32647 Levensbeëindiging

Nr. 115 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 oktober 2026

Op 2 juli jl. heeft het kabinet de Kamer het rapport gestuurd van het RISE-onderzoek[1] *Mixed-method ethiek onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie*. In de aanbiedingsbrief heeft het kabinet aangegeven dat de Kamer in het derde kwartaal van 2026 een inhoudelijke reactie van het kabinet op de onderzoeksresultaten zal ontvangen. Met deze brief doet het kabinet deze toezegging gestand.

Het kabinet heeft met waardering kennisgenomen van het rapport en is de onderzoekers van Radboudumc, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Amsterdam Universitair Medisch Centrum en de Theologische Universiteit Utrecht erkentelijk voor de inzichten die het rapport heeft opgeleverd en voor de concrete aanbevelingen die zijn gedaan.

In deze brief schetst het kabinet kort de achtergrond en opzet van het onderzoek, de uitkomsten van het onderzoek inclusief de aanbevelingen van de onderzoekers en de inhoudelijke reactie van het kabinet hierop, veelal aangevuld met reacties van de KNMG en de NVvP.

Achtergrond en opzet van het onderzoek

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) is in 2002 in werking getreden. De Wtl is zowel van toepassing op patiënten bij wie het lijden voortkomt uit een lichamelijke aandoening als op patiënten bij wie het lijden voortkomt uit een psychische aandoening. Sinds de inwerkingtreding van de Wtl in 2002 is sprake van een gestage stijging van het aantal euthanasiemeldingen, zowel in absolute zin (het jaarlijkse aantal euthanasiemeldingen bij de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie - RTE) als in relatieve zin (het percentage euthanasiemeldingen op het totale aantal sterfgevallen in Nederland).

De Kamer heeft verschillende malen verzocht onderzoek uit te laten voeren naar de oorzaak van de stijging van de frequentie van euthanasie. Naar aanleiding van de motie-Bikker c.s.[2] heeft het ministerie van VWS opdracht gegeven aan ZonMw om onderzoek uit te laten voeren naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasieverzoeken en -meldingen. Voor de onderzoeksvragen van het RISE-onderzoek verwijs ik u naar de bijlage.

[1] RISE is afgeleid van: Research into the IncreaSe of Euthanasia.
[2] Kamerstuk, 36410-XVI, nr. 71

Uitkomsten van het RISE-onderzoek en aanbevelingen

1. De oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie

De onderzoekers signaleren een gestage stijging van euthanasie over de afgelopen 25 jaar. Er is sprake van een toename van het aantal euthanasiemeldingen bij terminale ziekten. Ook wordt vaker euthanasie verleend bij andere categorieën van aandoeningen, waaronder combinaties van aandoeningen, dementie, stapeling van ouderdomsaandoeningen en psychische aandoeningen. Qua regiovariatie blijkt dat in Nederland steeds minder plekken zijn waar geen euthanasie verleend wordt.

De stijging van euthanasie is volgens de onderzoekers te verklaren door:

1) demografische trends: vergrijzing, veranderende ziektepatronen (waaronder een toename van chronische en oncologische aandoeningen) en een hoger gemiddeld opleidingsniveau.
2) culturele veranderingen: secularisatie, individualisering en toenemende medicalisering van het levenseinde. Er zijn verschuivende opvattingen over lijden, kwaliteit van leven (en sterven) en autonomie en het patiëntperspectief op lijden heeft een prominentere rol gekregen. De bespreekbaarheid is toegenomen en wordt toegeschreven aan de grotere aandacht voor palliatieve zorg en proactieve zorgplanning. Euthanasie vormt steeds vaker een onderdeel van dit zorgplanningsgesprek.
3) institutionele ontwikkelingen: de euthanasiepraktijk is geprofessionaliseerd. Richtlijnen zijn gedetailleerder geworden en het scholingsaanbod is toegenomen. Dit geeft artsen meer (rechts)zekerheid. Ook zijn met de oprichting van Expertisecentrum Euthanasie de verwijsmogelijkheden toegenomen.

2. Veranderingen in de interpretatie van de wettelijke zorgvuldigheidseisen ten aanzien van de rol en inbreng van de patiënt

Volgens de zorgprofessionals die deelnamen aan het onderzoek is het perspectief van de patiënt bij de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen in de loop van de tijd bepalender geworden. Deze ontwikkeling sluit aan bij bredere veranderingen in de gezondheidszorg, zoals gezamenlijke besluitvorming, persoonsgerichte zorg en een nadruk op autonomie en werkt volgens de deelnemers dan ook vanzelfsprekend door in de euthanasiepraktijk en de interpretatie en toetsing van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Tegelijkertijd laat het onderzoek zien dat deze nadruk op het patiëntperspectief niet impliceert dat dit perspectief doorslaggevend is. De duiding van lijden wordt nog altijd in belangrijke mate bepaald door de arts: diens professionele normen, opvattingen over lijden, morele overtuigingen,

klinische ervaring en achtergrond bepalen in grote mate de interpretatie. Daarmee blijft ook de uiteindelijke beoordelings- en beslissingsbevoegdheid ten aanzien van de kwalificatie van het lijden als ondraaglijk en uitzichtloos bij de arts.

De deelnemende zorgprofessionals signaleerden daarnaast ook een geleidelijke verschuiving van de betekenis van lijden en tolerantie ten aanzien van lijden rond het levenseinde. Ondraaglijk en uitzichtloos lijden wordt niet (langer) uitsluitend gekoppeld aan een vergevorderd of terminaal stadium van ziekte; ook de angst voor toekomstig lijden kan ondraaglijk zijn. Naast somatische pijn weegt ook een ervaren verlies van waardigheid vaak zwaar. Daarnaast wordt meer ruimte genomen om de zorgvuldigheidseisen van de Wtl toe te passen bij bijzondere diagnosegroepen, zoals mensen met dementie en psychische aandoeningen. Deze ontwikkelingen werden door de meeste deelnemende zorgprofessionals in samenhang gezien met een toename van het aantal euthanasieverzoeken (en -toekenningen).

3. Duiding van de ontwikkelingen rond euthanasie door relevante betrokkenen

De onderzoekers geven aan dat de Wtl zelf niet is veranderd, maar dat de beoordelings-, uitvoerings- en toetsingspraktijk van euthanasie in de afgelopen 25 jaar wel zijn veranderd. De stijging van euthanasie en de veranderende interpretatie van de zorgvuldigheidseisen kunnen volgens hen deels worden geduid vanuit bredere sociologische verschuivingen die sinds de jaren zestig van de vorige eeuw met de opkomst van de patiëntenbeweging, de gehele gezondheidszorg en daarmee ook de levenseindezorg hebben beïnvloed.

Volgens de onderzoekers komt uit het onderzoek een beeld naar voren van een breed gedragen maatschappelijke aanvaarding van euthanasie. Euthanasie geldt voor veel burgers en zorgprofessionals als een belangrijke verworvenheid en onderdeel van goede levenseindezorg. Zowel burgers als zorgprofessionals spreken hun vertrouwen uit in het geldende systeem en de toetsing ervan. De stijging van het aantal ‘euthanasieën’ wordt daarbij veelal gezien als een min of meer logische ontwikkeling. Euthanasie en hulp bij zelfdoding worden vaker beschouwd als één van de mogelijke opties aan het einde van het leven en niet louter als ultimum remedium. Tegelijkertijd blijft de uitvoering ervan uitzonderlijk en wordt die nog altijd juridisch gekwalificeerd als een strafbaar feit waarbij alleen onder specifieke voorwaarden geen vervolging wordt ingesteld. De onderzoekers merken op dat ook Artsenfederatie KNMG en het merendeel van de artsen euthanasie blijven karakteriseren als niet normaal, bijzonder medisch handelen.

