectie. CMV is een virus waarvan bekend is dat behandeling tijdens de zwangerschap, bijvoorbeeld met (val)aciclovir, de kans op foetale schade in bepaalde gevallen kan verkleinen, en

waarvoor in sommige landen prenatale voorlichting en screening bestaat. Is de minister bekend met een mogelijk verband tussen deze drie gevallen en het ontbreken van standaard prenatale CMV-screening en -voorlichting in Nederland? Wordt overwogen om, vanuit preventief oogpunt, standaard CMV-voorlichting of -screening tijdens de zwangerschap in te voeren?
In alle drie de gevallen betreft het bovendien een ernstige maar niet per definitie op zichzelf dodelijke aandoening: hersenschade door CMV-infectie, met als gevolg zeer ernstige verstandelijke beperking, epilepsie, spasticiteit, doofheid en visuele beperking. Het gaat dus om een prognose van zeer ernstige levenslange beperkingen, niet om een aandoening die zonder ingrijpen fataal zou zijn. De zorgvuldigheidseis vereist dat de aandoening van “zodanige aard is dat na de geboorte zou worden afgezien van een medische behandeling”. Is deze maatstaf in de praktijk nog te onderscheiden van een beoordeling die primair is gebaseerd op de verwachte ernst van een levenslange beperking, in plaats van op een direct levensbedreigende aandoening? Hoe waarborgt de commissie dat hier geen kwaliteit-van-leven-oordeel het beslissende criterium wordt in plaats van medische zinloosheid van behandeling? In alle drie de dossiers wordt bovendien gesproken over het lijden van de ouders naast het lijden van het kind. Op welke wijze wordt in de toetsing gewaarborgd dat het lijden van de ouders niet meeweegt in het oordeel over de zorgvuldigheid, aangezien de zorgvuldigheidseisen uitsluitend zouden moeten zien op het lijden van het ongeboren kind?
Volgens de Regeling heeft het weliswaar de voorkeur dat de onafhankelijke arts uit een ander centrum of ziekenhuis komt, maar is dit geen verplichting. In alle drie de zaken uit 2025 is toevallig wél een arts buiten het eigen ziekenhuis geraadpleegd, maar dit is dus niet structureel gewaarborgd. Waarom is onafhankelijkheid van de tweede arts niet als harde eis in de Regeling opgenomen, in plaats van als voorkeur? Is de minister bereid dit alsnog wettelijk te verankeren, gelet op het belang van een werkelijk onafhankelijke tweede blik bij een onomkeerbare beslissing?
De drie gemelde late zwangerschapsafbrekingen in 2025 vonden plaats bij 32+6, 35+3 en 30+2 weken. Met name bij de casus van 35+3 weken valt op dat bij die zwangerschapsduur de overlevingskansen buiten de baarmoeder met neonatale zorg zeer hoog zijn, en dat geboorte op zeer korte termijn sowieso aan de orde is. Hoe verhoudt een zwangerschapsafbreking op 35+3 weken zich tot de wettelijke en beleidsmatige lijn dat late zwangerschapsafbreking is voorbehouden aan situaties waarin de ongeborene “redelijkerwijs niet in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven”, dan wel waarin na de geboorte sowieso van behandeling zou worden afgezien? Is bij een zwangerschapsduur van 35+3 weken nog wel sprake van een fundamenteel andere situatie dan bij een levensbeëindiging bij een pasgeborene die gewoon geboren wordt? Bestaat er een harde bovengrens in weken waarboven de commissie of het College een zwangerschapsafbreking niet meer als late zwangerschapsafbreking, maar als levensbeëindiging bij een (bijna-) levensvatbare foetus beoordeelt? Zo nee, zou een dergelijke grens niet moeten worden vastgelegd, juist om een glijdende schaal te voorkomen?
De zorgvuldigheidseis vereist uitdrukkelijk het verzoek van de moeder; de vader wordt in de praktijkgevallen genoemd als “ondersteunend” maar heeft juridisch geen zelfstandige positie in de toetsing. Er is bovendien geen enkele vorm van onafhankelijke belangenbehartiging voor de ongeborene zelf in de procedure. Is er, naast de onafhankelijke arts die de medische diagnose beoordeelt, enige vorm van toetsing die specifiek de belangen van het ongeboren kind behartigt, los van de wens van de ouders? Zo nee, waarom niet, en overweegt de minister dit alsnog in te voeren?
Mondelinge toelichting

De commissie toetst uitsluitend op basis van het door de uitvoerend arts zelf ingevulde meldingsformulier en dossier. In 2025 heeft geen enkele arts gebruikgemaakt van de mogelijkheid tot mondelinge toelichting, en heeft de commissie dus in alle gevallen volstaan met de schriftelijke, door de betrokken arts zelf opgestelde stukken. Is de minister van oordeel dat het wenselijk zou zijn dat de commissie standaard vraagt naar aanvullende mondelinge toelichting, in plaats van dit alleen passief aan te bieden?
Uitbreiding naar levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar
Eind 2025 ontving de commissie de eerste ooit gemelde zaak van levensbeëindiging bij een kind tussen 1 en 12 jaar; deze wordt pas in de eerste vergadering van 2026 behandeld. Voor deze categorie zijn nog geen zorgvuldigheidseisen in de Regeling zelf opgenomen; de commissie hanteert vooralsnog de door de NVK opgestelde criteria van 2 oktober 2024 als "vertrekpunt". Waarom worden de zorgvuldigheidseisen voor het actief beëindigen van het leven van kinderen van 1 tot 12 jaar - een onomkeerbare beslissing over het leven van een kind dat, anders dan een pasgeborene, mogelijk al wilsuitingen kan doen - vastgesteld door een beroepsvereniging en niet door de wetgever zelf in de Regeling? Deelt de minister de opvatting dat normering van een dermate ingrijpende bevoegdheid via formele wetgeving zou moeten verlopen, en niet via veldnormen van de beroepsgroep die deze zelf toepast? Op welke termijn worden deze zorgvuldigheidseisen alsnog formeel in de Regeling vastgelegd, en op welke wijze wordt de Kamer daarbij betrokken?
De NVK-criteria eisen dat de arts het kind betrekt bij de besluitvorming "voor zover het daartoe in staat is" en ervan overtuigd moet zijn dat de levensbeëindiging "niet tegen de wil van het kind" wordt uitgevoerd. Dit is een aanzienlijk lagere drempel dan een vereiste van actieve, geïnformeerde instemming van het kind zelf. Waarom is niet gekozen voor een eis van actieve instemming van het kind, voor zover zijn ontwikkelingsniveau dit toelaat, in plaats van de formulering "niet tegen de wil van"? Is de minister voorts bereid om, gezien de ingrijpende aard van deze nieuwe bevoegdheid en het feit dat de normontwikkeling vooralsnog vrijwel geheel bij de beroepsgroep zelf ligt, een bredere maatschappelijke en parlementaire discussie over de uitbreiding van levensbeëindiging naar kinderen van 1 tot 12 jaar te entameren, bijvoorbeeld door hierover een aparte kabinetsreactie te sturen of een parlementair debat te agenderen, in plaats van dit onderwerp uitsluitend te laten passeren via het jaarlijkse verslag van een overwegend uit medici samengestelde commissie?
Samenstelling van de commissie
De commissie bestaat uit een strafrechtjurist als voorzitter, vier artsen (gynaecologie, neonatologie, kinderneurologie) en één ethicus. Er is geen lid met een achtergrond in patiënten- of gehandicaptenbelangenbehartiging. Is overwogen om de commissie, gelet op de gevoeligheid van het onderwerp en de directe relevantie voor mensen met een beperking, uit te breiden met een lid dat specifiek de belangen van mensen met een (ernstige) beperking of hun belangenorganisaties vertegenwoordigt, naast de reeds vertegenwoordigde medische en juridisch-ethische disciplines?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie
De leden van de SGP-fractie hebben kennisgenomen van het jaarverslag van de beoordelingscommissie. Zij vinden het aangrijpend om kennis te nemen van de meldingen. Genoemde leden maken graag van de gelegenheid gebruik om hierover enkele vragen te stellen.

De leden van de SGP-fractie lezen dat de commissie in 2025 drie meldingen van een late zwangerschapsafbreking heeft ontvangen. Zij lezen dat bij alle drie de meldingen systemische verdoving aan de foetus toegediend voordat tot levensbeëindiging van de

foetus is overgegaan. De leden van de SGP-fractie vragen of het toepassen van verdoving inmiddels standaardpraktijk is geworden die ook in de Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking geldt is opgenomen. Is deze Kwaliteitsnorm reeds in werking getreden?

De leden van de SGP-fractie constateren dat voor levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar nog geen zorgvuldigheidseisen in de Regeling zijn opgenomen. De commissie gebruikt hiervoor de in 2024 door de NVK opgestelde zorgvuldigheidseisen als vertrekpunt. Hoe beoordeelt de minister de rechtszekerheid en rechtsbescherming die hiermee momenteel wordt geboden? Acht de minister het wenselijk dat een dergelijke ingrijpende levensbeëindiging wordt beoordeeld op basis van normen die (nog) niet in de Regeling zelf zijn vastgelegd? De leden van de SGP-fractie vragen wanneer de minister verwacht dat deze eisen formeel in de Regeling kunnen worden opgenomen. Kan de minister aangeven aan welke voorwaarden moet zijn voldaan voordat de zorgvuldigheidseisen voor kinderen van 1 tot 12 jaar in de Regeling kunnen worden opgenomen? Welk tijdpad wordt hierbij gehanteerd?

Eind 2025 is voor het eerst een melding van levensbeëindiging bij een kind tussen 1 en 12 jaar ontvangen. De leden van de SGP-fractie lezen dat de commissie deze melding in haar eerste vergadering in 2026 heeft beoordeeld en er in het jaarverslag over 2026 nader op terug zal komen. Aangezien het jaarverslag over 2026 vermoedelijk pas medio juni 2027 met de Kamer wordt gedeeld, verstrijkt er vanaf het moment van deze melding een periode van zo'n anderhalf jaar voordat de Kamer wordt geïnformeerd of een dergelijke levensbeëindiging volgens het oordeel van de commissie heeft plaatsgevonden. De leden van de SGP-fractie vragen of het mogelijk is om het proces van het opstellen van het jaarverslag aan te passen, zodat de Kamer sneller geïnformeerd kan worden over dergelijke ingrijpende meldingen, mede gelet op de betekenis daarvan voor de te betrachten zorgvuldigheidseisen.

De leden van de SGP-fractie vragen of het mogelijk is om de Kamer alvast van meer informatie te voorzien over deze specifieke melding. Kan de minister in ieder geval toelichten hoe levensbeëindiging in zo'n situatie precies wordt toegepast?

