

Euthanasie. Doodnormaal.

Framing van euthanasie in de Nederlandse
landelijke dagbladen en de professionele
gezondheidsvoorlichting

Radboud Universiteit
Masterscriptie Communicatie en Beïnvloeding
Chiel Verhoeff
s3030148
mhr.verhoeff@gmail.com
06-55583084

Begeleider:	K.W.M. van Krieken k.vankrieken@let.ru.nl
Tweede beoordelaar:	J.M. Sanders j.sanders@let.ru.nl
Inleverdatum:	27 juni 2016

SAMENVATTING

Nederland is een van de weinige landen waar euthanasie en hulp bij zelfdoding onder bepaalde voorwaarden is toegestaan. Wat die voorwaarden precies zijn -of zouden moeten zijn- is blijvend onderwerp van een maatschappelijke discussie, waarin de landelijke dagbladen een bepalende rol spelen (Pool, 2004; Rietjens et al., 2013). Media hebben een grote invloed op de beeldvorming over levenseindevraagstukken door het gebruik van mediaframes (Entman, 1993), waarmee de interpretatie van hun boodschappen een bepaalde richting op kan worden gestuurd (Gamson & Modigliani, 1987; 1989; Joslyn & Haider-Markel, 2006; Van Gorp, 2007).

Sinds de legalisering staat de gezondheidsvoorlichting voor de uitdaging om adequate voorlichting over euthanasie te geven. Effectieve gezondheidsvoorlichting moet zich enigszins verhouden tot de informatie die men vanuit de media krijgt aangereikt; als voorlichting te ver van de media af staat gaat de effectiviteit ervan helemaal verloren (Druckman, 2001; Sanders & Meijman, 2012). Voorlichting moet uiteraard ook blijven corresponderen met de actuele medische opvattingen zodat zij geen beloftes doet die later moeten worden gebroken. Verschillende onderzoeken wijzen op de positieve effecten van een goede en proactieve stervensbegeleiding. Voorlichting maakt hier onderdeel van uit. Met de kennis uit dit onderzoek kan de voorlichting beter worden afgestemd op het referentiekader van het publiek, waardoor de effectiviteit wordt vergroot.

Dit onderzoek ging daarom in op de manier waarop het euthanasievraagstuk in Nederland wordt benaderd in de professionele gezondheidsvoorlichting en de landelijke dagbladen, en in hoeverre de voorlichting zich tot de dagbladen verhoudt. Het materiaal bestond uit voorlichtingsbrochures van Nederlandse ziekenhuizen en krantenberichten uit de vier grootste landelijke dagbladen. Op basis van de literatuur werden generieke frames onderscheiden, die vervolgens specifiek werden ingevuld aan de hand van een frame-analyse.

De voorlichting legt de nadruk op de medische en juridische aspecten. De voorlichting frameet euthanasie juist als *niet*-normaal medisch handelen en stelt dat medewerking aan een euthanasieverzoek niet vanzelfsprekend is. Ook wordt het belang van tijdig spreken over het levenseinde onderschreven, maar vaak rekent de voorlichting dit niet tot de zorgplicht van de arts en wordt de patiënt als handelingsverantwoordelijke geframed. Dit staat

lijnrecht tegenover het verantwoordelijkheidsframe in de dagbladen, waar juist de arts als handelingsverantwoordelijke wordt aangewezen.

Het zelfbeschikkingsframe en het conflictframe zijn dominant in de berichtgeving in de dagbladen, maar ook andere frames komen regelmatig voor. De maatschappij rekent euthanasie in toenemende mate tot normaal medisch handelen. Hoewel het zelfbeschikkingsframe in de dagbladen en in de voorlichting niet precies op dezelfde manier wordt ingevuld, blijkt uit beide duidelijk de algemene boodschap: het belang van zelfbeschikking in de laatste levensfase. Het conflictframe komt echter nauwelijks terug in de professionele voorlichting. De dominantie van het zelfbeschikkingsframe in de dagbladen zou ertoe bij kunnen dragen dat de veel mensen -ten onrechte- denken dat een arts verplicht is om euthanasie te verlenen.

Waar in de dagbladen vaak zeer tot de verbeelding sprekende metaforen worden gebruikt, is de professionele voorlichting erg sober en voorzichtig in haar formuleringen. De professionele voorlichting zou hier meer gebruik van kunnen maken, enerzijds om haar eigen boodschap krachtiger over te brengen, anderzijds om beter tegenwicht te bieden aan de 'concurrentie' van berichtgeving in de media.

1. INLEIDING

In 2002 trad de *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (WTL)(2002) in werking. Hiermee was Nederland het eerste land dat euthanasie¹ –onder voorwaarden- legaliseerde (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst [KNMG], 2004). Vraagstukken omtrent (hulp bij) levenseinde zijn in Nederland sinds de jaren '70 een steeds prominentere rol gaan spelen in het maatschappelijke debat (Dees, 2014; Pollock & Yulis, 2004; Van Rein, 2013). Dit komt onder meer doordat de maatschappij sterk is geïndividualiseerd en gesecculariseerd. Dit heeft een grote weerslag op de gezondheidszorg. De hedendaagse patiënt is steeds meer geëmancipeerd (Widdershoven, 2002). Patiënten zijn tegenwoordig zelfbewuster en het medisch paradigma verschuift van de paternalistische arts naar de autonome patiënt (Stichting De Einder, 2015; Van Brussel, Van Landeghem, & Cohen, 2014).

Ook de visie op sterven is als gevolg hiervan in de laatste decennia sterk veranderd. Sterven behoort steeds minder tot het theologische- en steeds meer tot het medische domein (Van Brussel et al., 2014). Men ziet sterven steeds meer als iets waar keuzes in gemaakt kunnen worden (Wentlandt et al., 2012). In geval van ondraaglijk en uitzichtloos lijden kunnen patiënten sinds de WTL een euthanasieverzoek indienen bij hun arts. Een euthanasieverzoek is “misschien wel de meest ingrijpende keuze die mensen kunnen maken” (Canisius Wilhelmina Ziekenhuis [CWZ], 2009, p. 1). De arts mag instemmen met dit verzoek, mits hij de zorgvuldigheidscriteria² in acht neemt die de WTL voorschrijft.

De legalisering heeft het euthanasievraagstuk niet van zijn controverse ontdaan, integendeel. Sinds de invoering van de WTL worden de grenzen van de zorgvuldigheidscriteria telkenmale ter discussie gesteld en verlegd. Wat is *ondraaglijk* lijden? Moet er per se een zuiver medische oorzaak zijn van het lijden? Deze discussie wordt grotendeels in de media gevoerd (Pool, 2004; Rietjens et al., 2013), in het bijzonder in de landelijke kranten. Het publiek baseert haar beeldvorming op informatie uit zowel de media (De Vreese, 2004; 2005; De Vreese & Boomgaarden, 2003; Entman, 1993; Gamliel, 2012;

¹ Met 'euthanasie' wordt vanaf hier telkens 'euthanasie en hulp bij zelfdoding' bedoeld.

² De zorgvuldigheidscriteria waaraan voldaan moet zijn vereisen: 1) een vrijwillig en weloverwogen verzoek; 2) ondraaglijk en uitzichtloos lijden; 3) correcte en volledige voorlichting aan de patiënt en diens situatie; 4) een gebrek aan alternatieve oplossingen; 5) een oordeel van een onafhankelijke SCEN-arts; en 6) een medisch zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging.

Pollock & Yulis, 2004; Semetko & Valkenburg, 2000) als op professionele voorlichting (Dubbeldam et al., 2011; Haigh & Costa, 2012; Janssen et al., 2011; Sanders & Meijman, 2012; Tucker, 2012). Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe er in de media en de professionele voorlichting precies over euthanasie en wordt gecommuniceerd.

Artsen lichten hun patiënten het liefst persoonlijk voor. Een substantieel deel van de professionele voorlichting is echter schriftelijk en digitaal, onder meer doordat artsen steeds minder tijd per patiënt hebben (Dubbeldam et al., 2011). Tegelijkertijd heeft “de democratisering van informatie” ervoor gezorgd dat mensen bij gezondheidsproblemen steeds sneller en makkelijker hun toevlucht online zoeken (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [RVZ], 2010, p.21), bijvoorbeeld op de websites van zorginstellingen. De websites van ziekenhuizen maken echter nog erg weinig gebruik van alle mogelijkheden die het internet biedt en de informatie die hier wordt aangeboden bestaat veelal uit ingescande patiëntenfolders. Deze brochures bevatten meestal niet meer dan een beknopte omschrijving van een aandoening, de symptomen, behandelmethode, en eventueel bijkomende complicaties (Dubbeldam et al., 2011). De brochures zijn vaak algemeen, zo objectief en neutraal mogelijk, en gericht op het ideaal van de autonome patiënt en ‘informed decision making’ (Sanders & Meijman, 2012), terwijl een complexe zorgsituatie - zoals de laatste levensfase - in de praktijk veel vaker neerkomt op gezamenlijke beslissingen tussen de arts en de patiënt, oftewel ‘shared decision making’ (Charles, Gafni & Whelan, 1999).

Het digitale tijdperk heeft allerlei nieuwe informatiebronnen en interactiemogelijkheden voor het grote publiek toegankelijk gemaakt. Hierdoor hebben de geschreven informatiebrochures van de gezondheidsvoorlichting een steeds minder prominente plek in de mediamix (Haigh & Costa, 2012; Sanders & Meijman, 2012). Om in de veranderende mediacontext effectief te blijven, moet de gezondheidsvoorlichting wellicht aan nieuwe eisen voldoen. “Gezondheidsvoorlichters zullen zich moeten verhouden tot de veranderende mediacontext, waarin hun informatieve, keuze-georiënteerde voorlichting een steeds minder prominente plaats inneemt” (Sanders & Meijman, 2012, p.229).

Er lijkt een discrepantie te bestaan tussen de professionele voorlichting en het beeld dat de media schetsen. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van de volgende citaten:

Professionele voorlichting. *“Men denkt dan de garantie te hebben dat euthanasie wordt uitgevoerd zodra de wens actueel wordt. Dit is uitdrukkelijk **niet** het geval. ...Het is ook niet vanzelfsprekend dat een verzoek om euthanasie wordt gehonoreerd. Het is geen gebruikelijk medisch handelen”* (Uit: voorlichtingsbrochure ‘Euthanasie’ van het Albert Schweitzer-ziekenhuis, 2014, p.3).

Media. *“Ik wil ‘baas in eigen brein’ zijn. Bij mijn conceptie en geboorte is me dat niet gelukt. Bij het einde van mijn leven eis ik dat recht onverkort op.”* (D. Swaab, hoogleraar neurobiologie, in: ‘Ouderen eisen recht op hulp bij zelfdoding’, Volkskrant, 8 maart 2012)

De brochure van het Albert Schweitzer Ziekenhuis benadrukt dat er geen recht op euthanasie bestaat en dat de medewerking van een arts aan een euthanasieverzoek niet vanzelfsprekend is. De media benadrukken juist het morele recht op zelfbeschikking en persoonlijke autonomie. Dit blijkt ook uit de woorden van dhr. Swaab, die zijn recht op zelfbeschikking te zijner tijd zegt te zullen opeisen. Swaabs woorden impliceren ook dat wanneer zijn arts weigert mee te werken aan zijn euthanasieverzoek, deze hem dan een recht ontzegt. De discrepantie tussen de professionele voorlichting en het beeld dat in de media overheerst, lijkt te worden bevestigd door Rietjens et al. (2005) en Kouwenhoven et al. (2012), die rapporteren dat er een groeiende kloof ontstaat tussen medici en de algemene bevolking in hun kennis en houding ten aanzien van euthanasie. Een ruime meerderheid van de artsen die meededen aan een belevingsonderzoek over euthanasie geeft aan dat patiënten onvoldoende op de hoogte zijn van de grenzen aan euthanasie (KNMG et al., 2014). Het beeld dat het publiek van euthanasie heeft zou voor een deel gebaseerd kunnen zijn op de informatie die hen door de media wordt aangereikt.

Media hebben een grote invloed op de beeldvorming over levenseindevraagstukken door het gebruik van mediaframes (Entman, 1993), waarmee de interpretatie van hun boodschappen een bepaalde richting op kan worden gestuurd (Gamson & Modigliani, 1987; 1989; Joslyn & Haider-Markel, 2006; Van Gorp, 2007). Journalisten bekijken een probleem vanuit een specifieke invalshoek; of een specifiek *frame* (De Vreese, 2005; Hallahan, 1999; Scheufele, 1999; Scheufele & Iyengar, 2012). Dit leidt ertoe dat sommige informatie prominenter naar voren komt en andere informatie juist wordt weggelaten (Pan & Kosicki, 1993). Een *mediaframe* suggereert een bepaalde probleemdefinitie van de oorzaak van het

probleem, wie ervoor verantwoordelijk is, hoe urgent het is, wat de beste oplossing is, enzovoorts (Holody, 2006; 2011; Semetko & Valkenburg, 2000; Van Gorp, 2007).

Er is in verschillende onderzoeken overtuigend bewijs geleverd dat mediaframes van invloed zijn op de publieke opinie, ook in de berichtgeving over euthanasie (Birenbaum-Carmeli, Banerjee & Taylor, 2006; Entman, 1993; Gamliel, 2012; Pollock & Yulis, 2004). Er is echter nauwelijks systematisch onderzoek gedaan naar de inhoud van deze mediaframes en welke waarden ermee worden gecommuniceerd. Meer inzicht in deze frames is van belang voor gezondheidsvoorlichting (Sanders & Meijman, 2012) en voor een betere arts-patiëntcommunicatie (Gopal, 2015; Janssen et al., 2011; Tucker, 2012). Bovendien zorgt dit voor een beter algemeen begrip van de invloed van de media op het euthanasievraagstuk in Nederland.

Dit onderzoek gaat daarom in op de manier waarop het euthanasievraagstuk in Nederland wordt benaderd in de professionele gezondheidsvoorlichting en de landelijke dagbladen. De analyse van de dagbladen zorgt voor een groter inzicht in de mediaframes die het publieke debat op dit moment domineren. Om de eerste indruk van professionele voorlichting over euthanasie te staven wordt een selectie van brochures van zorginstellingen over euthanasie ook geanalyseerd. Samen leiden deze analyses tot een antwoord op de vraag welke invalshoeken en welke waarden dominant zijn in het euthanasiedebat in de media, en in hoeverre de professionele voorlichting hierop aansluit.

2. THEORETISCH KADER

2.1 Framing

Framing vindt zijn oorsprong in twee disciplines: de psychologie en de sociologie. Uit onderzoek van Kahneman en Tversky (1979; 1984) blijkt dat mensen verschillende keuzes maken, afhankelijk van de probleemdefinitie. Twee groepen participanten werd gevraagd om een keuze te maken tussen twee alternatieven in een hypothetische situatie die de levens van 600 mensen bedreigt. In de eerste groep waren de alternatieven positief geformuleerd (nadruk op gunstige gevolgen). De tweede groep kreeg *dezelfde* alternatieven, maar dit keer negatief geformuleerd (nadruk op verlies). In de positieve formulering moesten participanten kiezen tussen '*optie A: 200 levens worden gered*' of '*optie B: kans van 33% dat iedereen wordt gered, 66% kans dat niemand wordt gered*' (Kahneman & Tversky,

1984, p.343). Het dilemma was voor de tweede groep hetzelfde, maar nu waren de opties negatief geformuleerd: '*optie A: 400 mensen zullen sterven*' of '*optie B: kans van 33% dat niemand sterft, 66% kans dat alle 600 mensen sterven*' (Kahneman & Tversky, 1984, p.343). In de eerste groep koos 72% van de participanten voor optie A (200 levens worden gered), in de tweede groep koos slechts 22% voor optie A (400 mensen zullen sterven). Kahneman en Tversky (1984) verklaren dit irrationele keuzegedrag aan de hand van deze factoren: mensen zijn vaak slecht in het inschatten van kansen en risico's; mensen hebben een natuurlijke aversie tegen verlies; mensen wegen verlies veel zwaarder dan eenzelfde stijging in winst, en er is een neiging om de status-quo te behouden; een natuurlijke neiging tegen verandering. In algemene zin blijkt hieruit dat mensen informatie interpreteren afhankelijk van de context en hoe de informatie verpakt, ofwel *geframed*, is (Levin, 1987; Scheufele & Iyengar, 2012).

De werking van framing volgt uit de manier waarop het menselijk geheugen is opgebouwd. Stimuli worden door het brein verwerkt met behulp van cognitieve structuren, *schemata*, die de informatie interpreteren, categoriseren en 'opbergen'. Mensen gebruiken *associaties* en *verwachtingen* voor dit informatieverwerkingsproces. Op basis van associaties en verwachtingen geven mensen een boodschap een –voor hen zinvolle– betekenis en verbinden ze er conclusies aan die niet per se letterlijk uit de boodschap volgen. Het onderliggende mechanisme werkt volgens Kahneman en Tversky (1979) doordat contextuele cues (bijvoorbeeld een positieve versus negatieve omschrijving) bepaalde schemata activeren en daarmee een bepaalde interpretatie en betekenis 'voorrang geven' aan de andere mogelijke interpretaties (Hallahan, 1999). Framing is een proces van inclusie, exclusie en nadruk (Pan & Kosicki, 1993).