Volgens de onderzoekers lijkt zich geleidelijk aan op sommige punten een herschikking van de morele uitgangspunten die ten grondslag liggen aan de Wtl - te weten barmhartigheid, beschermwaardigheid van het leven en autonomie - af te tekenen. Burgers beschouwen autonomie in toenemende mate als een bepalend uitgangspunt, artsen daarentegen blijven zich voor hun handelen ook sterk oriënteren op barmhartigheid. De beschermwaardigheid van het leven blijft met name voor zorgprofessionals impliciet richtinggevend als moreel besef dat het uitzonderlijke en onomkeerbare karakter van euthanasie onderstreept.

De onderzoekers signaleren de volgende spanningsvelden:

1) de toenemende acceptatie, bespreekbaarheid en zichtbaarheid van euthanasie en hogere verwachtingen van patiënten en naasten versus de morele zwaarte van euthanasie en de noodzaak van zorgvuldigheid;
2) de bijdrage door media, maatschappelijke organisaties en belangengroepen aan de informatievoorziening en het open debat versus het door hen geschetste eenzijdig of geromantiseerd beeld van euthanasie;
3) geen principieel verschil tussen een medisch-somatische en een medisch-psychische grondslag van het lijden versus extra zorgvuldigheid en grotere terughoudendheid bij kwetsbare groepen, met name in geval van psychische aandoeningen of bij vergevorderde dementie;
4) structurele knelpunten in de zorg versus goede en toegankelijke (palliatieve) zorg als essentiële voorwaarde voor een zorgvuldige uitvoering van de euthanasiewetgeving;
5) de waardering voor de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) versus de kritiek op de RTE dat de toetsing in toenemende mate procedureel is geworden en minder inhoudelijk en de zorgen over discrepanties tussen de professionele richtlijnen en de EuthanasieCode.

4. Medisch-ethische duiding door onderzoekers van de ontwikkelingen rond euthanasie

De onderzoekers geven aan dat er in de loop der tijd accentverschuivingen zichtbaar zijn geworden in het morele krachtenveld. Het geleidelijk fijnmaziger en explicieter worden van het handelings- en toetsingskader (bijvoorbeeld door richtlijnen, de EuthanasieCode van de RTE en rechterlijke en tuchtuitspraken) heeft volgens hen bijgedragen aan rechtszekerheid en voortgaande normontwikkeling. Naast meer houvast voor artsen hebben de ontwikkelingen volgens hen de facto bijgedragen aan het verbreden van de omstandigheden waaronder euthanasie plaatsvindt, terwijl euthanasie onverminderd een uitzonderlijke, ultieme handeling blijft.

Volgens de onderzoekers wordt zowel in de literatuur als in het kwalitatieve onderzoek de stijging van euthanasie op zichzelf overwegend niet als moreel zorgelijk geduid. Verschillende onderliggende factoren van de stijging (zoals

vergrijzing en veranderende opvattingen over autonomie, lijden en kwaliteit van leven) worden gezien als moreel neutrale maatschappelijke ontwikkelingen. Tegelijkertijd klinken volgens de onderzoekers meer kritische geluiden over processen van individualisering en medicalisering wat – wanneer deze ontwikkelingen doorschieten - kan leiden tot eenzijdige nadruk op controle en maakbaarheid. In het kader van de verdere professionalisering wordt het risico genoemd van een doorgeschoten neiging alles in procedures te vatten ten koste van diepgaande inhoudelijke en morele reflectie ten aanzien van het waarborgen van de grenzen. De eerdergenoemde spanningsvelden vragen volgens de onderzoekers om nadere ethische reflectie.

De onderzoekers wijzen erop dat de beginselen zoals die zijn verankerd in het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM)[3] en de Wtl het normatieve fundament vormen van een zorgvuldige en legitieme euthanasiepraktijk en dat wanneer een van deze waarden structureel naar de achtergrond verschuift, dit fundament onder druk komt te staan. De bevindingen van het onderzoek bevestigen volgens hen het in de vierde evaluatie van de Wtl gesignaleerde risico dat een dominantie van autonomie kan leiden tot ‘uitholling’ van de zorgvuldigheidseisen en de waarborgfunctie van de Wtl onder druk kan zetten. De onderzoekers benadrukken dat een eenzijdige focus op autonomie onvoldoende recht doet aan het ingrijpende karakter van levensbeëindigend

handelen en aan de bredere normatieve verplichtingen van artsen. Gezien het brede maatschappelijke draagvlak voor de huidige euthanasiepraktijk en de waardering voor de rol van de arts hierin, lijkt het volgens de onderzoekers wenselijk dat die praktijk wordt geborgd en niet te zeer onder druk wordt gezet. Daarom is het volgens hen belangrijk de normatieve grondslagen van deze praktijk steeds integraal te bewaken.

5. Aanbevelingen voor de borging van een zorgvuldige euthanasiepraktijk

Op basis van de uitkomsten van het onderzoek doen de onderzoekers onderstaande aanbevelingen voor toekomstig beleid, gericht op de borging van een zorgvuldige euthanasiepraktijk en de daaraan ten grondslag liggende waarden van barmhartigheid, beschermwaardigheid van het leven en autonomie. Zij merken daarbij op dat, hoewel burgers en artsen grote waarde hechten aan autonomie, beide groepen tevens waarde hechten aan een wezenlijke rol voor de arts bij levensbeëindiging op verzoek. Gegeven het brede maatschappelijke draagvlak voor zowel de bestaande wettelijke regeling als de centrale rol van de arts, lijkt het volgens hen wenselijk om de euthanasiepraktijk te blijven oriënteren op haar normatieve grondslagen en te bezien hoe de hierboven beschreven spanningen kunnen worden geadresseerd.

[3] Met name artikel 2 EVRM – recht op leven - en artikel 8 EVRM – recht op eerbiediging van het privéleven.

Aanbeveling 1: Bewaak een balans tussen de autonomie van de patiënt en de professionele en morele autonomie van artsen

Volgens de onderzoekers vraagt een dergelijke balans blijvende explicitering – via richtlijnen, onderwijs en overheidscommunicatie – van het uitzonderlijke karakter van euthanasie en is het belangrijk dat helder is dat euthanasie geen afdwingbaar recht is, maar een complexe medisch-ethische afweging van verschillende kernwaarden en belangen die tijd en ruimte vergt. De onderzoekers geven aan dat hier een rol ligt voor zowel de beroepsgroepen als het ministerie van VWS.

Aanbeveling 2: Richt de praktijk rond euthanasie zo in dat morele en praktische spanningen expliciet worden erkend en hanteerbaar worden gemaakt

De onderzoekers zien in het bijzonder een rol voor de KNMG (en in het bijzonder het KNMG-programma Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN)) om het initiatief te nemen tot het versterken van professionele reflectie. Bijvoorbeeld door het blijvend ontwikkelen en stimuleren van structurele reflectiemomenten waarin artsen gezamenlijk morele dilemma’s rond euthanasie kunnen bespreken. Of door het aanbieden van handreikingen en scholing gericht op het herkennen en hanteren van morele spanning in de praktijk.