De leden van de SGP-fractie lezen dat geen van de artsen die in 2025 een melding heeft gedaan, gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om de melding mondeling toe te lichten, ondanks het feit dat de commissie dit in lijn met haar regelement standaard aanbiedt. De leden van de SGP-fractie vragen zich af of het niet wenselijk is om de meldingen standaard mondeling te laten toelichten. Zou hiermee wellicht beter inzicht in de praktijk kunnen worden verkregen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie
De leden van de ChristenUnie-fractie maken van de gelegenheid gebruik om vragen te stellen bij het Jaarverslag 2025 van de beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar. De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het een zeer gevoelig en verdrietig onderwerp waar de beoordelingscommissie zich mee bezig houdt en zij leven mee met de betrokkenen en danken de commissie voor haar werk.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen in het verslag de verschillende termijnen waarop de zwangerschapsafbreking plaatsvond. De beoordelingscommissie maakt er in haar verslag geen opmerking of oordeel over dat de zwangerschapsafbrekingen plaatsvonden ver na de 20-wekenecho (waar de afwijkingen vermoedelijk bekend werden). Deze leden vragen de minister of duidelijk is waarom de

zwangerschapsafbreking zo laat plaatsvonden en of bij bijvoorbeeld een zwangerschapstermijn van 35+3 het uitdragen van de zwangerschap en niet behandelen van het kind te prefereren is boven zwangerschapsafbreking op deze termijn.
De leden van de ChristenUnie-fractie lezen met verbazing in het verslag dat één melding van een late zwangerschapsafbreking werd gedaan door een collega van de behandelend arts in plaats van de behandelend arts zelf. Deze leden kunnen zich maar moeilijk een situatie voorstellen dat bij een ingrijpend traject van een late zwangerschapsafbreking na 30 weken zwangerschap de behandelend arts niet zelf de tijd en gelegenheid nam om de melding te doen, zeker gezien de juridische maar ook ethische status van het desbetreffende medisch handelen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de minister hoe zij deze situatie beoordeelt en hoe dit in de toekomst voorkomen wordt.
De beoordelingscommissie geeft aan dat geen van de meldend artsen van de gelegenheid gebruik heeft gemaakt om de melding mondeling toe te lichten. Het ingevulde modelverslag was voor de beoordelingscommissie ook telkens voldoende om een oordeel te kunnen vellen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de minister of het niet te prefereren is dat er bij een melding altijd een gesprek plaatsvindt tussen de arts en de beoordelingscommissie, gezien het ingrijpend (juridisch en ethisch) medisch handelen dat een arts heeft verricht.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie
De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het Jaarverslag 2025 Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar. Zij hebben hierover geen vragen en opmerkingen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie
De leden van de BBB-fractie hebben het Jaarverslag 2025 Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar gelezen en leven mee met de intens verdrietige omstandigheden waarin de ouders en andere betrokkenen leven. Deze leden hebben vooralsnog geen vragen en opmerkingen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower
De leden van de fractie van Groep Markuszower hebben kennisgenomen van de voorliggende stukken en wachten de beantwoording van de minister met belangstelling af.

II. Reactie van de minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie zien dat de reikwijdte van de Regeling per 1 februari 2024 is uitgebreid naar levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar, en dat hierover inmiddels een eerste melding is gedaan. Deze leden vragen wanneer het oordeel naar verwachting op de website wordt gepubliceerd.

De beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1-12 jaar (hierna: de commissie) heeft haar oordeel inzake de

eerste melding van levensbeëindiging bij een kind in de leeftijd van 1 tot 12 op woensdag 9 september 2026 op haar website gepubliceerd.[2]

De zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar zijn op 2 oktober 2024 voorlopig vastgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). De leden van de CDA-fractie hebben eerder gevraagd naar het formeel vastleggen van deze eisen in de regeling. Deze leden lezen dat de minister aangeeft dat hierover eerst meer praktijkervaring moet worden opgedaan en dat hierover brede consensus moet bestaan. Dat is begrijpelijk, maar deze leden vragen wel waar de minister concreet aan denkt en op welke termijn dit zou kunnen, gezien het feit dat na ongeveer een jaar een eerste melding is gedaan.

Het kabinet kan op dit moment niet aangeven op welke termijn de zorgvuldigheidseisen in de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1-12 jaar (hierna: de Regeling) kunnen worden opgenomen. Voor het opdoen van ervaring en ontstaan van de brede consensus is het aantal meldingen een belangrijke factor. Al vóór publicatie van de Regeling voorspelden experts dat het aantal meldingen zeer beperkt zou blijven (minder dan vijf per jaar), gezien de zeldzaamheid van deze problematiek en de toegenomen beschikbaarheid en kwaliteit van kinderpalliatieve zorg.

De commissie geeft aan dat bij één melding het meldingsformulier aanvankelijk niet door de arts was ingevuld, maar door een collega die betrokken was bij het traject. De commissie geeft aan dat het noodzakelijk is dat de arts het volledige traject met de moeder (en, indien aanwezig, de vader) doorloopt en het meldingsformulier zélf invult en ondertekent (en niet een collega). Dat roept bij de leden van de CDA-fractie de vraag op of op dit moment in de praktijk voldoende duidelijk is wat de verantwoordelijkheden zijn van de verschillende betrokken artsen en zorgverleners. Is dit voldoende duidelijk in de Regeling opgenomen en zo nee, hoe zou dit explicieter in de Regeling tot uitdrukking kunnen worden gebracht?

Op grond van de Regeling (artikel 1, onderdeel g) wordt onder arts verstaan ‘de arts die de verrichting heeft gedaan die heeft geleid tot late zwangerschapsafbreking of levensbeëindiging bij een pasgeborene of een kind.’ Ingevolge artikel 5 van de Regeling meldt de arts binnen drie maanden nadat de late zwangerschapsafbreking of levensbeëindiging bij een pasgeborene of een kind heeft plaatsgevonden dit bij de beoordelingscommissie. In de toelichting bij de Regeling is aangegeven dat vanwege de strafrechtelijke context de Regeling zich terecht richt tot de arts die de betreffende handeling verricht.[3] Deze arts moet dus ook de melding doen. Dit laat onverlet dat als die arts niet de behandelend arts betreft, bij de beoordeling van het voorliggende geval ook de behandelend arts kan worden betrokken.

In het kader van de melding waarbij het meldingsformulier aanvankelijk niet door de arts was ingevuld, laat de commissie weten dat bij een late zwangerschapsafbreking nooit slechts één arts is betrokken, maar altijd sprake is van een behandelteam. Het behandelteam zal naast de behandelend gynaecologen o.a. bestaan uit een neonatoloog, gespecialiseerd kinderarts, kinderneuroloog, eventueel een arts-assistent en/of een verloskundige, verpleegkundig specialisten, physician assistant en medisch maatschappelijk werkende. In het onderhavige geval heeft de beoordelingscommissie de melding teruggestuurd en de arts die de verrichting heeft uitgevoerd verzocht om het

[2] https://www.lzalpkcommissie.nl/publicaties/oordelen/lk/2026/lk-2026-001.
[3] Stcrt. 2024, 99.

meldingsformulier in te vullen. Na ontvangst van het juiste meldingsformulier kon de commissie de melding beoordelen. De commissie heeft het belang van een juiste melding in haar jaarverslag willen benadrukken.

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft ter verduidelijking in de *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* van 29 mei 2026 vastgelegd wie als verantwoordelijke arts en dus als melder wordt beschouwd in geval van een late zwangerschapsafbreking categorie 2. Een dergelijke zwangerschapsafbreking vergt specifieke expertise omdat er foeticide moet worden gedaan door het inspuiten van kaliumchloride of lidocaine in het foetale hart na verdoving van de foetus of navelstrengcoagulatie (bijvoorbeeld in geval van een monochoriale tweeling). In de Kwaliteitsnorm is in paragraaf 6.6.3 opgenomen: 'De arts die de foeticide heeft uitgevoerd is eindverantwoordelijk en derhalve de melder van de LZA-2. Onder foeticide wordt verstaan het toedienen van het dodelijke middel.

Wanneer er met twee operateurs wordt gewerkt, is de arts die de naald heeft ingebracht niet noodzakelijk de eindverantwoordelijke en melder, maar is dat de arts die het middel heeft ingespoten. Tijdens de uitvoering wordt de uiterste zorg besteed aan continuïteit van zorg en aan begeleiding van de ouders.' De NVOG benadrukt dat er sprake blijft van zorg die in teamverband tot stand komt. Met deze verduidelijking beoogt de NVOG te voorkomen dat een andere betrokken arts de melding verricht namens de uitvoerend arts. De meldende arts is verantwoordelijk voor de melding en ondertekening van het meldingsformulier en dient zich ervan te vergewissen dat het dossier en de melding een correcte weergave bevatten van het gehele behandel- en besluitvormingstraject.

De NVOG laat verder weten dat voor zover bekend de aanleiding voor deze verduidelijking niet is dat zich op grote schaal problemen voordoen, maar dat in de praktijk van late zwangerschapsafbreking meerdere artsen betrokken kunnen zijn en dat de evaluatie van de Regeling heeft laten zien dat de aansluiting tussen het strafrechtelijke uitgangspunt van individuele verantwoordelijkheid en de medische praktijk van gedeelde verantwoordelijkheden niet altijd vanzelfsprekend is. Mede daarom wordt momenteel door de NVOG en de commissie verkend hoe de Regeling, de toetsingspraktijk en de professionele standaard (de genoemde kwaliteitsnorm) beter op elkaar kunnen aansluiten. Ter overweging geeft de NVOG mee dat in de Regeling expliciet zou kunnen worden opgenomen dat de meldingsplicht berust bij de arts die de foeticide heeft uitgevoerd, ongeacht welke andere zorgverleners betrokken waren bij de voorbereiding, besluitvorming of begeleiding. Het kabinet kan zich vinden in deze nadere toelichting. Ook de commissie heeft laten weten zich hierin te kunnen vinden. Het kabinet zal bij de volgende evaluatie van de Regeling als aandachtspunt meegeven dat de Regeling op dit punt nog kan worden verduidelijkt.

Vragen en opmerkingen van de leden van de FVD-fractie

Sinds de oprichting van de commissie in 2016 zijn 38 meldingen beoordeeld; in geen van deze gevallen heeft de commissie ooit geoordeeld dat een arts niet zorgvuldig heeft gehandeld. De leden van de FVD-fractie vragen aan de minister hoe zij dit beoordeelt: is dit een aanwijzing dat de praktijk consequent aan alle eisen voldoet, of eerder een aanwijzing dat de toetsing overwegend marginaal dan wel procedureel is en onvoldoende materieel toetst?

Het toetsingssysteem is zeer zorgvuldig ingericht en is niet louter procedureel. Het betreft een 'tweetraps-beoordeling' waarbij allereerst de beoordelingscommissie late

zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1-12 jaar (hierna: de commissie) een zorgvuldigheidstoets uitvoert en het college van procureurs-generaal van het Openbaar Ministerie (OM) vervolgens beoordeelt of de strafbaarheid van die handeling kan worden weggenomen door een beroep op overmacht in de zin van noodtoestand (artikel 40 Wetboek van Strafrecht).

