

Jongeren met een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden: 'nu niet' als uitgangspunt

J. Zinkstok, J. van Gorp, I. Hein, M. Bottelier, L.J.S. Schweren, R.F.P. de Winter, S.P.A. Rasing, D.W. Strijbos, G. Glas, E.F. van Furth, A. Popma, R.J.L. Lindauer, W.G. Staal, F.E. Scheepers, M.H.J. Hillegers, R.R.J.M. Vermeiren, R.M. Marijnissen, D.H.M. Creemers, S.M.P. van Veen

- Achtergrond** Het aantal verzoeken van jongeren om euthanasie bij psychisch lijden is de afgelopen jaren gestegen. Dit leidt tot maatschappelijk debat en tot handelingsverlegenheid binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz).
- Doel** Antwoord geven op de vraag: 'Hoe gaan ggz-hulpverleners zorgvuldig om met een euthanasieverzoek van een jongere in hun dagelijkse praktijk?'
- Methode** In dit essay analyseren we dit probleem met een brede coalitie van experts en doen we suggesties voor een handelingsperspectief voor zorgprofessionals die te maken krijgen met jongeren die een euthanasieverzoek doen en hun naasten.
- Resultaten** Er zijn uiteenlopende redenen waarom euthanasieverzoeken bij jongeren bij psychisch lijden nóg complexer zijn dan bij volwassenen. We adviseren behandelaars daarom om een basishouding van 'nu niet' te hanteren. Dit houdt in dat behandelaars de euthanasiewens serieus nemen, maar er niet direct op handelen. In plaats daarvan kunnen behandelaars inzetten op een strategie van vertragen en verdragen, waarbij men de euthanasiewens en achtergronden daarvan onderzoekt en naar mogelijke oplossingen zoekt.
- Conclusie** In dit essay introduceren we een 'nu niet'-benadering als uitgangspunt voor euthanasieverzoeken van jongeren met psychisch lijden. Deze benadering vraagt om kwaliteit, toegankelijkheid, menselijkheid, integriteit en zorgvuldigheid bij het aanbieden van psychiatrische zorg voor jongeren die een euthanasieverzoek doen, en voor hun naasten.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en in het maatschappelijk debat bestaan sinds enkele jaren zorgen over de toenemende vraag van jongeren om euthanasie op grond van psychisch lijden. In dit essay onderzoeken we hoe er in de huidige praktijk goed kan worden omgegaan met deze verzoeken. Met een brede coalitie aan experts ordenen we belangrijke achtergrondinformatie, beschouwen we de belangrijkste ethische en klinische uitdagingen, geven een overzicht van nuttige denkkaders en bieden een mogelijke weg vooruit die kan worden samengevat als de 'nu niet'-benadering. We accepteren daarbij de geldende wet- en regelgeving als gegeven. Dit omdat er geen wetswijziging te verwachten valt op korte termijn en omdat patiënten, naasten en hulpverleners dagelijks worstelen met de complexiteit rondom dit thema. Aangezien er geen leeftijdspecifieke definitie bestaat van het begrip 'jongere', verstaan we in dit essay hier alle leeftijden tot 25 jaar onder.

Achtergrond

De mogelijkheid voor euthanasie bij psychisch lijden is in Nederland niet nieuw. Al sinds het Chabot-arrest in 1994 wordt er geen onderscheid gemaakt tussen psychisch en somatisch lijden en ook binnen de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl; 2002) is dit onderscheid achterwege gelaten. Deze wet, een verworvenheid, maar ook een blijvende maatschappelijke uitdaging, maakt het mogelijk voor artsen om euthanasie te verlenen bij psychisch of somatisch lijden aan personen vanaf 12 jaar na een vrijwillig en weloverwogen verzoek, wanneer er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, en er geen redelijke andere oplossingen zijn.