Aanbeveling 3: Investeer in evenwichtige en feitelijk juiste informatievoorziening over euthanasie en andere vormen van levenseindezorg

De onderzoekers wijzen op het belang dat euthanasie in de informatievoorziening

wordt gepositioneerd binnen het bredere palet van levenseindezorg, inclusief palliatieve zorg en het natuurlijke stervensproces. Zo'n benadering kan volgens hen bijdragen aan een beter geïnformeerde besluitvorming door patiënten en naasten, het mitigeren van onrealistische verwachtingen, het verminderen van druk op de euthanasiepraktijk en het bevorderen van een realistisch maatschappelijk beeld van de euthanasiepraktijk.

De onderzoekers geven aan dat het belangrijk is dat de rijksoverheid, in het bijzonder het ministerie van VWS, gebalanceerde publieksvoorlichting over het levenseinde en euthanasie blijft bevorderen en faciliteren. Verder hebben beroepsgroepen, waaronder de KNMG, volgens hen een belangrijke rol in de duiding van de medische realiteit en het blijven ontwikkelen en verspreiden van evenwichtige informatie. Voor patiënten- en belangenorganisaties geldt volgens de onderzoekers dat zij hieraan kunnen bijdragen door in hun informatievoorziening een goede balans te zoeken tussen het eigen perspectief en het bredere maatschappelijke belang. Tot slot geven de onderzoekers aan dat van de media in dit verband mag worden verwacht dat zij hun journalistieke verantwoordelijkheid nemen door te streven naar evenwichtige berichtgeving en complexe medische beslissingen rond het levenseinde niet simplificeren of romantiseren.

Aanbeveling 4: Differentieer voor kwetsbare groepen zonder stigmatisering

Het lijkt de onderzoekers zinvol samen met alle betrokkenen, waaronder de KNMG, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso), en de RTE, een gezamenlijk gedifferentieerd beleid te ontwikkelen voor mensen met psychische aandoeningen en voor patiënten met vergevorderde dementie. Zo kan een betere balans worden gezocht tussen extra terughoudendheid en gelijkwaardigheid, om een problematische verruiming van euthanasie bij mensen in een kwetsbare situatie te vermijden en tegelijkertijd te voorkomen dat deze diagnosegroepen onterecht worden uitgesloten.

Aanbeveling 5: Versterk de randvoorwaarden in het zorgsysteem ter ondersteuning van een zorgvuldige euthanasiepraktijk

Omdat de euthanasiewetgeving slechts zorgvuldig kan functioneren binnen een context van toegankelijke en kwalitatief goede (palliatieve) zorg, vergt dit volgens de onderzoekers van het ministerie van VWS een blijvende inzet op de toegankelijkheid en capaciteit van met name de ggz, de ouderenzorg en de terminale thuiszorg. Daarom wordt door hen aanbevolen nader onderzoek mogelijk te maken naar de aard en omvang van deze problematiek. Een

scherper inzicht in deze bevindingen is volgens hen noodzakelijk om te kunnen bepalen óf en, zo ja, welke beleidsmatige of praktische maatregelen passend en noodzakelijk zijn.

Aanbeveling 6: Versterk de mogelijkheden voor (incidenteel) wetenschappelijk onderzoek naar de RTE

Ruimere toegang tot de integrale RTE-dossiers zou een systematische analyse van veranderingen in beoordeling, interpretatie en toetsing binnen de praktijk mogelijk maken. Dergelijke toegang kan volgens de onderzoekers bijdragen aan grotere transparantie, versterking van het vertrouwen in de praktijk en een beter onderbouwd maatschappelijk en juridisch debat.

Kabinetsreactie

Het kabinet vindt het belangrijk dat mensen die ondraaglijk en uitzichtloos lijden door een lichamelijke of psychische aandoening in Nederland de mogelijkheid hebben om hun arts te verzoeken hun leven te beëindigen als er geen andere mogelijkheden meer zijn om het lijden te verlichten of weg te nemen. Een besluit om het leven te willen beëindigen door euthanasie is een zware beslissing die met verdriet gepaard gaat en een grote impact heeft op alle betrokkenen. Zorgvuldigheid staat daarbij voorop. Met de Wtl is hiervoor een zorgvuldige procedure ingericht waarin een balans is gevonden tussen de verschillende waarden die daarbij een rol spelen: barmhartigheid, beschermwaardigheid van het leven en autonomie. De juiste balans tussen deze waarden vindt het kabinet cruciaal.

<u>Reactie op de conclusies van het rapport</u>

De oorzaken van de stijging van euthanasie
Het kabinet vindt het positief dat het onderzoek laat zien dat euthanasie voor veel burgers en zorgprofessionals geldt als een verworvenheid en onderdeel van goede levenseindezorg en dat zowel burgers als zorgprofessionals hun vertrouwen uitspreken in het geldende systeem en de toetsing ervan. Tegelijkertijd wil het kabinet benadrukken dat de uitvoering van euthanasie uitzonderlijk is en acht het kabinet het van belang dat euthanasie gekwalificeerd blijft als strafbaar feit en als bijzonder medisch handelen.

Het kabinet vindt het een belangrijke onderzoeksbevinding dat de stijging van euthanasie op zichzelf overwegend niet als moreel zorgelijk wordt geduid. Als dat wél het geval zou zijn zou dat implicaties kunnen hebben voor het draagvlak van de Wtl en het huidige euthanasiebeleid. Tegelijkertijd onderschrijft het kabinet – in het licht van de in het rapport gesignaleerde kritische geluiden en spanningsvelden - het belang van morele reflectie ten aanzien van het waarborgen van de grenzen van de Wtl.

Het kabinet herkent de demografische trends, de culturele veranderingen en de institutionele ontwikkelingen die volgens de onderzoekers de stijging van euthanasie verklaren.

Het is positief dat mensen meer nadruk leggen op hun eigen wensen en keuzes, dat de bespreekbaarheid van euthanasie is toegenomen en dat burgers meer kennis hebben over euthanasie. Tegelijkertijd acht het kabinet het van belang dat mensen goed geïnformeerd worden over andere mogelijkheden dan euthanasie om eventueel lijden aan het einde van het leven te voorkomen en dat geen

sprake is van een eenzijdige beeldvorming over sterven, met een te grote nadruk op euthanasie. Het kabinet blijft zich dan ook inzetten voor heldere informatievoorziening over de mogelijkheden en onmogelijkheden van zorg rond het levenseinde.

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

Het kabinet vindt het goed dat uit het onderzoek blijkt dat door het geleidelijk fijnmaziger en explicieter worden van het handelings- en toetsingskader - door rapportages, rechterlijke uitspraken, tuchtuitspraken, oordelen en toelichting van de RTE en aanscherping van de professionele richtlijnen van de KNMG en NVvP – en toegenomen kennis door het grotere scholingsaanbod, artsen meer rechtszekerheid ervaren. Eén van de doelstellingen van de Wtl is namelijk het vergroten van de rechtszekerheid voor artsen (en patiënten). In dit kader vindt het kabinet het dan ook onwenselijk dat de EuthanasieCode van de RTE en de richtlijnen van de beroepsgroep op sommige punten niet met elkaar overeenstemmen. Het kabinet roept betrokken partijen dan ook op om de bestaande discrepanties in gezamenlijkheid op te lossen.

Dat uit het onderzoek blijkt dat druk op het zorgsysteem, zoals problemen in de ggz, personeelstekorten in de ouderenzorg en de terminale thuiszorg, bezuinigingen en angst voor ontoereikende zorg, worden genoemd als factoren die een euthanasiewens in de hand kunnen werken, vindt het kabinet zorgelijk en onwenselijk. Het kabinet onderstreept haar verantwoordelijkheid om de (palliatieve) zorg, nu en in de toekomst, toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Het uitgangspunt van het kabinet is dat niemand zich gedwongen mag voelen een euthanasieverzoek te doen vanwege onvoldoende toegang tot zorg, ondersteuning of behandeling. Bij de reactie van het kabinet op de aanbevelingen van de onderzoekers zal hier nader op in worden gegaan.