Toetsing door de commissie is achteraf en vindt plaats op grond van het door de meldend arts bij de commissie aangeleverde en volledig ingevulde meldingsformulier, vergezeld van de benodigde stukken. De commissie kan de arts om nadere stukken vragen of verzoeken de melding schriftelijk toe te lichten indien dat noodzakelijk is voor de beoordeling. Daarnaast kan de commissie de arts, een onafhankelijke arts of een betrokken zorgverlener horen indien dit noodzakelijk is voor de beoordeling.[4]

Dat alle tot op heden ontvangen meldingen van late zwangerschapsafbreking of een levensbeëindiging bij een pasgeborene door de commissie als zorgvuldig zijn beoordeeld, betekent dat de betreffende artsen hebben gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen zoals opgenomen in artikel 6 respectievelijk artikel 7 van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1-12 jaar (hierna: de Regeling). Inmiddels heeft de commissie ook de eerste melding van levensbeëindiging van een kind in de leeftijd van 1-12 jaar als zorgvuldig beoordeeld. De commissie heeft aangegeven dat zij bij de beoordeling van deze melding de zorgvuldigheidseisen die gelden voor levensbeëindiging bij pasgeborenen, zoals opgenomen in artikel 7 van de Regeling, als vertrekpunt heeft genomen. Daarnaast heeft de commissie in haar beoordeling de zorgvuldigheidseisen meegenomen die op 2 oktober 2024 zijn geaccordeerd door het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Om tot een oordeel in deze melding te kunnen komen, heeft de commissie de arts zowel om een schriftelijke als een mondelinge toelichting gevraagd.

Alle gevallen waarin de commissie tot een oordeel komt (zowel de zaken die als zorgvuldig zijn beoordeeld als zaken die als onzorgvuldig zijn beoordeeld), worden vervolgens doorgestuurd naar het College van procureurs-generaal van het OM. Het oordeel van de commissie is een zwaarwegend advies aan het OM. Op basis van de verkregen informatie van de commissie beoordeelt het OM of de arts een strafrechtelijk verwijt kan worden gemaakt en, wanneer dat het geval is, of het opportuun is om de arts te vervolgen. Deze beoordeling is sterk afhankelijk van de weging van de concrete omstandigheden van het geval. Indien de beoordelingscommissie tot het oordeel komt dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld, zal er voor het OM in beginsel geen aanleiding zijn een strafrechtelijk onderzoek of vervolging in te stellen.

Sinds 2016 ontvangt de commissie bovendien jaarlijks een gering en sterk fluctuerend aantal meldingen (1 tot 8 per jaar). De sterfgevallenonderzoeken van Van der Wal en Van der Heide, aangehaald in het signalement "Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen" van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid uit 2007, toonden destijds een aanzienlijk verschil tussen het geschatte werkelijke aantal gevallen van actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen (15 tot 20 per jaar; in 2001 kregen circa 100 pasgeborenen een middel toegediend met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te

[4] Zie de artikelen 2, 3 en 4 van het Reglement betreffende de werkwijze van de beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar.

bespoedigen) en het aantal daadwerkelijk bij justitie gemelde gevallen (slechts 22 in totaal over de periode januari 1997 - juni 2004); een verschil van ongeveer een factor 5. Een vergelijkbaar onderzoek onder het huidige regime lijkt niet te zijn uitgevoerd. Is de minister bereid een actuele sterfgevallenstudie te laten uitvoeren om vast te stellen of de meldingsbereidheid onder de huidige Regeling volledig is?

Het aantal meldingen van late zwangerschapsafbreking fluctueert in de periode 2016-2025 inderdaad van 1 tot 8 per jaar. In diezelfde periode is één melding van levensbeëindiging bij een pasgeborene ontvangen.

Uit het rapport van de evaluatie van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen (2022)[5] is gebleken dat de meldingsbereidheid ten aanzien van late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij een pasgeborene hoog is, maar de uitvoeringsbereidheid minder. Zoals ook in de beantwoording van de schriftelijke vragen naar aanleiding van het jaarverslag 2024 van de commissie is aangegeven, zijn er volgens de onderzoekers geen aanwijzingen dat de meldingscijfers geen juist beeld geven van de praktijk van late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging van pasgeborenen.[6]

In het kader van de evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl), die (in beginsel) eens per vijf jaar wordt uitgevoerd, wordt door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) het zogenaamde Sterfgevallenonderzoek (SGO) uitgevoerd. Doel van het SGO is het in kaart brengen van ontwikkelingen in de praktijk van euthanasie, hulp bij zelfdoding en andere beslissingen rond het levenseinde. In het SGO worden ook sterfgevallen van kinderen jonger dan 1 jaar meegenomen. Voor het laatst uitgevoerde SGO is, zoals gebruikelijk voor dit onderzoek, een steekproef getrokken uit alle doodsoorzaakverklaringen van overledenen in de periode augustus tot en met november 2021. Vervolgens is artsen gevraagd om over deze sterfgevallen een vragenlijst in te vullen. Over de leeftijdscategorie tot 1 jaar wordt op de website van het CBS een aparte tabel gepubliceerd.[7]: In die tabel staat dat er in 2021 bij 6 kinderen < 1 jaar sprake is geweest van levensbeëindigend handelen zonder verzoek.[8] Het CBS heeft echter laten weten dat, aangezien het SGO gebaseerd is op een steekproef, en niet op registraties, dit betekent dat er marges rondom de cijfers zitten en dat deze cijfers niet exact een gemeten aantal weergeven. Bij (zeer) kleine aantallen (zoals in casu) moet dit volgens het CBS dan ook geïnterpreteerd worden als een marge, en niet als een registratie van een precies aantal. Uit het SGO kan volgens het CBS wel worden geconcludeerd dat bij dergelijke kleine aantallen deze categorie in de betreffende jaren niet of nauwelijks voorkomt.

De gemelde zaken van 2025

Opvallend is dat alle drie de gemelde zwangerschapsafbrekingen in 2025 worden veroorzaakt door een congenitale cytomegalovirus (CMV)-infectie. CMV is een virus waarvan bekend is dat

[5] Evaluatie van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, Den Haag: ZonMw, februari 2022.

[6] Kamerstukken II 2025/26, 36 800 XVI, nr. 187.

[7] https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/81655NED/table?dl=DAE69

[8] Een kind tot 12 jaar is juridisch gezien wilsonbekwaam en kan niet zelf verzoeken om of instemmen met levensbeëindiging. Er is dan ook sprake van levensbeëindiging zonder verzoek.

behandeling tijdens de zwangerschap, bijvoorbeeld met (val)aciclovir, de kans op foetale schade in bepaalde gevallen kan verkleinen, en waarvoor in sommige landen prenatale voorlichting en screening bestaat. Is de minister bekend met een mogelijk verband tussen deze drie gevallen en het ontbreken van standaard prenatale CMV-screening en -voorlichting in Nederland? Wordt overwogen om, vanuit preventief oogpunt, standaard CMV-voorlichting of -screening tijdens de zwangerschap in te voeren?

CMV-infectie is op dit moment geen onderdeel van de prenatale screening infectieziekten en erytrocytenimmunisatie (PSIE). Er wordt voortdurend gewerkt aan verbeteringen van de PSIE. Voor opname van een infectieziekte in de PSIE beoordeelt de Gezondheidsraad of een aandoening voldoet aan de criteria voor verantwoorde screening.

Screening op CMV wordt vooralsnog niet overwogen voor opname in de PSIE in Nederland, omdat er nog veel onduidelijkheden zijn, en de aandoening op dit moment niet voldoet aan de criteria voor verantwoorde screening. Zo is er nog geen aanvaardbare behandelmethode, en is nog onduidelijk op welk moment screening het meest zinvol is: tijdens de zwangerschap (antenataal) of na de geboorte (postnataal). In Nederland ligt de focus daarom vooralsnog op primaire preventie, waaronder goede handhygiëne. Voorlichting over CMV en het voorkomen van een CMV-infectie is opgenomen in de richtlijnen en protocollen van de betrokken beroepsgroepen (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)) en wordt ook beschreven op websites en in verschillende voorlichtingsmaterialen voor zwangeren. Daarnaast worden de ontwikkelingen op het gebied van vaccins en de uitkomsten van lopende onderzoeken gevolgd door het RIVM.

In alle drie de gevallen betreft het bovendien een ernstige maar niet per definitie op zichzelf dodelijke aandoening: hersenschade door CMV-infectie, met als gevolg zeer ernstige verstandelijke beperking, epilepsie, spasticiteit, doofheid en visuele beperking. Het gaat dus om een prognose van zeer ernstige levenslange beperkingen, niet om een aandoening die zonder ingrijpen fataal zou zijn. De zorgvuldigheidseis vereist dat de aandoening van "zodanige aard is dat na de geboorte zou worden afgezien van een medische behandeling". Is deze maatstaf in de praktijk nog te onderscheiden van een beoordeling die primair is gebaseerd op de verwachte ernst van een levenslange beperking, in plaats van op een direct levensbedreigende aandoening? Hoe waarborgt de commissie dat hier geen kwaliteit-van-leven-oordeel het beslissende criterium wordt in plaats van medische zinloosheid van behandeling?

De zorgvuldigheidseisen voor een late zwangerschapsafbreking zijn opgenomen in artikel 6 van de Regeling. Een arts moet onder meer de overtuiging hebben gekregen dat de ongeborene een aandoening of een combinatie van aandoeningen heeft die van zodanige aard is dat na de geboorte zou worden afgezien van een medische behandeling, omdat ingrijpen naar heersend medisch inzicht zinloos zou zijn en naar heersend medisch inzicht geen redelijke twijfel bestaat over de diagnose en de daarop gebaseerde prognose. Niet vereist is dat er sprake is van een levensbedreigende aandoening.

De commissie laat desgevraagd weten dat het beoordelen van het al dan niet zinvol zijn van behandeling wordt gedaan op basis van een totaalbeeld betreffende de huidige en latere gezondheidstoestand van het kind. De breed gedragen opvatting binnen de

beroepsgroepen over de zin van het inzetten van beschikbare medische mogelijkheden is bepalend bij deze afweging. De volgende factoren zullen hierbij in onderlinge samenhang worden meegewogen:

- de te verwachten mate van lijden (niet alleen in de zin van blijvende functiestoornissen, pijn, benauwdheid, ongemak, maar ook in de zin van verlies van uitzicht en hoop);
- de te verwachten levensduur;
- de te verwachten zwaarte van het behandeltraject;
- de te verwachten mogelijkheden tot communicatie (zowel verbaal als niet-verbaal), respectievelijk intermenselijk contact;
- de te verwachten mogelijkheden tot zelfredzaamheid (waaronder het zelfstandig kunnen zitten, lopen, wonen, zichzelf verzorgen);
- de mate van afhankelijkheid van het medisch zorgcircuit (waaronder ziekenhuisopnames, operaties, uit huis plaatsing).

De commissie sluit hiermee aan bij de *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* van 29 mei 2026 van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).

Zoals in antwoord op een eerdere vraag is aangegeven, beoordeelt het College van procureurs-generaal van het OM vervolgens of de strafbaarheid van de handeling kan worden weggenomen door een beroep op overmacht in de zin van noodtoestand (artikel 40 Wetboek van Strafrecht). Volgens vaste jurisprudentie moet die noodtoestand gevonden worden in objectieve (dat wil zeggen navolgbare) factoren rond het (verwachte) lijden van het kind volgend uit diens ernstige (foetale) aandoening.

In alle drie de dossiers wordt bovendien gesproken over het lijden van de ouders naast het lijden van het kind. Op welke wijze wordt in de toetsing gewaarborgd dat het lijden van de ouders niet meeweegt in het oordeel over de zorgvuldigheid, aangezien de zorgvuldigheidseisen uitsluitend zouden moeten zien op het lijden van het ongeboren kind?

De commissie beoordeelt of aan de zorgvuldigheidseisen uit de Regeling is voldaan. De eisen uit artikel 6 zijn cumulatief; dit betekent dat aan alle eisen afzonderlijk moet worden voldaan.