Ten tijde van de invoering van de Wtl kwamen euthanasieverzoeken bij psychisch lijden, zeker bij jongeren, nauwelijks voor. Hoewel het nu nog steeds een zeldzaam verschijnsel is, blijkt uit gegevens van het

Expertisecentrum Euthanasie dat tussen 2012 en 2021 het aantal verzoeken tot euthanasie bij psychisch lijden door jongeren (< 24 jaar) sterk is toegenomen (2012: n = 10; 2020: n = 74).¹ Die toename lijkt zich voort te zetten, zoals ook wordt bevestigd door de ervaringen van zorgprofessionals binnen en buiten de (jeugd-)ggz, die steeds frequenter te maken krijgen met euthanasieverzoeken bij psychisch lijden van jongeren (www.nrc.nl/nieuws/2024/09/08/vaker-euthanasie-bij-jonge-mensen-wegens-psychisch-lijden-en-psychiaters-zijn-er-tot-op-het-bot-verdeeld-over-a4864849).

Naast het aantal aanvragen stijgt ook het aantal uitgevoerde gevallen van euthanasie bij psychisch lijden onder jongeren. In 2016 werd één euthanasie op grond van psychisch lijden gemeld van iemand onder de 30 (1,7% van alle psychiatrische euthanasiemeldingen), in 2024 waren dit er 30 (13,7% van alle psychiatrische euthanasiemeldingen) (www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/jaarverslagen en <https://open.overheid.nl/documenten/c70517b9-4eaf-4068-a4e9-bd09e027987d/file>). Dit betekent dat psychiatrische euthanasie voor deze patiëntengroep zowel absoluut als relatief stijgt. Jongeren onder de 24 jaar die euthanasie kregen (in de periode 2012-2021), hadden zonder uitzondering meerdere psychiatrische diagnoses, een voorgeschiedenis van ernstige en terugkerende suïcidaliteit, en een zeer uitgebreide behandelvoorgeschiedenis.¹ Opvallend was verder dat 74% vrouw was en dat bij 75% van de jongeren de diagnose autisme was gesteld.¹

Factoren die euthanasie bij psychisch lijden bij jongeren extra uitdagend maken

Ontwikkeling

Jongeren zijn volop in ontwikkeling. Dit hangt uiteraard samen met de hersenontwikkeling, die begint bij de conceptie en doorloopt tot de leeftijd van ongeveer 25-30 jaar.² Het tempo waarin verschillende hersengebieden uitrijpen, verschilt per individu. Zo ontwikkelen subcorticale regio's die betrokken zijn bij emotieverwerking en beloningssystemen zich eerder dan prefrontale gebieden die essentieel zijn bij besluitvorming, impulscontrole en zelfregulatie.³ Dit verklaart waarom jongeren vaker impulsief handelen en moeite kunnen hebben met denken op langere termijn.^{3,4} Ook is bij kinder- en jeugdpsychiatrische aandoeningen vaak sprake van problemen of achterstanden in de sociaal-emotionele ontwikkeling.⁵ Dit zien we bijvoorbeeld bij jongeren met autismespectrumstoornis, een lichte verstandelijke beperking of andere ontwikkelingsstoornissen.⁵ Ook bij trauma- en stressorgerelateerde stoornissen bestaat een aanzienlijk risico op stagnatie van de sociaal-emotionele ontwikkeling.⁶

Een jonge sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd kan ertoe leiden dat jongeren meer moeite hebben met het verwerken van informatie, het reguleren van emoties, het afstemmen van overwegingen met belangrijke anderen of het overzien van toekomstige mogelijke

den.⁷ Dit alles kan maken dat cognitieve en emotionele vaardigheden van jongeren kunnen fluctueren, wat effect kan hebben op de wilsbekwaamheid bij medische beslissingen, waaronder ook euthanasie. Daarom is het van belang voldoende tijd te nemen voor besluitvorming en ondersteunende volwassenen te betrekken, zodat afwegingen zorgvuldig en weloverwogen kunnen plaatsvinden.⁷ Tegelijk kan het ook zijn dat kansen op herstel en behandeling veranderen gedurende de ontwikkeling en dat een behandeling die eerder geen effect had, in een latere ontwikkelingsfase juist wel effectief kan zijn.