Prominenter patiënten perspectief

Dat volgens de onderzoekers zich geleidelijk aan op sommige punten een herschikking lijkt af te tekenen van de morele uitgangspunten van de Wtl en het patiënten perspectief meer gewicht in de schaal legt, vindt het kabinet begrijpelijk in het licht van de gesignaleerde culturele veranderingen. Tegelijkertijd is dit een belangrijk punt van aandacht gezien het normatieve fundament waarop de euthanasiepraktijk is gebouwd. Autonomie was en is een

noodzakelijke voorwaarde voor het verlenen van euthanasie, maar niet hét leidende principe en kan dat ook niet zijn. Euthanasie is geen individueel afdwingbaar recht. De overheid heeft immers de plicht om het recht op leven van kwetsbare personen op adequate wijze te beschermen. Met de in de Wtl opgenomen zorgvuldigheidseisen - waarin de waarden barmhartigheid, beschermwaardigheid van het leven en autonomie tot uitdrukking komen - is daarin voorzien.

In het licht van de normatieve uitgangspunten van de Wtl, vindt het kabinet het een belangrijke uitkomst van het onderzoek dat het perspectief van de patiënt weliswaar bepalender is geworden, maar dat dit niet impliceert dat dit perspectief doorslaggevend is. Het onderzoek laat namelijk zien dat de uiteindelijke beoordelings- en beslissingsbevoegdheid ten aanzien van de kwalificatie van het lijden als ondraaglijk en uitzichtloos bij de arts blijft. Een eenzijdige focus op autonomie zou tot gevolg hebben dat de andere normatieve uitgangspunten van de Wtl naar de achtergrond worden verdrongen. En dit zou indruisen tegen de waarborgfunctie van de Wtl.

Bredere toepassing van de Wtl

Zoals de onderzoekers aangeven, is de Wtl zelf de afgelopen 25 jaar niet gewijzigd, maar de beoordelings-, uitvoerings- en toetsingspraktijk van euthanasie wél. Het kabinet is van mening dat het fijnmaziger en explicieter worden van het handelings-en toetsingskader logischerwijs voortvloeit uit het feit dat de wetgever bij de totstandkoming van de Wtl heeft gekozen voor open normen die kunnen meebewegen met wetenschappelijke of maatschappelijke ontwikkelingen en veranderende inzichten of opvattingen over de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen of over euthanasie in het algemeen.

De door de onderzoekers gesignaleerde verbreding van de praktische reikwijdte van de Wtl betreft een nadere invulling van het bestaande juridische kader. Binnen dit kader blijft euthanasie bijzonder medisch handelen waarbij zorgvuldigheid en behoedzaamheid in het onderzoek naar de euthanasiewens centraal staan, bestaat er geen recht van de patiënt op euthanasie, is er geen onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden en is een belangrijke voorwaarde dat het lijden een medische grondslag moet hebben. De onderzoekers wijzen erop dat het vereiste van een medische grondslag een duidelijke en belangrijke grens stelt aan de invulling van de open normen in de Wtl.

Het gegeven dat ondraaglijk en uitzichtloos lijden niet (langer) uitsluitend wordt gekoppeld aan een vergevorderd of terminaal stadium van ziekte en dat artsen vaker euthanasie of hulp bij zelfdoding verlenen bij chronische ziekten en aan mensen met dementie en psychische aandoeningen, ziet het kabinet als passend binnen het huidige juridische kader. De ruimte die de Wtl biedt wordt meer gebruikt dan voorheen. Daarnaast moet bij bijzondere groepen, zoals mensen met psychisch lijden of dementie, grote terughoudendheid betracht worden. Ook wijzen de onderzoekers erop dat beroepsgroepen in complexe situaties professionele normering hanteren die binnen het wettelijk kader van de Wtl als ‘strikt’ kan worden gezien.

Het kabinet constateert dat de Wtl functioneert zoals de wet destijds bedoeld is en dat de open normen in de Wtl – binnen de hierboven geschetste kaders – meebewegen met ontwikkelingen en veranderende inzichten.

Met de onderzoekers is het kabinet van mening dat – gezien het brede maatschappelijke draagvlak voor de huidige euthanasiepraktijk en de waardering voor de rol van de arts hierin – het wenselijk is dat de huidige euthanasiepraktijk wordt geborgd en niet te zeer onder druk wordt gezet. Zoals de onderzoekers terecht opmerken, kan een versterking van de subjectieve ervaring van de patiënt ertoe leiden dat het professionele oordeel en de zorgvuldigheidsverplichting van artsen onder druk komen te staan. Veel artsen ervaren de uitvoering van euthanasie als moreel zwaar, emotioneel belastend en tijdsintensief. Het is zorgelijk dat uit het onderzoek blijkt dat een klein deel van de artsen zich als gevolg van ervaren druk of toenemend ongemak tijdelijk of structureel heeft teruggetrokken uit de euthanasiepraktijk. De Nederlandse euthanasiepraktijk is gestoeld op de bereidheid van artsen om een euthanasieverzoek van een patiënt te onderzoeken en eventueel te honoreren. Zonder die bereidheid is de zorgvuldige euthanasiepraktijk die al decennia in Nederland bestaat niet mogelijk, althans niet op grond van de normatieve uitgangspunten van de huidige Wtl.

Op de door de onderzoekers gesignaleerde spanningsvelden (zie p.3/4), wordt hieronder nader ingegaan bij de op deze spanningsvelden gebaseerde aanbevelingen.

<u>Reactie op de aanbevelingen</u>

Aanbeveling 1: Bewaak een balans tussen de autonomie van de patiënt en de professionele en morele autonomie van artsen

Het kabinet erkent dat het belangrijk is dat burgers via onder meer publieksvoorlichting via www.rijksoverheid.nl blijvend worden geïnformeerd over de mogelijkheden en onmogelijkheden bij euthanasie. Samen met Artsenfederatie KNMG en Patiëntenfederatie Nederland (PFNL) en met input van andere veldpartijen heeft het kabinet daarom onlangs geïnventariseerd welke misvattingen, onduidelijkheden en knelpunten er bestaan over euthanasie, in het bijzonder over het schriftelijk euthanasieverzoek. Een misvatting, die ook uit het RISE-onderzoek naar voren komt, is dat euthanasie een recht zou zijn. Een ander aandachtspunt is dat mensen te weinig weten over het natuurlijke stervensproces en mogelijke alternatieven voor euthanasie, zoals palliatieve zorg. Zo is er in de media bijvoorbeeld relatief veel aandacht voor euthanasie en minder aandacht voor palliatieve zorg. Hierdoor krijgen mensen soms een eenzijdig beeld van de mogelijkheden rondom het levenseinde. Dit sluit aan bij een ander punt dat uit de inventarisatie naar voren kwam, namelijk dat

(huis)artsen en patiënten nog meer kunnen doen om de wensen en mogelijkheden rondom het levenseinde bespreekbaar te maken.