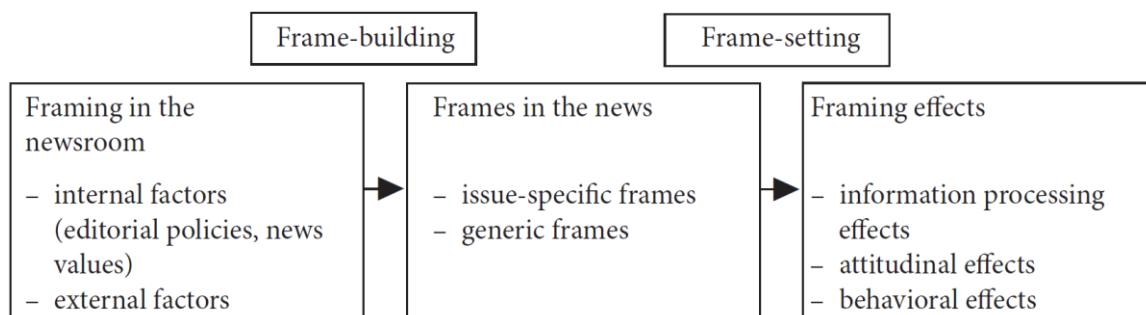
2.2 Framing in mediacontext

Entman (1993) stelt dat frames op verschillende 'locaties' voorkomen: bij de zender, in de boodschap, bij de ontvanger, en in een cultuur. De frames die gebruikt worden door de media zijn mediaframes (Entman, 1993). Mediaframes beïnvloeden niet zozeer de onderwerpen waar we aan denken, maar wel hoe we over die onderwerpen nadenken (Gamson & Modigliani, 1987; 1989; Hallahan, 1999; Scheufele & Iyengar, 2012). Tuchman (1978) stelt dat journalisten door middel van mediaframes de sociale werkelijkheid construeren. Elke gebeurtenis kan vanuit verschillende invalshoeken worden beschouwd. Elke potentiële invalshoek is in feite een frame. Journalisten maken de keuze -bewust of

onbewust- om een verhaal op een bepaalde manier te framen en dit frame bereikt het grote publiek.

Mediaframes beïnvloeden het publiek door bepaalde associaties en verwachtingen op te roepen. Mediaframes plaatsen informatie in perspectief en zorgen voor de contextuele kaders waarbinnen het publiek het nieuws interpreteert (Cappella & Jamieson, 1997; Gamson & Modigliani, 1989). Entman (1993, p.53) definieert framing als: “selecting some aspects of a perceived reality in such a way as to promote a particular problem definition, causal interpretation, moral evaluation, and/or treatment recommendation”. Alle eigenschappen van een nieuwsbericht (structuur van de tekst, inhoudelijke opbouw, thematische opbouw, lay-out, selectie van bronnen, etc) kunnen invloed hebben op welke schemata bij het publiek worden geactiveerd bij het verwerken van de boodschap (Price, Tewksbury, & Powers, 1997). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat mediaframes de publieke opinie kunnen beïnvloeden (Birenbaum-Carmeli et al., 2006; Gamliel, 2012; Hallahan, 1999; Holody, 2011; Nattinger, Hoffmann, Howell-Pelz, & Goodwin, 1998; Pollock & Yulis, 2004; Stryker, Moriarty, & Jensen, 2008; Yanovitzky & Blitz, 2000).

De Vreese (2005) integreert dit in “een integraal procesmodel voor framing” (p.52, mijn vertaling). Figuur 1 laat goed zien welke factoren van invloed kunnen zijn op het framen van nieuws door journalisten. Het resultaat van dit proces van *frame-building* manifesteert zich in de daadwerkelijk gebruikte frames in een nieuwsbericht. *Frame-setting* is het proces dat de interactie beschrijft tussen nieuwsberichten en de manier waarop mensen de informatie verwerken. Vervolgens kunnen de effecten van mediaframes bekeken worden op individueel niveau (bv. overtuigingen; houding), maar ook op publiek niveau (bv. politiek engagement; demonstraties). Verder illustreert dit procesmodel voor framing de reciprociteit tussen de media en de maatschappij: mediaframes beïnvloeden de maatschappij en tegelijkertijd zijn de media ook een weerspiegeling van de maatschappelijke werkelijkheid (De Vreese, 2005).



Figuur 1: Integraal procesmodel voor framing (Bron: De Vreese, 2005, p. 52).

De literatuur geeft allerlei definities en typologieën van mediaframing, met bijbehorende theorievorming en analysemodel. Verschillende wetenschappers zijn het eens over een basaal onderscheid tussen feitelijke informatie, of *core news facts*, (wie, wat, waar, wanneer) en frame indicatoren, of *frame-carrying elements* (De Vreese, 2005). Om tot een empirische en systematische aanpak te komen hebben wetenschappers de tekstuele elementen -frame indicatoren- die kunnen wijzen op een frame benoemd. Zo onderscheiden Gamson en Modigliani (1989) de *framing devices*: metaforen, exemplars, slagzinnen, karakteristieke omschrijvingen en visuele elementen. *Framing devices* vormen samen met de *reasoning devices* (oorzaken, consequenties, en morele oordelen) een framebundel (Gamson & Modigliani, 1989; Van Gorp, 2007). Daarnaast kunnen ook de volgende indicatoren gebruikt worden om het frame te bepalen: titel, tussenkopjes, bronnen, statistieken, en uitgelichte citaten (Tankard, 2001).

Ook is er een onderscheid tussen specifieke en generieke frames (De Vreese, 2003). Specifieke frames zijn geschikt voor één specifiek onderwerp en zijn zeer geschikt voor accurate gedetailleerde beschrijvingen en analyses van het betreffende onderwerp. Een kenmerk van specifieke frames is dat ze in een andere context hun betekenis verliezen. Zo was de Lewinsky-affaire een van de specifieke mediaframes in de laatste periode van Clintons presidentschap van Amerika (Shah, Watts, Domke, & Fan, 2002). De betekenis van dit specifieke frame is verbonden aan Clinton en heeft in een andere context geen, of geen relevante betekenis. De keerzijde van specifieke frames is dat het lastig is om te generaliseren of om verschillende onderzoeken te vergelijken. Ook veranderen specifieke frames aan de hand van veranderende omstandigheden (bv. culturele waarden, samenstelling van de populatie, technologische ontwikkeling, etc) (De Vreese, 2005). Daarentegen zijn generieke frames structureler en algemener. Generieke frames hangen samen met journalistieke conventies en invalshoek die de journalist kiest (Semetko & Valkenburg, 2000). Ze zijn geschikt voor de nieuwsberichten, ongeacht het onderwerp. Generieke frames lenen zich goed voor generalisatie en kunnen vergeleken worden over verschillende onderzoeken. Semetko en Valkenburg (2000) onderscheidden vijf generieke mediaframes: *conflict*, *human interest*, *attribution of responsibility*, *morality*, en *economic consequences*. Deze indeling wordt veel gebruikt in studies naar mediaframing.

Pan en Kosicki (1993) onderscheiden vier dimensies om te differentiëren tussen *core news facts* en de *frame-carrying elements*: “de journalistieke opbouw van de tekst,

gekoppeld aan de lay-out en het gebruikte medium (syntactische structuur), de inhoudelijke opbouw van het verhaal (scriptstructuur), het poneren van stellingen en het leggen van intertekstuele en causale verbanden (thematische structuur) en de lexicale keuzes om de tekst levendiger en overtuigender te maken, bijvoorbeeld met metaforen en slagzinnen (retorische structuur)(Van Gorp, 2002, p.331).

Zucker (1978) stelt dat hoe minder kennis of affiniteit iemand heeft met een onderwerp, des te groter de invloed van de media is bij diens beeldvorming over dat onderwerp. Met andere woorden, de invloed van de media is het grootst bij relatief onbekende onderwerpen. Mensen hebben doorgaans weinig voorkennis, affiniteit, of ervaring met een onderwerp als euthanasie (Holody, 2011; Mellor & Shilling, 1993; Somerville, 1997). Daardoor zal bij euthanasie de invloed van de media op de publieke opinie des te groter zijn (Holody, 2011; Zucker, 1978).

2.3 Euthanasie in de media

De media spelen een cruciale rol in het maatschappelijke debat en de publieke beeldvorming rondom euthanasie. Pollock en Yulis (2004) illustreren de invloed van de geschreven media aan de hand van de Amerikaanse patholoog-anatoom Dr. Kevorkian, alias 'Dr. Death'. Hij werd in 1998 veroordeeld voor tweedegraads moord voor het toedienen van een fatale injectie aan een ALS-patiënt. Kevorkian gaf in een interview aan in ruim 100 gevallen euthanasie te hebben verleend. Hij kwam voorwaardelijk vrij na acht jaar van zijn straf te hebben uitgezeten (Schneider, 2011). Aanvankelijk werd Kevorkian als een moderne Dr. Frankenstein afgeschilderd en verguisd. In de loop der tijd veranderde het mediaframe en werd hij een gevierd voorvechter van het recht op zelfbeschikking, die moedig streed tegen een verouderd rechtssysteem en de inperking van individuele vrijheden door de overheid (Birenbaum-Carmeli et al., 2006), die patiënten hielp met waardig sterven (Pollock & Yunis, 2004).

Somerville (1997) constateert dat de pers over het algemeen een overwegend positieve houding heeft ten aanzien van euthanasie en zich in hun verslaglegging vooral richt op schrijnende, persoonlijke verhalen. Birenbaum-Carmeli et al. (2006) concluderen in hun onderzoek naar framing van 'hulp bij zelfdoding' in de Engelse media dat de patiënt als autonoom en consciëntieus –soms bijna heroïsch- wordt geframed. Bovendien wordt het

‘gedateerde rechtssysteem’ als probleem gesignaleerd en worden tegengeluiden gemarginaliseerd.

McInerney (2006) stelt in vergelijkbaar onderzoek in Australië dat patiënten als helden en voorvechters voor een ‘zachte’ en ‘waardige’ dood worden geframed. Deze helden vinden zelden gehoor bij de medische professionals die als schurken worden afgeschilderd. Regulier sterven wordt als negatief, onwaardig en afschuwelijk geframed, de zelfgekozen dood wordt in gedramatiseerde persoonlijke verslagen geromantiseerd en verheerlijkt (McInerney, 2006). Deze klassieke tegenstelling van persoonlijke vrijheid en zelfbeschikking versus de heiligheid van het leven, karakteriseert het euthanasiedebat in veel landen (Dworkin, Frey, & Bok, 1998; Haider-Markel & Joslyn, 2004; O’Neill, Feenan, Hughes, & McAlister, 2003).

Ook Seale (2010) rapporteert soortgelijke bevindingen. Hij stelt dat de berichtgeving in de media over schrijnende gevallen van (terminale) ziekte en lijden neigt naar “voyeurisme” (p.862). De focus ligt op de individuele menselijke tragedie. Journalisten maken graag gebruik van de troep waarin de gewone burger als dappere held kan worden neergezet, of als een slachtoffer dat dringend behoefte heeft aan hulp. Dit sluit goed aan bij de hedendaagse journalistieke praktijk die sterk geïndividualiseerd, gepersonaliseerd en gedramatiseerd is (Van Brussel et al., 2014). “Euthanasie stelt de media in staat om verslag te doen van het daadwerkelijke moment van overlijden, terwijl sterven door ‘slechts’ palliatieve sedatie vaak een slepend, minder mediageniek, proces is” (Van Brussel et al., 2014, p.133, mijn vertaling).

Holody (2011) deed onderzoek naar euthanasie in de Amerikaanse media en belangenorganisaties en onderscheidde daarbij de volgende frames: “conflict, medical, legal, morality/religion, autonomy/patient rights, big government/state rights, economic consequences, politics” (pp.211-212). Deze frames waren gebaseerd op eerder onderzoek van onder meer Hyde (1993) en Holody (2006). Holody (2011) constateert dat de manier waarop euthanasie in de Amerikaanse media wordt geframed begint te verschuiven. Euthanasie wordt niet meer uitsluitend gekoppeld aan Kevorkian, zoals lange tijd het geval was (Haller & Ralph, 2001). Atwood-Gailey (2003) trof in nieuwsberichten over euthanasie slechts het medische- en juridische frame aan, maar Holody (2011) rapporteert een grotere diversiteit aan mediaframes in het euthanasiedebat, ondanks het feit dat het juridische frame nog wel het meest frequent is. Bovendien nemen de media steeds vaker een neutrale

positie in en lijkt de klassieke dichotomie van zelfbeschikking versus heiligheid van het leven op zijn retour te zijn (Holody, 2011).

2.4 Beeldvorming euthanasie in Nederland

2.4.1 Media

De onderzoeken die in de vorige paragraaf aan bod kwamen zijn veelal in het buitenland uitgevoerd. Nog los van de culturele verschillen met Nederland, zijn deze onderzoeken gedaan in een setting waar elke vorm van euthanasie illegaal en strafbaar is³. Nederland is in dit opzicht een pionier en het valt te verwachten dat het debat in de media en de samenleving daardoor wezenlijk anders is. In het buitenland staat de vraag *of* euthanasie gelegaliseerd zou moeten worden ter discussie, terwijl in Nederland het maatschappelijk debat zich de laatste jaren richt op euthanasie voor demente ouderen, jonge kinderen, gehandicapten en ouderen die “lijden aan een voltooid leven” (NVVE, 2015, p. 6). Het verschil zit in de nuance en complexiteit van het debat. Ondanks de eerste tekenen van een verschuiving in het debat (Holody, 2011), is de klassieke dichotomie in de Amerikaanse (Holody, 2006; 2011; Pollock & Yulis, 2004), Britse (Birenbaum-Carmeli et al., 2006), en Australische (McInerney, 2006) media nog altijd zeer dominant.

Een ander belangrijk verschil tussen Nederland en bijvoorbeeld de Verenigde Staten is de manier waarop de gezondheidszorg is georganiseerd. De angst dat legale euthanasie kan worden misbruikt tegen (vooral) kwetsbare groepen, zoals gehandicapten en ouderen die lang van kosten verslindende zorg gebruik maken, wordt vaak genoemd door tegenstanders. Ook onverzekerden worden door tegenstanders in deze context als kwetsbare groep aangemerkt omdat zij vatbaarder zijn voor euthanasie vanwege financiële motieven (Holody, 2006; 2011). Dit risico is in Nederland verwaarloosbaar door de verplichte zorgverzekering en de goede toegankelijkheid van de openbare gezondheidszorg.

De Nederlandse media spelen een zeer prominente rol in het euthanasiedebat (Pool, 2004; Rietjens et al., 2013), in het bijzonder de landelijke dagbladen. Een van de redenen dat in de afgelopen decennia het debat in dagbladen van een zeer hoog –zelfs academisch– niveau was, is dat prominenten uit de zorg, ethiek en sociale wetenschappen vaak de dagbladen (in plaats van vakbladen) verkozen om te reageren op relevante vraagstukken

³ Behalve Amerikaans onderzoek: in Amerika is euthanasie onder strikte voorwaarden toegestaan in de staten Montana, Oregon en Washington.

(Pool, 2004). Sinds 1973⁴ zijn er duidelijke pieken zichtbaar in de media-aandacht wanneer er een controversiële kwestie speelde in de actualiteit (Pool, 2004). Zeker gezien de essentiële rol van de media in de ontwikkeling van het Nederlandse euthanasiebeleid is onderzoek naar mediaframing in deze context relevant.

2.4.2 Voorlichting

Gezondheidsvoorlichting wordt door het publiek opgenomen, geaccepteerd, of genegeerd. Dit is afhankelijk van de populariteit van het thema op dat moment en van cultureel bepaalde grondopvattingen -frames- die mensen hebben over gezondheid, ziekte en zorg (Sanders & Meijman, 2012). Deze cultureel bepaalde grondopvattingen structureren het informatieverwerkingsproces en worden in de gezondheidscommunicatie ook wel 'Health beliefs' genoemd (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988). Het publiek heeft een bepaald beeld (frame) van euthanasie, grotendeels gebaseerd op informatie die hen via de media bereikt. Wanneer het frame in de voorlichting te veel afwijkt van de frames die mensen veelal in de media krijgen aangereikt, kan dit ertoe leiden dat het publiek het nieuwe frame afwijst (Druckman, 2001). Dit kan er vervolgens toe leiden dat de boodschap als geheel wordt afgewezen (Van Gorp, 2007).

Sinds de invoering van de WTL wordt de gezondheidszorg geconfronteerd met de uitdaging om adequate voorlichting over levenseindevraagstukken, zoals euthanasie, te geven. Daarbij wordt van de voorlichting verwacht dat deze in overeenstemming is met de prevalerende medische opvattingen, zodat er geen beloftes worden gedaan die de zorg niet kan nakomen. Maar de voorlichting moet ook, tot op zekere hoogte, rekening houden met de veranderende mediacontext en de publieke opinie. Daar komt nog bij dat euthanasie een precair en beladen onderwerp is doordat de emotionele en ethische afwegingen een rol spelen die minstens zo belangrijk is als de medische. In de laatste levensfase van de patiënt wordt van artsen een holistische begeleiding gevraagd (Tucker, 2012; Dees, 2014), die rekening houdt met de vier domeinen die in de palliatieve zorg worden onderscheiden (lichamelijk, psychisch, sociaal, spiritueel) (Overman & Bruntink, 2015). De gezondheidszorg heeft de plicht om patiënten gedegen voor te lichten over hun gezondheidstoestand, de behandelopties en de bijbehorende consequenties, zodat de patiënt een weloverwogen afweging kan maken (Sanders & Meijman, 2012; Tucker, 2012).

⁴ In 1973 werd de eerste belangrijke rechterlijke beslissing genomen inzake euthanasie in Nederland. De zaak-Postma (1973) wordt vaak gezien als het begin van het euthanasiedebat.

Er is geen vraagbaak waar patiënten en naasten met hun vragen terecht kunnen, buiten de behandelend arts. Dat die behoefte er is blijkt uit de toename van het aantal patiënten dat bij organisaties als de NVVE en KWF Kankerbestrijding aanklopt met uiteenlopende vragen (Overman & Bruntink, 2015). Bij deze organisaties ontbreekt echter kennis van de inhoud en organisatie van de palliatieve zorg, waardoor zij vaak alleen kunnen terugverwijzen naar de behandelend arts. Voor zorgprofessionals zijn er zo'n vijftig consultatieteams palliatieve zorg in Nederland, maar patiënten en naasten kunnen hier niet met hun informatiebehoefte terecht (Overman & Bruntink, 2015). Uit onderzoek van KNMG et al. (2014) onder artsen blijkt dat 74% vindt dat er voldoende voorlichtingsmateriaal beschikbaar is, maar 40% geeft aan dat de informatie onvoldoende begrijpelijk is voor patiënten. Ook geeft een meerderheid aan behoefte te hebben aan voorbeeldbrieven (70%) en een brochure (80%) om aan patiënten mee te geven (KNMG et al., 2014).