De rol van leeftijdsgenoten

Tijdens het opgroeien veranderen jongeren regelmatig van sociale contacten en oriëntatie: zij brengen steeds meer tijd met leeftijdsgenoten door en minder met het gezin.^{8,9} De invloed van vrienden en leeftijdsgenoten neemt toe terwijl de gevoeligheid voor afwijzing, eenzaamheid en de behoefte om erbij te horen sterk aanwezig zijn.¹⁰ De combinatie van verhoogde sociale gevoeligheid, een kwetsbaar zelfbeeld en beïnvloedbaarheid door leeftijdsgenoten maakt dat adolescenten eerder geneigd zijn om zich te conformeren aan leeftijdsgenoten en minder openstaan voor opvattingen van ouders of andere volwassenen.¹¹

Het fenomeen *corumineren* onder depressieve jongeren (offline en online) verdient specifieke aandacht omdat dit kan leiden tot wederzijdse bekrachtiging van sombere gedachten en tot een toename van uitingen van depressie en suïcidaliteit.¹² Mogelijk zijn meisjes hier gevoeliger voor dan jongens.¹³

Wanneer euthanasie bij psychisch lijden binnen een *peer group* een geaccepteerde optie is, kan het voor kwetsbare jongeren moeilijker zijn om alternatieve perspectieven te zien en zich af te zetten tegen die groep. De vrijheid van denken kan hierdoor worden ingeperkt. Deze dynamiek kan mogelijk worden versterkt door algoritmes binnen social media waarin euthanasie als enige oplossing terug blijft komen. Dit sentiment wordt vervolgens bekrachtigd door positieve reacties van volgers, raakt daarmee wijdverspreid en wordt geregeld ook door traditionele media overgenomen (www.nporadio1.nl/nieuws/binnenland/86acd38a-871e-44e4-a8ac-0e74169946f1/matthew-stopte-zijn-euthanasietraject-ondanks-psychisch-lijden-kan-het-beter-verdragen). Tijdens het toewerken naar een meer zelfstandig bestaan maken jongeren keuzes rond opleiding en werk en vormen vriendschappen en relaties zich, evenals het zelfbeeld. Een verandering in één van deze gebieden kan grote positieve of negatieve impact hebben op de mentale gezondheid van jongeren, en daarmee op een euthanasiewens. Je zou kunnen zeggen dat – in het algemeen – de situatie van jongeren minder vastligt dan die van oudere volwassenen.

Ouders en familie

Juist de omgeving en sociale context van de jongere zijn heel bepalend voor diens welzijn.¹⁴ Ouders en gezin

van herkomst vormen idealiter een veilige basis en het 'steigerwerk' dat nodig is om zich te ontwikkelen.¹⁵ Levensgebeurtenissen in het gezin van herkomst zoals conflicten of echtscheiding van ouders, ouders die niet beschikbaar zijn door eigen problemen, maar ook trauma of armoede kunnen grote impact hebben op de ontwikkeling en het mentaal welbevinden van jongeren. Het is cruciaal dat bij een jongere met een doodswens vanaf het prille begin ook de ouders en andere naasten intensief worden betrokken.

Knelpunten in ggz en hulpverlening

Goede en toegankelijke jeugdhulp en ggz zijn essentieel, maar momenteel niet vanzelfsprekend. De meeste psychiatrische aandoeningen ontstaan tijdens de adolescentie.¹⁶ De afgelopen tien jaar is een sterke toename van psychische problemen onder jongeren te zien, waarschijnlijk als gevolg van allerlei sociaal-maatschappelijke veranderingen.¹⁷ Tegelijk zijn de wachttijden voor de jeugd- en volwassenen-ggz lang. De gevolgen hiervan zijn aanzienlijk: langere wachttijden hangen samen met late instroom met ernstige problematiek tot gevolg, die vraagt om langere en intensievere behandeltrajecten (www.trimbos.nl/actueel/nieuws/wachttijd-in-de-ggz-heeft-impact-op-patienten-naasten-en-zorgverleners). Voor jongeren met ernstig zelfbeschadigend gedrag is lange tijd ingezet op JeugdzorgPlus, een setting die meer ingericht is op beheersen dan op behandelen. Deze systeembependingen kunnen leiden tot vertraagde herkenning en behandeling, demotivatie, demoralisatie en trauma's. Juist voor jongeren, die in zo'n cruciale en dynamische fase van hun leven zitten, heeft dit ingrijpende gevolgen en kan dit systeemfalen bijdragen aan reële ervaringen van uitzichtloosheid.