Op basis van de hierboven genoemde inventarisatie is allereerst een nieuwe publieksbrochure geschreven over het schriftelijk euthanasieverzoek. De brochure vormde voor het kabinet de basis voor het aanpassen van de bestaande informatie over het levenseinde en euthanasie op www.rijksoverheid.nl. De komende tijd zal het kabinet verder kijken naar de correctheid en begrijpelijkheid van de bredere voorlichting over het levenseinde en euthanasie, en naar de mogelijkheden om de informatie meer toegankelijk (bijvoorbeeld met infographics) weer te geven. Ook wil het kabinet ervoor zorgen dat de informatie van de rijksoverheid en van veldpartijen goed op elkaar aansluit. Maar het verbeteren van de online-informatievoorziening alleen is niet voldoende. Het kabinet zal daarom, na afronding van het verbeteren van het online informatieaanbod, met beroeps- en belangenorganisaties afstemmen wat zij eventueel nog meer kunnen doen om andere vormen van voorlichting (anders dan de online-informatievoorziening) te verbeteren. De Kamer is onlangs met een separate brief geïnformeerd over de verbetering van de voorlichting over het levenseinde in het algemeen en euthanasie in het bijzonder.[4]

De KNMG heeft laten weten dat deze aanbeveling aansluit bij de bestaande professionele normen van de beroepsgroep. De KNMG vindt het belangrijk om steeds te blijven benadrukken dat euthanasie geen recht is van de patiënt en geen plicht van de arts. De KNMG vindt het van groot belang dat artsen altijd de tijd en ruimte hebben om een eigen professionele en morele afweging te maken en zorgvuldigheid te kunnen betrachten in de uitvoering. Verder benadrukt de KNMG het belang van een tijdig gesprek rond het levenseinde. In dit gesprek kunnen wederzijdse wensen en verwachtingen worden uitgesproken en kunnen artsen aangeven of zij bereid zijn euthanasie uit te voeren, en zo ja, in welke situatie.

Ook de NVvP onderschrijft het belang van een evenwicht tussen respect voor de autonomie van de patiënt en de professionele verantwoordelijkheid van de arts en benadrukt dat deze aanbeveling aansluit bij de bestaande professionele normen van de beroepsgroep. De NVvP wijst erop dat een euthanasieverzoek een uiting is van ernstig, ondraaglijk lijden en altijd een serieuze, respectvolle en zorgvuldige benadering verdient. De arts heeft een eigen professionele verantwoordelijkheid om te beoordelen of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen en professionele standaarden wordt voldaan. Bij psychisch lijden is deze afweging bijzonder complex. Professionele autonomie en autonomie van patiënten zijn daarbij volgens de NVvP geen tegengestelde waarden. Juist professionele deskundigheid, zorgvuldige beoordeling en transparante besluitvorming maken het volgens de NVvP mogelijk om recht te doen aan beide.

[4] Kamerbrief inzake Verbetering van de voorlichting over het levenseinde en euthanasie van 28 september 2026, (Kamerstuk 31 036, nr. 13).

Aanbeveling 2: Richt de praktijk rond euthanasie zo in dat morele en praktische spanningen expliciet worden erkend en hanteerbaar worden gemaakt

De KNMG wijst erop dat artsen al over diverse vormen van ondersteuning beschikken, zoals collegiaal overleg, SCEN-consultatie, intervisie, scholing en moreel beraad. Ook Expertisecentrum Euthanasie biedt scholing en ondersteuning aan uitvoerend artsen aan. Sinds januari 2026 is er een tarief voor steunvragen voor SCEN-artsen beschikbaar om complexe problematiek te kunnen bespreken met uitvoerend artsen. SCEN-artsen en huisartsen zijn verder verplicht om deel te nemen aan intercollegiale toetsing.

Daarnaast is het volgens de KNMG van belang cultuursensitief te werken en rekening te houden met verschillende opvattingen over het levenseinde. Door Verenso is daarvoor recent een gesprekskaart cultuursensitieve zorg ontwikkeld.[5] Belangrijk aandachtspunt blijft volgens de KNMG voldoende tijd en ruimte om de zorgvuldigheid van deze processen te waarborgen.
Volgens de KNMG zijn de bestaande vormen van ondersteuning niet alleen bedoeld om de kwaliteit van besluitvorming te bevorderen, maar ook om artsen te ondersteunen bij de morele belasting die euthanasieverzoeken en de uitvoering van euthanasie met zich mee kunnen brengen.

De NVvP herkent dat euthanasie gepaard kan gaan met complexe morele en praktische spanningen voor patiënten, naasten en zorgprofessionals. Dit geldt in het bijzonder bij langdurig psychisch lijden, waarbij verschillende waarden en perspectieven zorgvuldig tegen elkaar moeten worden afgewogen. Volgens de NVvP benadrukt daarom de richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* het belang van een zorgvuldig en toetsbaar proces, waarin onder meer diagnostische verdieping, onderzoek naar behandelperspectief, beoordeling van wilsbekwaamheid, bespreking van alternatieven en onafhankelijke consultatie een plaats hebben. Daarnaast geeft de NVvP aan dat aandacht nodig is voor de impact van euthanasietrajecten op de professionals die hierbij betrokken zijn. Mogelijkheden voor intervisie, multidisciplinair overleg en morele reflectie zijn volgens de NVvP belangrijk om complexe besluitvorming zorgvuldig en professioneel verantwoord te kunnen uitvoeren. Zij maken onderdeel uit van de professionele beroepsnorm en dienen binnen de zorginstelling en het behandelteam te worden gefaciliteerd en georganiseerd. De NVvP ondersteunt dit onder meer door deze werkwijze te beschrijven en te verankeren in professionele standaarden en richtlijnen.

Aanbeveling 3: Investeer in evenwichtige en feitelijk juiste informatievoorziening over euthanasie en andere vormen van levenseindezorg

Zoals aangegeven in reactie op aanbeveling 1, werkt het kabinet momenteel aan het verder verbeteren van de publieksvoorlichting over het levenseinde in het algemeen en euthanasie in het bijzonder. De Kamer is hier recent met een

[5] Cultuursensitieve zorg | Verenso

separate Kamerbrief over geïnformeerd.[6] Eén van de aandachtspunten die naar voren kwam uit een inventarisatie is dat mensen te weinig weten over het natuurlijke stervensproces en mogelijke alternatieven voor euthanasie, zoals palliatieve zorg. Het kabinet vindt het dan ook belangrijk dat in de publieksvoorlichting aandacht wordt gegeven aan de verschillende vormen van zorg rond het levenseinde en dat bijvoorbeeld duidelijk wordt uitgelegd wat het verschil is tussen euthanasie en palliatieve sedatie. Om te zorgen voor gebalanceerde publieksvoorlichting en informatievoorziening, wil het kabinet er ook hierbij voor zorgen dat de informatie van de rijksoverheid en van veldpartijen goed op elkaar aansluit.

De KNMG wijst erop dat in de maatschappelijke en publieke aandacht voor het levenseinde euthanasie vaak centraal staat, terwijl de meeste mensen overlijden zonder euthanasie. De KNMG ondersteunt daarom het belang van realistische voorlichting over het levenseinde, die niet uitsluitend moet gaan over euthanasie, maar ook over palliatieve zorg, proactieve zorgplanning en andere mogelijkheden rond het levenseinde. De KNMG draagt hieraan onder andere bij door het publiceren van standpunten en handreikingen. Daarin wordt uitdrukkelijk aandacht besteed aan de diverse (medische) mogelijkheden rond het levenseinde, zoals pijnbestrijding en andere vormen van palliatieve zorg. Voorlichting zou volgens de KNMG ook duidelijk moeten maken dat een euthanasieverzoek onderdeel is van een breder gesprek over passende zorg rond het levenseinde.