Op grond van artikel 6, onderdelen a en b, van de Regeling beoordeelt de commissie of er sprake is van actueel of te voorzien uitzichtloos lijden van de ongeborene, dat gebaseerd is op de diagnose en de prognose waar naar heersend medisch inzicht geen redelijke twijfel over bestaat. Dit is een objectieve, medische maatstaf die losstaat van de situatie van de ouders. Het lijden van de moeder speelt bij deze specifieke eisen dan ook geen enkele rol.

Als aan deze (medische) zorgvuldigheidseis is voldaan, beoordeelt de commissie bij artikel 6, onderdeel d van de Regeling of de moeder uitdrukkelijk heeft verzocht om zwangerschapsafbreking. Daarbij beoordeelt de commissie of de moeder door de arts voldoende op de hoogte is gesteld van de diagnose en prognose en op grond daarvan het besluit heeft kunnen nemen tot beëindiging van de zwangerschap, waarbij tevens

wordt beoordeeld of de moeder lichamelijk en psychisch leed onder de situatie.[9]

Als eerste wordt dus strikt medisch vastgesteld wat de diagnose en prognose is (sub a) en of sprake is van actueel of te voorzien uitzichtloos lijden voor het kind (sub b). Daarna wordt getoetst of het verzoek van de moeder weloverwogen is en of zij lichamelijk of psychisch lijdt onder de situatie (sub d). Omdat de zorgvuldigheidseisen cumulatief zijn en los van elkaar worden getoetst, kan het lijden van de ouders de medische beoordeling ten aanzien van het ongeboren kind niet vervangen of beïnvloeden.

In de *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* van 29 mei 2026 van de NVOG is in dit kader opgenomen dat primair het toekomstig lijden van het kind centraal staat bij de beoordeling van een late zwangerschapsafbreking. Het huidige en toekomstige lijden van de aanstaande ouders kan daarbij worden betrokken en dient te worden vastgelegd in het medisch dossier.
Vanuit strafrechtelijk perspectief kan het lijden van de vader (of andere naasten) echter geen rol spelen in de beoordeling van de noodtoestand, omdat het primaat ligt bij het ongeboren kind en de zwangere.
De NVOG benadrukt dan ook dat de betreffende bepaling niet betekent dat het lijden van de ouders zelfstandig een grond vormt voor een late zwangerschapsafbreking. De indicatie voor een late zwangerschapsafbreking berust op de vastgestelde aandoening(en) van de foetus en de daarmee samenhangende prognose en het te verwachten lijden van het kind. Het opnemen van het lijden van de ouders in de Kwaliteitsnorm weerspiegelt volgens de NVOG dat zorgverleners niet alleen de medische situatie van het ongeboren kind beoordelen, maar ook zorg verlenen aan ouders die geconfronteerd worden met een zeer ernstige diagnose en een ingrijpend besluitvormingstraject. De gevolgen van de diagnose voor het huidige en toekomstige welzijn van de ouders maken daarom onderdeel uit van de gesprekken en worden vastgelegd in het dossier. Dit draagt bij aan de zorgvuldige verslaglegging van het besluitvormingsproces en de begeleiding van ouders. Het lijden van de ouders kan context bieden, maar vormt niet de medische rechtvaardiging voor de late zwangerschapsafbreking. Die rechtvaardiging is gelegen in de aard en ernst van de aandoening van de foetus en de daaruit voortvloeiende prognose.

Volgens de Regeling heeft het weliswaar de voorkeur dat de onafhankelijke arts uit een ander centrum of ziekenhuis komt, maar is dit geen verplichting. In alle drie de zaken uit 2025 is toevallig wél een arts buiten het eigen ziekenhuis geraadpleegd, maar dit is dus niet structureel gewaarborgd. Waarom is onafhankelijkheid van de tweede arts niet als harde eis in de Regeling opgenomen, in plaats van als voorkeur? Is de minister bereid dit alsnog wettelijk te verankeren, gelet op het belang van een werkelijk onafhankelijke tweede blik bij een onomkeerbare beslissing?

De vereiste onafhankelijkheid van de te raadplegen arts in geval van een late zwangerschapsafbreking is al verankerd in de Regeling. Op grond van artikel 6,

[9] In het rapport van de evaluatie van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen (2022) is aangegeven dat in eerder evaluatieonderzoek uit 2013 naar het functioneren van de (oude) Regeling is aanbevolen om te bezien of het lijden van de moeder voor zover dat zijn oorsprong vindt in het lijden van het kind niet ook late zwangerschapsafbreking zou moeten kunnen rechtvaardigen, maar dat hier geen gevolg aan is gegeven. In plaats daarvan is in artikel 6 lid d van de Regeling opgenomen dat “de moeder uitdrukkelijk heeft verzocht om beëindiging van de zwangerschap wegens lichamelijk of psychisch lijden onder de situatie”.

onderdeel e van de Regeling heeft een arts zorgvuldig gehandeld indien hij (onder meer) ‘ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de hiervoor genoemde zorgvuldigheidseisen, of, indien een onafhankelijke arts redelijkerwijs niet kon worden geraadpleegd, het behandelteam heeft geraadpleegd, dat schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de hiervoor genoemde zorgvuldigheidseisen'. Naar aanleiding van aanbeveling 8 in het rapport van de evaluatie van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen (2022)[10] is in de toelichting bij de Regeling opgenomen ‘Van een ‘onafhankelijke arts’ is sprake, indien de arts geen behandelrelatie heeft met – in het geval van LZA – de vrouw, in het geval van LP – de pasgeborene en – in het geval van LK1-12 – het kind. Het is wenselijk om een arts te raadplegen die in een ander centrum werkzaam is, maar de regeling vereist dit niet.’[11] ‘Onafhankelijkheid’ ziet dus op het wel of niet aanwezig zijn van een behandelrelatie en niet op het raadplegen van een arts uit een ander centrum.
Uit artikel 6, onderdeel e, van de Regeling volgt, dat een arts alleen van de eis van het raadplegen van een onafhankelijke arts kan afwijken indien een onafhankelijke arts redelijkerwijs niet kon worden geraadpleegd. In plaats daarvan volstaat het oordeel van het behandelteam. Deze uitzonderingsmogelijkheid is opgenomen omdat het een zeer specialistisch vakgebied betreft.

De commissie heeft laten weten dat in alle beoordeelde meldingen sinds de inwerkingtreding van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen op 1 februari 2016 de arts een onafhankelijke arts heeft geraadpleegd buiten het eigen behandelcentrum. In het licht van dit gegeven en de noodzaak om een uitzonderingsmogelijkheid in de Regeling te behouden, ziet het kabinet geen aanleiding om de Regeling op dit punt aan te passen.

De drie gemelde late zwangerschapsafbrekingen in 2025 vonden plaats bij 32+6, 35+3 en 30+2 weken. Met name bij de casus van 35+3 weken valt op dat bij die zwangerschapsduur de overlevingskansen buiten de baarmoeder met neonatale zorg zeer hoog zijn, en dat geboorte op zeer korte termijn sowieso aan de orde is. Hoe verhoudt een zwangerschapsafbreking op 35+3 weken zich tot de wettelijke en beleidsmatige lijn dat late zwangerschapsafbreking is voorbehouden aan situaties waarin de ongeborene “redelijkerwijs niet in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven”, dan wel waarin na de geboorte sowieso van behandeling zou worden afgezien? Is bij een zwangerschapsduur van 35+3 weken nog wel sprake van een fundamenteel andere situatie dan bij een levensbeëindiging bij een pasgeborene die gewoon geboren wordt? Bestaat er een harde bovengrens in weken waarboven de commissie of het College een zwangerschapsafbreking niet meer als late zwangerschapsafbreking, maar als levensbeëindiging bij een (bijna-) levensvatbare foetus beoordeelt? Zo nee, zou een dergelijke grens niet moeten worden vastgelegd, juist om een glijdende schaal te voorkomen?

Sinds 1 februari 2024 beoordeelt de commissie of een arts zorgvuldig heeft gehandeld bij een late zwangerschapsafbreking ‘categorie 2’, dan wel bij een levensbeëindiging bij

[10] Aanbeveling 8 luidt als volgt: “De betrokken beroepsorganisaties en de Beoordelingscommissie dienen erop toe te zien dat artsen die voornemens zijn LZA of LP uit te voeren ervan op de hoogte zijn dat de regeling niet als voorwaarde stelt dat de te raadplegen ‘onafhankelijke arts’ in een ander centrum werkzaam is; op dit punt moet ook het Reglement van de Beoordelingscommissie worden aangepast.” Zie: Evaluatie van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, Den Haag: ZonMw, februari 2022.

[11] Stcrt. 2024, 99.

een pasgeborene of een kind tussen 1 en 12 jaar. De Regeling is niet langer van toepassing op de beoordeling van late zwangerschapsafbrekingen ‘categorie 1’ - waarbij het gaat om late zwangerschapsafbrekingen in het geval redelijkerwijs verwacht mag worden dat de ongeborene niet in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven.[12] De drie meldingen die de beoordelingscommissie in 2025 ontving, betroffen alle een late zwangerschapsafbreking ‘categorie 2’.

Bij een late zwangerschapsafbreking ‘categorie 2’ gaat het om een zwangerschapsafbreking na 24 weken bij een ongeborene met een aandoening of een combinatie van aandoeningen van zodanige ernst dat na de geboorte zou worden afgezien van levensverlengende medische behandeling (artikel 1, onderdeel b, van de Regeling). Het kabinet begrijpt dat een late zwangerschapsafbreking bij 35+3 weken de vraag oproept of een bovengrens in de zwangerschapsduur zou moeten worden vastgesteld waarbinnen een late zwangerschapsafbreking nog mogelijk is. De NVOG geeft desgevraagd aan dat daarbij meespeelt dat het alternatief in sommige gevallen kan zijn om de zwangerschap uit te dragen en pas na de geboorte over te gaan tot comfort care of levensbeëindiging van de pasgeborene. Voor ouders en zorgverleners betreft dit een complexe afweging tussen verschillende ingrijpende handelingsopties. De mogelijke alternatieven, inclusief behandeling na geboorte, palliatieve zorg en in uitzonderlijke gevallen neonatale levensbeëindiging, worden daarom zorgvuldig met ouders besproken.

In de Regeling is geen harde bovengrens opgenomen voor een late zwangerschapsafbreking. Het kabinet acht het niet wenselijk om een dergelijke bovengrens op te nemen en vindt het aan de ouders en de zorgverleners om in gezamenlijkheid in dergelijke complexe situaties een besluit over een late zwangerschapsafbreking of het uitdragen van de zwangerschap te nemen.

De zorgvuldigheidseis vereist uitdrukkelijk het verzoek van de moeder; de vader wordt in de praktijkgevallen genoemd als “ondersteunend” maar heeft juridisch geen zelfstandige positie in de toetsing. Er is bovendien geen enkele vorm van onafhankelijke belangenbehartiging voor de ongeborene zelf in de procedure. Is er, naast de onafhankelijke arts die de medische diagnose beoordeelt, enige vorm van toetsing die specifiek de belangen van het ongeboren kind behartigt, los van de wens van de ouders? Zo nee, waarom niet, en overweegt de minister dit alsnog in te voeren?