Een probleem bij veel artsen is een gebrek aan vaardigheden in communicatie met patiënten over lastige onderwerpen (Overman & Bruntink, 2015; Van der Male, 2014). Omgaan met levenseindevraagstukken en hiervoor bestemde gesprekstechnieken zit doorgaans niet in het medisch curriculum (Schell et al., 2012; Van der Male, 2014; Von Gunten, Ferris & Emanuel, 2000). Artsen zijn hier niet vertrouwd mee en geven dit ook als een van de redenen waarom gesprekken over het levenseinde vermeden of uitgesteld worden. Daarnaast geven artsen aan dat ze gesprekken over het levenseinde uit de weg gaan uit angst om een einde te maken aan het laatste optimistische sentiment bij de patiënt (Tucker, 2012), of uit angst dat zulke gesprekken de patiënt onnodig veel stress bezorgen (Morrison, 2005). Ook zijn er artsen die dit gesprek liever mijden vanwege een persoonlijke overtuiging dat in hun beroep niet kan worden 'samengewerkt met de dood' (Morrison, 2005). Ten slotte zijn sommige artsen ervan overtuigd dat levenseindevraagstukken (nog) niet spelen bij hun patiënt (Desharnais, R. Carter, Hennessy, Kurent, & C. Carter, 2007).

Desondanks is de arts de eerste aangewezen persoon om gesprekken over de laatste levensfase te voeren en dit intensieve proces te begeleiden (Dees, 2014). In dit proces van 'shared decision making' (Sorensen & Iedema, 2011; Charles et al., 1999) is een goede vertrouwensband tussen de arts en de patiënt cruciaal (Dees, 2014). De medische gemeenschap is in de afgelopen paar jaar langzamerhand overtuigd geraakt van het belang van de arts-patiëntrelatie in levenseindevraagstukken. Daarmee wordt niet bedoeld dat artsen voorheen niet met hun patiënten begaan waren, maar de verantwoordelijkheid van

de arts beperkte zich meer tot het medische domein. De rol van de arts bij patiënten in de laatste levensfase is veranderd. Als de arts proactief en ondersteunend is voor de patiënt en hem begeleidt in de laatste levensfase, blijkt de kwaliteit van de zorg die patiënten ervaren te stijgen (Janssen et al., 2011; Wentlandt et al., 2012), blijkt dat patiënten zich beter voorbereid voelen op de dood (Dees et al., 2012), minder angst en bezorgdheid ervaren (Wentlandt et al., 2012), en een hogere kwaliteit van sterven ervaren (Janssen et al., 2011; Tucker, 2012). Hoewel artsen het belang van een proactieve stervensbegeleiding onderschrijven (Tucker, 2012), blijkt in de praktijk dat zij de gesprekken over het levenseinde toch vaak uitstellen of vermijden (Dees et al., 2012; Van der Male, 2014). Dit is consistent met de bevinding van Tucker (2012) en het KNMG (2014) dat veel patiënten niet goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden in hun laatste levensfase. Doordat artsen het gesprek over levenseindevraagstukken vermijden en uitstellen zijn patiënten nog sterker afhankelijk en vatbaar voor de informatie uit de media en de informatie die online beschikbaar is.

2.5 Onderzoeksvragen

Dit onderzoek focust op berichtgeving over euthanasie in landelijke dagbladen en professionele schriftelijke voorlichting. De berichten in de dagbladen en het voorlichtingsmateriaal zullen inhoudelijk worden geanalyseerd met behulp van frameanalyse. Wanneer euthanasie op een bepaalde manier geframed wordt, leidt dit bij het publiek tot een bepaalde interpretatie van onder meer de oorzaak van het probleem, de urgentie, wie verantwoordelijk is, of wat mogelijke oplossingen zijn (Van Gorp, 2007). Dit onderzoek zal vervolgens ingaan op de vraag hoe de professionele voorlichting zich verhoudt tot wat mensen uit de media krijgen aangereikt.

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de manier waarop levenseindevraagstukken in de dagbladen en in professionele schriftelijke voorlichting geframed worden. Effectieve gezondheidsvoorlichting moet zich enigszins verhouden tot de informatie die men vanuit de media krijgt aangereikt; als voorlichting te ver van de media af staat gaat de effectiviteit ervan helemaal verloren (Sanders & Meijman, 2012).

In dit onderzoek worden teksten geanalyseerd over euthanasie die gepubliceerd zijn in de afgelopen vijf jaar in vier landelijke kranten. De voorlichting over euthanasie in een selectie van Nederlandse ziekenhuizen wordt ook geanalyseerd. Vervolgens wordt ingegaan op hoe deze twee zich tot elkaar verhouden.

1. Hoe werd euthanasie in professionele schriftelijke voorlichting geframed in de afgelopen vijf jaar?
2. Hoe werd euthanasie door de (geprinte) media geframed in de afgelopen vijf jaar?
3. Hoe verhoudt de professionele schriftelijke voorlichting over euthanasie zich tot de berichtgeving over euthanasie in de media?

Dit onderzoek is het eerste onderzoek dat specifiek inzoomt op mediaframes in relatie tot gezondheidsvoorlichting over euthanasie in Nederland. Dit is relevant voor de wetenschappelijke inzichten in de werking van de media bij levenseindevraagstukken. Dit onderzoek beoogt meer inzicht te bieden in de frames die in Nederlandse landelijke dagbladen opgeroepen worden in het euthanasiedebat.

De analyse van de schriftelijke voorlichting draagt bij aan adequate gezondheidsvoorlichting door inzicht te bieden in de benadering ten opzichte van de benadering in de media. Met de kennis uit dit onderzoek kan de professionele schriftelijke voorlichting beter worden afgestemd op het referentiekader van het publiek, waarmee de effectiviteit wordt vergroot.

3. METHODE

3.1 Materiaal

In dit onderzoek werden de frames met betrekking tot het onderwerp euthanasie bepaald in voorlichtingsbrochures vanuit zorginstellingen en in Nederlandse dagbladen. De voorlichtingsbrochures die in dit onderzoek geanalyseerd werden bestonden uit brochures over levenseindekwesties die op websites van ziekenhuizen te downloaden zijn.

Voor dit onderzoek werden krantenberichten geanalyseerd die verschenen zijn in de periode 1 januari 2010 tot 15 februari 2016. De media-aandacht voor euthanasie piekt wanneer er een controversiële kwestie in de actualiteit speelt (Pool, 2004). In de onderzoeksperiode was euthanasie zeer actueel door ten eerste de spraakmakende rechtszaak tegen Albert Heringa, die zijn moeder hielp met sterven, en ten tweede de lancering van het burgerinitiatief *Uit Vrije Wil*, dat zich inzet voor de legalisatie van stervenshulp aan ouderen (>70 jaar) die hun leven voltooid achten (Uit Vrije Wil, 2013).

3.1.1 Voorlichtingsbrochures

De voorlichtingsbrochures werden gezocht op de websites van ziekenhuizen. Om een representatief beeld van Nederland te geven werd uit elke provincie één ziekenhuis gekozen, aangevuld met twee academische ziekenhuizen. Op de website *Zorgkaart Nederland* (Patiëntenfederatie NPCF, 2015) werd per provincie willekeurig één ziekenhuis uitgekozen. Op de websites van de geselecteerde ziekenhuizen werd vervolgens gezocht naar informatie over euthanasie.

De voorlichtingsbrochures waren uitgegeven door de afdeling patiëntenvoorlichting van de respectievelijke ziekenhuizen met als doel het informeren, en soms ook activeren, van patiënten over keuzes rondom het levenseinde. Sommige voorlichtingsbrochures gingen uitsluitend in op actieve levensbeëindiging, terwijl in andere gevallen euthanasie een onderdeel was van een brochure over levenseindekwesties⁵ of een opnamemagazine⁶. In de laatste gevallen werden alleen de algemene inleidende passages en de passages over euthanasie in de analyse opgenomen.

Er is bij een steekproef van vijftien ziekenhuizen naar informatie gezocht over euthanasie. In vijf gevallen werd geen informatie gevonden, in één geval werden twee teksten opgenomen. In totaal bestond de steekproef van de professionele voorlichting uit elf teksten, afkomstig van tien ziekenhuizen. In bijlage 1 is een lijst met alle gebruikte voorlichtingsfolders opgenomen.

3.1.2 Dagbladen

In dit onderzoek is ervoor gekozen om de media te beperken tot de landelijke dagbladen vanwege de volgende redenen. Ten eerste spelen de landelijke dagbladen een zeer prominente rol in het Nederlandse euthanasiedebat (Pool, 2004; Rietjens et al., 2013). Ten tweede blijkt uit literatuuronderzoek van Lee (2007) dat de nieuwe media nog steeds sterk afhankelijk zijn van traditionele media voor hun informatie en dat de agenda en de frames in traditionele- en nieuwe media grotendeels overeenkomen. Anders gezegd, ondanks het groeiende aandeel van nieuwe media in de mediamix, krijgt het publiek grosso modo nog steeds dezelfde informatie aangereikt (Holody, 2011). Ten derde heeft de praktische

⁵ Bijvoorbeeld: *niet-reanimeren*, *palliatieve sedatie*, of *orgaandonatie*, werden samen met *euthanasie* in één brochure toegelicht.

⁶ Euthanasie was één kort hoofdstukje in een uitgebreid magazine met allerlei informatie voor patiënten die in dit ziekenhuis werden opgenomen.

haalbaarheid meegespeeld in de keuze om bijvoorbeeld tijdschriften of documentaires niet in dit onderzoek op te nemen.

In dit onderzoek werd berichtgeving uit de vier landelijke dagbladen met de hoogste oplages geanalyseerd. Dit waren *Algemeen Dagblad (AD)*, *NRC Handelsblad (NRC)*, *Telegraaf*, en *Volkskrant*. De vier grootste Nederlandse Dagbladen werden geselecteerd om twee redenen: tezamen vormen zij een representatieve afspiegeling van het totale aanbod en een representatieve afspiegeling van de Nederlandse bevolking. *Telegraaf* is de grootste krant met een oplage in 2014 van 455.927, gevolgd door het *AD* (347.419), *Volkskrant* (220.091) en *NRC* (174.673⁷) (Krantenstatistiek, 2015). Op een schaal van sensationeel tot serieus, is *Telegraaf* de meest sensationele krant (Cebuco, 2012b). *Volkskrant* en *NRC* bevinden zich aan de serieuze kant van het spectrum (Cebuco, 2012c, 2013). Het *AD* zit tussen het sensationele en serieuze in (Cebuco, 2012a).

Alle artikelen werden gezocht met behulp van LexisNexis, een database waarin 98% van alle Nederlandse krantenberichten staat (Rietjens et al., 2013). Artikelen werden gezocht met de query: [euthanasie OR "hulp bij zelfdoding" AND LENGTH >(400)]. Het lengtecriterium is toegevoegd vanwege de assumptie dat kortere berichten niet boven een beknopte weergave van feiten uitstijgen, waardoor deze voor dit onderzoek van minder belang zijn. Het lengtecriterium van >400 woorden is een compromis tussen enerzijds de voorkeur voor langere artikelen en anderzijds een representatieve weergave van de vier dagbladen. Bij een lengtecriterium van >700 woorden zijn er 5,9 keer zoveel artikelen uit *NRC* als uit *Telegraaf*. Bij een lengtecriterium van >400 woorden is dit verschil teruggebracht tot 4,4 *NRC*-artikelen op één artikel uit de *Telegraaf*.

Er werden in totaal 1261 artikelen gevonden: *NRC* (n=533), *Volkskrant* (n=461), *AD* (n=148), *Telegraaf* (n=119). Er werden twee groepen artikelen geselecteerd voor verdere analyse. Ten eerste werden de 50 meest recente artikelen in het corpus opgenomen. Vervolgens werden de resultaten in LexisNexis gesorteerd op basis van *relevance*, in plaats van *newest to oldest*. De 100 meest relevante resultaten werden ook in het corpus opgenomen. In een eerste schifting werd het corpus van 150 teruggebracht tot 90 artikelen. Er waren verschillende redenen om artikelen uit het corpus te schrappen. Dubbele artikelen, die zowel in recentste 50, als in relevantste 100 voorkwamen, werden geschrapt, evenals

⁷ Oplagecijfers van *NRC* over 2014 zijn niet bekend, dit is de oplage in 2013.

artikelen die betrekking hadden op het buitenland. Ook artikelen die niet over euthanasie gingen, maar bijvoorbeeld een boek of theaterstuk over euthanasie recenseerden, werden eruit gefilterd. De artikelen waren voldoende verspreid over de onderzoeksperiode: 2011 was met 11 artikelen het minst vertegenwoordigd⁸, 2013 met 19 artikelen het beste.

Het gemiddeld aantal woorden per artikelen in het corpus was 1111 ($SD=616$, *domein: 406-4095*). NRC was met 52 artikelen ($M=1149$, $SD=678$) hofleverancier van het corpus, gevolgd door de Volkskrant met 29 artikelen ($M=1055$, $SD=543$). 6 artikelen ($M=926$, $SD=396$) kwamen uit het AD, 3 artikelen ($M=1369$, $SD=597$) kwamen uit de Telegraaf. In bijlage 2 is een lijst met alle gebruikte artikelen toegevoegd.

3.2 Procedure

3.2.1 Frames

In dit onderzoek werd de definitie van Tankard, Hendrickson, Silberman, Bliss en Ghanem (1991) gehanteerd van mediaframes: “as the central organizing idea for news content that supplies context and suggests what an issue is through the use of selection, emphasis, exclusion, and elaboration” (In: Holody, 2011, p.33). Deze definitie is zowel geschikt voor generieke frame-analyse, maar leent zich ook voor een gedetailleerdere specifieke frame-analyse. Op basis van de literatuur werden de volgende generieke mediaframes met betrekking tot de gezondheidszorg onderscheiden: *economie*, *politiek*, *conflict*, *maatschappij*, *verantwoordelijkheid*, *humaniteit*, *ethiek*, *zelfbeschikking*, *juridisch*, en *medisch* (Holody, 2006; 2011, Hyde, 1993; Rietjens et al., 2013; Semetko & Valkenburg, 2000). Voor elk frame volgt hieronder een korte omschrijving.

Economische consequenties. Dit frame legt de nadruk op kosten en baten. Dit kan op het niveau van personen, groepen, instanties of landen zijn (Semetko & Valkenburg, 2000). Een voorbeeld van dit frame is een verhaal dat voornamelijk gaat over de kosten en baten van het legaliseren van euthanasie.

Politieke consequenties. Dit frame gaat in op de politieke gevolgen van, in dit geval, euthanasie op de korte- of lange termijn (Holody, 2006). In dit frame kan bijvoorbeeld worden ingegaan op de gevolgen voor verkiezingen wanneer een politicus of partij zich uitspreekt voor of tegen euthanasie.

⁸ Alleen hele jaren meegerekend. Slechts 7 artikelen kwamen uit 2016.

Conflict. Een conflictframe benadrukt een geschil tussen personen, groepen of instanties (Semetko & Valkenburg, 2000). In dit frame ligt de nadruk vaak op ‘winnen’ of ‘verliezen’ (Holody, 2006). Dit kan bijvoorbeeld gaan over het conflict tussen de patiënt die behoefte heeft aan meer zelfbeschikking en autonomie en de arts die euthanasie pas mag verlenen als hij ervan overtuigd is dat aan de zorgvuldigheidscriteria wordt voldaan.

Maatschappij. In dit frame staan de maatschappelijke gevolgen centraal. Dit kan bijvoorbeeld gaan over de manier waarop de maatschappij met ouderen omgaat. Ook als de Nederlandse samenleving bijvoorbeeld wordt omschreven als samenleving die ‘oudjes afdankt’ of ‘het liefst zo snel mogelijk een spuitje geeft’, valt dit onder het maatschappelijke frame (Holody, 2006).

Verantwoordelijkheid. Het verantwoordelijkheidsframe is erop gericht om een oorzaak, een schuldige, of een verantwoordelijke aan te wijzen. Dit kan een persoon of groep zijn, maar is in de praktijk vaak een overheid of bevoegd gezag. Een persoon of instantie wordt geframed als oorzaak van een probleem of juist als oplosser (Semetko & Valkenburg, 2000). In de context van euthanasie kan bijvoorbeeld de NVVE als verantwoordelijke worden geframed voor het burgerinitiatief ‘Uit Vrije Wil’.

Humaniteit. Het humaniteitsframe wordt gebruikt om emotie en beleving te benadrukken in verhalen die focussen op een persoon of een groep. Het nieuws wordt in dit frame vaak gedramatiseerd (Semetko & Valkenburg, 2000). Dit frame wordt vaak gebruikt in biografische verhalen (Holody, 2006) en legt een sterke nadruk op een groep of persoon.

Ethiek. Het ethiekframe is normatief en vaak paternalistisch. Een situatie wordt in de context van normen en waarden, al dan niet religieus (Holody, 2006), beschouwd. Een journalist citeert hierbij vaak een bron omdat een direct moreel oordeel doorgaans niet past binnen de onafhankelijke professionele journalistieke conventies (Semetko & Valkenburg, 2000). Een moreel oordeel in de context van euthanasie kan bijvoorbeeld zijn: euthanasie schendt de heiligheid van het leven.