Ook de NVvP onderschrijft het belang van betrouwbare en genuanceerde informatievoorziening over euthanasie en andere vormen van levenseindezorg. De NVvP draagt hieraan bij door vanuit haar professionele verantwoordelijkheid informatie en kennis beschikbaar te stellen, onder meer via richtlijnen, organisatie dialoogsessies, deskundigheidsbevordering voor psychiaters bijvoorbeeld op het jaarlijks congres. Daarmee biedt de NVvP professionals een zorgvuldig en onafhankelijk kader voor communicatie over euthanasie en levenseindezorg. Maatschappelijke beeldvorming en verwachtingen rondom euthanasie kunnen van invloed zijn op patiënten en naasten. Daarom is het volgens de NVvP belangrijk dat informatie zowel de mogelijkheden als de grenzen van euthanasie beschrijft.

Hoewel euthanasie bij psychisch lijden binnen de Nederlandse wetgeving mogelijk is, betreft het een uitzonderlijke situatie waarin een zeer zorgvuldig beoordelingsproces noodzakelijk is. Goede informatievoorziening moet volgens de NVvP daarom ook aandacht besteden aan behandeling, herstelgerichte zorg, sociale ondersteuning en palliatieve psychiatrische zorg wanneer volledig herstel niet haalbaar blijkt. Een euthanasieverzoek dient altijd te worden beschouwd binnen de bredere context van goede psychiatrische zorg. De NVvP onderschrijft

[6] Kamerbrief inzake Verbetering van de voorlichting over het levenseinde en euthanasie van 28 september 2026, (Kamerstuk 31 036, nr. 13).

het belang van zorgvuldigheid in de wijze waarop euthanasie en individuele casuïstiek in de media worden besproken.

Aanbeveling 4: Differentieer voor kwetsbare groepen zonder stigmatisering

De KNMG wijst erop dat er momenteel al aparte richtlijnen bestaan van de KNMG, de NVvP en Verenso voor euthanasie in 'complexe' situaties, zoals euthanasie bij psychiatrie en bij gevorderde dementie. Met deze richtlijnen wordt invulling gegeven aan de extra behoedzaamheid die vereist is bij deze groepen patiënten en tegelijkertijd wordt ruimte gegeven aan deze groepen om toch in aanmerking te komen voor euthanasie. Deze richtlijnen kunnen worden aangepast aan veranderende opvattingen binnen de samenleving en de beroepsgroep.

Binnen het SCEN-programma wordt gewerkt aan gedifferentieerde nascholing voor SCEN-artsen voor specifieke patiëntengroepen.

De KNMG wijst er verder op dat er momenteel discrepanties bestaan tussen de EuthanasieCode van de RTE en de richtlijnen van de KNMG (over gevorderde dementie, en die over euthanasie bij verlaagd bewustzijn) en de NVvP (over euthanasie bij psychiatrie). De KNMG vindt dit een ongewenste situatie, die tot rechtsonzekerheid bij artsen kan leiden. Het kabinet onderschrijft dit standpunt, zoals hiervoor is aangegeven.

De NVvP onderschrijft het belang van bescherming waar dat nodig is, maar vindt het onwenselijk om mensen met een psychische aandoening als groep te karakteriseren als 'kwetsbaar'. Een psychiatrische diagnose zegt op zichzelf niets over de autonomie, wilsbekwaamheid of het vermogen van een persoon om eigen keuzes te maken. De NVvP geeft aan dat juist om stigmatisering te voorkomen, een individuele beoordeling essentieel is. De aanvullende zorgvuldigheid die de NVvP-richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* voorschrijft, is daarom niet gebaseerd op de diagnose als zodanig, maar op de complexiteit van de beoordeling in de individuele situatie. Bij patiënten met een psychische aandoening moet bij de beoordeling onder meer worden gekeken naar de duurzaamheid en consistentie van het verzoek, wilsbekwaamheid, beïnvloedbaarheid, behandelgeschiedenis, redelijke resterende behandelperspectieven en de betekenis van het lijden in het persoonlijke leven van de patiënt. Daarbij is het volgens de NVvP van belang de patiënt niet los te zien van diens sociale en relationele context. Naasten kunnen, met toestemming van de patiënt en met respect voor diens autonomie en privacy, in het proces een waardevolle bijdrage leveren, evenals ervaringsdeskundigen.

Volgens de RTE komt differentiatie voor kwetsbare groepen zonder stigmatisering bij de RTE reeds tot uiting in de EuthanasieCode bij de uitwerking van de grote behoedzaamheid die vereist is bij euthanasie in het geval van dementie en psychische aandoeningen. Bij de ontwikkeling van het toetsingskader ten aanzien van de grote behoedzaamheid vindt de RTE het belangrijk om betrokken partijen, zoals de KNMG en NVvP, te consulteren. De wens is dan ook om het gesprek met deze partijen te continueren en de gedachtewisseling tussen betrokken partijen verder te bevorderen.

Aanbeveling 5: Versterk de randvoorwaarden in het zorgsysteem ter ondersteuning van een zorgvuldige euthanasiepraktijk

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

Geestelijke gezondheidszorg

Het kabinet vindt het van groot belang dat mensen met psychische problematiek tijdig passende zorg en ondersteuning ontvangen, in het bijzonder mensen met ernstige en complexe problematiek. Het niet of niet tijdig beschikbaar zijn van passende hulp kan leiden tot verergering van psychische klachten en kan gepaard gaan met een toename van suïcidale gedachten. Het is belangrijk dat in de spreekkamer het lijden en de doodswens en een eventuele euthanasiewens onderwerp van gesprek zijn, zodat hier door zorgprofessionals passend naar gehandeld kan worden. Om de terughoudendheid en handelingsverlegenheid om hierover het gesprek te voeren te verminderen, is met subsidie van het ministerie van VWS het landelijke expertisenetwerk ThaNet opgericht met als doel kennis en expertise hierover te verspreiden. Ook heeft het ministerie van VWS driemaal een brede bijeenkomst georganiseerd waarbij met relevante veldpartijen het gesprek is gevoerd over hoe de zorg aan mensen met een persisterende doodswens of euthanasieverzoek vanwege een psychische aandoening kan worden verbeterd.

Behandelaren handelen binnen de geldende professionele richtlijnen en zorgstandaarden. Het beoordelen van de effectiviteit van behandelingen en het op basis van wetenschappelijke inzichten en ervaringen uit de praktijk actualiseren van deze richtlijnen en zorgstandaarden is primair aan de betrokken beroeps- en veldpartijen.

Het kabinet bouwt voort op afspraken die de afgelopen jaren zijn gemaakt en die de komende jaren verder worden uitgewerkt. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn afspraken gemaakt over onder meer het terugdringen van wachttijden en het verbeteren van de (regionale) samenwerking tussen zorg en het sociaal domein. In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn aanvullende afspraken gemaakt om de toegang tot passende ggz te verbeteren, juist voor mensen met een complexe zorgvraag. Het gaat onder meer om het vergroten van behandelcapaciteit voor mensen met een complexe zorgvraag, proactieve zorgbemiddeling en het in beginsel niet langer hanteren van exclusiecriteria. Daarnaast wordt gewerkt aan het duurzaam borgen van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van cruciale ggz, waaronder High & Intensive Care (HIC) en

Intensive Home Treatment (IHT), en aan passende bekostiging waar dat nodig is.[7][8][9][10]

Het kabinet wil partijen die al volgens de principes van passende zorg werken ondersteunen en stimuleren dat deze werkwijze breder wordt toegepast. Waar dat nodig is, neemt het kabinet aanvullende maatregelen om de vrijblijvendheid te verminderen. Daarbij wordt bezien welke aanpassingen in wet- en regelgeving nodig zijn om passende zorg verder als norm te verankeren.