Late zwangerschapsafbreking betreft in essentie een medische beslissing. De zeer slechte diagnose en prognose en het daarmee verbonden actueel of te voorzien uitzichtloos lijden van de *ongeborene* staan centraal, zoals blijkt uit de in artikel 6, onderdelen a en b, van de Regeling neergelegde zorgvuldigheidseisen. Het is aan de arts om daarover vanuit zijn professionele deskundigheid en verantwoordelijkheid te oordelen en eventueel te besluiten tot beëindiging van de zwangerschap. Zoals hiervoor is aangegeven, is de eis dat er sprake moet zijn van actueel of te voorzien uitzichtloos lijden van het kind, dat gebaseerd is op de diagnose en de prognose waar naar heersend medisch inzicht geen redelijke twijfel over bestaat, een objectieve, medische maatstaf die

[12] De beoordeling van late zwangerschapsafbrekingen categorie 1 vindt - net als vóór de inwerkingtreding van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen op 1 februari 2016 - weer plaats door de beroepsgroep, de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG): de Commissie LZA1.

losstaat van de situatie van de ouders. Het lijden van de moeder speelt bij deze specifieke zorgvuldigheidseisen dan ook geen rol.
Het lijden van de moeder speelt wél een rol in het kader van het verzoek om beëindiging van de zwangerschap aangezien artikel 6, onderdeel d, van de Regeling als voorwaarde stelt dat de moeder uitdrukkelijk heeft verzocht om beëindiging van de zwangerschap wegens lichamelijk of psychisch lijden onder de situatie.

De door de arts te raadplegen onafhankelijke arts beoordeelt vooraf of de arts heeft voldaan aan de in artikel 6, onderdelen a tot en met c, genoemde zorgvuldigheidseisen en geeft hierover schriftelijk zijn oordeel. De Regeling vereist niet dat de second opinion bevestigend is. De arts kan op grond van zijn eigen overwegingen alsnog overgaan tot uitvoering van een late zwangerschapsafbreking. Zijn eigen overtuiging kan de uiteindelijke doorslag geven om tot uitvoering over te gaan; de eindverantwoordelijkheid blijft liggen bij de arts die een late zwangerschapsafbreking uitvoert. Uit het rapport van de evaluatie van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen (2022)[13] blijkt op grond van de gemelde casussen dat uitvoering van een late zwangerschapsafbreking (of levensbeëindiging bij een pasgeborene), terwijl de second opinion de gestelde diagnose en prognose niet onderschrijft, in de onderzoeksperiode in de praktijk niet is voorgekomen.

Mondelinge toelichting

De commissie toetst uitsluitend op basis van het door de uitvoerend arts zelf ingevulde meldingsformulier en dossier. In 2025 heeft geen enkele arts gebruikgemaakt van de mogelijkheid tot mondelinge toelichting, en heeft de commissie dus in alle gevallen volstaan met de schriftelijke, door de betrokken arts zelf opgestelde stukken. Is de minister van oordeel dat het wenselijk zou zijn dat de commissie standaard vraagt naar aanvullende mondelinge toelichting, in plaats van dit alleen passief aan te bieden?

Zoals de commissie in haar jaarverslag aangeeft, heeft de commissie in 2025 aan de meldend artsen standaard de gelegenheid geboden om de melding mondeling toe te lichten zoals haar reglement[14] voorschrijft. Geen van de betreffende artsen heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Artsen zijn, wanneer ze geen gebruik maken van dit aanbod, niet verplicht hier een reden van terug te koppelen.[15] In alle meldingen kon de commissie een oordeel vormen op basis van het ingevulde meldingsformulier en het bijbehorende dossier. In het reglement van de commissie is opgenomen dat een arts op verzoek van de commissie kan worden gehoord indien dit noodzakelijk is voor de beoordeling. Een verzoek om een mondelinge (of schriftelijke) nadere toelichting, is alleen aan de orde wanneer de commissie nog informatie mist of wanneer iets onduidelijk is. Als de commissie bij een melding het complete dossier ontvangt, te weten

[13] Evaluatie van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, Den Haag: ZonMw, februari 2022.

[14] https://www.lzalpkcommissie.nl/documenten/websitepublicaties/reglementen/reglement-lzalpk-2024/reglement-commissie.

[15] Uit het vragenlijstonderzoek in het kader van de evaluatie van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen (2022) is overigens gebleken dat een kleine meerderheid van zowel gynaecologen als kinderartsen de behoefte heeft om een eventuele melding persoonlijk toe te lichten bij de commissie.

het ingevulde meldingsformulier inclusief alle onderliggende documenten zoals de checklist voorschrijft, zal de commissie over het algemeen over genoeg informatie beschikken om de melding te toetsen. De commissie ziet dan ook geen noodzaak om artsen standaard om een nadere mondelinge toelichting te vragen, maar biedt de mogelijkheid om een melding mondeling toe te lichten wél standaard aan. De commissie benadrukt dat voor artsen een dergelijke procedure een zeer ingrijpend en lastig traject is.
Het kabinet deelt de zienswijze van de commissie en is van mening dat het aan de commissie is om te bepalen of het ingevulde meldingsformulier inclusief alle onderliggende documenten afdoende duidelijkheid biedt om de melding goed te kunnen beoordelen en goed inzicht te hebben in de praktijk of dat aanvullend een mondelinge (of schriftelijke) toelichting van de meldend arts nodig is.

Uitbreiding naar levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar

Eind 2025 ontving de commissie de eerste ooit gemelde zaak van levensbeëindiging bij een kind tussen 1 en 12 jaar; deze wordt pas in de eerste vergadering van 2026 behandeld. Voor deze categorie zijn nog geen zorgvuldigheidseisen in de Regeling zelf opgenomen; de commissie hanteert vooralsnog de door de NVK opgestelde criteria van 2 oktober 2024 als "vertrekpunt". Waarom worden de zorgvuldigheidseisen voor het actief beëindigen van het leven van kinderen van 1 tot 12 jaar - een onomkeerbare beslissing over het leven van een kind dat, anders dan een pasgeborene, mogelijk al wilsuitingen kan doen - vastgesteld door een beroepsvereniging en niet door de wetgever zelf in de Regeling? Deelt de minister de opvatting dat normering van een dermate ingrijpende bevoegdheid via formele wetgeving zou moeten verlopen, en niet via veldnormen van de beroepsgroep die deze zelf toepast? Op welke termijn worden deze zorgvuldigheidseisen alsnog formeel in de Regeling vastgelegd, en op welke wijze wordt de Kamer daarbij betrokken?

In het oordeel van de commissie inzake deze eerste melding van levensbeëindiging van een kind in de leeftijd van 1 tot 12 jaar licht de commissie het toetsingskader als volgt toe: 'Voor levensbeëindiging bij kinderen van één tot twaalf jaar geldt als uitgangspunt dat de arts op grond van heersend medisch inzicht tot de overtuiging moet komen dat levensbeëindiging de enige redelijke oplossing is om het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van het kind weg te nemen. Met betrekking tot de categorie kinderen van één tot twaalf jaar zijn in de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1-12 jaar (hierna: de Regeling) nog geen zorgvuldigheidseisen opgenomen. De commissie neemt als vertrekpunt de zorgvuldigheidseisen die gelden voor levensbeëindiging bij pasgeborenen, zoals opgenomen in artikel 7 van de Regeling. Daarnaast weegt de commissie bij de beoordeling van een melding van levensbeëindiging bij kinderen van één tot twaalf jaar in ieder geval de zorgvuldigheidseisen mee zoals die op 2 oktober 2024 zijn geaccordeerd door het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.'

Zoals in antwoord op de schriftelijke vragen inzake het jaarverslag 2024 van de commissie is aangegeven[16], zijn in de Regeling voor de groep kinderen van 1-12 jaar nog geen zorgvuldigheidseisen opgenomen, omdat in verband met het beperkte aantal casussen eerst verdere normontwikkeling nodig is. Er zal eerst ervaring met de zorgvuldigheidseisen moeten worden opgedaan in de praktijk, zowel door artsen als

[16] Kamerstukken II 2025/26, 36 800 XVI, nr. 187.

door de beoordelingscommissie, het Openbaar Ministerie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Er is brede consensus nodig voordat de zorgvuldigheidseisen in de Regeling kunnen worden opgenomen. Het kabinet kan niet aangeven op welke termijn dit zou kunnen. Voor het opdoen van ervaring en ontstaan van de brede consensus is het aantal meldingen een belangrijke factor. Al vóór publicatie van de Regeling voorspelden experts dat het aantal meldingen zeer beperkt zou blijven (minder dan vijf per jaar), gezien de zeldzaamheid van deze problematiek en de toegenomen beschikbaarheid en kwaliteit van kinderpalliatieve zorg.

Zoals in de kabinetsreactie op de evaluatie van de beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen (Regeling LZA/LP) is aangegeven[17], heeft het toenmalige kabinet besloten – gezien de complexiteit en gevoeligheid van het onderwerp en het gebrek aan voldoende casuïstiek – niet te kiezen voor een formele wet, maar voor een wijziging van de Regeling LZA/LP waarbij de reikwijdte van de Regeling LZA/LP is uitgebreid door de commissie ook te laten oordelen over de zorgvuldigheid van levensbeëindiging bij kinderen van 1-12 jaar. Bij ministeriële regeling kan de strafbaarheid van het feit (late zwangerschapsafbreking, levensbeëindiging bij pasgeborenen en levensbeëindiging kinderen tussen de 1 en 12 jaar) niet worden weggenomen. Daardoor kan uit het feit dat een arts aan de zorgvuldigheidseisen uit de Regeling heeft voldaan, niet zonder meer worden geconcludeerd dat de arts niet strafbaar is, en dient na de toets door de commissie nog altijd een tweede toets door het OM plaats te vinden.

Indien er brede consensus is over welke zorgvuldigheidseisen in de Regeling kunnen worden opgenomen, is het kabinet voornemens om de Regeling aan te passen en zal de Kamer hierover worden geïnformeerd.

De NVK-criteria eisen dat de arts het kind betrekt bij de besluitvorming "voor zover het daartoe in staat is" en ervan overtuigd moet zijn dat de levensbeëindiging "niet tegen de wil van het kind" wordt uitgevoerd. Dit is een aanzienlijk lagere drempel dan een vereiste van actieve, geïnformeerde instemming van het kind zelf. Waarom is niet gekozen voor een eis van actieve instemming van het kind, voor zover zijn ontwikkelingsniveau dit toelaat, in plaats van de formulering "niet tegen de wil van"?

Zoals in de toelichting bij de Regeling is aangegeven, spreekt het voor zich dat, voor zover dit ook maar enigszins mogelijk is, het kind, op een manier die past bij zijn bevattingsvermogen en leeftijd, wordt gevraagd naar zijn mening en dat die mening wordt betrokken in het besluitvormingsproces. Van levensbeëindiging moet in ieder geval worden afgezien als het kind zelf te kennen heeft gegeven zijn actuele situatie te prefereren boven levensbeëindiging.[18]

Dit uitgangspunt is opgenomen in de door de NVK ontwikkelde *Zorgvuldigheidseisen levensbeëindiging kinderen 1-12 jaar en toelichting*[19]. In zorgvuldigheidseis d staat dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld indien de arts het kind - als het daartoe in staat was en zo veel als op grond van diens bevattingsvermogen mogelijk is - heeft betrokken bij de

[17] Kamerstukken II 2023/24, 32647, nr. 100

[18] Stcrt. 2024, 99.