Zelfbeschikking/autonomie. Dit frame legt de nadruk op de autonomie en het recht op zelfbeschikking van de patiënt. In dit frame kan bijvoorbeeld de vergelijking worden gemaakt tussen het recht van een patiënt om behandeling of reanimatie te weigeren met het recht om zijn leven desgewenst te beëindigen. In dit frame kunnen de keuzes omtrent levenseindevraagstukken die patiënten hebben aan bod komen, maar ook de rechten die patiënten hebben in de laatste levensfase.

Juridisch. Het juridische frame stelt juridische consequenties centraal. Dit kan gaan over de wenselijkheid van het in stand houden van het wetsartikel dat hulp bij zelfdoding verbiedt, of over de juridische rekbaarheid van de zorgvuldigheidscriteria. Rechtzaken en vervolgingen vallen eveneens onder dit frame.

Medisch. Het medische frame legt de nadruk op de medische aspecten van euthanasie. Er is bijvoorbeeld sprake van een medisch frame wanneer euthanasie wordt beschouwd in het licht van de medische diagnose en prognose van de patiënt, diens behandel mogelijkheden, of de gebruikte euthanatica.

3.2.2 Analyse

Voor de analyse werd eerst gecontroleerd of er nog generieke frames ontbraken aan de hand van een inductieve frameanalyse (Van Gorp, 2007) met een klein sample (n=20). Dit bleek niet het geval te zijn. Vervolgens werden in de teksten de generieke frames gemarkeerd. De generieke frames werden gebruikt om de informatie thematisch te categoriseren voor de verdere analyse. Per alinea of relevante passage werd gemarkeerd of en welke generieke frames voorkwamen. Wanneer een alinea bijvoorbeeld een argument voor euthanasie bevatte dat gestoeld was op autonomie van de patiënt of de vrijheid om zelf over het leven te beschikken, dan werd deze passage gemarkeerd als het *zelfbeschikkingsframe*. Wanneer euthanasie besproken werd in termen als ‘kosten verslindende oude dag’, ‘stijgende zorgkosten’, of ‘de dood als goedkoopste oplossing’, dan viel die passage onder het *Economisch frame*. Passages over euthanasie waren relevant. Niet-relevante passages waren bijvoorbeeld achtergrondinformatie over iemand jeugd voordat zij/hij om euthanasie verzocht. Het identificeren van generieke frames gebeurde handmatig op papier en naderhand werd dit ingevoerd in MAXQDA versie 12, een programma voor kwalitatieve data-analyse.

Vervolgens werd per generiek frame gekeken welke specifieke frames voorkwamen. Dit gebeurde door te kijken naar figuurlijk taalgebruik en metaforen. Een metafoor kon uit één woord of een woordgroep bestaan. Er was sprake van een metafoor als de figuurlijke betekenis de juiste interpretatie was in de context van euthanasie. De letterlijke betekenis is niet plausibel en juist de figuurlijke vergelijking definieert (een aspect van) euthanasie op betekenisvolle wijze (Steen, 2002). Gezien de onderzoeksvraag werden alleen frames

rondom het onderwerp euthanasie in de analyse opgenomen. Eventuele andere frames waren voor dit onderzoek niet van belang.

Tot slot werden enkele basiskenmerken per artikel genoteerd, zoals de datum van publicatie, de titel en de lengte (in aantal woorden).

4. RESULTATEN

Het doel van dit onderzoek was om te analyseren op welke manier euthanasie in dagbladen wordt geframed, en op welke manier euthanasie in professionele voorlichtingsfolders wordt geframed. De generieke frames *economie*, *politiek*, *conflict*, *maatschappij*, *verantwoordelijkheid*, *humaniteit*, *ethiek*, *zelfbeschikking/autonomie*, *juridisch*, en *medisch* (Holody, 2006; 2011, Hyde, 1993; Rietjens et al., 2013; Semetko & Valkenburg, 2000) werden aan de hand van een kwalitatieve analyse specifiek ingevuld en uitgewerkt.

4.1 Professionele voorlichting

De frames in de voorlichting worden vooral opgeroepen door de woordkeuze en in mindere mate door de metaforen en beeldspraak die in de dagbladen vaak de frames oproepen. In professionele voorlichting worden de medische en juridische aspecten het meeste benadrukt. Het medische aspect gaat in op de wijze waarop euthanasie wordt uitgevoerd, het juridische aspect citeert doorgaans de wettelijke zorgvuldigheidseisen en benadrukt dat de arts niet verplicht is om aan een euthanasieverzoek mee te werken. Toch zijn er naast deze -vanuit de zorginstelling gezien- logische aspecten enkele zaken die opvallen. De zinnen of zinsdelen tussen aanhalingstekens zijn letterlijke citaten uit het voorlichtingsmateriaal.

4.1.1 Zelfbeschikking

In veel professionele voorlichting wordt benadrukt dat beslissingen rondom het levenseinde bij de persoon moeten passen. Enkele voorbeelden zijn: 'De beslissing die u neemt, moet niet alleen vanuit medisch oogpunt de juiste zijn, maar moet ook passen bij u als persoon, uw privé-situatie en uw levensbeschouwelijke achtergrond', of: 'Iedereen moet in de gelegenheid worden gesteld om volgens eigen levens- of geloofsovertuiging afscheid te nemen van het leven. Wij vinden het belangrijk dat ú bepaalt hoe u uw zorg geregeld wilt hebben'. Hoewel veel folders benadrukken dat er geen recht op euthanasie bestaat, wordt euthanasie wel stevast beschreven vanuit de patiënt die voor de 'meest ingrijpende keuze'

staat, of een ‘verzoek’ heeft. Zo staat in een folder: ‘Dit formulier (wilsverklaring) kan worden aangevuld met concrete informatie over wat ondraaglijk lijden voor u inhoudt en onder welke omstandigheden euthanasie gewenst is’ en ‘In deze verklaring kunt u aangeven onder welke omstandigheden euthanasie gewenst is’. Een andere folder geeft aan dat: ‘Als u het belangrijk vindt dat er naar uw wensen wordt gehandeld, kunt u deze schriftelijk vastleggen... Een duidelijke wilsverklaring wordt in principe gerespecteerd’. Soms gaat de professionele voorlichting nog een stap verder, zoals in deze folder: ‘Wij vinden het belangrijk om u goed over deze onderwerpen [levenseindekwesties] te informeren omdat u, als patiënt, het recht hebt om zelf uw leven te bepalen (dit heet zelfbeschikkingsrecht)’.

Er wordt gesproken van ‘keuzes’, ‘de beslissing die u neemt’, ‘uw wensen’, ‘het recht’, en ‘zelf uw leven bepalen’. Dit taalgebruik frameet euthanasie als iets waar mensen wel of niet voor kunnen kiezen, waar zij recht op hebben als ze er behoefte aan hebben.

4.1.2 Verantwoordelijkheid

Het belang van tijdig praten over het levenseinde wordt in de professionele voorlichting veelvuldig benadrukt. ‘Wat is het risico als u niet met uw dokter praat? Als u niet praat, bestaat de kans dat het laatste stuk van uw leven er anders uitziet dan u eigenlijk gewild had’. Dit citaat benadrukt niet alleen de risico’s van het niet op tijd spreken over het levenseinde, maar suggereert impliciet dat wanneer u dit wel doet, het levenseinde er dan uitziet zoals u wilt. Met andere woorden, als u op tijd over het levenseinde spreekt, is het levenseinde maakbaar. Woorden als ‘risico’ en ‘kans’ impliceren dat er zaken te winnen of te verliezen zijn.

De verantwoordelijkheid om tijdig over het levenseinde te spreken ligt de patiënt. Zo schrijft een folder: ‘Het is belangrijk vanaf het eerste moment dat u aan euthanasie gaat denken hierover met uw behandelend arts te spreken’. Een andere folder stelt explicieter dat: ‘Als u met uw arts de mogelijkheid van euthanasie wilt bespreken, dient u daar zelf over te beginnen. Uw arts zal het onderwerp niet uit zichzelf aankaarten. Het initiatief ligt bij u’. De professionele voorlichting onderschrijft het belang van tijdig praten over het levenseinde, maar lijkt dit niet tot de zorgplicht van de arts te willen rekenen. De patiënt wordt in de professionele voorlichting als handelingsverantwoordelijke geframed.

4.2 Dagbladen

De invalshoeken en perspectieven van waaruit euthanasie besproken wordt zijn diverser dan in de professionele voorlichting. De frames die in de dagbladen het meeste voorkomen in berichtgeving over euthanasie zijn: zelfbeschikking en conflict. Ook het maatschappijframe en het verantwoordelijkheidsframe komen veelvuldig voor. Tot slot komen het humaniteitsframe, het juridisch frame, het medisch frame en het economisch frame ook terug in de dagbladen.

4.2.1 Zelfbeschikking

“Wie zijn leven in vrijheid leefde, wil het ook vrij kunnen beëindigen.”⁹

4.2.1.1 De ‘Bol.com-mentaliteit’

Als een patiënt eenmaal besloten heeft om euthanasie te vragen, is er vaak weinig geduld. In de media wordt dit geframed als: ‘de ‘Bol.com-mentaliteit’ - vandaag besteld, morgen in huis’.¹⁰ De ‘Bol.com-mentaliteit’ roept alle associaties van Bol.com op en koppelt deze aan het euthanasievraagstuk. Associaties als ‘vandaag besteld, morgen in huis’, en ‘niet goed, geld terug’ framen euthanasie als iets waar de ‘klant koning is’. Als een bestelling van Bol.com er de volgende dag niet is, dan kan de klant bellen en zijn beklag doen. De klant verwacht dan van Bol.com dat zij hem tegemoet komen en met een passende komen. Het Bol.com-frame stelt de patiënt en diens keuzevrijheid centraal.

‘Zelfbeschikking staat voorop’¹¹, kopt de Telegraaf bij een artikel over het burgerinitiatief *Uit Vrije Wil*. Dick Swaab, hoogleraar neurobiologie, steunt het initiatief: ‘Ik wil ‘baas in eigen brein’ zijn. Bij mijn conceptie en geboorte is me dat niet gelukt. Bij het einde van mijn leven eis ik dat recht onverkort op’¹². Swaab legt met de metafoor ‘baas in eigen brein’ een duidelijke link met de feministische beweging Dolle Mina, die met de slogan ‘Baas in Eigen Buik’ een belangrijke rol speelde bij de legalisering van abortus in Nederland. Swaab framet *Uit Vrije Wil* -het recht om te sterven- als een logisch gevolg van voortschrijdende emancipatie. De dood is maakbaar en ‘beslissingen over leven en dood behoren tot ons domein’¹³. Euthanasie is een recht van de ‘vrije mens’¹⁴; een ‘exit-optie’¹⁵ die gebruikt mag worden wanneer iemand verdere ‘aftakeling niet meer wil accepteren’¹⁶.

⁹ NRC, 31 oktober 2015

¹⁰ NRC, 5 januari 2016

¹¹ Telegraaf, 18 februari 2010

¹² Volkskrant, 8 maart 2012

¹³ Volkskrant, 8 maart 2012

4.2.1.2 De 'laatstewilpil'

In de loop der tijd is de term 'Pil van Drion'¹⁷ vervangen door de 'laatstewilpil' en is het gedachte-experiment vervangen door de NVVE die in 2015 aankondigde de mogelijkheden te onderzoeken om een dergelijke pil in Nederland beschikbaar te maken. 'We zien dat de behoefte aan zo'n pil er is in de samenleving, zeker nu de mondige babyboomgeneratie ouder wordt. Zij willen graag de regie houden over hun levenseinde'¹⁸, stelt NVVE-directeur Robert Schurink.

In de metafoor 'laatstewilpil' zit letterlijk de associatie met een 'laatste wil'. In de conventionele betekenis is een laatste wil een ultieme wens of verzoek van iemand in de laatste levensfase. Iemand kan bijvoorbeeld vragen om nog één keer naar een geliefde plek te gaan, of iemand kan zijn naasten vragen om zijn as op een bepaalde plek uit te strooien. Wat het verzoek ook moge zijn, meestal worden kosten noch moeite gespaard om een laatste wens te vervullen. Zelfs aan ter door veroordeelde gevangenen wordt vaak een laatste avondmaal naar eigen keuze aangeboden, ongeacht de wreedheid van de misdaden waarvoor zij worden geëxecuteerd. De samenleving ziet het inwilligen van een laatste wens als iets nobels en goeds; een soort morele plicht, een laatste eerbetoon aan de stervende.

4.2.1.3 Waardig sterven

Een belangrijke pijler van het zelfbeschikkingsframe is waardigheid en de kwaliteit van leven. De wens om grip te houden op het levenseinde komt vaak voort uit de angst voor het verlies van waardigheid c.q. de wens om waardig te sterven. Zeker bij degeneratieve aandoeningen, zoals dementie, speelt het verlies van waardigheid een grote rol. Een grotere mate van afhankelijkheid en verlies van autonomie en wilsbekwaamheid wordt veelal geassocieerd met het verlies van waardigheid. De spreekwoordelijke luier figureert veelvuldig in uitingen van de NVVE. 'De luier is het ultieme schrikbeeld, het symbool van onwaardigheid. Maar mensen met een luier, die niet weten welke dag het is en denken dat de dokter hun zoon is, zijn niet onwaardig. Niemand mag hun leven als zinloos bestempelen. Als waardigheid

¹⁴ Volkskrant, 8 maart 2012

¹⁵ NRC, 12 december 2015

¹⁶ NRC, 7 november 2014

¹⁷ De Nederlandse rechtsgeleerde Huib Drion stelde in 1991 een hypothetische pil voor waarmee een bejaarde die 'klaar is met leven' op humane wijze een einde aan het leven zou kunnen maken op een zelfgekozen moment.

¹⁸ NRC, 13 november 2015

afhangt van een luier, is zij niks waard’¹⁹. De luier staat symbool voor het doemscenario van de wilsonbekwame, hulpbehoevende en van vriend en vijand vervreemde bejaarde die als kasplantje zijn tijd uitzit in een onpersoonlijk verzorgingstehuis. Dit frame hangt daarom zeer sterk samen met het overheersende beeld van gebrekkige ouderenzorg, kinderen die de verantwoordelijkheid voor de zorg voor hun ouders desondanks bij een verzorgingstehuis leggen, en de bejaarde die de dupe is van het geheel. Dat doemscenario van afhankelijkheid, gesymboliseerd in de luier, zorgt er wellicht voor dat ouderen er liever voordat het zo laat is tussenuit knijpen. De keuze voor euthanasie voordat men de wilsbekwaamheid verliest wordt gezien als een laatste triomf van de ratio over een degenererend lichaam.

Het waardigheidsframe wordt ook vaak gebruikt in de context van zelfmoord. Verschillende reacties op het burgerinitiatief *Uit Vrije Wil* in de Telegraaf illustreren dit: ‘Hulp voor ouderen bij een zelfgekozen dood is ... een humane manier om afscheid van het leven te nemen. Een humane manier is beter dan zelfmoord plegen.’²⁰ Een andere reactie stelt dit nog directer: ‘Het is ons eigen leven, willen ze liever dat we ons voor de trein moeten werpen?’²¹ In deze context wordt hulp bij zelfdoding (en euthanasie in mindere mate) geframed als alternatief voor zelfmoord. Legale hulp bij zelfdoding wordt gepresenteerd als het minst slechte van twee kwaden. ‘Het leven is niet van de overheid, het is een kwestie van zelfbeschikking.’²² Dit frame impliceert dat mensen met een stervenswens, die niet in aanmerking komen voor euthanasie of hulp bij zelfdoding door een arts, ‘gedwongen worden’ om op een inhumane, eenzame en onwaardige manier zichzelf van het leven te beroven.

4.2.2 Conflict

KNMG: ‘Met artsen als centrale professional wordt het nooit ‘U vraagt, wij spuiten’’.²³

‘Onvermijdelijk is een groeiende spanning tussen wat patiënten van hun arts verwachten en wat deze bereid is te doen. De ‘goede-dood lobby’ heeft het graag over compassie en lijdende mensen, maar zondert dokters daar wel heel makkelijk van uit.’²⁴ Psychiater Chabot onderschrijft het conflict: ‘Als je een dokter erbij haalt om euthanasie te krijgen, moet je

¹⁹ Volkskrant, 3 augustus 2011

²⁰ Telegraaf, 8 februari 2010

²¹ Telegraaf, 8 februari 2010

²² Volkskrant, 31 augustus 2013

²³ NRC, 5 januari 2016

²⁴ NRC, 12 december 2015

accepteren dat de arts overtuigd wil worden dat hij professioneel juist handelt. ... Zelfbeschikking met hulp van een arts heeft een prijs. De prijs is dat je een euthanasie-examen moet afleggen met een grote kans om te zakken.’²⁵ Het ‘euthanasie-examen’ refereert aan het wettelijke criterium van uitzichtloos en ondraaglijk lijden waaraan de patiënt moet voldoen. Bij een examen ervaren de ge-examineerde en de examinerator een zekere mate van rol- en autoriteitsspanning. De afhankelijkheid van de patiënt blijkt in deze metafoor door de vergelijking met een examen, waarbij de examinerator bepaalt of de kandidaat slaagt. De Levensindekliniek wordt in deze context ook geframed als een mogelijkheid ‘om patiënten een herkansing te geven wanneer hun euthanasieverzoek wordt afgewezen’.²⁶

Het conflict doet zich vaak voor in complexe situaties, zoals bij psychiatrische patiënten, of wilsonbekwaamheid door dementie. Rob Bekkering, huisarts uit Almere, vertelt over een patiënt die onverwachts buiten bewustzijn raakte en daardoor zijn stervenswens niet meer kon uiten: ‘Familie wanhopig, veel verwijten aan de arts: Ja, maar u hebt het hem gewoon beloofd! En nu breekt u die belofte! U mag hem niet laten lijden!’²⁷ Dit citaat is illustratief voor het conflict: de familie doet een beroep op de zorgplicht van de arts die de patiënt niet *mag* laten lijden. Dit legt een grote druk bij de arts: als hij weigert aan euthanasie mee te werken dan lijkt hij de patiënt een recht te ontfangen.