Het vaststellen van uitzichtloosheid

Het vaststellen van uitzichtloosheid is één van de grootste uitdagingen bij euthanasieverzoeken op psychische gronden. Uitspraken over het toekomstig beloop van het lijden ten gevolge van een psychische aandoening zijn om uiteenlopende redenen onbetrouwbaar. Dit hangt samen met het ontbreken van een eenduidige organische basis, de veelheid aan verklaringsmodellen binnen de psychiatrie, de beperkte en soms gebrekkige validiteit van diagnostische constructen, de sociaal-maatschappelijke visie op de psychiatrie en de onverwachte manieren waarop herstel plaats kan vinden.¹⁸ Deze onzekerheden zijn niet exclusief voor jongeren, maar door de specifieke ontwikkelingsaspecten en dynamische context in het leven van een jongere staan ze meer op de voorgrond.

Tegelijk is absolute zekerheid wettelijk niet vereist. Het kan daarom als onmenselijk of hardvochtig worden gezien om iemand die ondraaglijk lijdt onbeperkt te laten wachten wanneer er geen redelijk behandelperspectief meer is, hoewel er theoretisch nog kansen bestaan. Artsen hebben een manier gevonden om met dit spanningsveld om te gaan door een retrospectieve

benadering van uitzichtloosheid te hanteren.¹⁹ Bij het vaststellen van uitzichtloosheid stelt de arts niet 'u zult nooit meer herstellen', maar eerder: 'er zijn voldoende passende en langdurige pogingen ondernomen om het lijden te verminderen, zonder dat deze resultaat hebben opgeleverd'.

Vooraf ook deze retrospectieve benadering van uitzichtloosheid roept specifieke vragen op binnen de context van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Allereerst zijn jongeren vaak kort in behandeling, zeker vergeleken met volwassenen, die soms pas na decennia in zorg om euthanasie vragen.²⁰ Bij het vaststellen van uitzichtloosheid bieden enkele jaren behandeling slechts beperkt houvast. Daarnaast hebben jongeren die om euthanasie vragen vanwege een psychiatrische aandoening geregeld een gecompliceerd en belastend behandeltraject doorgemaakt. Niet zelden is de focus in de loop van dit traject verschoven van werken aan duurzaam herstel naar het waarborgen van veiligheid op korte termijn in een context van herhaalde crisissituaties. Zeker wanneer het systeem maakt dat jongeren zich pas laat kunnen aanmelden, en de crisis vaak al een feit is. Binnen deze dynamiek worden in snelle opvolging intensieve medische en gedwongen interventies ingezet om bijvoorbeeld suïcide te voorkomen, vaak in een behandelsetting die niet primair gericht is op herstel en in sommige gevallen zelfs beschadigend kan zijn.

De vraag rijst of op basis van een dergelijk beloop retrospectief geconcludeerd kan worden dat er voldoende herstelgerichte behandelingen zijn geprobeerd.¹⁹

Nuttige denkkaders

Hoewel we euthanasie binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie kunnen beschouwen als een nieuw en wereldwijd vrijwel uniek vraagstuk, bestaan er inmiddels enkele denkkaders die houvast kunnen bieden (zie **tabel 1** voor informatiebronnen).

Allereerst is er de huidige richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie die *grotere terughoudendheid* adviseert bij jongeren (www.richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/specifieke_patientengroepen_levensbeëindiging.html). Ten tweede is er de invloedrijke handreiking van Accare waarin ook wordt geadviseerd tot terughoudendheid bij euthanasie op grond van psychisch lijden bij jongeren (<https://thanet.nl/wp-content/uploads/2025/04/Handreiking-euthanasieverzoeken-door-jongeren-Accare-2025.pdf>).

Ten derde zijn nieuwe inzichten over de behandeling van jongeren met ernstige en persisterende suïcidaliteit relevant en toepasbaar.¹³ Een uitgebreide analyse van de samenhang en verschillen tussen persisterende (of chronische) suïcidaliteit en een euthanasieverzoek zou relevant zijn, maar is niet mogelijk binnen de voor dit artikel gestelde kaders; belangrijk is wel om te melden dat rond ernstige en persisterende suïcidaliteit wordt geadviseerd om te *vertragen en te verdragen* en *af te zien van actief ingrijpen*.