[19] https://www.nvk.nl/kennisdocument/levensbeeindiging-bij-kinderen-1-12-jaar-zorgvuldigheidseisen/

besluitvorming en ervan overtuigd kon zijn dat de levensbeëindiging niet tegen de wil van het kind werd uitgevoerd.

De reden dat niet vereist is dat er altijd sprake moet zijn *actieve, geïnformeerde instemming van het kind zelf* is dat een kind tot 12 jaar juridisch gezien wilsonbekwaam is en niet zelf kan verzoeken om of kan instemmen met levensbeëindiging.[20] In de toelichting bij zorgvuldigheidseis d is aangegeven: 'De regeling betreft kinderen in een leeftijdsgroep waar het bevattingsvermogen sterk kan verschillen, en doorgaans, maar niet altijd, toeneemt met de leeftijd. Bij sommige kinderen neemt het bevattingsvermogen als gevolg van de ziekte juist af. Net als bij (andere) beslissingen in de medische zorg, moet de arts een inschatting maken van het bevattingsvermogen van het kind en op basis daarvan het kind zoveel als mogelijk bij de besluitvorming betrekken. De arts gebruikt bij de schatting van het bevattingsvermogen van het kind zoveel mogelijk de bestaande professionele richtlijnen. Juridisch gesproken is een kind onder de 12 jaar wilsonbekwaam en gaat het bij levensbeëindiging van kinderen 1-12 jaar altijd om "levensbeëindiging niet op verzoek". Echter een kind kan de facto in staat zijn tot relevante wilsuiting ter zake van levensbeëindiging, en dan moet aan de wil van het kind vanzelfsprekend een zwaarwegend belang worden gehecht. Dat betekent ook dat de arts niet kan ingaan op een verzoek van de ouders om een voorgenomen levensbeëindiging niet met het kind te bespreken. Ieder teken dat het kind geen levensbeëindiging wil, maakt levensbeëindiging onmogelijk. Hierbij gaat het er niet om dat een kind laat merken bang te zijn voor (bijvoorbeeld) een injectie, maar dat er tekenen zijn dat het de levensbeëindiging als zodanig niet wil.'[21]

Is de minister voorts bereid om, gezien de ingrijpende aard van deze nieuwe bevoegdheid en het feit dat de normontwikkeling vooralsnog vrijwel geheel bij de beroepsgroep zelf ligt, een bredere maatschappelijke en parlementaire discussie over de uitbreiding van levensbeëindiging naar kinderen van 1 tot 12 jaar te entameren, bijvoorbeeld door hierover een aparte kabinetsreactie te sturen of een parlementair debat te agenderen, in plaats van dit onderwerp uitsluitend te laten passeren via het jaarlijkse verslag van een overwegend uit medici samengestelde commissie?

Aan de totstandkoming van de Regeling - en daarmee uitbreiding naar levensbeëindiging van kinderen in de leeftijd van 1 tot 12 jaar – is een lang en zorgvuldig traject vooraf gegaan.

De Regeling bouwt voort op een langere ontwikkeling van zorgvuldigheidsnormen voor levensbeëindiging bij jonge kinderen. Een belangrijke eerdere stap was het Gronings Protocol voor pasgeborenen, dat mede ten grondslag lag aan de ontwikkeling van een transparante meldings- en beoordelingsprocedure voor levensbeëindiging bij pasgeborenen. De huidige Regeling die tevens betrekking heeft op levensbeëindiging van kinderen in de leeftijd van 1 tot 12 jaar kent een eigen aanleiding en totstandkomingsgeschiedenis.

[20] Een kind van 12 jaar en ouder wordt wél wilsbekwaam geacht. De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is dan ook van toepassing op euthanasie bij patiënten van 12 jaar en ouder. Bij kinderen tussen 12 en 16 jaar is dan wel de instemming van de ouders vereist.

[21] https://www.nvk.nl/kennisdocument/levensbeeindiging-bij-kinderen-1-12-jaar-zorgvuldigheidseisen/

De NVK heeft op 19 juni 2015 een standpunt gepubliceerd ten aanzien van levensbeëindiging bij kinderen in de leeftijd van 1-12 jaar. Naar aanleiding daarvan heeft de toenmalige minister van VWS in het najaar van 2015 een expertmeeting georganiseerd met ethici, juristen en kinderartsen. Met deze experts is niet alleen gekeken naar de problematiek rondom levensbeëindiging bij jonge kinderen, maar zijn ook de opties tot het aanpassen van wet- en regelgeving besproken, zoals de NVK heeft voorgesteld. Het ministerie van VWS heeft voorts financiële middelen ter beschikking gesteld voor het doen van onderzoek naar medische beslissingen rond het levenseinde van kinderen van 1 tot 12 jaar en naar knelpunten in de zorg hieromtrent en voor het inrichten van een multidisciplinair steunpunt waarmee kinderartsen geadviseerd worden over zorg rondom het levenseinde. Zoals destijds aan de Kamer is gemeld, werd met het onderzoek en het multidisciplinair steunpunt beoogd de kennis over situaties waarin levensbeëindigend handelen gelegitimeerd is bij kinderen tussen de 1 en 12 jaar te vergroten.[22] Naar aanleiding van het NVK-standpunt heeft de vaste Kamercommissie voor VWS hierover op 22 januari 2016 een hoorzitting/rondetafelgesprek georganiseerd.

Op 28 september 2019 is het onderzoeksrapport *Medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen (1-12)* aan de Kamer aangeboden.[23] De onderzoekers hebben onder meer aanbevolen om bestaande regelgeving te verhelderen en na te gaan of nadere regulering daarvan aangewezen is. Op 13 oktober 2020 is de beleidsreactie op het onderzoeksrapport aan de Kamer verzonden. Hierin wordt door de toenmalige minister van VWS onder meer aangegeven dat naar aanleiding van het standpunt van de NVK gezorgd zal worden voor meer juridische waarborgen voor artsen die op grond van hun professionele norm overgaan tot levensbeëindigend handelen bij kinderen van 1 tot 12 jaar. Toegezegd wordt om in nauw overleg met de beroepsgroepen en het Openbaar Ministerie (OM) de uitwerking van een regeling ter hand nemen.[24] Op 22 maart 2022 is het rapport van de evaluatie van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen (Regeling LZA/LP) aan de Kamer verzonden. Op 14 april 2023 heeft de Kamer de kabinetsreactie op de evaluatie en het vervolg van de voorgenomen Regeling L1-12 ontvangen.[25] Hierin is onder meer aangegeven dat verdere normontwikkeling nodig is voordat zorgvuldigheidseisen voor de groep kinderen van 1-12 jaar in de Regeling kunnen worden opgenomen. Hierbij is niet alleen consensus binnen de medische beroepsgroep essentieel, maar ook het gesprek tussen het OM en de medische beroepsgroep.

Op 1 februari 2024 is de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1-12 jaar (hierna: de Regeling) in werking getreden. Op 2 oktober 2024 heeft de NVK zorgvuldigheidseisen vastgesteld voor levensbeëindiging bij kinderen in de leeftijd van 1-12 jaar, waarin onder meer de beoordeling van het lijden, de prognose, redelijke alternatieven en de zorgvuldige besluitvorming nader zijn uitgewerkt. Zoals eerder is aangegeven, laat de commissie deze eisen meewegen in haar oordeel over de zorgvuldigheid van het handelen van de arts.
In artikel 8 van de Regeling is sindsdien geregeld dat de Regeling tenminste elke vijf jaar wordt geëvalueerd. Er is ervaring met de Regeling nodig om een goede evaluatie uit te kunnen voeren. De eerstvolgende evaluatie van de Regeling is voorzien voor 2029,

[22] Kamerstukken II 2015/16, 32 647, nr. 52.
[23] Kamerstukken II 2019/20, 32 647, nr. 76.
[24] Kamerstukken II 2020/21, 32 647, nr. 82.
[25] Kamerstukken II 2022/23, 32 647, nr. 100.

waarna het onderzoeksrapport in 2030 wordt gepubliceerd. In de tussentijd wordt de werking van de Regeling door de beroepsgroep en het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg gemonitord. Ook het ministerie van VWS volgt de ontwikkelingen nauwgezet. Indien daar aanleiding toe bestaat, kan de evaluatie van de Regeling vervroegd worden.

De NVK heeft eerder laten weten dat dat de Regeling bijdraagt aan open en zorgvuldige gesprekken over palliatieve zorg en levenseindezorg, zowel tussen ouders en zorgverleners als binnen multidisciplinaire teams. Volgens de NVK lijkt de Regeling niet alleen een regulerende functie te hebben, maar vooral ook een ondersteunende en verhelderende rol te spelen in het besluitvormingsproces van ouders en zorgprofessionals.[26]

Samenstelling van de commissie
De commissie bestaat uit een strafrechtjurist als voorzitter, vier artsen (gynaecologie, neonatologie, kinderneurologie) en één ethicus. Er is geen lid met een achtergrond in patiënten- of gehandicaptenbelangenbehartiging. Is overwogen om de commissie, gelet op de gevoeligheid van het onderwerp en de directe relevantie voor mensen met een beperking, uit te breiden met een lid dat specifiek de belangen van mensen met een (ernstige) beperking of hun belangenorganisaties vertegenwoordigt, naast de reeds vertegenwoordigde medische en juridisch-ethische disciplines?

Op grond van artikel 3, eerste lid, van de Regeling bestaat de commissie inderdaad uit zes leden, waarvan vier artsen, afkomstig uit ter zake doende disciplines, één strafrechtjurist, tevens voorzitter, en één deskundige inzake ethische of zingevingvraagstukken. De huidige commissie heeft de volgende arts-leden: een kinderneuroloog, een kinderarts-intensivist, twee gynaecologen-perinatologen en een medisch-ethicus. Plaatsvervangende leden zijn een strafrechtjurist, een kinderneuroloog, een neonatoloog, twee gynaecologen-perinatologen en een medisch-ethicus.[27]

Met de (huidige) samenstelling van de commissie beschikt de commissie over de benodigde kennis, deskundigheid en expertise om de zorgvuldigheid van het handelen van een arts die is overgegaan tot een late zwangerschapsafbreking, levensbeëindiging bij een pasgeborene of een kind in de leeftijd van 1 tot 12 jaar – een beslissing die in essentie een medische beslissing betreft die plaatsvindt binnen een strafrechtelijke context – te beoordelen. Er is daarom niet overwogen om de commissie uit te breiden met een lid dat specifiek de belangen van mensen met een (ernstige) beperking of hun belangenorganisaties vertegenwoordigt vanuit een andere dan de reeds vertegenwoordigde medische en juridisch-ethische disciplines, bijvoorbeeld met een achtergrond in patiënten- of gehandicaptenbelangenbehartiging.