4.2.3 Verantwoordelijkheid

‘Meteen toen ik binnenkwam, zei hij: je hebt de medicijnen in huis om zelfmoord te plegen waarom doe je het zelf niet? Toen zei ik dat ik het graag via de reguliere kanalen wilde doen, zei hij: waarom val je de geneeskunde hiermee lastig?’²⁸

Inherent aan een conflict is de discussie over wat de juiste oplossing is en wie daarvoor verantwoordelijk is. ‘Het is zeer de vraag of het rechtvaardig is dat de arts het zwaartepunt van de verantwoordelijkheid draagt voor een handeling waar de patiënt voor kiest. Op deze manier draagt de arts de consequenties die voortvloeien uit het handelen van de patiënt.’²⁹ Jannes Mulder, voormalig internist-oncoloog in het Erasmus MC, heeft een paar keer

²⁵ NRC, 29 november 2014

²⁶ NRC, 24 augustus 2013

²⁷ NRC, 19 juni 2010

²⁸ Volkskrant, 8 september 2012

²⁹ NRC, 6 januari 2012

euthanasie toegepast, maar hij 'kijkt er niet onverdeeld positief op terug: "Terug naar eigen verantwoordelijkheid is zelf je gifbeker opdrinken, en het probleem niet op het bord van de medicus leggen."'³⁰

4.2.4 Maatschappij

*'Je ziet het ook in de manier waarop we omgaan met oud worden. Rimpels? Botox! Grijs haren? Verven! ... In onze opgeflufte Facebook-maatschappij lijkt er geen ruimte voor normale aftakeling, tegenslag en lijden'*³¹, aldus Ed Cremers, huisarts in Tegelen.

4.2.4.1 'Mondige babyboomers'

De 'mondige babyboomgeneratie'³² is een terugkerende term die wordt gebruikt om de maatschappelijke wens voor een zelfgekozen levenseinde te duiden. De babyboomers roepen associaties op van wederopbouw, vrije denkers, ontkerkelijking, ontzuiling, eigen verantwoordelijkheid en autonomie. In dit frame past euthanasie bij een sterk geïndividualiseerde en geseculariseerde samenleving. Annegreet van Bergen, auteur van een boek over zelfeuthanasie, stelt dat: 'De dood die je kiest, past bij de persoon die je bent en het leven dat je hebt geleid. Je kunt andermans beslissing niet goed of slecht noemen'³³. Het eerste dat opvalt, is dat de dood blijkbaar iets is wat je kiest. Het tweede opvallende is dat de dood een gepersonaliseerd karakter krijgt, dat kan verschillen aan de hand van persoonskenmerken of overtuigingen. In dit frame is euthanasie een kroon op een autonoom geleefd leven. Dit frame hangt nauw samen met zelfbeschikking, maar waar zelfbeschikking een individuele focus heeft, staat in dit frame een algemener maatschappelijk beeld centraal.

4.2.4.2 Het 'Voortdurentinleverensyndroom'

In de huidige maatschappij is lijden taboe: 'Wij zijn verwende wezens geworden die pillen eisen om per onmiddellijk te kunnen sterven als we niet genieten'³⁴. 'Van een zelf bepaald en weloverwogen levenseinde voor terminaal zieke mensen die uitzichtloos en ondraaglijk lijden, dreigt euthanasie een remedie te worden voor een breder scala aan levensproblemen'³⁵. De laatste levensjaren gaan vaak gepaard met de nodige ongemakken.

³⁰ NRC, 13 november 2015

³¹ NRC, 5 januari 2016

³² NRC, 13 november 2015; NRC, 24 oktober 2015; NRC, 29 november 2014; Volkskrant, 20 oktober 2010

³³ Volkskrant, 20 oktober 2010

³⁴ NRC, 11 januari 2016

³⁵ NRC, 31 oktober 2015

Er wordt daarom ook wel gesproken van het ‘voortdurend inleverensyndroom’³⁶, als legitieme reden om euthanasie te vragen.

Ed Cremers spreekt van een ‘opgeflufte Facebook-maatschappij’³⁷ waarin geen ruimte is voor aftakeling, tegenslag en lijden. Het frame ‘Facebook-maatschappij’ is interessant. Op Facebook is meestal niet te zien hoe het écht met iemand gaat. Facebook is een vorm van persoonlijk imagomanagement waarbij alleen datgene op Facebook wordt geplaatst dat bijdraagt aan het gewenste imago. Zelden stelt iemand zich op Facebook oprecht kwetsbaar op. Het imago van ‘slachtoffer’ of ‘zeurpiet’ hoort al snel bij Facebookposts over aftakeling en lijden. Het Facebookimago van iemand is vaak de werkelijkheid, maar dan *in optima forma*. In de context van het euthanasiedebat suggereert de ‘Facebook-maatschappij’ dat steeds sneller naar euthanasie wordt gegrepen als oplossing voor situaties die niet meer voldoen aan de *optima forma*.

4.2.5 Humaniteit

*‘Euthanasie is sexier dan zorg, laten we wel wezen’*³⁸

4.2.5.1 De ‘Goede dood’

Etymologisch betekent euthanasie letterlijk een ‘goede/zachte dood’. In het maatschappelijk debat wordt euthanasie als ultieme vorm van zelfbeschikking echter bijna heroïsch geportretteerd. Zo stelt iemand in een ingezonden brief: ‘Ik ben geen tegenstander van euthanasie, maar het monopoliseren, door felle voorstanders, van termen als ‘waardig’ en de ‘goede’ en ‘zachte’ dood stuit mij tegen de borst. Is de natuurlijke dood een zwaktebod, weinig stoer en wilskrachtig?’³⁹. ‘Waardig sterven’ en de ‘goede dood’ worden in het maatschappelijk debat vrijwel exclusief aan euthanasie gekoppeld. ‘Dat er nog veel andere manieren zijn om zonder (veel) lijden te sterven, daarover rept de NVVE niet. Dat riekt naar euthanasie-indoctrinatie’⁴⁰.

4.2.5.2 De gevangenis

Een arts stelt: ‘Mijn morele uitgangspunt is dat de betrokkenheid van intimi bij een humane uitweg die hun dierbare dan blijft zoeken, positief te waarderen is. Denk aan Moek Heringa

³⁶ Volkskrant, 20 oktober 2010

³⁷ NRC, 5 januari 2016

³⁸ Volkskrant, 7 maart 2012

³⁹ Volkskrant, 3 augustus 2011

⁴⁰ Volkskrant, 7 maart 2012

die haar zoon om hulp vroeg om de gevangenis die het leven voor haar was geworden, te mogen verlaten'⁴¹.

Waar normaliter een gevangenis een plek is voor mensen die het verdienen daar te zitten, wordt de gevangenis-metafoor hier gebruikt om de situatie van een bejaarde met een stervenswens te beschrijven. De oudere persoon zit als onschuldige in de 'gevangenis van het leven'. Men is doorgaans niet in staat om zonder hulp uit een gevangenis te komen. In dit frame wordt hulp bij zelfdoding met een heldhaftige barmhartige daad geassocieerd, namelijk het bevrijden van een dierbare die onschuldig in de 'gevangenis' zit. Dit frame benadrukt de menselijke tragedie die ontstaat wanneer een euthanasieverzoek wordt afgewezen en de patiënt 'gevangen' blijft zitten in het leven. De arts, of de gezondheidszorg in algemenere zin, laat de patiënt dan 'in de kou staan'.

Het gevangenisframe komt ook voor om de situatie van psychiatrische patiënten te beschrijven, die dan gevangen zitten in de beperkingen van hun eigen psyche. 'Psychisch lijden los je niet op met een doodvonnis'⁴², kopt een opiniestuk in NRC. 'Euthanasie voor psychisch lijden is net zoiets als de doodstraf: hoe vaak het ook gerechtvaardigd lijkt, soms zal je (achteraf) moeten toegeven dat je er naast hebt gezeten, en dat je onterecht en/of onnodig iemands leven hebt beëindigd'⁴³.

Bovenstaande citaten roepen een heel ander type associatie op dan die van autonomie, zelfbeschikking en waardigheid. Een doodvonnis en de gevangenis zijn beide opgelegde maatregelen die door iemand onvrijwillig worden ondergaan. Hoewel men erkent dat de psychiatrische patiënt lijdt, wellicht zelfs ondraaglijk, lijkt hij of zij niet in staat te worden geacht om een legitieme stervenswens te kunnen uiten. De zinsnede 'hoe vaak het ook gerechtvaardigd *lijkt*' beschouwt het euthanasieverzoek niet vanuit het perspectief van de patiënt.

4.2.6 Juridisch

*"Het is toch erg ... dat kinderen strafbare feiten moeten plegen om de diepste wens van hun ouder(s) te eerbiedigen."*⁴⁴

⁴¹ NRC, 24 augustus 2013

⁴² NRC, 3 september 2015

⁴³ NRC, 3 september 2015

⁴⁴ Telegraaf, 21 april 2012

Het bovenstaande citaat geeft aan dat kinderen strafbare feiten moeten plegen om de wens van hun ouder(s) te eerbiedigen. De maatschappij hecht aan kinderen die respect hebben voor hun ouders en het eerbiedigen van hun wensen kan dan ook slechts als iets goeds worden gezien. Iets goeds dat strafbaar is roept associaties op van tegenstrijdigheid omdat de wet in dat geval moreel juist handelen verbiedt.

Deze tegenstrijdigheid in de euthanasiewet leidt regelmatig tot problemen omdat zelfdoding -of een poging daartoe- niet strafbaar is, maar hulp bij zelfdoding wel. De juridische redenering in dit frame is dat hulp bij een niet-strafbare handeling niet strafbaar kan zijn. Voorstanders van het afschaffen van het verbod op hulp bij zelfdoding wijzen op de subjectiviteit van wat onder 'hulp bieden' valt en spreken van een glijdende schaal: 'Verkoop van touw, waarmee 40% van de zelfmoorden worden gepleegd, is ook niet strafbaar'⁴⁵.

'Je hebt het recht te leven, niet de plicht.'⁴⁶ Dit frame komt ook regelmatig voor als het gaat om het afschaffen van het verbod op hulp bij zelfdoding. Een plicht roept associaties op van iets waar men geen zin in heeft. Een plicht is vrijwel altijd iets dat onvrijwillig gedaan moet worden. Een plicht wordt vaak extern opgelegd en kan bij het niet naleven ervan soms worden gesanctioneerd. De weerstand kan gericht zijn tegen de verplichte actie zelf, of tegen het verplichte karakter die de controle en vrijheid in zekere mate beperkt. Een verplichting is doorgaans een door mensen bedacht construct (je hebt wel de plicht om je aan de maximumsnelheid te houden; je hebt niet de plicht om adem te halen). Bovenstaand citaat, waarin gesteld wordt dat je niet de plicht hebt om te leven, frameert de maatschappij of gezondheidszorg als boosdoener die iemand met een oprechte stervenswens bewust die wens onthoudt.

4.2.7 Medisch

*"Wanneer de dood een verlossing wordt, moet de arts een verloskundige zijn."*⁴⁷

4.2.7.1 Behandelcultuur

Twee medische mediaframes komen in het euthanasiedebat voor. Het eerste frame gaat in op de behandelcultuur in de zorg: de arts is opgeleid om te doen, niet om te laten. 'De houding van een specialist is: waar heb je last van en wat gaan we eraan doen? Praten over

⁴⁵ NRC, 24 februari 2010

⁴⁶ AD, 4 september 2013

⁴⁷ Volkskrant, 9 februari 2011

stoppen is heel moeilijk'⁴⁸, licht een euthanasieconsulent toe. Zo stelt psychiater Frank Koerselman dat een arts geen hulpverlener maar een behandelaar is 'en doden is geen behandeling.'⁴⁹

4.2.7.2 'Spiegelbeeld van de verloskundige'

'In het kantoor van de NVVE hangt een spreuk aan het prikbord: 'Wanneer de dood een verlossing wordt, moet de arts een verloskundige zijn''⁵⁰. In de huidige euthanasiepraktijk, waarin zelfbeschikking een steeds belangrijkere rol speelt, 'verandert de rol van de arts: 'Die verandert daardoor onwillekeurig in het spiegelbeeld van de verloskundige, maar dan belast met het levenseinde'⁵¹.

Het frame van het spiegelbeeld van de verloskundige is een krachtige vergelijking die effectief is in het pleidooi voor meer zelfbeschikking. Gangbare associaties bij een verloskundige zijn die van verlosser en verzachter van pijn bij de geboorte. De verloskundige ondersteunt de moeder zo goed mogelijk en biedt medische assistentie bij het proces waarvan de moeder primair actor en beslisser is. Een verloskundige die weigert om aan de redelijke wensen van de moeder te voldoen zou uit den boze zijn. In dit frame is geen plek voor gewetensbezwaren van de arts. Wanneer de arts in het euthanasiedebat als het spiegelbeeld van de verloskundige wordt geframed, valt het uitvoeren van een euthanasieverzoek onder de normale zorgtaken die men van een arts mag verwachten.

4.2.8 Economische consequenties

*'Er nadert een golf van dementiepatiënten en de kosten lopen uit de hand. De dood is verreweg de goedkoopste oplossing.'*⁵²

Tegenstanders van een liberalere euthanasiepraktijk waarschuwen voor een 'al te uitbundig 'euthanasiasme''⁵³. Zij stellen dat juist de manier waarop de maatschappij omgaat met ouderen ertoe leidt dat zij steeds vaker euthanasie verkiezen. De zorg staat voor serieuze problemen: vergrijzing, betaalbaarheid, arbeidsmarkt en dilemma's rondom het levenseinde. Bij een voortschrijdende liberalisering van de euthanasiepraktijk kunnen ouderen steeds meer het gevoel krijgen belastend of overbodig te zijn. 'De suggestie van pleidooien voor

⁴⁸ Volkskrant, 5 oktober 2010

⁴⁹ Volkskrant, 14 februari 2014

⁵⁰ Volkskrant, 9 februari 2011

⁵¹ NRC, 31 oktober 2015

⁵² Volkskrant, 3 augustus 2011

⁵³ Volkskrant, 15 februari 2014

zelfbeschikking is: je kunt je nare, kostenverslindende oude dag vóór zijn, als je verstandig bent'⁵⁴ Op een online-poll over *Uit Vrije Wil* reageert een tegenstemmer: 'Straks staan ze aan de ingang van het bejaardentehuis al klaar met het spuitje'⁵⁵.

In dit frame wordt de euthanasiepraktijk gekoppeld aan de situatie in de gezondheidszorg. De slechte situatie in de ouderenzorg, met name de verpleeghuizen, wordt dan vaak als oorzaak voor de stervenswens van vele ouderen aangedragen. Enige terughoudendheid en voorzichtigheid om euthanasie toe te passen is geboden, want er moet worden voorkomen dat euthanasie als oplossing voor de vergrijzing en de oplopende zorgkosten wordt gebruikt. 'Nadat kosten noch moeite in het ziekenhuis zijn gespaard, kunnen we toch niet zeggen dat er geen geld is voor het zo kostbare, verlengde leven in het verpleeghuis, of ontkennen dat er een verband kan bestaan tussen de beroerde omstandigheden in de langdurige zorg en 'dood willen'?'⁵⁶

5. CONCLUSIE & DISCUSSIE

5.1 Frames in de professionele voorlichting

In de professionele voorlichting wordt euthanasie overwegend vanuit een medisch en juridisch kader beschreven. Zo zijn de wettelijke zorgvuldigheidseisen voor euthanasie in veel brochures integraal opgenomen. Verder wordt in de voorlichting vaak vermeld dat de arts niet verplicht is om mee te werken aan een euthanasieverzoek. De patiënt mag in dat geval wel verwachten dat er wordt doorverwezen naar een andere arts.

In de afgelopen jaren is het idee van meer maatwerk in de zorg sterker ontwikkeld. De emancipatiegolf in de zorg stelt de patiënt centraal en de zorg moet steeds meer bij de patiënt passen, in tegenstelling tot het verouderde technocratische paradigma dat simpel gezegd behandeling X voor aandoening Y voorschreef. Dit idee van maatwerk lijkt ook op levenseindevraagstukken te worden toegepast in de professionele voorlichting. Het feit dat voorkeuren en wensen rondom het levenseinde per persoon verschillend zijn wordt in de voorlichting dan ook onderschreven.

⁵⁴ Volkskrant, 20 oktober 2010

⁵⁵ Telegraaf, 18 februari 2010

⁵⁶ NRC, 14 april 2012

Euthanasie wordt in de brochures vaak beschreven in bewoordingen die binnen het zelfbeschikkingsframe passen. Zo wordt euthanasie gepresenteerd als iets waar de patiënt voor kan kiezen. Ook wordt het belang van de wilsverklaring benadrukt zodat de patiënt kan aangeven in welke omstandigheden euthanasie gewenst is.

Er is consensus over het belang van tijdig spreken over het levenseinde. De professionele voorlichting geeft aan dat wanneer deze gesprekken niet tijdig gevoerd worden, het risico bestaat dat het levenseinde anders verloopt dan de patiënt had gewild. De verantwoordelijkheid wordt in de professionele voorlichting bij de patiënt gelegd. Die is verantwoordelijk voor het tijdig bespreekbaar maken van zijn wensen rondom zijn levenseinde. Het is echter zeer de vraag of dit verwacht mag worden van patiënten aangezien de kennis over de mogelijkheden in de laatste levensfase bij een grote meerderheid ernstig tekort schiet (Tucker, 2012). Ook blijkt uit recent onderzoek van TNS NIPO (2016) dat patiënten vaak blokkeren in gesprekken met hun arts, onder meer doordat zij met heftige emoties worstelen. 46% van de patiënten geeft aan dat zij niet alles hebben gevraagd wat zij wilden vragen (TNS NIPO, 2016).