Voorafgaand aan de begrotingsbehandeling informeert het kabinet de Kamer over de inzet voor de toekomst van de mentale gezondheid en de ggz. In deze brief zet het kabinet uiteen welke beleidskeuzes en vervolgstappen het naar aanleiding van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) Mentale gezondheid en ggz Uit balans voor ogen heeft. De brief vormt daarmee tevens de kabinetsreactie op het IBO.[11]

Jeugdzorg

Het kabinet vindt het belangrijk dat jongeren die kampen met mentale problemen steun kunnen vinden in hun omgeving. Er zijn verschillende plekken waar jongeren laagdrempelig terecht kunnen voor een luisterend oor, zoals de Kindertelefoon of MindUs. Jongeren die kampen met suïcidale gedachten kunnen daarnaast ook contact opnemen met 113 Zelfmoordpreventie. Wanneer er meer nodig is, kunnen jongeren of hun ouders aankloppen bij het lokale team van de gemeente. Het lokale team kan dan samen met hen bekijken of en zo ja welke ondersteuning of zorg nodig en passend is.
Mochten jongeren specialistische zorg nodig hebben, is het belangrijk dat die beschikbaar is. Op 1 januari 2026 is de Wet verbetering beschikbaarheid jeugdzorg in werking getreden. Deze wet geeft gemeenten eenduidige kaders voor regionale inkoop van specialistische jeugdzorg. Dit moet leiden tot structurele verbetering van de sturing door gemeenten op een dekkend zorglandschap, en daarmee bijdragen aan tijdige en passende zorg voor jeugdigen die specialistische vormen van jeugdhulp nodig hebben.

Ouderenzorg

Het feit dat het aantal ouderen toeneemt en het aantal zorgprofessionals niet in dezelfde mate zal meegroeien is ook voor het kabinet een belangrijke uitdaging voor de toekomst. Dit mag immers niet betekenen dat de ondersteuning en zorg voor ouderen in de knel komt. En dat hierdoor onrustgevoelens kunnen ontstaan bij ouderen. Tegen deze achtergrond is in 2025 overleg gestart met alle partijen die betrokken zijn bij de toekomst van de ouderenzorg (verzekeraars, zorgaanbieders, zorgprofessionals, ouderen- en welzijn organisaties) en is het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg afgesloten (HLO). Inzet is dat, door een betere

---

[7] Kamerstuk 25 424, nr. 778.
[8] Kamerstuk 25 424, nr. 817.
[9] Kamerstuk 31 765, nr. 655.
[10] Kamerstuk 32 647, nr. 114.
[11] Uit balans - IBO mentale gezondheid en ggz | Rijksoverheid.nl (Kamerstuk 25 424, nr. 769).

samenwerking met zorgprofessionals en de inzet van welzijn en informele zorg, de ondersteuning en zorg voor ouderen op peil blijft. Hierbij staat de kwaliteit van bestaan voor ouderen centraal. Dit betekent onder meer investeren in het behouden van vaardigheden van ouderen (*reablement*), ondersteuning van mantelzorgers, investeren in betere zorg thuis en beschikbaarheid van adequate huisvesting waarbij gemeenschapsvorming een belangrijk onderdeel is (onder meer 'thuisplusflats') en beschikbaarheid van verpleeghuizen indien de zorgvraag toeneemt. Ook wordt in het kader van het HLO geïnvesteerd in contacten met ouderen via lokale gespreksgroepen en een landelijke campagne ("Praat vandaag over morgen").

In 2026 zal het HLO verder worden aangevuld met onder meer afspraken over passende langdurige zorg en de (financiële) verankering van de gemeenschapsvorming. Daarbij horen ook adequate budgetten voor met name de Wet langdurige zorg (van waaruit de meeste kosten voor ouderenzorg worden betaald). Dit Wlz-budget voor de ouderenzorg zal dan ook de komende jaren verder worden verhoogd van € 22,2 mld. in 2026 naar ca. € 26,1 mld. in 2031. In de brief aan de Kamer van 1 juli 2026 naar aanleiding van de voorlopige kaderbrief Wlz is aangegeven dat de uitgaven met 3,2% per jaar zullen toenemen (zonder loon- en prijsstijgingen), hetgeen voldoende is om aan de groeiende zorgvraag van ouderen te kunnen voldoen. Ook de eerder voorziene tariefkortingen zijn van de baan. Dit geeft zekerheid voor de zorgprofessionals die werkzaam zijn in zorg en ondersteuning van ouderen. Het is van belang dat ook bij de ouderen zelf het beeld verdwijnt dat sprake is van verdergaande bezuinigingen in de ouderenzorg en dat zij erop kunnen vertrouwen dat er voldoende financiële middelen zijn om de zorg en ondersteuning te kunnen blijven bieden de komende jaren.

Palliatieve zorg (inclusief terminale thuiszorg)

Het kabinet benadrukt dat voor goede en passende palliatieve zorg en ondersteuning het van belang is dat doorlopend het gesprek met mensen in de palliatieve fase wordt gevoerd over hun wensen, waarden en behoeften. Want het is belangrijk dat mensen in de laatste levensfase (en hun naasten) nu en ook in de toekomst goede palliatieve zorg en ondersteuning kunnen krijgen die bij hen en bij hun situatie past.

In juni 2026 heeft het kabinet de Visie 'Samen leven tot het laatst' aan de Tweede Kamer gestuurd, inclusief een Toekomstagenda palliatieve zorg en ondersteuning 2027-2031.[12] Basis voor de visie is het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg, dat recent is geactualiseerd.[13] Uitgangspunt van de visie en toekomstagenda is dat palliatieve zorg en ondersteuning een vanzelfsprekend onderdeel moeten worden van de reguliere zorg én het sociaal domein. Zo wordt onder andere de onderlinge samenwerking verbeterd, zowel landelijk als regionaal, en is er blijvende aandacht voor proactieve zorgplanning en de digitale

[12] Kamerstuk 29 509, nr. 100.
[13] Herzien Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland geautoriseerd - Palliaweb.

uitwisseling van gegevens. Een ander belangrijk onderdeel is het vergroten van de bewustwording over palliatieve zorg en ondersteuning (vervolg op de campagne ‘Leven tot het ‘laatst’) en het verder verbeteren van de communicatie en informatievoorziening.[14] In 2026 worden ook een visie en agenda voor de hospicezorg van de toekomst opgesteld, samen met alle betrokken partijen: de brancheverenigingen van Nederlandse zorgorganisaties ActiZ, de Associatie Hospicezorg Nederland (AHzN), de landelijke vereniging Vrijwillige Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), stichting Palliatieve Zorg Nederland (PZNL), de Vereniging Netwerken Palliatieve Zorg (VNPZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Patiëntenfederatie Nederland (PFN), de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zorginstituut Nederland (ZiNL). Deze visie en agenda sluiten aan bij de Visie ‘Samen leven tot het laatst’.

Nader onderzoek naar de relatie tussen knelpunten in het zorgsysteem en euthanasiewensen

De onderzoekers geven aan dat nog onvoldoende bekend is over de mogelijke relatie tussen knelpunten/tekorten in de zorg en het ontstaan of versterken van euthanasiewensen en bevelen daarom aan een en ander systematisch te onderzoeken.