Tabel 1. Bronnen waar meer informatie te vinden is over euthanasie

Richtlijn over euthanasie op grond van psychisch lijden (2018) <i>NB: deze wordt momenteel herzien</i>	https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeeindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levensbe_indiging_op_verzoek.html
Handreiking Accare (2025)	https://thanet.nl/wp-content/uploads/2025/04/Handreiking-euthanasieverzoeken-door-jongeren-Accare-2025.pdf
Euthanasiecode (2026)	https://www.euthanasiecommissie.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2026/01/01/euthanasiecode/euthanasiecode-1-januari-2026.pdf
KNMG-dossier Euthanasie (2021)	https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/levenseinde-2/levenseinde-zorg/euthanasie
Thanet	https://thanet.nl
113 zelfmoordpreventie	www.113.nl/i/euthanasie
Expertisecentrum Euthanasie	https://expertisecentrum euthanasie.nl
<i>Position paper</i> voor rondetafelgesprek in de Tweede Kamer over euthanasie bij jongeren op grond van psychisch lijden (mei 2025)	https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2025Z08907&did=2025D20424

Vertragen impliceert in alle rust samen met de jongere en diens naastbetrokkenen grondig onderzoek doen naar de wens tot sterven, waarbij het voortdurende lijden ook door alle partijen *verdragen* zal moeten worden. Onder *afzien van actief ingrijpen* valt ook het niet inzetten van beheersende en beperkende maatregelen. Het doel van *vertragen en verdragen* is om bekrachtiging van het suïcidale gedrag en bevestiging van de suïcidale identiteit te voorkomen.¹³ Hierbij is het belangrijk dat de focus niet uitsluitend ligt op suïcidepreventie, maar juist ook op het ondersteunen van positieve ontwikkeling en herstel van de jongere.

Nu niet

Tezamen pleit men in de genoemde denkkaders voor een basishouding van temporisering en terughoudendheid, maar niet voor een categorale afwijzing van euthanasie op grond van psychisch lijden bij jongeren. Dit noemen we de *'nu niet'*-benadering, losjes geïnspireerd op het *'nu niet zwanger'*-initiatief (www.nunietzwanger.nl), waarbij men tracht om vrouwen die zich in een kwetsbare situatie bevinden de ruimte te laten ervaren om tijd en rust te nemen voor een onomkeerbare en levensveranderende beslissing.

Conceptueel sluit deze houding goed aan bij de op *conflict van plichten* gebaseerde rechtvaardiging van euthanasie. Die houdt in dat euthanasie alleen is toegestaan als de arts een conflict ervaart tussen de plicht om lijden te verlichten en de plicht om het leven te behouden. In de afgelopen jaren wordt echter steeds vaker een beroep gedaan op het zelfbeschikkingsrecht van patiënten als rechtvaardiging voor euthanasie, ook door jongeren met psychisch lijden. Vanwege de complexiteit en bijkomende onzekerheid lijkt het bij jongeren goed verdedigbaar om vast te houden aan de op conflict van plichten

gebaseerde rechtvaardiging waarbij een periode van wachten gezien kan worden als redelijk alternatief. Een basishouding van *'nu niet'* haalt dan ook druk weg bij behandelaren om snel een beslissing te moeten nemen over een mogelijk euthanasietraject, hierdoor ontstaat hopelijk ruimte voor een open gesprek over de onderliggende doodswens en het ondraaglijke lijden.

Hoewel aanvankelijk mogelijk frustratie en teleurstelling zullen ontstaan bij individuele patiënten, kan een *'nu niet'*-grondhouding duidelijkheid en houvast bieden. Het is daarbij cruciaal om goed uit te leggen dat het *'nu niet'*-principe niet betekent dat de ervaring van ondraaglijk lijden miskend wordt, en dat euthanasie in de toekomst alsnog mogelijk blijft. Door de optie van euthanasie tijdelijk te pauzeren, zonder deze categorisch af te wijzen, kan er ruimte ontstaan om andere opties dan euthanasie te verkennen. Hoe lang men de *'nu niet'*-houding hanteert, dient men individueel te bepalen. Daarom verbinden we er geen vaste leeftijdsgrens aan, maar als handreiking lijkt terughoudendheid meestal passend tot op zijn minst de jongvolwassenheid (ongeveer 25 jaar).