Het feit dat bij vijf van de vijftien ziekenhuizen geen voorlichtingsinformatie werd gevonden is wellicht een indicatie dat de medische gemeenschap euthanasie een lastig onderwerp vindt. Voor een betere stervensbegeleiding, inclusief alle eerder genoemde voordelen (Dees et al., 2012; Wentlandt et al., 2012), is adequate voorlichting echter essentieel (Janssen et al., 2011).

5.2 Frames in de dagbladen

Uit de resultaten blijkt dat de dagbladen diverse frames gebruiken in het euthanasievraagstuk. De twee dominante frames zijn zelfbeschikking en conflict. Euthanasie wordt veelal geframed als een logisch gevolg van een golf van emancipatie in de zorg. De patiënt wordt steeds meer gezien als zorgconsument. De maatschappij rekent euthanasie dan ook in toenemende mate tot normaal medisch handelen. Metaforen als de 'bol.com-mentaliteit', de 'laatstewilpil', en de arts als 'spiegelbeeld van de verloskundige' versterken het idee dat euthanasie een van de opties is waar de autonome patiënt voor kan kiezen. Het is overigens niet zo dat dagbladen deze ontwikkeling als iets louter positiefs beschouwen.

Uit de resultaten blijkt dat de euthanasiepraktijk genormaliseerd is. Frames zoals de 'Facebook-maatschappij' beschrijven een maatschappij waarin lijden geen functie meer

heeft en waarin euthanasie steeds sneller als ‘exit-optie’ wordt gebruikt voor een steeds breder scala aan levensproblemen. De ‘bol.com-mentaliteit’ frameet de patiënt als de zorgconsument die naar eigen goeddunken kan kiezen voor euthanasie als één van de opties in de webshop van de gezondheidszorg, maar tegelijkertijd plaatst deze metafoor ook kanttekeningen bij euthanasie als zelf beschikt, economisch goed. Iets bestellen bij Bol.com is makkelijk, laagdrempelig, snelle service en levering en voor iedereen toegankelijk. De ‘Bol.com-mentaliteit’ werpt dan ook de vraag op of associaties als ‘makkelijk’ en ‘snelle service en levering’ in de context van euthanasie wel wenselijk zijn.

Zelfbeschikking wordt in de dagbladen vaak gekoppeld aan de wens om waardig te sterven. Het verlies van waardigheid ontstaat door afhankelijkheid en een verlies van wilsbekwaamheid, vaak als gevolg van dementie. De luier wordt vaak als schrikbeeld en ultiem symbool van onwaardigheid gebruikt, evenals een bestaan als kasplantje. De opvattingen over wat waardigheid precies inhoudt, kunnen van persoon tot persoon verschillen. Onder anderen *Uit Vrije Wil* pleit daarom voor het recht om te mogen sterven wanneer men het perspectief op een waardig voortbestaan onvoldoende vindt. Het leven is noch van God, noch van de overheid, maar van de individuele mens. Dat het rationele individu centraal staat blijkt ook uit de term ‘mondige babyboomers’, die veelvuldig wordt gebruikt om aan te geven dat er een maatschappelijke behoefte is voor meer zelfbeschikking bij het levenseinde.

De medische gemeenschap, met de KNMG als voornaamste vertegenwoordiger, ageert tegen ‘u vraagt, wij spuiten’ (NRC Handelsblad, 5 januari 2016). Zij constateert een toenemende druk vanuit patiënten en familie om aan euthanasie mee te werken. Ook bestaat er nog veel onwetendheid over wat de verantwoordelijkheden, rechten en plichten van de arts rondom het levenseinde zijn (KNMG et al., 2014; Kouwenhoven et al., 2012). Patiënten zien de rol van de arts daardoor regelmatig anders dan die in juridische zin bepaald is. Wanneer de patiënt eenmaal voor euthanasie heeft gekozen, kan hij voor de uitvoering niet om de arts heen omdat de wet vereist dat euthanasie door een arts wordt uitgevoerd. Wanneer de arts gewetensbezwaren heeft en weigert mee te werken aan een euthanasieverzoek, wordt dit in de dagbladen vaak geframed als een obstakel waardoor de patiënt onnodig langer lijdt. Bij psychiatrische patiënten worden gewetensbezwaren zelfs gezien als een veroordeling tot een eenzame gewelddadige zelfmoord.

Het inherent subjectieve criterium van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, ter beoordeling van de arts, wordt in de dagbladen duidelijk erkend als bron van conflicten. De oplossing van dit conflict wordt vaak gezocht in een verandering van de wetgeving, of een aanpassing in de houding van artsen ten aanzien van euthanasie. De maatschappij ziet euthanasie als een verworvenheid en de normalisering van de euthanasiepraktijk als logisch gevolg daarvan. De last op de schouders van artsen die hierdoor onvermijdelijk toeneemt, is iets waar de medische gemeenschap mee om zal moeten gaan.

De bronnen die in dagbladen worden gebruikt zijn een van de frame-indicatoren (Entman, 1993; Pan & Kosicki, 1993; Scheufele, 1999; Tankard, 2001). Van Brussel et al. (2014) rapporteren dat individuele verhalen en het perspectief van de patiënt nauwelijks terugkomen in de discussie over euthanasie in de Belgische dagbladen. Onderzoek van Wright, Fishman, Karsoho, Sandham, en Macdonald (2015) concludeert dat in de Canadese dagbladen juist het perspectief van de arts ondervertegenwoordigd is. Holody (2011) laat zien dat de Amerikaanse dagbladen zich vooral baseren op rapporten en academische bronnen. Uit dit onderzoek blijkt dat het Nederlandse publiek in de dagbladen diverse perspectieven krijgt aangereikt. Hoewel het zelfbeschikkings- en conflictframe dominant zijn, is het zeker niet zo dat dit de enige perspectieven zijn die belicht worden. De grote verscheidenheid aan frames duidt op een grote verscheidenheid aan invalshoeken. Uit de hierboven genoemde onderzoeken kwam naar voren dat het perspectief van bepaalde groepen (res. patiënten; artsen) in de berichtgeving over euthanasie in de media ontbrak. Uit de resultaten blijkt dat deze bevinding niet klopt voor de landelijke dagbladen in Nederland. In de berichtgeving in de dagbladen werden diverse bronnen aangehaald, zoals politieke partijen, artsen, verschillende belangenorganisaties en beroepsgroepen, filosofen, ethici, advocaten, ministers, nabestaanden, patiënten, en andere experts die zich om uiteenlopende redenen in het onderwerp euthanasie hadden verdiept. Er is wel meer onderzoek nodig om dit te kwantificeren.

5.3 Professionele voorlichting vs. media

Uit de analyse van de frames in de dagbladen blijken het zelfbeschikkingsframe en het conflictframe dominant. In veel voorlichtingsbrochures heeft het zelfbeschikkingsframe eveneens een prominente plek. Hoewel het zelfbeschikkingsframe in de dagbladen en in de voorlichting niet precies op dezelfde manier wordt ingevuld, blijkt uit beide duidelijk de

algemene boodschap: het belang van zelfbeschikking in de laatste levensfase. Het conflictframe komt echter nauwelijks terug in de professionele voorlichting. In de meeste brochures staat wel ergens een zin met de strekking dat de arts niet verplicht is om aan een euthanasieverzoek mee te werken, vaak staat dit onopvallend tussen andere juridische informatie zoals de zorgvuldigheidseisen uit de WTL. De dominantie van het zelfbeschikkingsframe in de dagbladen zou ertoe bij kunnen dragen dat de veel mensen -ten onrechte- denken dat een arts verplicht is om euthanasie te verlenen.

In de dagbladen wordt een beeld van euthanasie geschetst dat het emancipatoire proces naar meer zelfbeschikking als deugd van een vrije Westerse samenleving beschouwt. Waar in de dagbladen vaak zeer tot de verbeelding sprekende metaforen worden gebruikt, is de professionele voorlichting erg sober en voorzichtig in haar formuleringen. Dit is te verklaren vanuit de verantwoordelijkheid van een zorginstelling en de potentiële (juridische) consequenties van onjuiste informatie. Het is echter ook een feit dat metaforen in communicatie een sterk en overtuigend effect kunnen hebben (o.a. Pan & Kosicki, 1993). De professionele voorlichting zou hier meer gebruik van kunnen maken, enerzijds om haar eigen boodschap krachtiger over te brengen, anderzijds om beter tegenwicht te bieden aan de ‘concurrentie’ van berichtgeving in de media.

Het is van groot belang dat de arts en de patiënt tijdig spreken over het levenseinde. Het is evident dat dit geen makkelijke gesprekken zijn, voor zowel de arts als de patiënt. De professionele voorlichting lost dit probleem op door de verantwoordelijkheid bij de patiënt te leggen. Dit staat lijnrecht tegenover het verantwoordelijkheidsframe in de dagbladen, waar juist de arts als handelingsverantwoordelijke wordt aangewezen. Het risico hiervan zou kunnen zijn dat de arts en de patiënt van elkaar verwachten dat de ander het initiatief neemt, waardoor moment dat het levenseinde daadwerkelijk besproken wordt te laat komt voor een optimale stervensbegeleiding. Uit onderzoek van de KNMG et al. (2014) blijkt dat 75% van de ondervraagde artsen vindt dat het afwegen en uitvoeren van euthanasie bij het vak hoort. Dit lijkt consistent te zijn met het verantwoordelijkheidsframe in de media.

De beeldvorming over een wilsverklaring in de dagbladen en de professionele voorlichting ligt redelijk op één lijn. Beide benadrukken dat een wilsverklaring opstellen nuttig is en dat die met de arts besproken dient te worden. Zowel de dagbladen als de professionele voorlichting nemen een vrij liberaal standpunt in: een wilsverklaring dient in principe te worden gerespecteerd. De professionele voorlichting sluit in dit opzicht perfect

aan bij het frame dat de dagbladen communiceren. In die situatie is voorlichting potentieel het meest effectief. Strikt genomen luidt de conclusie dan ook dat de professionele voorlichting over de wilsverklaring effectief is; de boodschap in de voorlichting verhoudt zich goed tot de berichtgeving in de media en heeft daarmee de beste kans om het publiek te bereiken. Echter, in verschillende voorlichtingsbrochures werd informatie over euthanasie en de wilsverklaring gepresenteerd op een manier die in de ogen van de onderzoeker zou kunnen leiden tot onjuiste conclusies. In verschillende brochures wordt de suggestie gewekt dat het opstellen van een wilsverklaring voldoende is voor een arts om deze te volgen. Een andere brochure stelt dat de patiënt zelfbeschikkingsrecht heeft om zijn eigen leven te bepalen, waarmee de suggestie wordt gewekt dat de patiënt ook zelf voor euthanasie kan kiezen.

De gezondheidszorg staat sinds de invoering van de WTL voor de ethische uitdaging om adequate voorlichting te geven. De voorlichting bevindt zich telkens tussen twee kampen, die in meer of mindere mate van elkaar verschillen. Zo moet de voorlichting corresponderen met de actuele medische opvattingen zodat zij geen beloftes doet die later worden gebroken, maar de voorlichting moet ook aansluiten bij de veranderende mediacontext en publieke opinie om effectief te blijven (Druckman, 2001; Sanders & Meijman, 2012). Het is daarom voorstelbaar dat de voorlichting in haar zoektocht naar de juiste balans soms te ver naar een van beide kanten neigt. Een formulering in een brochure die bijvoorbeeld de indruk wekt dat een patiënt zelf voor euthanasie kan kiezen, zou misschien het resultaat kunnen zijn van de wens om aan de publieke opinie tegemoet te komen.

5.4 Theoretische reflectie

De Vreese (2003; 2005) maakt onderscheid tussen generieke frames en specifieke frames. Generieke frames worden in veel onderzoek zo breed gedefinieerd dat zij uiteindelijk meer tot een thematisch onderscheid leiden. Dit is ook het geval in Holody (2006; 2011), waarbij elke morele of religieuze overtuiging voldoende is voor een moraliteitsframe⁵⁷ en waarbij het noemen van een van de rechten of keuzes van patiënten in levenseindevraagstukken voldoende is voor een zelfbeschikkingsframe⁵⁸. Toch is de thematische categorisatie die door

⁵⁷ "Mention of any moral or religious beliefs dealing with PAS [Physician-Assisted Suicide]. Moral or religious arguments may be positive (for PAS) or negative (against PAS)" (Holody, 2011, p. 212)

⁵⁸ "Mention of the rights and choices available to patients in end-of-life care" (Holody, 2011, p.212)

een dergelijke opvatting van generieke frames ontstaat niet zinloos. Dit thematische onderscheid is in dit onderzoek juist als basis genomen om de specifieke frames verder te analyseren en in te vullen. Dit kan een effectieve manier zijn om op gestructureerde wijze kwalitatief onderzoek in een grotere hoeveelheid onderzoeksdata uit te voeren.

De beschikbare onderzoeken over mediaframing in euthanasievraagstukken zijn gedaan in landen waar euthanasie nog illegaal en strafbaar is. Deze onderzoeken uit Engeland (Birenbaum-Carmeli et al., 2006), Australië (McInerney, 2006), en Amerika (Holody, 2011; Pollock & Yulis, 2004) schetsen een beeld van een sterk gepolariseerd debat in de media. De patiënt wordt als held neergezet die vecht voor zijn zelfbeschikkingsrecht, de arts is de schurk die de patiënt willens en wetens langer laat lijden. Methodologisch wijkt dit onderzoek iets af van de bovenstaande onderzoeken: waar deze onderzoeken aan de hand van een vooraf vastgestelde generieke frames lieten zien welk frame (/frames) dominant waren, is in dit onderzoek gekeken hoe die frames precies tot uiting kwamen en wat de mogelijke effecten hiervan kunnen zijn door de frames nader te specificeren. Dit geeft meer inzicht in de associaties en waarden die met een bepaald frame worden opgeroepen bij het publiek.

Toch is er wel een vergelijking te maken. In het huidige onderzoek komt een diversiteit aan frames naar boven die de nuance in het Nederlandse euthanasiedebat reflecteren. Door de legalisering is de medische euthanasiepraktijk verder doorontwikkeld en worden de grenzen van het toelaatbare steeds verder verkend, zowel moreel als juridisch. De grotere diversiteit aan frames in het Nederlandse euthanasiedebat is hierdoor vrij uniek. Een kwalitatief explorerend onderzoek zou in de hiervoor genoemde landen andere resultaten opleveren.

Er is veel media-aandacht voor euthanasie. Enerzijds is dit logisch omdat euthanasie controversieel is, anderzijds is dit opmerkelijk omdat maar 2,5% van alle sterfgevallen in Nederland door euthanasie komt, terwijl de 'overige' 97,5% in de media nauwelijks terugkomt. Van Brussel et al. (2014) stelden dat euthanasie perfect past bij de hedendaagse journalistiek die sterk geïndividualiseerd, gepersonaliseerd en gedramatiseerd is. De resultaten van dit onderzoek bevestigen dit, men zal in de dagbladen niet snel een uitgebreide reportage aantreffen over een patiënt die palliatief gesedeerd werd. Euthanasie daarentegen is nieuwswaardiger omdat het spannender is, er verschillende partijen met verschillende belangen bij betrokken zijn, en de media verslag kunnen doen van de

daadwerkelijke gebeurtenis (McInerney, 2006; Seale, 2010). In het corpus van het huidige onderzoek werden verschillende artikelen gevonden die deze bevindingen bevestigen. Zo was een artikel een interview met een moeder met ernstige psychische klachten. Haar euthanasieverzoek werd keer op keer afgewezen en ze had besloten om zelfeuthanasie te plegen. Om dergelijke schrijnende gevallen in de psychiatrie onder de aandacht te brengen werkte ze mee aan het interview: “Een van de laatste dingen die ik doe” (Volkskrant, 8 september 2012).

Atwood-Gailey (2003) constateerde dat euthanasie vrijwel uitsluitend vanuit een juridisch of medisch frame in de Amerikaanse media kwam en ook Holody (2011) kwam het juridische frame het vaakst tegen. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de dit niet geldt voor de Nederlandse dagbladen.

5.6 Praktische implicaties

De professionele voorlichting wil zo effectief en efficiënt mogelijk hun boodschap overbrengen aan de doelgroep. Daartoe is het in elk geval van belang om te weten aan welke frames de doelgroep wordt blootgesteld, met andere woorden, welke voorkennis en overtuigingen de doelgroep al heeft. Dit onderzoek geeft inzicht in de frames dit in de Nederlandse dagbladen voorkomen. De professionele voorlichting heeft de grootste kans op effectiviteit als zij hier (enigszins) bij weet aan te sluiten. De informatie uit de voorlichting is dan compatibel met de informatie die de doelgroep al heeft, kan met min of meer dezelfde cognitieve schemata verwerkt worden, en heeft zo de beste kans om te worden onthouden.

In een brochure getiteld *Moeilijke keuzes rond het levenseinde* worden onderwerpen als niet-reanimeren, palliatieve sedatie en euthanasie behandeld. Telkens wordt een onderwerp ingeleid met één of twee persoonlijke narratieven, gevolgd door de algemene uitleg en toelichting. Hieronder is passage uit een van de verhalen bij het onderwerp euthanasie geciteerd:

“Mw. Westra (82 jaar) is ongeneeslijk ziek en sinds enige tijd opgenomen in het ziekenhuis. Ze heeft erge pijn, is verschrikkelijk moe en ziet vreselijk op tegen het moment dat ze, zoals ze het noemt, ‘haar tijd moet uitzitten’. ... De arts van mw. Westra is bereid haar verzoek om euthanasie in te willigen nadat hij heeft geconstateerd dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Vervolgens krijgt Mw. Westra een zgn. SCEN-arts bij haar bed die haar enkele vragen stelt. Ze weet dat dit bij de procedure hoort. Daarna wordt een tijdstip afgesproken

voor de euthanasie: donderdagmiddag om 16.00 uur gaat het gebeuren. Voor haar kinderen, maar ook voor de verpleegkundigen van de afdeling en haar arts is dit een moeilijk moment. Zelf is mw. Westra rustig. Ze is ervan overtuigd dat dit is wat ze wil. Dat de verpleegkundige die haar de afgelopen dagen heeft begeleid, tot het laatst bij haar blijft, vindt ze fijn. Vlak voordat ze de injecties krijgt (eerst een middel om in slaap te vallen en daarna een middel om het hart op te laten houden met kloppen), kijkt ze de mensen die rond haar bed staan, nog eens goed aan en bedankt ze de arts voor het feit dat hij dit voor haar wil doen.”