Het kabinet constateert dat het RISE-onderzoek geen inzicht geeft in hoe vaak de toegankelijkheid en kwaliteit van de (ggz-)zorg een rol spelen bij euthanasiewensen. Ook kan geen causaal verband worden vastgesteld tussen knelpunten in de (ggz-)zorg en het ontstaan van euthanasiewensen of de stijging van het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen. Het kabinet stelt daarom financiering beschikbaar voor twee (aanvullende) onderzoeken. Hiermee geeft het kabinet tevens opvolging aan de toezeggingen die eerder aan de Kamer zijn gedaan in de brief over de opvolging van de moties en de toezegging naar aanleiding van het notaoverleg op 16 juni 2025[15] over de initiatiefnota van het lid De Korte over een kritische reflectie op euthanasie bij psychisch lijden.[16] Het betreft de volgende onderzoeken:

1) in 2027 zal het kabinet opdracht geven tot het verrichten van een aanvullend onderzoek naar de relatie tussen de toegankelijkheid en kwaliteit van de (ggz-)zorg en het aantal euthanasieverzoeken en –meldingen. Het kabinet zal bij de uitwerking daarvan het voorstel van de onderzoekers van het RISE-onderzoeker voor de opzet van dit aanvullend onderzoek meenemen;
2) voor de periode 2027-2031 zal het kabinet aanvullende financiering beschikbaar stellen voor vervolgonderzoek naar de doodswens en hulpbehoeften van mensen met een euthanasieverzoek op grond van

[14] Over palliatieve zorg en Leven tot het laatst.
[15] Kamerstuk 36 624, nr. 16.
[16] Kamerstuk 36 624, nr. 17.

psychisch lijden. Het vervolgonderzoek dient voort te bouwen op het lopende SUNSET-onderzoek.[17]

Aanbeveling 6: Versterk de mogelijkheden voor (incidenteel) wetenschappelijk onderzoek naar de RTE

De RTE legt met haar jaarverslag verantwoording af aan de samenleving en de politiek over de wijze waarop zij haar wettelijk vastgelegde taak heeft uitgevoerd. Dit jaarverslag geeft cijfermatig inzicht in onder meer het aantal euthanasiemeldingen, de aard van de aandoeningen die aan de verzoeken tot euthanasie ten grondslag liggen en de leeftijd van de overleden patiënten. Het jaarverslag bevat tevens een representatieve selectie van de casuïstiek van het verantwoordingsjaar. Daarnaast publiceert de RTE gedurende het jaar casuïstiek op haar website. Op deze website zijn medio 2025 de cijfers van de afgelopen vijf jaar gepubliceerd in diagrammen. Sinds het voorjaar van 2026 worden daarnaast oordelen van de RTE waarin wordt geconcludeerd dat niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, aangeboden aan Medisch Contact.

De RTE heeft laten weten dat zij begrip heeft voor de wens om, naast het onderzoek dat in het kader van de reguliere evaluatie van de Wtl wordt uitgevoerd, de mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek naar de RTE-data te versterken. Met inachtneming van artikel 14 van de Wt[18]l werkt de RTE daar graag aan mee.

Daarnaast heeft het kabinet aan ZonMw gevraagd in het kader van de vijfde evaluatie van de Wtl nader onderzoek te laten doen naar door de RTE als zorgvuldig beoordeelde euthanasiemeldingen door middel van een eenmalige steekproefsgewijze analyse. Dit in het licht van de vereiste transparantie van de euthanasiepraktijk en de terugkerende vragen daarover en gelet op het feit dat de RTE ongeveer 95% van de euthanasiemeldingen als 'niet vragen oproepend' (NVO) bestempelt en een zeer groot deel van alle meldingen als zorgvuldig beoordeelt. Als zorgvuldig beoordeelde NVO-meldingen worden sinds 2018 afgedaan met een korte 'oordeelbrief' aan de arts in plaats van met een uitgeschreven gemotiveerd oordeel. Een beperkt aantal daarvan wordt in het kader van de transparantie wél uitgeschreven en gepubliceerd op de website van de RTE. Daarnaast worden sommige als zorgvuldig beoordeelde 'vragen oproepende' (VO) meldingen afgedaan met een zogenaamde 'oordeelbrief+', waarvan een gedeelte wordt samengevat en gepubliceerd op de website van de RTE.

---

[17] Het SUNSET-onderzoek is een grootschalig longitudinaal vragenlijstonderzoek naar de doodswensen en hulpbehoeften van patiënten met een euthanasieverzoek op basis van psychisch lijden.

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

Tot slot, het kabinet hecht aan de zorgvuldige wijze waarop de Nederlandse euthanasiepraktijk is ingericht en acht borging van de huidige euthanasiepraktijk en de daaraan ten grondslag liggende waarden dan ook van belang. Daar blijft het kabinet zich voor inzetten.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
S.T.M. Hermans

Bijlage – Onderzoeksvragen RISE-onderzoek[19]

1. Hoe ziet de (relatieve en absolute) stijging van het aantal euthanasieën eruit over de periode 1999-2024, voor zover mogelijk uitgesplitst naar diagnosegroep, leeftijd, sekse en regio? Welke oorzaken worden in verband gebracht met de stijging van het aantal euthanasieën?

2. Welke veranderingen zien de betrokkenen (zorgprofessionals, experts, burgers en patiëntvertegenwoordigers) in de interpretatie van de wettelijke zorgvuldigheidseisen ten aanzien van de rol en inbreng van de patiënt? En in hoeverre wordt deze ontwikkeling in verband gebracht met de stijging?

3. Hoe interpreteren, duiden en ervaren de relevante betrokkenen de ontwikkelingen rond euthanasie (de stijging, de geassocieerde oorzaken en de veranderende interpretatie van de zorgvuldigheidseisen)?

4. Hoe kunnen de verschillende ontwikkelingen rond euthanasie (de stijging, de geassocieerde oorzaken en de veranderende interpretatie van de zorgvuldigheidseisen) worden geanalyseerd vanuit (medisch-)ethische principes?

5. Welke concrete aanbevelingen kunnen worden gedaan voor het beleid en de borging van een zorgvuldige euthanasiepraktijk (en de aan de Wtl ten grondslag liggende waarden barmhartigheid, de beschermwaardigheid van het leven en autonomie)?

[19] De onderzoekers hebben voor dit onderzoek ervoor gekozen de oorspronkelijke onderzoeksvragen uit de subsidieoproep minimaal te herformuleren, zodat deze nog beter aansluiten bij de gekozen onderzoeksopzet en bij de aandachtspunten uit de subsidieoproep. De onderzoekers geven aan dat de RISE-onderzoeksvragen de oorspronkelijke onderzoeksvragen inhoudelijk dekken.
De oorspronkelijke onderzoeksvragen luidden als volgt:
1. a. Wat zijn de oorzaken van de absolute en relatieve stijging van het aantal euthanasiegevallen?
b. Hoe kunnen de verschillende oorzaken van de stijging van het aantal euthanasiegevallen worden geduid vanuit (medisch-) ethisch perspectief? c. In hoeverre spelen hierbij ontwikkelingen in de samenleving en veranderende morele opvattingen een rol?
2. a. In hoeverre heeft er een verandering plaatsgevonden in de interpretatie van de wettelijke zorgvuldigheidseisen waar het gaat om het belang dat wordt gehecht aan de inbreng van de patiënt? b. Indien er sprake is van een verandering in interpretatie, waar vloeit deze ontwikkeling uit voort? En hoe kan dit geduid worden vanuit (medisch-)ethisch perspectief?
3. Welke concrete aanbevelingen kunnen worden gedaan in het licht van een zorgvuldige euthanasiepraktijk en de aan de Wtl ten grondslag liggende waarden?