Het verzoek als signaal

Een belangrijk aspect van de *'nu niet'*-benadering is dat men het euthanasieverzoek als belangrijk signaal ziet om de behandeling grondig te evalueren en waar nodig te verbeteren. Het is een aanleiding om opnieuw te zoeken naar de ruimte voor en het vertrouwen in positieve interventies, bijvoorbeeld door het bredere netwerk rondom het gezin actief in te zetten. Daarnaast vraagt dit om maatschappelijke betrokkenheid, zoals investeringen in de momenteel beperkte capaciteit van de ggz. Verbetering hoeft overigens niet altijd te betekenen dat behandelintensiteit wordt verhoogd. Bij veel jongeren met een euthanasiewens op grond van psychisch lijden

lijkt *behandelmoeheid* een belangrijke rol te spelen.¹⁹ In dergelijke gevallen kan een pauze in intensieve behandeltrajecten juist perspectief bieden en een periode van relatieve rust creëren. Dit kan in sommige gevallen betekenen dat gezamenlijk wordt afgesproken geen verplichte zorg meer in te zetten. Dit houdt niet in dat het contact met hulpverlening verbroken moet worden, maar het kan een moment zijn om herstelgerichte behandelopties centraal te stellen.

Hierbij kan inzet van ervaringsdeskundigheid mogelijk een hoopvolle, verbindende bijdrage leveren aan behandeling van psychiatrische aandoeningen.^{21,22} Tegelijkertijd kunnen ervaringsdeskundige jongeren zelf kwetsbaar zijn, en vraagt hun inzet om duidelijke randvoorwaarden, inclusief aandacht voor hun positie, verantwoordelijkheden en welzijn.²²

Bespreikbaar houden van de dood

Gedurende de ‘nu niet’-fase dient de doodswens expliciet als reële optie bespreikbaar te blijven, en moet er ook openlijk over de dood zelf gesproken kunnen worden. Als de behandelaren het gesprek over de doodswens of de dood niet durven aangaan, kan de jongere zich niet gezien of serieus genomen voelen. Dit vergroot het risico dat de doodswens ondergronds gaat, waarmee mogelijk het suïciderisico toeneemt.

De benadering van onderzoeken en expliciteren vraagt om een open houding en oprechte bereidheid tot gelijkwaardige dialoog met de jongere over de doodswens en de dood. Dat kan voor behandelaren moeilijk zijn: zij moeten de nodige professionele distantie hanteren, maar tegelijk ook hun persoonlijke vooronderstellingen en overtuigingen dat doorleven altijd de betere optie is, kritisch ter discussie durven stellen. Dit hoeft niet te betekenen dat de behandelaren de dood als optie accepteren, maar wel dat zij deze uitkomst niet direct van tafel vegen.

Bij dit proces moet geïnvesteerd worden in de therapeutische relatie, waarin een behandelaar empathie betracht en wederzijds vertrouwen kan groeien. Ook moet er aandacht zijn voor overdracht en tegenoverdracht. De uitkomst van zo'n voortdurende en zorgvuldig gevoerde dialoog kan uiteindelijk zijn dat behandelaren, samen met de jongere en diens naastbetrokkenen, tot het moreel beladen inzicht komen dat euthanasie daadwerkelijk het *ultimum remedium* vormt. We adviseren in dit geval om een moreel beraad te organiseren om nog eens systematisch en met aandacht voor de normatieve dimensie te reflecteren op de situatie, en gezamenlijk te komen tot een zorgvuldig onderbouwd besluit om al dan niet een euthanasietraject te starten.²³

Tot slot

Euthanasieverzoeken bij psychisch lijden van jongeren roepen tal van complexe vragen op. In dit essay proberen we een antwoord te vinden op de eerder geformuleerde zorgvuldigheidsvraag, door een ‘nu niet’-denkkader te introduceren. We adviseren behandelaren

om de tijd te nemen (*vertragen en verdragen*). Tegelijk benadrukken we dat ‘nu geen euthanasie’ wél vraagt om goede, beschikbare, menselijke en zorgvuldig georganiseerde zorg voor jongeren en hun naasten.