Het verhaal hierboven is een goed voorbeeld van een effectieve en prettige manier van voorlichten. Zonder dat het opvalt bevat het verhaal veel informatie, zoals dat de procedure vereist dat er een gesprek is met een SCEN-arts. Narratieven worden in toenemende mate gebruikt in gezondheidscommunicatie (Bernhardt, 2004). Een narratief combineert de twee communicatiedoelen van voorlichting -informer en beïnvloeden- en presenteert de boodschap in een voor het publiek herkenbare situatie met context, waardoor de boodschap makkelijker wordt onthouden (Hinyard & Kreuter, 2007). Dit komt doordat er naast de feitelijke betekenis van de woorden ook visuele beelden, associaties, en emoties worden opgeroepen.

In de dagbladen geeft het conflictframe aan dat het euthanasiedebat erg makkelijk voorbij gaat aan de belasting voor de arts. Ook uit onderzoek van de KNMG et al. (2014) onder artsen blijkt dat maar liefst 88% vindt dat de samenleving meer oog moet hebben voor het feit dat euthanasie belastend kan zijn voor artsen. De professionele voorlichting zou in persoonlijke verhalen, zoals het verhaal hierboven, het perspectief van de arts kunnen opnemen in het verhaal om zo voor meer begrip te zorgen.

De professionele voorlichting laat tot op heden kansen onbenut om krachtige taalelementen te gebruiken om de boodschap nog sterker en overtuigender te maken. Metaforen zijn een goed voorbeeld van taalelementen waar de dagbladen veelvuldig gebruik van maken, maar de professionele voorlichting niet of nauwelijks. Hier liggen kansen, want van metaforen -en andere beeldspraak- is bekend dat ze een sterke persuasieve werking kunnen hebben (Gamson & Modigliani, 1989; Pan & Kosicki, 1993). Ook persoonlijke verhalen zijn in de afgelopen jaren een steeds belangrijkere rol gaan spelen in de gezondheidsvoorlichting. Via allerlei digitale media is een enorm aanbod aan persoonlijke verhalen beschikbaar en deze blijken een grote invloed te hebben op de overtuigingen en de

keuzes van patiënten Sanders & Meijman, 2012). Slechts één brochure maakte gebruik van persoonlijke verhalen.

5.5 Evaluatie en aanbevelingen

Dit onderzoek is -voor zover bekend- het eerste onderzoek naar de frames die in dagbladen en in professionele voorlichting worden aangetroffen bij euthanasie. Veel literatuur vanuit de gezondheidswetenschappen gaat in op voorlichting en veel literatuur uit de communicatiewetenschap en mediawetenschap gaat in op de media, maar juist de relatie tussen die twee disciplines kan een belangrijke bijdrage leveren aan de effectiviteit van de gezondheidsvoorlichting. Dit onderzoek heeft die brug geslagen.

De kwalitatieve aard van dit onderzoek is een beperking in de generaliseerbaarheid van de uitkomsten. Om betrouwbare uitspraken te kunnen doen is meer onderzoek nodig. Ook de smalle opvatting van de media kan als beperking worden gezien en het verdient dan ook aanbeveling om in vervolgonderzoek niet alleen landelijke dagbladen, maar ook regionale dagbladen, tijdschriften, televisie, of nieuwe media in de analyse op te nemen. Bovendien heeft dit onderzoek gewerkt met een relatief klein sample uit de professionele voorlichting. Het zou goed zijn om met een grotere steekproef uit de schriftelijke voorlichting te werken. Het is daarnaast interessant om te kijken naar voorlichting die artsen mondeling geven.

Een kwalitatief explorerend onderzoek is vaak de voorloper van kwantitatief onderzoek. De resultaten van dit onderzoek zouden het uitgangspunt kunnen vormen voor een kwantitatief onderzoek naar mediaframing in euthanasievraagstukken in Nederland, op basis waarvan een beter representatief beeld kan worden gevormd.

De scheve verdeling van de artikelen en de dagbladen is opmerkelijk te noemen. Meer dan 50 artikelen waren afkomstig uit het NRC, terwijl maar drie artikelen uit de Telegraaf kwamen. Artikelen uit het NRC en de Volkskrant waren oververtegenwoordigd. Het feit dat het onderwerp euthanasie aanzienlijk minder aan de orde kwam in de Telegraaf en het AD kan invloed hebben op de kennis en opvattingen die de lezers van beide kranten hebben. Dergelijke mogelijke verschillen zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Een uitdaging in dit onderzoek was het onderscheiden van de frames op een systematische manier. De analysebeschrijving van de frame-analyse ontbreekt in sommige onderzoeken volledig en in andere onderzoeken worden de frame-indicatoren wel

beschreven, maar niet hoe men van die frame-indicatoren bij de frames uitkomt. De interpretatieve stappen die inherent zijn aan onderzoek naar framing maken een systematische beschrijving van een repliceerbare procedure lastig.

Tot slot is het onderwerp euthanasie een controversieel en beladen onderwerp. Het was daardoor soms lastig om persoonlijke en normatieve opvattingen over het onderwerp te scheiden van de communicatieve effecten van de data. Sommige artikelen in de dagbladen bevatten zeer aangrijpende en tragische verhalen over mensen die in een bitter gevecht met zichzelf verwickeld zijn en het gevoel hebben dat de medische gemeenschap hen telkens in de kou laat staan. De reden voor deze patiënten, of hun nabestaanden, om met hun verhaal naar de media te stappen is vaak dat zij hopen dat de situaties die zij hebben meegemaakt in de toekomst kunnen worden voorkomen. Tijdens het lezen en analyseren van het materiaal kwam het enkele keren voor dat ik na het lezen van een aangrijpend verhaal beseftte dat ik de frame-analyse uit het oog verloren was door de meeslepende inhoud. Na een moment om even bewust afstand van de inhoud te nemen, werd de tekst dan opnieuw geanalyseerd om de frames en de effecten van de frames te bepalen. Eenzelfde soort situatie deed zich voor in het voorlichtingsmateriaal. Door de achtergrondkennis die ik in de loop van dit onderzoek had opgedaan, beoordeelde ik sommige informatie in de brochures onbewust ook op juistheid of haalbaarheid. Ik kwam er in gesprekken over het voorlichtingsmateriaal achter dat mijn normatieve opvattingen soms ook een rol hadden gespeeld bij het analyseren van sommige brochures. Na die realisatie werd het voorlichtingsmateriaal nogmaals bekeken, met een extra focus om de frame-analyse en de communicatieve effecten strikt los te zien van mijn persoonlijke opvattingen over het voorlichtingsmateriaal.

BIBLIOGRAFIE

- Albert Schweizer-ziekenhuis (2014). *Euthanasie*. Geraadpleegd via <https://www.asz.nl/behandelingen/euthanasie/euthanasie.pdf>
- Atwood-Gailey, E. (2003). *Write to death: news framing of the right to die conflict, from Quinlan's coma to Kevorkian's conviction*. Portsmouth, NH: Greenwood Publishing Group.
- Bernhardt, J. M. (2004). Communication at the core of effective public health. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2051-2053.
- Birenbaum-Carmeli, D., Banerjee, A., & Taylor, S. (2006). All in the family: Media presentations of family assisted suicide in Britain. *Social Science & Medicine*, 63(8), 2153-2164.
- Cappella, J. N., & Jamieson, K. H. (1997). *Spiral of cynicism: The press and the public good*. Oxford: Oxford University Press.
- Cebuco. (2012a). Nieuwsmerk profiel: AD. Geraadpleegd via http://www.cebuc.nl/dagbladen/artikel/profiel_nieuwsmerk_ad
- Cebuco. (2012b). Nieuwsmerk profiel: de Telegraaf. Geraadpleegd via http://www.cebuc.nl/dagbladen/artikel/nieuwsmerk_profiel_de_telegraaf
- Cebuco. (2012c). Nieuwsmerk profiel: de Volkskrant. Geraadpleegd via http://www.cebuc.nl/dagbladen/artikel/nieuwsmerk_profiel_de_volkskrant
- Cebuco. (2013). Nieuwsmerk profiel: NRC Handelsblad. Geraadpleegd via http://www.cebuc.nl/dagbladen/artikel/nieuwsmerk_profiel_nrc_handelsblad
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49(5), 651-661.
- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (2009). *Euthanasie*. Geraadpleegd via https://www.cwz.nl/fileadmin/user_upload/_pati%C3%ABnt/Document/G153_06-09.pdf
- Dees, M. (2014). Uitzichtloos en ondraaglijk lijden: Het perspectief van patiënt en arts nader toelicht (Artikelen). *Bijblijven*, 30(10), 38-46.
- Dees, M. K., Vernooij-Dassen, M. J., Dekkers, W. J., Elwyn, G., Vissers, K. C., & van Weel, C. (2012). Perspectives of decision-making in requests for euthanasia: A qualitative research among patients, relatives and treating physicians in the Netherlands. *Palliative medicine*, 27(1), 27-37.
- Desharnais, S., Carter, R. E., Hennessy, W., Kurent, J. E., & Carter, C. (2007). Lack of Concordance between Physician and Patient: Reports on End-of-Life Care Discussions. *Journal of Palliative Medicine*, 10(3), 728-740.
- De Vreese, C. H., & Boomgaarden, H. (2003). Valenced news frames and public support for the EU. *Communications*, 28(4), 361-381.
- De Vreese, C. H. (2004). The Effects of Frames in Political Television News on Issue Interpretation and Frame Salience. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 81(1), 36-52.
- De Vreese, C. H. (2005). News framing: Theory and typology. *Information design journal+ document design*, 13(1), 51-62.

- De Vries, J. (2012, 8 maart). Ouderen eisen recht op hulp bij zelfdoding. *Volkskrant*, p. 3.
- Druckman, J. N. (2001). The implications of framing effects for citizen competence. *Political Behavior*, 23(3), 225-256.
- Dubbeldam, I., Sanders, J., Meijman, F. J., & Spooren, W. (2011). Websites op consult - Zorgverleners over de inbreng van en verwijzing naar medische websites tijdens het consult. *Tijdschrift voor taalbeheersing*, 33(2), 166-186.
- Dworkin, G., Frey, R. G., & Bok, S. (1998). *Euthanasia and physician-assisted suicide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Effting, M. (2012, 8 september). Een van de laatste dingen die ik doe. *Volkskrant*, p. 8.
- Entman, R. M. (1993). Framing: Towards clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51-58.
- Gamliel, E. (2012). To end life or not to prolong life: The effect of message framing on attitudes toward euthanasia. *Journal of Health Psychology*, 18(5), 693-703.
- Gamson, W. A., & Modigliani, A. (1989). Media discourse and public opinion on nuclear power: A constructionist approach. *American journal of sociology*, 95(1), 1-37.
- Gamson, W. A., & Modigliani, A. (1987). The changing culture of affirmative action. In R. G. Braungart en M. M. Braungart (Red.), *Research in political sociology*. Greenwich, CT: JAI Press.
- Gopal, A. A. (2015). Physician-Assisted Suicide: Considering the Evidence, Existential Distress, and an Emerging Role for Psychiatry. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 43(2), 183-190.
- Haider-Markel, D. P., & Joslyn, M. R. (2004). Just how important is the messenger versus the message? The case of framing physician-assisted suicide. *Death Studies*, 28(3), 243-262.
- Haigh, C., & Costa, C. (2013). Information about assisted dying: an evaluation of web-based information resources. *Journal of Research in Nursing*, 18(5), 471-480.
- Hallahan, K. (1999). Seven models of framing: implications for public relations. *Journal of Public Relations Research*, 11(3), 205-242.
- Haller, B., & Ralph, S. (2001). Not Worth Keeping Alive? News framing of physician-assisted suicide in the United States and Great Britain. *Journalism Studies*, 2(3), 407-421.
- Hinyard, L. J., & Kreuter, M. W. (2007). Using Narrative Communication as a Tool for Health Behavior Change: A Conceptual, Theoretical, and Empirical Overview. *Health Education & Behavior*, 34(5), 777-792.
- Holody, K. J. (2006). *Framing Death: The Use of Frames in Newspaper Coverage of and Press Releases about Death with Dignity*. (Master of Arts), Blacksburg: Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Holody, K. J. (2011). *Constructing the end: Framing and agenda-setting of physician-assisted suicide*. Bowling Green, OH: Bowling Green State University.
- Hyde, M. J. (1993). Medicine, rhetoric, and euthanasia: A case study in the workings of a postmodern discourse. *Quarterly journal of speech*, 79(2), 201-224.

- Janssen, D. J., Curtis, J. R., Au, D. H., Spruit, M. A., Downey, L., Schols, J. M., . . . Engelberg, R. A. (2011). Patient–clinician communication about end-of-life care for Dutch and US patients with COPD. *European Respiratory Journal*, 38(2), 268-276.
- Joslyn, M. R., & Haider-Markel, D. P. (2006). Should We Really “Kill” the Messenger? Framing Physician-Assisted Suicide and the Role of Messengers. *Political Communication*, 23(1), 85-103.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. *Econometrica*, 47(2), 263-291
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1984). Choices, values, and frames. *American Psychologist*, 39(4), 341-350.
- KNMG. (2004). Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven. *Utrecht: KNMG*.
- KNMG; FMS; LHV; NHG; & Verenso. (2014). *Helder communiceren over euthanasie met de patient: belevingsonderzoek arts en euthanasie*. Geraadpleegd via <http://www.knmg.nl/web/file?uuid=12a2f478-29a7-4289-9894-94b930ab7ab4&owner=35d72858-69e4-4b5d-aef7-729e9148540b>
- Kouwenhoven, P. S., Raijmakers, N. J., van Delden, J. J., Rietjens, J. A., Schermer, M. H., van Thiel, G. J., . . . Vezzoni, C. (2012). Opinions of health care professionals and the public after eight years of euthanasia legislation in the Netherlands: A mixed methods approach. *Palliative medicine*, 27(3), 273-280.
- Krantenstatistiek. (2015). De grote vier landelijke kranten Telegraaf, AD, Volkskrant & NRC 2000-2014. Geraadpleegd via <http://krantenstatistiek.tumblr.com/>
- Lee, J. K. (2007). The effect of the Internet on homogeneity of the media agenda: A test of the fragmentation thesis. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 84(4), 745-760.
- Levin, I. (1987). Associative effects of information framing. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 25(2), 85-86.
- McInerney, F. (2006). Heroic frames: discursive constructions around the requested death movement in Australia in the late-1990s. *Social Science & Medicine*, 62(3), 654-667.
- Mellor, P. A., & Shilling, C. (1993). Modernity, self-identity and the sequestration of death. *Sociology*, 27(3), 411-431.
- Morrison, M. F. (2005). Obstacles to doctor-patient communication at the end of life. In M. Steinberg & S. Youngner (Red.), *End-of-life decisions: A psychosocial perspective* (pp. 109-136). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Nattinger, A. B., Hoffmann, R. G., Howell-Pelz, A., & Goodwin, J. S. (1998). Effect of Nancy Reagan's mastectomy on choice of surgery for breast cancer by US women. *Jama*, 279(10), 762-766.
- NVVE. (2015). *Voltooid leven, de ervaring*. Geraadpleegd via https://www.nvve.nl/files/8014/4129/1525/Rapport_Voltooid_Leven_definitief.pdf
- O'Neill, C., Feenan, D., Hughes, C., & McAlister, D. (2003). Physician and family assisted suicide: results from a study of public attitudes in Britain. *Social Science & Medicine*, 57(4), 721-731.

- Overman, M., & Bruntink, R. (2015). Palliatieve helpdesk voor patiënten en naasten. *Pallium*, 17(2), 14-17.
- Pan, Z., & Kosicki, G. M. (1993). Framing analysis: An approach to news discourse. *Political Communication*, 10(1), 55-75.
- Patiëntenfederatie NPCF (2015). Zorgkaart Nederland. Geraadpleegd via <https://www.zorgkaartnederland.nl/ziekenhuis>
- Pollock, J. C., & Yulis, S. G. (2004). Nationwide Newspaper Coverage of Physician-Assisted Suicide: A Community Structure Approach. *Journal of Health Communication*, 9(4), 281-307.
- Pool, R. (2004). "You're not going to dehydrate mom, are you?": Euthanasia, versterving, and good death in the Netherlands. *Social Science & Medicine*, 58(5), 955-966.
- Price, V., Tewksbury, D., & Powers, E. (1997). Switching trains of thought the impact of news frames on readers' cognitive responses. *Communication research*, 24(5), 481-506.
- Rietjens, J., Raijmakers, N., Kouwenhoven, P., Seale, C., van Thiel, G., Trappenburg, M., . . . van der Heide, A. (2013). News media coverage of euthanasia: a content analysis of Dutch national newspapers. *BMC medical ethics*, 14(1), 11.
- Rietjens, J., van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Maas, P. J., & van der Wal, G. (2005). A comparison of attitudes towards end-of-life decisions: survey among the Dutch general public and physicians. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1723-1732.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175-183.
- RVZ. (2010). *Gezondheidszorg 2.0: u bent aan zet* Geraadpleegd via http://www.raadvr.nl/uploads/docs/Advies_-_Gezondheid_20.pdf
- Sanders, J., & Meijman, F. J. (2012). 'Jouw keuze' als frame - Media en voorlichting over bevalling. *Tijdschrift voor taalbeheersing*, 34(3), 229-250.
- Schell, J. O., Green, J. A., Tulskey, J. A., & Arnold, R. M. (2012). Communication skills training for dialysis decision-making and end-of-life care in nephrology. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, CJN.
- Scheufele, D. A. (1999). Framing as a theory of media effects. *Journal of Communication*, 49(1), 103-122.
- Scheufele, D. A., & Iyengar, S. (2012). The state of framing research: A call for new directions. *The Oxford Handbook of Political Communication Theories*. New York, NY: Oxford University Press.
- Schneider, K. (2011, 3 juni). Dr. Jack Kevorkian Dies at 83; A Doctor Who Helped End Lives. *The New York Times*. Geraadpleegd via http://www.nytimes.com/2011/06/04/us/04kevorkian.html?_r=0
- Seale, C. (2010). How the mass media report social statistics: A case study concerning research on end-of-life decisions. *Social Science & Medicine*, 71(5), 861-868.
- Semetko, H. A., & Valkenburg, P. M. (2000). Framing European politics: A content analysis of press and television news. *Journal of Communication*, 50(2), 93-109.