Zoals in de toelichting bij de Regeling in paragraaf 5. Consultatie, is aangegeven, heeft de Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) in overweging gegeven om een arts voor verstandelijk gehandicapten (VG) te benoemen als lid van de commissie om kennis over de doelgroep van (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen ((Z)EVMB) te borgen. In reactie hierop is aangegeven dat de commissie niet wordt uitgebreid. Wanneer de commissie behoefte heeft aan specifieke

[26] Kamerstukken II 2025/26, 36 800 XVI, nr. 187.
[27] https://www.lzalpkcommissie.nl/over-ons.

expertise bij de beoordeling van een casus kan zij die expertise van buitenaf betrekken, zoals dat in de huidige praktijk al gebeurt.[28]

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben kennisgenomen van het jaarverslag van de beoordelingscommissie. Zij vinden het aangrijpend om kennis te nemen van de meldingen. Genoemde leden maken graag van de gelegenheid gebruik om hierover enkele vragen te stellen.

De leden van de SGP-fractie lezen dat de commissie in 2025 drie meldingen van een late zwangerschapsafbreking heeft ontvangen. Zij lezen dat bij alle drie de meldingen systemische verdoving aan de foetus toegediend voordat tot levensbeëindiging van de foetus is overgegaan. De leden van de SGP-fractie vragen of het toepassen van verdoving inmiddels standaardpraktijk is geworden die ook in de Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking geldt is opgenomen. Is deze Kwaliteitsnorm reeds in werking getreden?

De *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) is op 29 mei 2026 in werking getreden. In paragraaf 6.6.2 van de kwaliteitsnorm is opgenomen dat in het geval foeticide wordt verricht door het intracardiaal of intrathoracaal inspuiten van medicatie in de foetus, deze eerst gesedeerd dient te worden en pijnstilling toegediend dient te krijgen voordat hiertoe wordt overgegaan.

Via e-mail zijn alle leden van de NVOG op de hoogte gesteld van de inwerkingtreding van de Kwaliteitsnorm. Ook is hier tweemaal aandacht aan besteed in de NVOG-nieuwsbrief. Tevens is de Kwaliteitsnorm besproken in het Hoofdenoverleg Centra voor Prenatale Diagnostiek (PND-overleg) - het landelijke overlegorgaan waarin de hoofden van de acht gespecialiseerde Nederlandse universitair medische centra (UMC's) samenwerken - omdat late zwangerschapsafbreking vrijwel uitsluitend in de academische ziekenhuizen plaatsvindt.

De leden van de SGP-fractie constateren dat voor levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar nog geen zorgvuldigheidseisen in de Regeling zijn opgenomen. De commissie gebruikt hiervoor de in 2024 door de NVK opgestelde zorgvuldigheidseisen als vertrekpunt. Hoe beoordeelt de minister de rechtszekerheid en rechtsbescherming die hiermee momenteel wordt geboden? Acht de minister het wenselijk dat een dergelijke ingrijpende levensbeëindiging wordt beoordeeld op basis van normen die (nog) niet in de Regeling zelf zijn vastgelegd? De leden van de SGP-fractie vragen wanneer de minister verwacht dat deze eisen formeel in de Regeling kunnen worden opgenomen. Kan de minister aangeven aan welke voorwaarden moet zijn voldaan voordat de zorgvuldigheidseisen voor kinderen van 1 tot 12 jaar in de Regeling kunnen worden opgenomen? Welk tijdpad wordt hierbij gehanteerd?

Zoals ook in de toelichting bij de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1-12 jaar (hierna: de Regeling) is aangegeven, betekent het ontbreken van zorgvuldigheidseisen in de Regeling niet dat artsen geen enkel houvast hebben.[29] In het oordeel van de commissie inzake deze eerste melding van levensbeëindiging van een kind in de leeftijd

[28] Stcrt. 2024, 99.

[29] Stcrt. 2024, 99.

van 1 tot 12 jaar licht de commissie het toetsingskader als volgt toe: 'Voor levensbeëindiging bij kinderen van één tot twaalf jaar geldt als uitgangspunt dat de arts op grond van heersend medisch inzicht tot de overtuiging moet komen dat levensbeëindiging de enige redelijke oplossing is om het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van het kind weg te nemen. Met betrekking tot de categorie kinderen van één tot twaalf jaar zijn in de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1-12 jaar (hierna: de Regeling) nog geen zorgvuldigheidseisen opgenomen. De commissie neemt als vertrekpunt de zorgvuldigheidseisen die gelden voor levensbeëindiging bij pasgeborenen, zoals opgenomen in artikel 7 van de Regeling. Daarnaast weegt de commissie bij de beoordeling van een melding van levensbeëindiging bij kinderen van één tot twaalf jaar in ieder geval de zorgvuldigheidseisen mee zoals die op 2 oktober 2024 zijn geaccordeerd door het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.'
De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) heeft een uitgebreide toelichting geschreven bij de door haar ontwikkelde zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging bij kinderen 1-12 jaar. Ook dit biedt artsen houvast bij de beoordeling van een mogelijke levensbeëindiging van een kind van 1-12 jaar.

Zoals in antwoord op de schriftelijke vragen inzake het jaarverslag 2024 van de commissie is aangegeven[30], zijn in de Regeling voor de groep kinderen van 1-12 jaar nog geen zorgvuldigheidseisen opgenomen, omdat in verband met het beperkte aantal casussen eerst verdere normontwikkeling nodig is. Er zal eerst ervaring met de zorgvuldigheidseisen moeten worden opgedaan in de praktijk, zowel door artsen als door de beoordelingscommissie, het Openbaar Ministerie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Er is brede consensus nodig voordat de zorgvuldigheidseisen in de Regeling kunnen worden opgenomen. Het kabinet kan niet aangeven op welke termijn dit zou kunnen. Voor het opdoen van ervaring en ontstaan van de brede consensus is het aantal meldingen een belangrijke factor. Al vóór publicatie van de Regeling voorspelden experts dat het aantal meldingen zeer beperkt zou blijven (minder dan vijf per jaar), gezien de zeldzaamheid van deze problematiek en de toegenomen beschikbaarheid en kwaliteit van kinderpalliatieve zorg.

Eind 2025 is voor het eerst een melding van levensbeëindiging bij een kind tussen 1 en 12 jaar ontvangen. De leden van de SGP-fractie lezen dat de commissie deze melding in haar eerste vergadering in 2026 heeft beoordeeld en er in het jaarverslag over 2026 nader op terug zal komen. Aangezien het jaarverslag over 2026 vermoedelijk pas medio juni 2027 met de Kamer wordt gedeeld, verstrijkt er vanaf het moment van deze melding een periode van zo'n anderhalf jaar voordat de Kamer wordt geïnformeerd of een dergelijke levensbeëindiging volgens het oordeel van de commissie heeft plaatsgevonden. De leden van de SGP-fractie vragen of het mogelijk is om het proces van het opstellen van het jaarverslag aan te passen, zodat de Kamer sneller geïnformeerd kan worden over dergelijke ingrijpende meldingen, mede gelet op de betekenis daarvan voor de te betrachten zorgvuldigheidseisen.

Zoals de commissie in haar Reglement heeft opgenomen, publiceert de commissie elk kalenderjaar een jaarverslag waarin zij onder meer inzicht geeft in het aantal gemelde gevallen van late zwangerschapsafbreking, levensbeëindiging bij pasgeborenen en levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar waarover de commissie in het betreffende kalenderjaar een oordeel heeft gegeven. Daarnaast publiceert de commissie

[30] Kamerstukken II 2025/26, 36 800 XVI, nr. 187.

de afgehandelde meldingen op haar website met kennisgeving aan de arts, op zodanige wijze dat deze niet direct tot de persoon herleidbaar is.[31]

De commissie heeft tijd nodig gehad om deze eerste melding van levensbeëindiging bij een kind tussen 1 en 12 jaar zorgvuldig te beoordelen. De beoordeling heeft dan ook niet plaatsgevonden binnen de daarvoor voorgeschreven termijn van acht weken, maximaal te verlengen met acht weken, aangezien de arts zowel om een schriftelijke als een mondelinge toelichting is gevraagd. Vervolgens heeft de commissie het oordeel moeten anonimiseren voordat tot publicatie kon worden overgegaan. Op 9 september jl. heeft de commissie het geanonimiseerde oordeel op haar website gepubliceerd.[32] Daarnaast zal de commissie in haar jaarverslag over 2026 vanzelfsprekend aandacht besteden aan deze melding.

Gezien het feit dat de commissie gedurende het kalenderjaar de door haar afgehandelde meldingen op haar website publiceert, ziet het kabinet geen aanleiding om de commissie te verzoeken om het proces rondom het opstellen en publiceren van het jaarverslag aan te passen.

De leden van de SGP-fractie vragen of het mogelijk is om de Kamer alvast van meer informatie te voorzien over deze specifieke melding. Kan de minister in ieder geval toelichten hoe levensbeëindiging in zo'n situatie precies wordt toegepast?

Zoals in antwoord op de voorgaande vraag is aangegeven, heeft de commissie op 9 september jl. het geanonimiseerde oordeel op haar website gepubliceerd.[33] Hierin is ook de wijze van uitvoering van de levensbeëindiging beschreven. In het oordeel merkt de commissie ten aanzien van de uitvoering op dat er (nog) geen richtlijn bestaat met betrekking tot de uitvoering van levensbeëindiging bij kinderen tot twaalf jaar. Vanuit de wens van de ouders heeft de arts voor de methode gekozen waarbij het kind rustig in slaap werd gebracht. De arts startte de sedatie (het verlagen van het bewustzijn) via een infuus met midazolam en morfine in een oplopende dosis. Vervolgens diende de arts coma-inducerende middelen (propofol en thiopental) toe, waarna het kind in een hele diepe sedatie kwam en overleed. De commissie is van oordeel dat de arts de levensbeëindiging medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd. Zodra de uitvoeringskaders door de beroepsgroep zijn ontwikkeld zal de commissie deze gebruiken om een uitvoering aan te toetsen.

De NVK heeft desgevraagd laten weten momenteel te werken aan een kwaliteitsdocument voor de medisch zorgvuldige uitvoering van levensbeëindiging bij kinderen, die naar verwachting medio 2027 via de website van de NVK beschikbaar komt. Dit kwaliteitsdocument zal zorgvuldig worden opgesteld en worden geaccordeerd door de beroepsgroepen die betrokken zijn bij de uitvoering van levensbeëindiging bij kinderen.
Totdat het kwaliteitsdocument beschikbaar is, kunnen artsen voor advies en expertise terecht bij het Artsensteunpunt Levenseinde Kinderen.[34] In de *Zorgvuldigheidseisen levensbeëindiging kinderen 1-12 jaar en toelichting* van de NVK is ten aanzien van de

[31] Zie artikel 12 en artikel 13 van het Reglement van de commissie, te raadplegen via: https://www.lzalpkcommissie.nl/documenten/websitepublicaties/reglementen/reglement-lzalpk-2024/reglement-commissie.
[32] https://www.lzalpkcommissie.nl/publicaties/oordelen/lk/2026/lk-2026-001.
[33] https://www.lzalpkcommissie.nl/publicaties/oordelen/lk/2026/lk-2026-001.
[34] https://kinderpalliatief.nl/voor-zorgprofessionals/artsensteunpunt.

vereiste medisch zorgvuldige uitvoering aangegeven dat, totdat de richtlijn(en) beschikbaar zijn, zorgvuldig betekent: 'in overleg met relevante experts. Het spreekt vanzelf dat nauwkeurige dossiervoering een belangrijk aspect van zorgvuldige uitvoering is.'