Hoe bereiken we dit? Recent is een brede visie op mentale gezondheid voor jongeren beschreven door een *The Lancet Commission*, waarbij de commissie preventie, laagdrempelige zelfverwijzing, contact met ervaringsdeskundige jongeren en laagdrempelige toegang tot specialistische zorg noemt als bevorderende factoren om mentale gezondheidsproblemen bij jongeren terug te dringen.¹⁷ Daarnaast is een bredere maatschappelijke discussie nodig over de steeds hogere eisen die de samenleving stelt aan jongeren en jongvolwassenen (www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/10/03/uit-balans-ibo-mentale-gezondheid-en-ggz).

Als (jeugd-)ggz hebben we een belangrijke verantwoordelijkheid om bij te dragen aan betere mentale gezondheid van jongeren. Tegelijk is ook een maatschappelijke discussie nodig, met politiek draagvlak om te investeren in een klimaat en cultuur waarin goede mentale gezondheid centraal wordt gesteld: *It takes a village to raise a child; and a society to raise a mentally healthy next generation.*

LITERATUUR

- 1 Schweren LJS, Rasing SPA, Kammeraat M, e.a. Requests for medical assistance in dying by young Dutch people with psychiatric disorders. *JAMA Psychiatry* 2025; 82: 246-52.
- 2 Bethlehem RAI, Seidlitz J, White SR, e.a. Brain charts for the human lifespan. *Nature* 2022; 604: 525-33.
- 3 Herting MM, Johnson C, Mills KL, e.a. Development of subcortical volumes across adolescence in males and females: A multisample study of longitudinal changes. *NeuroImage* 2018; 172: 194-205.
- 4 Crone EA, Dahl RE. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neurosci* 2012; 13: 636-50.
- 5 Li B, Bos MG, Stockmann L, e.a. Emotional functioning and the development of internalizing and externalizing problems in young boys with and without autism spectrum disorder. *Autism* 2020; 24: 200-10.
- 6 Hogg B, Gardoki-Souto I, Valiente-Gómez A, e.a. Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2023; 273: 397-410.
- 7 Grootens-Wiegers P, Hein IM, van den Broek JM, e.a. Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatrics* 2017; 17: 120.
- 8 Larson R, Richards MH. Daily companionship in late childhood and early adolescence: changing developmental contexts. *Child Development* 1991; 62: 284.
- 9 Lam CB, McHale SM, Crouter AC. Time with peers from middle childhood to late adolescence: developmental course and adjustment correlates. *Child Dev* 2014; 85: 1677-93.
- 10 Nelson EE, Leibenluft E, McClure EB, e.a. The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychol Med* 2005; 35: 163-74.
- 11 Molleman L, Ciranka S, van den Bos W. Social influence in adolescence as a double-edged sword. *Proc Biol Sci* 2022; 289: 20220045.
- 12 Rose AJ, Glick GC, Smith RL, e.a. Co-rumination exacerbates stress generation among adolescents with depressive symptoms. *J Abnorm Child Psychol* 2017; 45: 985-95.

- 13 van de Koppel M, Mérelle SYM, Stikkelbroek YAJ, e.a. Behandelbeleid bij vrouwelijke adolescenten gegijzeld door chronische suicidaliteit. *Tijdschr Psychiatr* 2022; 64: 214-9.
- 14 Oliveira C, Fonseca G, Sotero L, e.a. Family dynamics during emerging adulthood: reviewing, integrating, and challenging the field. *Journal of Family Theory & Review* 2020; 12: 350-67.
- 15 Swartz TT, Kim M, Uno M, e.a. Safety nets and scaffolds: parental support in the transition to adulthood. *J Marriage Fam* 2011; 73: 414-29.
- 16 Solmi M, Radua J, Olivola M, e.a. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* 2022; 27: 281-95.
- 17 McGorry PD, Mei C, Dalal N, e.a. The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *Lancet Psychiatry* 2024; 11: 731-74.
- 18 van Veen SMP, Ruissen AM, Widdershoven GAM. Irremediable psychiatric suffering in the context of physician-assisted death: a scoping review of arguments: La souffrance psychiatrique irrémédiable dans le contexte du suicide assisté : Une revue étendue des arguments. *Can J Psychiatry* 2020; 65: 593-603.
- 19 van Veen SMP, Ruissen AM, Beekman ATF, e.a. Establishing irremediable psychiatric suffering in the context of medical assistance in dying in the Netherlands: a qualitative study. *CMAJ* 2022; 194: E485-91.
- 20 Kammeraat M, van Rooijen G, Kuijper L, e.a. Patients requesting and receiving euthanasia for psychiatric disorders in the Netherlands. *BMJ Ment Health* 2023; 26: e300729.
- 21 Kaijadoo SPT, Nijhof KS, Klip H, e.a. 'Surviving against the odds. The impact of peer support workers on a chronically suicidal adolescent in secure residential youth care: a single case report from the Netherlands.' *Int J Qual Stud Health Well-being* 2024; 19: 2409514.
- 22 de Beer CRM, Nooteboom LA, van Domburgh L, e.a. A systematic review exploring youth peer support for young people with mental health problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2024; 33: 2471-84.
- 23 Metselaar S, Meynen G, Voskes Y, e.a. Evaluating PAD requests in psychiatry: the importance of involving others. *The American Journal of Bioethics* 2019; 19: 63-5.