- Shah, D. V., Watts, M. D., Domke, D., & Fan, D. P. (2002). News framing and cueing of issue regimes: Explaining Clinton's public approval in spite of scandal. *Public Opinion Quarterly*, 66(3), 339-370.
- Somerville, M. A. (1997). Euthanasia in the Media: Journalist'Values, Media Ethics and" Public Square" Messages. *Humane health care international*, 13, 17-20.
- Sorensen, R., & Iedema, R. (2011). End-of-Life Care in an Acute Care Hospital: Linking Policy and Practice. *Death Studies*, 35(6), 481-503.
- Steen, G. (2002). Towards a procedure for metaphor identification. *Language and literature*, 11(1), 17-33.
- Stichting De Einder (2015). *Een waardig levenseinde onder eigen regie*. Goirle: Stichting De Einder.
- Stryker, J. E., Moriarty, C. M., & Jensen, J. D. (2008). Effects of Newspaper Coverage on Public Knowledge About Modifiable Cancer Risks. *Health Communication*, 23(4), 380-390.
- TNS-NIPO. (2016). *Onderzoek artsenbezoek. De rol van emotie bij een bezoek aan de medisch specialist*. Geraadpleegd via <http://nieuws.zilverenkruis.nl/download/171841/20160616beternaardedokter-onderzoeksrapport.pdf>
- Tuchman, G. (1978). *Making news: A study in the construction of reality*. New York, NY: Free Press.
- Tucker, K. L. (2012). Aid in dying: guidance for an emerging end-of-life practice. *CHEST Journal*, 142(1), 218-224.
- Uit Vrije Wil. (2013). Burgerinitiatief voltooid leven. Geraadpleegd via <http://www.uitvrijewil.nu/index.php?id=1>
- Van Brussel, L., Van Landeghem, P., & Cohen, J. (2014). Media coverage of medical decision making at the end of life: a Belgian case study. *Death Studies*, 38(1-5), 125-135.
- Van der Male, A. (2014). Levenseindevragen. *Bijblijven*, 10(30), 19-25.
- Van Gorp, B. (2002). Werken aan de werkelijkheid: Een casestudie over de Inplanting van een asielcentrum. *Tijdschrift voor Sociologie*, 23(3-4), 325-341.
- Van Rein, P. S. (2013). *Petitioning for Completed Life: A thematic Content Analysis*. Minneapolis, MN: Walden University.
- Van Steenbergen, E. (2016, 5 januari). Geen garantie voor de dood. *NRC Handelsblad*.
- Von Gunten, C. F., Ferris, F. D., & Emanuel, L. L. (2000). Ensuring competency in end-of-life care: communication and relational skills. *Jama*, 284(23), 3051-3057.
- Wentlandt, K., Burman, D., Swami, N., Hales, S., Rydall, A., Rodin, G., . . . Zimmermann, C. (2012). Preparation for the end of life in patients with advanced cancer and association with communication with professional caregivers. *Psycho-Oncology*, 21(8), 868-876.
- Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. (2002, 1 april) Geraadpleegd op 10 september 2015 via http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/geldigheidsdatum_16-11-2015.
- Widdershoven, G. A. (2002). Beyond Autonomy and Beneficence. *Ethical Perspectives*, 9(2-3), 96-102.

- Wright, D. K., Fishman, J. R., Karsoho, H., Sandham, S., & Macdonald, M. E. (2015). Physicians and euthanasia: a Canadian print-media discourse analysis of physician perspectives. *CMAJ Open*, 3(2), E134-E139.
- Yanovitzky, I., & Blitz, C. L. (2000). Effect of media coverage and physician advice on utilization of breast cancer screening by women 40 years and older. *Journal of Health Communication*, 5(2), 117-134.
- Zucker, H. (1978). The variable nature of news media influence. In B. Ruben (Red.), *Communication yearbook 2* (pp. 225-240). New Brunswick, NH: Transaction Books.

BIJLAGE 1: PROFESSIONELE VOORLICHTING

Ziekenhuis	Plaats	Provincie	Titel vd folder	Datum publicatie	Website
Waterlandziekenhuis	Purmerend	Noord-Holland	x	x	http://www.waterlandziekenhuis.nl/voor-patienten/
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Dordrecht	Zuid-Holland	<i>Euthanasie</i>	november 2014	https://www.asz.nl/
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Hertogenbosch	Noord-Brabant	<i>Informatie over Euthanasie</i>	augustus 2013	http://www.jeroenboschziekenhuis.nl/
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	Nijmegen	Gelderland	<i>Euthanasie</i>	juni 2009	https://www.cwz.nl/
Antonius Ziekenhuis	Sneek	Friesland	x	x	http://www.mijnantonius.nl/
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	Woerden	Utrecht	<i>Levenskwesies</i>	mei 2012	https://www.zuwehofpoort.nl/
Admiraal de Ruyter Ziekenhuis	Middelburg	Zeeland	<i>Keuzes voor later</i>	januari 2016 nb (geraadpleegd op 18 maart 2016)	http://www.adrz.nl/?steID=1&catID=48
Laurentius Ziekenhuis	Roermond	Limburg	<i>Wilsverklaring (webtekst)</i>		https://www.laurentiusziekenhuisroermond.nl/
Isala Klinieken	Zwolle	Overijssel	x	x	http://www.isala.nl/
Wilhelmina Ziekenhuis	Assen	Drenthe	<i>Moeilijke keuzes rond het levenseinde (webtekst; verkorte folder)</i>	november 2015 nb	http://www.wza.nl/ http://www.wza.nl/
Martini Ziekenhuis	Groningen	Groningen	x	x	http://www.martiniziekenhuis.nl/
Flevoziekenhuis	Almere	Flevoland	<i>Spreek op tijd over uw levenseinde</i>	26 januari 2015	http://www.flevoziekenhuis.nl/
			<i>Organisatie van de zorg in de laatste levensfase</i>	15 juni 2015	http://www.flevoziekenhuis.nl/
Radboud UMC	Nijmegen	Gelderland	x	x	https://www.radboudumc.nl/Pages/default.aspx
VU Medisch Centrum	Amsterdam	Noord-Holland	<i>Euthanasie</i>	september 2013	https://www.vumc.nl/

BIJLAGE 2: DAGBLADEN

Art.nr.	Dagblad	Datum	Jaar	Titel	Lengte
1	AD/Algemeen Dagblad	11-jan	2016	<i>Ik wil absoluut niet als een kasplantje leven'</i>	784
2	AD/Algemeen Dagblad	14-nov	2015	<i>Je verliest je moeder stukje bij beetje'</i>	1690
3	AD/Algemeen Dagblad	13-nov	2015	<i>Als ik dement word, wil ik euthanasie</i>	1006
4	AD/Algemeen Dagblad	11-jul	2012	<i>Patiënten arts voelen zich vrijer dankzij wet</i>	643
5	AD/Algemeen Dagblad	4-sep	2013	<i>Hulp bij zelfdoding was daad van liefde'</i>	772
6	AD/Algemeen Dagblad	10-nov	2011	<i>Euthanasie bij demente vrouw is doorbraak</i>	665
7	NRC Handelsblad	16-jan	2016	<i>Interpreteren wanneer iemand echt dood wil; de rechtsstaat</i>	679
8	NRC Handelsblad	11-jan	2016	<i>Niets blijft gelukkig van begin tot eind</i>	583
9	NRC Handelsblad	5-jan	2016	<i>Artsen niet soepeler bij verzoek om euthanasie</i>	462
10	NRC Handelsblad	5-jan	2016	<i>Geen garantie voor de dood</i>	1330
11	NRC Handelsblad	12-dec	2012	<i>Dan geen strafvervolgning bij stervenshulp</i>	836
12	NRC Handelsblad	13-nov	2015	<i>Vereniging wil experiment met pil om zelf leven te beëindigen</i>	606
13	NRC Handelsblad	13-nov	2015	<i>Dodelijk poeder in een verjaardagskaart</i>	1203
14	NRC Handelsblad	7-nov	2015	<i>Gideon vergat dat hij ooit euthanasie wilde</i>	1495
15	NRC Handelsblad	31-okt	2015	<i>Huisarts mag niet lijden onder iemand keuze voor de dood</i>	578
16	NRC Handelsblad	31-okt	2015	<i>Euthanasie - verder gaan dan de wet</i>	1134
17	NRC Handelsblad	31-okt	2015	<i>Bij ethische dilemma's is er geen juiste oplossing'</i>	836
18	NRC Handelsblad	24-okt	2015	<i>Dat regelen we even</i>	2273
19	NRC Handelsblad	6-jan	2012	<i>Arts lijdt ook door euthanasie</i>	917
20	NRC Handelsblad	23-okt	2013	<i>Albert Heringa voelt zich 'geschoffeerd' door vonnis</i>	635
21	NRC Handelsblad	24-aug	2013	<i>Tolereer hulp bij zelfdoding</i>	1552
22	NRC Handelsblad	4-feb	2012	<i>De vrouw die niet meer wist dat ze dood wilde</i>	4095
23	NRC Handelsblad	19-mei	2011	<i>Voltooid leven, maar wanneer mag het stoppen?</i>	1138
24	NRC Handelsblad	5-dec	2013	<i>Euthanasie past bij een nuchtere niet-hierarchische cultuur</i>	1330
25	NRC Handelsblad	7-nov	2014	<i>Wat is ondraaglijk lijden? Daar kan alles onder vallen'</i>	1260
26	NRC Handelsblad	2-sep	2013	<i>Familie kwetsbaar bij stervenshulp</i>	1065
27	NRC Handelsblad	24-jan	2014	<i>Alles van de doodzieke patiënt, zomaar op straat</i>	1892
28	NRC Handelsblad	27-jul	2013	<i>Wachten op de dood in een schemergebied</i>	2496

29	NRC Handelsblad	22-aug	2011	<i>Depressieve mensen zijn ook eens uitgehandeld</i>	896
30	NRC Handelsblad	11-jan	2014	<i>Wat draaglijk is voor de een, is dat niet voor de ander</i>	2683
31	NRC Handelsblad	9-okt	2013	<i>De dorpsarts leeft sinds gisteren niet meer</i>	587
32	NRC Handelsblad	22-jan	2015	<i>Hoe euthanasie een familie verscheurde</i>	2240
33	NRC Handelsblad	13-aug	2010	<i>Ook voor een levenseindekliniek geldt gewoon de wet</i>	779
34	NRC Handelsblad	26-feb	2010	<i>Waar een wil is; Doe-het-zelven als een uitweg uit het euthanasiedebat</i>	1792
35	NRC Handelsblad	7-okt	2011	<i>Moreel appèl op onwillige arts</i>	796
36	NRC Handelsblad	22-jan	2014	<i>Nee, geen recht op euthanasie</i>	782
37	NRC Handelsblad	29-nov	2014	<i>Euthanasie zonder examen</i>	2259
38	NRC Handelsblad	29-okt	2013	<i>En dan moet je de spuit gaan vullen</i>	1125
39	NRC Handelsblad	11-jan	2014	<i>2013: euthanasie bij negen psychiatrische patiënten</i>	568
40	NRC Handelsblad	3-sep	2015	<i>Psychisch lijden los je niet op met een doodvonnis</i>	1081
41	NRC Handelsblad	15-feb	2014	<i>Vredige euthanasie</i>	785
42	NRC Handelsblad	15-jan	2014	<i>De euthanasiewet is ontspoord</i>	1025
43	NRC Handelsblad	2-sep	2013	<i>De dood van moeder had ons jaren in de greep'</i>	862
44	NRC Handelsblad	9-feb	2011	<i>Helium als euthanasiealternatief</i>	720
45	NRC Handelsblad	21-jun	2014	<i>Ik was beledigd dat ik met pensioen werd gestuurd'</i> <i>Ook een demente kan vragen om euthanasie; Arts mag wilsonbekwamen met</i>	901
46	NRC Handelsblad	1-dec	2011	<i>stervenswens helpen</i>	904
47	NRC Handelsblad	13-feb	2010	<i>Paars' strijdt om bejaard te mogen sterven</i>	966
48	NRC Handelsblad	24-feb	2010	<i>Uit Vrije Wil is ontzettend onpraktisch'</i>	895
49	NRC Handelsblad	14-apr	2012	<i>Euthanasie uitstellen tot..., dat kan echt niet na de tennismatch</i>	1171
50	NRC Handelsblad	4-sep	2013	<i>Het sterven verliep goed, al was er geen arts bij</i>	614
51	NRC Handelsblad	22-jan	2014	<i>Seneca hoefde geen toetsingscommissie</i>	917
52	NRC Handelsblad	19-jun	2010	<i>[zonder titel]</i>	707
53	NRC Handelsblad	24-okt	2013	<i>Hulp bij zelfdoding blijft bij artsen toch het beste in handen</i>	463
54	NRC Handelsblad	10-feb	2012	<i>Geen euthanasie bij een demente die zich bedenkt</i>	1104
55	NRC Handelsblad	8-mrt	2012	<i>Geen recht op hulp, ook al is je leven voltooid</i> <i>Pijnprikkels meten op de coma-schaal: artsenorganisatie bepaalt richtlijn voor</i>	645
56	NRC Handelsblad	16-jun	2010	<i>euthanasie op patiënt die buiten bewustzijn is</i>	724
57	NRC Handelsblad	9-okt	2010	<i>Je eigen euthanasie? Je moet er toch aan denken</i>	1522
58	NRC Handelsblad	14-jan	2014	<i>Alles beter dan een eenzame suïcide, denkt de arts soms</i>	823
59	Telegraaf	10-okt	2015	<i>Het geluk van 't verdriet</i>	1523

60	Telegraaf	18-feb	2010	<i>Zelfbeschikking staat voorop'</i>	710
61	Telegraaf	21-apr	2012	<i>Marskramers van de dood</i>	1873
63	Volkskrant	7-jan	2016	<i>Normen voor euthanasie ernstig dementie verruimd</i>	683
64	Volkskrant	5-jan	2016	<i>Bij gevorderde dementie is euthanasie ondenkbaar</i>	743
65	Volkskrant	24-dec	2015	<i>De dood van Michelle</i>	2110
66	Volkskrant	30-okt	2015	<i>Ik heb er geen spijt van dat ze dood is'</i>	548
67	Volkskrant	20-feb	2010	<i>Rust arts beter toe voor taak bij euthanasie</i>	666
68	Volkskrant	8-mrt	2012	<i>Ouderen eisen recht op hulp bij zelfdoding</i>	1267
69	Volkskrant	11-jan	2010	<i>Wat als je dood wilt</i>	1765
70	Volkskrant	31-aug	2013	<i>Precies wat we wilden voorkomen</i>	1894
71	Volkskrant	23-okt	2013	<i>Er is een gat in de heg van de Euthanasiewet geknipt</i>	745
72	Volkskrant	20-feb	2010	<i>Lijden aan het voortdurend inleveren</i>	1872
73	Volkskrant	20-mei	2015	<i>Sta hulp bij zelfdoding niet toe aan leken</i>	568
74	Volkskrant	8-sep	2012	<i>Een van de laatste dingen die ik doe</i>	1937
75	Volkskrant	7-mrt	2012	<i>Euthanasiedoctrine is sterk misleidend</i>	996
76	Volkskrant	23-okt	2013	<i>Geen straf voor hulp bij zelfdoding</i>	598
77	Volkskrant	15-feb	2014	<i>Over de drempel</i>	1740
78	Volkskrant	10-sep	2011	<i>Euthanasie wordt hiermee niet ruimer maar dieper</i>	888
79	Volkskrant	23-okt	2013	<i>Heringa is schuldig</i>	406
80	Volkskrant	8-sep	2012	<i>Psychiater schuchter over euthanasie</i>	713
81	Volkskrant	18-nov	2011	<i>Euthanasie omdat de zorg het laat afweten</i>	1041
82	Volkskrant	9-feb	2011	<i>De specialisatie levenseinde komt eraan'</i>	1770
83	Volkskrant	3-aug	2011	<i>Waardigheid hangt niet van luier af</i>	723
84	Volkskrant	28-feb	2013	<i>Artsen doden geen dementie 'spijtoptant'</i>	707
85	Volkskrant	20-feb	2010	<i>Hulp bij zelfdoding is te gevaarlijk</i>	480
86	Volkskrant	5-okt	2010	<i>Onwetend over euthanasie</i>	1880
87	Volkskrant	30-okt	2013	<i>Schippers wekt ergernis met euthanasieplan</i>	785
88	Volkskrant	24-okt	2013	<i>Verwijsrecht euthanasie ligt gevoelig in Kamer</i>	683
89	Volkskrant	21-mei	2013	<i>De dementiepatiënt lijdt niet per definitie</i>	876
90	Volkskrant	30-jul	2011	<i>Aleid Truijens Verzoeknummer</i>	587
91	Volkskrant	6-feb	2015	<i>Donor niet welkom na euthanasie</i>	929