De leden van de SGP-fractie lezen dat geen van de artsen die in 2025 een melding heeft gedaan, gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om de melding mondeling toe te lichten, ondanks het feit dat de commissie dit in lijn met haar regelement standaard aanbiedt. De leden van de SGP-fractie vragen zich af of het niet wenselijk is om de meldingen standaard mondeling te laten toelichten. Zou hiermee wellicht beter inzicht in de praktijk kunnen worden verkregen?

In het reglement van de commissie is opgenomen dat een arts op verzoek van de commissie kan worden gehoord indien dit noodzakelijk is voor de beoordeling.[35] Een verzoek om een mondelinge (of schriftelijke) nadere toelichting, is alleen aan de orde wanneer de commissie nog informatie mist of wanneer iets onduidelijk is. Als de commissie bij een melding het complete dossier ontvangt, te weten het ingevulde meldingsformulier inclusief alle onderliggende documenten zoals de checklist voorschrijft, zal de commissie over het algemeen over genoeg informatie beschikken om de melding te toetsen. Indien dit niet het geval is zal de arts worden gevraagd om dit aan te vullen of mondeling te komen toelichten. De commissie benadrukt dat voor artsen een dergelijke procedure een zeer ingrijpend en lastig traject is.

De commissie ziet geen noodzaak om artsen standaard om een nadere mondelinge toelichting te vragen, maar biedt de mogelijkheid om een melding mondeling toe te lichten wél standaard aan. Het kabinet deelt deze zienswijze en is van mening dat het aan de commissie is om te bepalen of het ingevulde meldingsformulier inclusief alle onderliggende documenten afdoende duidelijkheid biedt om de melding goed te kunnen beoordelen en goed inzicht te hebben in de praktijk of dat aanvullend een mondelinge (of schriftelijke) toelichting van de meldend arts nodig is.

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie maken van de gelegenheid gebruik om vragen te stellen bij het Jaarverslag 2025 van de beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen van 1 tot 12 jaar. De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het een zeer gevoelig en verdrietig onderwerp waar de beoordelingscommissie zich mee bezig houdt en zij leven mee met de betrokkenen en danken de commissie voor haar werk.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen in het verslag de verschillende termijnen waarop de zwangerschapsafbreking plaatsvond. De beoordelingscommissie maakt er in haar verslag geen opmerking of oordeel over dat de zwangerschapsafbrekingen plaatsvonden ver na de 20-wekenecho (waar de afwijkingen vermoedelijk bekend werden). Deze leden vragen de minister of duidelijk is waarom de zwangerschapsafbreking zo laat plaatsvonden en of bij bijvoorbeeld een zwangerschapstermijn van 35+3 het uitdragen van de zwangerschap en niet behandelen van het kind te prefereren is boven zwangerschapsafbreking op deze termijn.

[35] https://www.lzalpkcommissie.nl/documenten/websitepublicaties/reglementen/reglement-lzalpk-2024/reglement-commissie.

De commissie laat desgevraagd weten dat in geval van de zwangerschapsafbreking bij 35+3 weken een vruchtwaterpunctie bij een zwangerschapsduur van 32+2 weken (dat wil zeggen 32 weken en 2 dagen) aantoonde dat er sprake was van een CMV-infectie bij de foetus. Na verschillende echo's, een MRI en na meerdere gesprekken met verschillende specialisten hebben de ouders een week na deze uitslag verzocht tot afbreking van de zwangerschap. Vervolgens heeft een multidisciplinair overleg plaatsgevonden (in het behandelend ziekenhuis) en tenslotte heeft er ook nog een consultatie (second opinion) plaatsgevonden in een ander academisch ziekenhuis.

In sommige gevallen kan het alternatief voor een late zwangerschapsafbreking zijn om de zwangerschap uit te dragen en pas na de geboorte over te gaan tot levensbeëindiging van de pasgeborene. De NVOG geeft aan dat dit voor ouders en zorgverleners een complexe afweging betreft tussen verschillende ingrijpende handelingsopties. De mogelijke alternatieven, inclusief behandeling na geboorte, palliatieve zorg en in uitzonderlijke gevallen neonatale levensbeëindiging, worden daarom zorgvuldig met ouders besproken.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen met verbazing in het verslag dat één melding van een late zwangerschapsafbreking werd gedaan door een collega van de behandelend arts in plaats van de behandelend arts zelf. Deze leden kunnen zich maar moeilijk een situatie voorstellen dat bij een ingrijpend traject van een late zwangerschapsafbreking na 30 weken zwangerschap de behandelend arts niet zelf de tijd en gelegenheid nam om de melding te doen, zeker gezien de juridische maar ook ethische status van het desbetreffende medisch handelen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de minister hoe zij deze situatie beoordeelt en hoe dit in de toekomst voorkomen wordt.

Het kabinet acht het van belang dat de Regeling correct wordt uitgevoerd en dat dan ook de arts die de verrichting heeft gedaan die heeft geleid tot late zwangerschapsafbreking of levensbeëindiging bij een pasgeborene of een kind melding doet van zijn of haar handelen bij de commissie, conform artikel 1, onderdeel g van de Regeling. Vanwege de strafrechtelijke context richt de Regeling zich tot de arts die de betreffende handeling verricht. Deze arts moet dus ook de melding doen. Dit laat onverlet dat als die arts niet de behandelend arts betreft, bij de beoordeling van het voorliggende geval ook de behandelend arts kan worden betrokken.

In het kader van de melding waarbij het meldingsformulier aanvankelijk niet door de arts was ingevuld, laat de commissie weten dat bij een late zwangerschapsafbreking nooit slechts één arts is betrokken, maar altijd sprake is van een behandelteam. Het behandelteam zal naast de behandelend gynaecologen o.a. bestaan uit een neonatoloog, gespecialiseerd kinderarts, kinderneuroloog, eventueel een arts-assistent en/of een verloskundige, verpleegkundig specialisten, physician assistant en medisch maatschappelijk werkende. In het onderhavige geval heeft de commissie de melding teruggestuurd en de arts die de verrichting heeft uitgevoerd verzocht om het meldingsformulier in te vullen. Na ontvangst van het juiste meldingsformulier kon de commissie de melding beoordelen. De commissie heeft het belang van een juiste melding in haar jaarverslag willen benadrukken.
De NVOG heeft ter verduidelijking in de *Kwaliteitsnorm Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking* van 29 mei 2026 vastgelegd wie als verantwoordelijke arts en dus als melder wordt beschouwd in geval van een late zwangerschapsafbreking categorie 2. Een dergelijke zwangerschapsafbreking vergt specifieke expertise omdat er foeticide moet worden gedaan door het inspuiten van kaliumchloride of lidocaine in het

foetale hart na verdoving van de foetus of navelstrengcoagulatie (bijvoorbeeld in geval van een monochoriale tweeling). In de Kwaliteitsnorm is in paragraaf 6.6.3 opgenomen: 'De arts die de foeticide heeft uitgevoerd is eindverantwoordelijk en derhalve de melder van de LZA-2. Onder foeticide wordt verstaan het toedienen van het dodelijke middel. Wanneer er met twee operateurs wordt gewerkt, is de arts die de naald heeft ingebracht niet noodzakelijk de eindverantwoordelijke en melder, maar is dat de arts die het middel heeft ingespoten. Tijdens de uitvoering wordt de uiterste zorg besteed aan continuïteit van zorg en aan begeleiding van de ouders.'
Met deze verduidelijking beoogt de NVOG te voorkomen dat een andere betrokken arts de melding verricht namens de uitvoerend arts. De NVOG benadrukt dat er sprake blijft van zorg die in teamverband tot stand komt. De meldende arts is verantwoordelijk voor de melding en ondertekening van het meldingsformulier en dient zich ervan te vergewissen dat het dossier en de melding een correcte weergave bevatten van het gehele behandel- en besluitvormingstraject.

De NVOG laat verder weten dat voor zover bekend de aanleiding voor deze verduidelijking niet is dat zich op grote schaal problemen voordoen, maar dat in de praktijk van late zwangerschapsafbreking meerdere artsen betrokken kunnen zijn en dat de evaluatie van de Regeling heeft laten zien dat de aansluiting tussen het strafrechtelijke uitgangspunt van individuele verantwoordelijkheid en de medische praktijk van gedeelde verantwoordelijkheden niet altijd vanzelfsprekend is. Mede daarom wordt momenteel verkend hoe de Regeling, de toetsingspraktijk en de professionele standaard beter op elkaar kunnen aansluiten. Ter overweging geeft de NVOG mee dat in de Regeling expliciet zou kunnen worden opgenomen dat de meldingsplicht berust bij de arts die de foeticide heeft uitgevoerd, ongeacht welke andere zorgverleners betrokken waren bij de voorbereiding, besluitvorming of begeleiding. Het kabinet kan zich vinden in deze nadere toelichting op de Regeling. Ook de commissie heeft laten weten zich hierin te kunnen vinden. Het kabinet zal bij de volgende evaluatie van de Regeling als aandachtspunt meegeven dat de Regeling op dit punt nog kan worden verduidelijkt.

De beoordelingscommissie geeft aan dat geen van de meldend artsen van de gelegenheid gebruik heeft gemaakt om de melding mondeling toe te lichten. Het ingevulde modelverslag was voor de beoordelingscommissie ook telkens voldoende om een oordeel te kunnen vellen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de minister of het niet te prefereren is dat er bij een melding altijd een gesprek plaatsvindt tussen de arts en de beoordelingscommissie, gezien het ingrijpend (juridisch en ethisch) medisch handelen dat een arts heeft verricht.

Ingevolge artikel 4, eerste lid, onderdeel c, van de Regeling stelt de beoordelingscommissie een regelement vast waarin in ieder geval wordt geregeld de wijze waarop de arts wordt gehoord, en de wijze waarop aan de arts kan worden gevraagd zijn verslag schriftelijk of mondeling aan te vullen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.
In het reglement van de commissie is opgenomen dat een arts op verzoek van de commissie kan worden gehoord indien dit noodzakelijk is voor de beoordeling. [36] Een verzoek om een mondelinge (of schriftelijke) nadere toelichting, is alleen aan de orde wanneer de commissie nog informatie mist of wanneer iets onduidelijk is. Als de commissie bij een melding het complete dossier ontvangt, te weten het ingevulde

[36]https://www.lzalpkcommissie.nl/documenten/websitepublicaties/reglementen/reglement-lzalpk-2024/reglement-commissie.

meldingsformulier inclusief alle onderliggende documenten zoals de checklist voorschrijft, zal de commissie over het algemeen over genoeg informatie beschikken om de melding te toetsen. Indien dit niet het geval is zal de arts worden gevraagd om dit aan te vullen of mondeling te komen toelichten. De commissie benadrukt dat voor artsen een dergelijke procedure een zeer ingrijpend en lastig traject is.

De commissie ziet geen noodzaak om artsen standaard om een nadere mondelinge toelichting te vragen, maar biedt de mogelijkheid om een melding mondeling toe te lichten wél standaard aan. Het kabinet deelt deze zienswijze en is van mening dat het aan de commissie is om te bepalen of het ingevulde meldingsformulier inclusief alle onderliggende documenten afdoende duidelijkheid biedt om de melding goed te kunnen beoordelen en goed inzicht te hebben in de praktijk of dat aanvullend een mondelinge (of schriftelijke) toelichting van de meldend arts nodig is.