AUTEURS

Janneke Zinkstok*, (kinder- en jeugd)psychiater en universitaire hoofddocent, afd. Psychiatrie, Radboudumc, Nijmegen en Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie, Nijmegen.

Jelle van Gorp*, universitaire hoofddocent Ethiek van de Gezondheidszorg, Radboudumc, Nijmegen.

Irma Hein, kinder- en jeugdpsychiater en senior onderzoeker, Levvel en afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam UMC, Amsterdam.

Marco Bottelier, bestuurder en kinder- en jeugdpsychiater, Accare.

Lizanne Schwersen, senior onderzoeker, 113 Zelfmoordpreventie, Amsterdam.

Remco de Winter, psychiater IHT, regio-geneesheer-directeur, GGZ Rivierduinen en senior onderzoeker, vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, MeHNS, Universiteit van Maastricht.

Sanne Rasing, senior onderzoeker, Depressie Expertise Centrum Jeugd van GGZ Oost Brabant en Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Derek Strijbos, psychiater en opleider psychiatrie, Dimence Groep; bijzonder hoogleraar Filosofie in de GGZ, faculteit Filosofie, Theologie en Religiestudies, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Gerrit Glas, emeritus hoogleraar en psychiater, Vrije Universiteit Amsterdam, faculteit Sociale en Geesteswetenschappen; GGE, Eindhoven.

Eric van Furth, klinisch psycholoog, emeritus hoogleraar Eetstoornissen, afd. Psychiatrie, LUMC en GGZ Rivierduinen, Leiden.

Arne Popma, kinder- en jeugdpsychiater, hoogleraar en afdelingshoofd Psychiatrie, Amsterdam UMC.

Ramón Lindauer, hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam UMC en kinder- en jeugdpsychiater/systeemtherapeut, Levvel, Amsterdam.

Wouter Staal, kinder- en jeugdpsychiater, hoogleraar Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie, Radboudumc, Nijmegen en bijzonder hoogleraar Autisme, FSW, Universiteit Leiden.

Floor Scheepers, kinder- en jeugdpsychiater, hoogleraar en afdelingshoofd, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

Manon Hillegers, kinder- en jeugdpsychiater, hoogleraar en afdelingshoofd, afd. Kinder- en jeugdpsychiatrie/psychologie, Erasmus MC Sophia, Rotterdam.

Robert Vermeiren, kinder- en jeugdpsychiater, hoogleraar Psychiatrie en afdelingshoofd Psychiatrie & Psychologie, LUMC, Leiden.

Radboud Marijnissen, psychiater, senior onderzoeker en hoofd patientenzorg, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen.

Daan Creemers**, klinisch psycholoog en bijzonder hoogleraar Preventie en behandeling van depressie en suicidaliteit bij adolescenten, GGZ Oost Brabant, afd. Depressie Expertisecentrum Jeugd en Radboud Universiteit, BSI, Nijmegen.

Sisco van Veen**, psychiater bij GGZ inGeest en postdoctoraal onderzoeker, afd. Psychiatrie, Amsterdam UMC en 113 zelfmoordpreventie, Amsterdam.

*gedeeld 1e auteur; **gedeeld laatste auteur.

Correspondentie

Dr. Janneke Zinkstok (Janneke.Zinkstok@radboudumc.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-2-2026.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2026;68(04):183-188